

Monitor Ouderenhuis- vesting 2024



In opdracht van
Ministerie van VRO

Datum
13 september 2024

Auteurs
Tom Kleinepier, Gydo Kempenaar en Nick Wuestenenk

Kenmerk
r2024-0027TKL



ABF Research
Verwersdijk 8, 2611 NH Delft
+31 (0) 15 27 99 300 • info@abf.nl • www.abfresearch.nl

Copyright ABF Research 2024 De informatie in dit rapport is met de grootste zorg samengesteld. ABF Research aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten, onnauwkeurigheden of onvolledigheden. Het gebruik van (onderdelen van) dit rapport is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
01	Inleiding	10
1.1	Inleiding	11
1.2	Nieuwe elementen	12
1.3	Leeswijzer	13
02	Algemene kenschets	14
2.1	Aantal personen en huishoudens	15
2.2	Woningkenmerken	18
2.3	Inkomen en vermogen	22
03	Geschiktheid woning en woonomgeving	26
3.1	Geschiktheid van de woning	27
3.2	Nabijheid van voorzieningen	29
3.3	Geschiktheid van de woning en woonomgeving	30
3.4	Geschiktheid en stedelijkheid	31
04	Fysieke en cognitieve beperkingen	33
4.1	Fysieke beperkingen	34
4.2	Cognitieve beperkingen	38
4.3	Overlap ADL en dementie	41
05	Wlz-zorggebruik	43
5.1	Leveringsvorm	44
5.2	Woonvorm	46
5.3	Huishoudens- en woningkenmerken	48

06	Conclusies en discussie	54
6.1	Conclusies	55
6.2	Discussie	57
	Bijlagen	61
	Bijlage A: afleidingen	62
	Bijlage B: begrippen en –afkortingenlijst	65



Samenvatting

Voor u ligt de rapportage van de derde editie van de Monitor Ouderenhuisvesting. De monitor heeft als doel een breed beeld te geven van de woonsituatie van huishoudens in Nederland vanaf 55 jaar, ook wel 'ouderenhuishoudens' genoemd. Naast deze rapportage bestaat de monitor uit een online databank waarin diverse cijfers zijn te vinden over de woonsituatie van ouderen, de ondernomen verhuizingen, fysieke en cognitieve beperkingen en het zorggebruik van ouderen. De gegevens in de databank zijn beschikbaar voor verschillende jaren en op verschillende gebiedsniveaus; de gemeente is daarbij het laagste schaalniveau waar u uit kunt kiezen. De databank is openbaar toegankelijk via <https://55plus.datawonen.nl>.

Deze rapportage is primair gericht op het landelijke beeld en omvat verschillende verdiepende analyses. De analyses zijn ingedeeld in vier thematische hoofdstukken: (1) een algemene kenschets van ouderen en hun woonsituatie, (2) de geschiktheid van de woningen en de woonomgevingen van ouderen, (3) ouderen met een fysieke en/of cognitieve beperking en hun woonsituatie, en (4) ouderen die Wlz-zorg ontvangen en hun woonsituatie. Hieronder worden de belangrijkste uitkomsten per thema / hoofdstuk puntsgewijs samengevat.

1. Algemene kenschets

In eerste instantie is gekeken naar het **aantal ouderen** in Nederland, hoeveel van hen zelfstandig thuis wonen en **hoeveel huishoudens zij vormen**. Uit de analyses blijkt het volgende:

- Nederland is aanzienlijk vergrijsd in de afgelopen decennia: in 1995 was 23% van de bevolking van Nederland 55 jaar of ouder en in 2023 was dit 34%. In absolute zin waren er 3,5 miljoen 55-plussers in 1995 in vergelijking met ruim 6 miljoen in 2023.
- Het aandeel ouderen in een (zorg)instelling is in dezelfde periode gedaald. In 1995 woonde 10% van de 75-84-jarigen en 38% van de 85-plussers in een instelling; in 2023 waren deze percentages respectievelijk 3% en 18%. Ook in absolute zin is het aantal ouderen in een instelling gedaald, van ca. 176.000 in 1995 naar ca. 163.000 in 2023.
- Als gevolg van deze ontwikkelingen is het aantal en aandeel ouderen dat zelfstandig woont toegenomen. In 2023 waren er 5,9 miljoen personen van 55 jaar en ouder die in een particulier huishouden woonden. Gezamenlijk vormen zij ruim 4 miljoen particuliere ouderenhuishoudens.
- Volgens recente prognoses van het CBS en ABF zetten deze trends zich verder voort in de komende decennia. Kortom, ouderenhuisvesting wordt steeds meer van belang.

Van de particuliere ouderenhuishoudens is gekeken naar **kenmerken van de woning**:

- Meer dan de helft van de 55-plussers woont in een eengezinskoopwoning. Dit aandeel is het hoogst onder 55-64-jarigen en daalt naarmate de leeftijd toeneemt.
- Oudere ouderen (85+) wonen relatief vaak in meergezinswoningen, meestal van corporaties.

- Oudere ouderen hebben gemiddeld meer oppervlakte per persoon tot hun beschikking dan jongere ouderen, ook al wonen oudere ouderen gemiddeld in iets kleinere woningen. Dit komt omdat de oudste ouderen relatief vaak alleenstaand zijn.
- De gemiddelde gebruiksoppervlakte per persoon van recent verhuisde ouderen is beduidend lager dan van niet-verhuisde ouderenhuishoudens. Dit is met name het geval in de koopsector: de gemiddelde 85-plusser in een koopwoning heeft 97 m² oppervlakte per persoon, in vergelijking met 58 m² onder recent verhuisde 85-plussers in een koopwoning.
- Ongeveer 7% van de ouderen in corporatiewoningen wonen in woningen met een slecht energielabel (E, F of G). De koopwoningen van ouderen hebben vaak geen (geldig) geregistreerd energielabel. Dit geldt bijvoorbeeld voor meer dan 80% van woningen van 85-plussers.

Ten slotte is gekeken naar het **inkomen en vermogen** van particuliere ouderenhuishoudens:

- Hoe hoger de leeftijd van het huishouden, hoe lager het inkomen.
- Ouderenhuishoudens in een koopwoning hebben meer vermogen (incl. eigen woning) dan jongere huishoudens. Zo heeft 55% van de 85-plushuishoudens meer dan een half miljoen aan vermogen, in vergelijking met 34% van de 55-64 jarigen dan 16% van de 55-minners.
- Huishoudens met hogere inkomens hebben gemiddeld gezien ook hogere vermogens. Bij 75-plussers komt het echter vaker voor dat een relatief laag inkomen gepaard gaat met een relatief hoog vermogen. Zo heeft 25% van de 75-plussers in de doelgroep passend toewijzen meer dan € 50.000 vermogen (excl. eigen woning), in vergelijking tot 19% onder de 55-74 jarigen.

2. Geschiktheid woning en woonomgeving

Een belangrijke voorwaarde voor langer zelfstandig wonen van ouderen is een geschikte woning. Bepalen of een woning wel of niet geschikt is in de CBS-microdata is echter geen eenvoudige opgave. Er bestaan verschillende definities en ideeën van wat geschikte woningen zijn. Daarnaast ontbreken harde registraties waarmee geschiktheid gemeten kan worden. We hebben daarom een schatting gemaakt van welke **woningen geschikt of geschikt te maken zijn** voor ouderen met een fysieke beperking. Geschikte woningen zijn intern en extern toegankelijk. Uit de analyses blijkt dat:

- Bijna alle eengezinswoningen van particuliere ouderenhuishoudens zijn naar schatting geschikt of geschikt te maken. Geschikt te maken houdt in dat er meestal een traplift geplaatst kan worden en dat drempels verwijderd kunnen worden (indien nodig).
- Voor meergezinswoningen is het aandeel geschikte (te maken) woningen ca. 75%. Ongeschikte meergezinswoningen zijn niet gelegen op de begane grond zonder lift in het gebouw.
- Nieuwere meergezinswoningen zijn vaker geschikt (te maken) voor personen met een fysieke beperking dan oudere woningen. Dit komt door strengere eisen in het Bouwbesluit ten aanzien van de toegankelijkheid van woningen.

Ook is gekeken naar de **geschiktheid van de omgeving** van de woningen van ouderenhuishoudens. Dit is gebaseerd op het aantal voorzieningen (huisarts, supermarkt, apotheek en OV-halte) op maximaal 500 meter van de woning. Uit deze analyses blijkt dat:

- Meergezinswoningen hebben vaker een geschikte woonomgeving (58-65%) dan eengezinswoningen (33-45%).
- Vergeleken met eengezinswoningen komt het bij meergezinswoningen vaker voor dat de woning én woonomgeving beide geschikt zijn of dat de woning en woonomgeving beide ongeschikt zijn. Bijvoorbeeld, bij eengezinskoopwoningen is in 32% van de gevallen zowel de woning als omgeving geschikt en bij 1% van de gevallen zowel de woning als omgeving ongeschikt. Bij meergezinskoopwoningen zijn deze percentages respectievelijk 43% en 10%. In de corporatiesector en private huursector zien we een vergelijkbaar beeld.
- Het percentage geschikte woningen neemt af bij een hogere mate van stedelijkheid, terwijl het percentage geschikte woonomgevingen juist toeneemt. Stedelijke gemeenten hebben namelijk gemiddeld meer appartementen met veel voorzieningen in de buurt, terwijl meer landelijke gemeenten meer eengezinswoningen hebben met minder voorzieningen in de omgeving.

3. Fysieke en cognitieve beperkingen

In de monitor wordt ook gekeken naar ouderen met fysieke en cognitieve beperkingen en wat hun woonsituatie is. **Fysieke beperkingen** zijn gemeten aan de hand van beperkingen bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Uit deze analyses blijkt het volgende:

- In totaal zijn er naar schatting ca. 781.000 personen in een particulier huishouden met een ADL-beperking. Deze personen zijn verdeeld over 751.000 particuliere huishoudens.
- Een ADL-beperking komt vaker voor bij vrouwen (17%) dan bij mannen (9%).
- De kans op een ADL-beperking neemt logischerwijs sterk toe met leeftijd. Bijvoorbeeld: 59% van de vrouwen van 85 jaar en ouder heeft een ADL-beperking, in vergelijking met 10% van de vrouwen tussen de 55 en 64 jaar.
- ADL-beperkingen zijn gebruikelijker onder alleenstaanden, mensen met een lager inkomen en personen met een huurwoning (en met name corporatiewoningen).
- 90% van de particuliere huishoudens met een ADL-beperking woont in een geschikte woning. 48% van huishoudens met een ADL-beperking die in een geschikte woning wonen, wonen ook in een geschikte woonomgeving.

Cognitieve beperkingen zijn gemeten in de monitor aan de hand van of de persoon wel of geen dementie heeft. Hiervoor maken wij gebruik van een microbestand van Vektis waarin de 'dementiepopulatie' op basis van declaratie-informatie in beeld is gebracht. Uit de analyses blijkt dat:

- In 2022 waren er ca. 256.000 55-plussers met dementie in Nederland. Hiervan wonen er 186.000 zelfstandig (particulier huishouden) en 70.000 in een instelling (institutioneel huishouden).
- Oudere mensen hebben logischerwijs vaker dementie. Zo heeft 19% van de vrouwen van 85 jaar en ouder dementie, in vergelijking met <1% van de vrouwen tussen de 55 en 64 jaar. Verder komt dementie vaker voor bij vrouwen, alleenstaanden, personen in huishoudens met een lager inkomen en personen in een huurwoning.
- De verschillen in dementie tussen mannen en vrouwen zijn ook zichtbaar binnen leeftijdsgroepen: binnen de 75-84 jarigen heeft 7,1% van de mannen dementie en 7,4% van de vrouwen.

Ten slotte is gekeken naar de mate waarin er **overlap is tussen dementie en ADL-beperkingen**. Bij hoeveel particuliere huishoudens is sprake van geen van beide, allebei, of een van de twee? Uit de analyses blijkt dat:

- In 750.500 van de particuliere ouderenhuishoudens was ten minste één persoon met een ADL-beperking en in 181.400 huishoudens ten minste één persoon met dementie.
- In 64.500 huishoudens was er sprake van zowel een ADL-beperking als dementie. Met andere woorden, bij 36% van de huishoudens met dementie komt ook een ADL-beperking voor en bij 9% van de huishoudens met een ADL-beperking komt ook dementie voor.
- Doordat de kans op dementie en een ADL-beperking toeneemt met leeftijd, is de overlap tussen beide beperkingen het grootst onder 85-plussers.

4. Wlz-zorggebruik

Ten slotte hebben wij gekeken naar ouderen die Wlz-zorg ontvangen en hoe zij wonen. Ten eerste is gekeken naar het **aantal Wlz-gebruikers**:

- Het totaal aantal Wlz-gebruikers van 55 jaar en ouder is gegroeid van ca. 185.000 in 2018 naar 233.000 in 2023. De toename is volledig toe te schrijven aan een groei van het aantal ouderen, met name 75-plussers. Het percentage ouderen dat Wlz gebruikt is constant gebleven.
- De grootste groei zit bij personen die Wlz-zorg ontvangen via het 'modulair pakket thuis' (MPT): van 15.000 in 2018 naar 34.000 in 2023.
- Ook is een duidelijke toename te zien van de leveringsvorm volledig pakket thuis (VPT): van 8.000 naar 18.000 personen.
- Er zijn duidelijke verschillen tussen de leveringsvormen in het zorgprofiel van de cliënten. Over het algemeen geldt dat de personen met zwaardere beperkingen vaker zorg met verblijf krijgen, terwijl de wat mildere gevallen relatief vaker via VPT en MPT zorg ontvangen.

Voor het vervolg van de analyses is alleen gekeken naar de personen die een VV-zorgprofiel hebben. Er is gekeken hoe de Wlz-gebruikers zijn verspreid over **particuliere en institutionele huishoudens**. Hieruit blijkt dat:

- Van personen met zorg met verblijf als leveringsvorm woont 81% in een institutioneel huishouden. De overige 19% woont dus in een particulier huishouden volgens de registraties. Dit heeft voornamelijk te maken met het te laat (of niet) doorgeven van verhuizingen naar instellingen in de BRP en het gebruik van briefadressen in de BRP (bijv. adres van partner).
- De ruime meerderheid (66%) van personen met VPT als leveringsvorm woont ook in een institutioneel huishouden volgens het CBS. In deze gevallen is er waarschijnlijk sprake van het financieel scheid van wonen en zorg. De personen wonen in een voormalige intramurale zorgplek die is omgekat tot woning waarin VPT geleverd wordt.
- Ongeveer de helft van de VPT-gebruikers die in een particulier huishouden woont volgens het CBS, woont in gebouw met andere Wlz-gebruikers (een geclusterde setting). Bij de overige Wlz-zorg types is dit minder het geval (19-25%).

Ten slotte is gekeken naar **huishoudens- en woningkenmerken** van particuliere huishoudens met een Wlz-gebruiker met VPT, MPT en/of PGB als leveringsvorm. Hieruit blijkt dat:

- Van de particuliere huishoudens die Wlz-zorg ontvangen, heeft de ruime meerderheid MPT (62%) als leveringsvorm, gevolgd door PGB (15%), VPT (12%). De combinatie van MPT en PGB is het minst gebruikelijk (11%).
- De huishoudens zijn relatief oud: 86% is 75 jaar of ouder. Huishoudens waar gebruikgemaakt wordt van VPT of MPT zijn over het algemeen ouder dan huishoudens waar Wlz wordt gebruikt via een PGB.
- Particuliere huishoudens die VPT ontvangen zijn vaak eenpersoonshuishoudens (73%).
- Huishouden die Wlz-zorg ontvangen via VPT en MPT hebben vaker een relatief laag inkomen dan de huishoudens die Wlz-zorg via PGB of de combinatie MPT/PGB ontvangen.
- Van alle particuliere huishoudens met een Wlz-gebruiker woont bijna de helft in een corporatiewoning (48%).
- Particuliere huishoudens met VPT wonen relatief weinig in een koopwoning (24%) en de huishoudens met de combinatie MPT en PGB juist relatief vaak (41%).

01

Inleiding

In dit eerste hoofdstuk beschrijven we de aanleiding en motivatie voor de Monitor Ouderenhuisvesting (1.1). Daarna volgt een beschrijving van de nieuwe elementen in deze editie van de monitor (1.2). We eindigen dit hoofdstuk met een leeswijzer voor de rest van het rapport (1.3)



1.1 Inleiding

Nederland is al jarenlang aan het vergrijzen: op 1 januari 2023 telde Nederland 3,6 miljoen inwoners van 65 jaar of ouder; dit is 20% van de totale bevolking. In 1995 was dit aandeel nog 13%. Volgens het CBS zal het aantal (en aandeel) ouderen in de bevolking verder toenemen in de komende decennia¹. De vergrijzing vormt een grote uitdaging voor diverse aspecten van de samenleving, zoals de houdbaarheid van de AOW en aanvullende pensioenen, krapte op de arbeidsmarkt, een toenemende zorgvraag en de huisvesting van ouderen.

Bovenop het feit dat de bevolking vergrijst blijven ouderen in toenemende mate langer zelfstandig thuis wonen, onder andere door een betere gezondheid en extramuralisering. Hierdoor zijn aanzienlijk meer woningen nodig die aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen. Het gaat dan om woningen die geschikt zijn voor personen met een fysieke en/of cognitieve beperking, in de buurt van voorzieningen en met voldoende mogelijkheden om anderen te ontmoeten. Daarnaast wordt het bevorderen van de doorstroming van ouderen vaak benoemd als een van de belangrijkste factoren om de vastgelopen woningmarkt weer in beweging te krijgen.

Het toenemende belang van ouderenhuisvesting is duidelijk terug te zien in de beleidsmatige aandacht voor dit thema: in het programma 'Wonen en zorg voor ouderen' (WOZO), onderdeel van de Nationale Woon- en Bouwagenda (NWBA), werken de ministeries van VRO en VWS samen om te komen tot voldoende geschikte woningen voor senioren. Daarnaast is ook bij lagere overheden (gemeenten, provincies) volop aandacht voor vergrijzing en ouderen op de (lokale) woningmarkt.

Om gedegen beleid omtrent ouderenhuisvesting op te stellen, te kunnen evalueren en bij te kunnen stellen, is monitoring van de relevante kenmerken van ouderenhuishoudens belangrijk. In de Monitor Ouderenhuisvesting (hierna: "monitor") wordt geprobeerd in deze behoefte te voorzien: zo is er aandacht voor het aantal ouderen met een mobiliteitsbeperking, de mate waarin ouderen in een geschikte woning en/of omgeving wonen, het zorggebruik van ouderen en de verhuisbewegingen van ouderen. De monitor bestaat uit dit rapport en een online databank. Dit rapport beschrijft ouderenhuishoudens en ouderenhuisvesting op nationaal niveau. In de databank zijn cijfers beschikbaar tot op gemeenteniveau. De databank kan bijvoorbeeld gebruikt worden bij het opstellen van woonzorgvisies en/of het maken van prestatieafspraken met corporaties

In het programma WOZO zijn ouderen gedefinieerd als personen van 65 jaar en ouder. In deze monitor bestaat de groep 'ouderen' echter uit 55-plussers. De 55-64-jarigen zijn ook meegenomen omdat dit de 65-plussers van de nabije toekomst zijn, die bij keuzes rondom huisvesting soms al rekening houden met een mogelijk verslechterende gezondheid later in het leven.

¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/50/prognose-bijna-18-miljoen-inwoners-19-miljoen-in-2037-verwacht>



1.2 Nieuwe elementen

Voor u ligt het rapport van de derde editie van de Monitor Ouderenhuisvesting. Ten opzichte van de eerdere versies zijn diverse veranderingen doorgevoerd. In de eerste plaats zijn alle gegevens in de databank omgezet naar de meest recente gebiedsindeling (2024) en zijn gegevens waar mogelijk geactualiseerd. Daarnaast zijn er verschillende aspecten van de monitor aangepast en/of uitgebreid:

- Voor deze editie is voor het eerst gebruikgemaakt van de **Woonbase**: een door het CBS samengesteld microbestand met veelzijdige informatie over wonen in Nederland. Voordelen hiervan zijn consistentie met cijfers uit de Monitor Huisvesting Aandachtsgroepen² en de mogelijkheid om beter en langdurig de ontwikkeling van de huidige cijfers met betrekking tot ouderen als aandachtsgroep te monitoren. De overstap op de Woonbase zorgt er echter ook voor dat de huidige cijfers in de databank licht afwijken van de eerdere cijfers in de databank.
- In zowel het rapport als de online databank is nu ook informatie te vinden over het **vermogen** van ouderenhuishoudens. Er wordt gekeken naar het vermogen inclusief en exclusief de eigen woning.
- Personen met een fysieke beperking worden in deze monitor gedefinieerd als personen met een beperking in algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). De **methode** waarmee ADL-beperkingen onder alle ouderen wordt bepaald is iets bijgesteld, onder meer doordat de waarneming van de bron waarop dit gebaseerd is (CBS Gezondheidsenquête) verstoord was tijdens de coronacrisis. De methode wordt toegelicht in Bijlage A.
- Naast fysieke beperkingen (ADL) is er in deze editie van de monitor ook aandacht voor cognitieve beperkingen. Meer specifiek wordt op basis van een microbestand van Vektis gekeken naar ouderen met **dementie** en hun woonsituatie. Tevens wordt gekeken in hoeverre er sprake is van overlap tussen ADL-beperkingen en dementie.
- In het rapport en de online databank is aandacht voor het **Wlz-zorggebruik** van ouderen. Er is met name aandacht voor de leveringsvormen van Wlz-zorg (zorg met verblijf, VPT, MPT, PGB, MPT/PGB) en hoe dit samenhangt met de woonsituatie van ouderen.
- In de online databank zijn nu cijfers opgenomen over de plannen van woningcorporaties voor het toevoegen van **geclusterde woningen en zorggeschikte woningen** aan hun voorraad. De informatie is afkomstig uit de Prospectieve informatie (dPi).
- In de huidige rapportage is **geen aandacht** voor **verhuisbewegingen** van ouderen. Reden hiervoor is dat een verwant onderzoek van ABF ('Doorstroming en woningbouwprogrammering'), dat (begin) volgend jaar verschijnt, al zeer uitgebreid op dergelijke verhuisbewegingen, verhuisgevoeligheid en verhuisketenanalyses in gaat. In de huidige rapportage is daarom juist aandacht voor andere thema's omtrent ouderenhuisvesting.

² Beschikbaar via de platformen [Waarstaatjegemeente.nl](https://www.waarstaatjegemeente.nl) van de VNG en datawonen.nl van BZK. Er zijn twee punten van aandacht in de vergelijking van de Monitor Ouderenhuisvesting (MOH) met de Monitor Huisvesting Aandachtsgroepen (MHA). Ten eerste wordt in de MOH uitsluitend gekeken naar ouderen in particuliere huishoudens, terwijl in de MHA ook ouderen in institutionele huishoudens zijn meegenomen. Ten tweede is er een nuance in de manier waarop de populatie wordt omschreven. Voor beide monitors wordt de populatie gepeild op 31 december. Voor MOH wordt de populatie gebruikt als uitgangspunt van het eerstvolgende jaar. Voor MHA wordt de populatie gebruikt als eindstand van het betreffende jaar. Kortom: de gemonitorde populatie 2021 MHA = populatie 2022 MOH.



1.3 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit zes hoofdstukken, inclusief deze inleiding. In de komende hoofdstukken komen de volgende thema's aan bod:

- In hoofdstuk 2 richten we ons op diverse algemene kenmerken omtrent (de huisvesting van) ouderen(huishoudens). Er wordt gekeken naar het aantal ouderen in Nederland, alsmede naar hoeveel van hen zelfstandig wonen en hoeveel huishoudens zij vormen. Ook wordt gekeken naar diverse woning- en huishoudenskenmerken van zelfstandig wonende ouderen.
- In hoofdstuk 3 gaan we in op de geschiktheid van woningen en woonomgevingen voor ouderen met een fysieke beperking. Speciale aandacht gaat in dit hoofdstuk uit naar de relatie tussen de stedelijkheid van gemeenten en de geschiktheid van de woningen en woonomgevingen.
- In hoofdstuk 4 besteden we aandacht aan de woonsituatie van ouderen met een fysieke (ADL) beperking en ouderen met een cognitieve beperking (dementie). Er wordt specifiek een relatie gelegd tussen ADL-beperkingen en het wonen in een geschikte woning / woonomgeving.
- In hoofdstuk 5 wordt gekeken naar Wlz-zorggebruik van ouderen en hoe dit samenhangt met hun woonsituatie. Er is veel aandacht voor verschillen tussen de diverse leveringsvormen van de Wlz, namelijk zorg met verblijf, VPT, MPT en PGB. Het hoofdstuk richt zicht met name op Wlz-gebruikers met een VV-zorgprofiel.
- In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste bevindingen op een rijtje gezet en wordt gereflecteerd op de uitkomsten.
- Ten slotte zijn twee bijlagen opgenomen. In Bijlage A geven wij toelichting op de (vernieuwde) methodiek om te bepalen welke huishoudens een mobiliteitsbeperking (ADL) hebben en welke woningen en woonomgevingen geschikt (te maken) zijn voor bewoners met een dergelijke beperking. Bijlage B omvat een lijst met begrippen en afkortingen.



02

Algemene kenschets

In dit hoofdstuk beschrijven we diverse algemene aspecten omtrent (de huisvesting van) ouderen. We beginnen met een overzicht van het aantal ouderen in Nederland, hoeveel van hen zelfstandig wonen en het aantal huishoudens dat door deze ouderen wordt gevormd (2.1). Vervolgens focussen we ons specifiek op zelfstandig wonende ouderenhuishoudens en beschrijven we enkele woningkenmerken (2.2) en het inkomen en vermogen (2.3) van deze huishoudens.



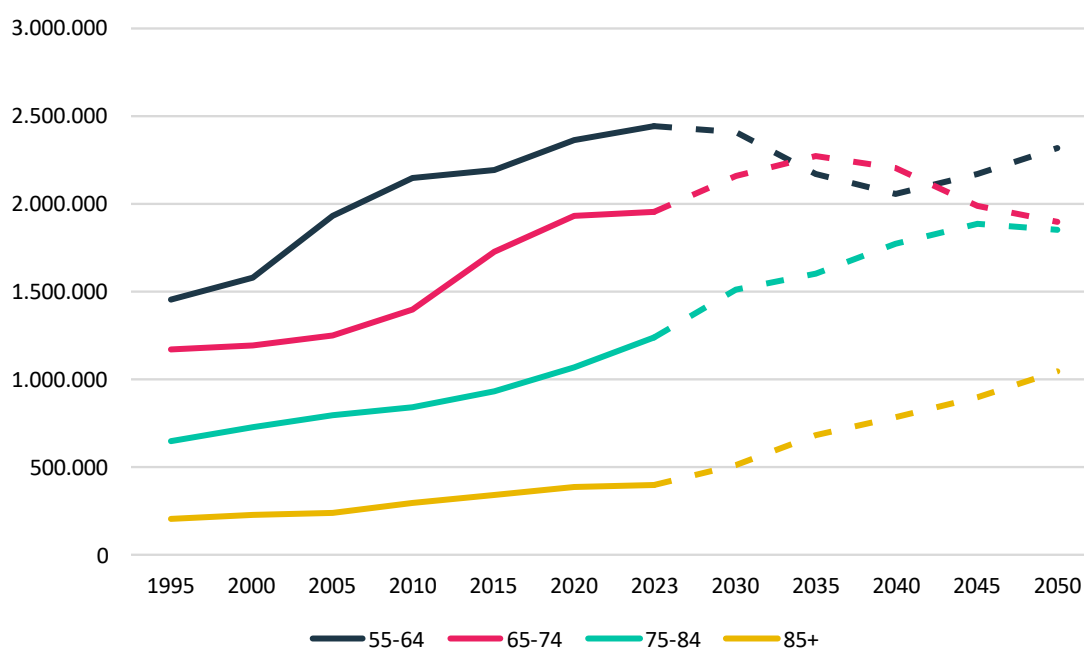
2.1 Aantal personen en huishoudens

Aantal personen

We beginnen dit hoofdstuk met een overzicht van de ontwikkeling van het aantal ouderen in Nederland. De ontwikkeling vanaf 1995 tot en met 2023 is gebaseerd op realisatiecijfers en de verwachte ontwikkeling tot en met 2050 is op basis van prognosecijfers (Figuur 2.1). In het figuur is te zien dat het aantal ouderen sterk is gegroeid in de afgelopen decennia: in 1995 woonden er ca. 3,5 miljoen 55-plussers in Nederland, in vergelijking met ca. 6 miljoen 55-plussers in 2023. Naar verwachting groeit het aantal 55-plussers door tot ruim 7 miljoen in 2050.

Relatief gezien groeide de groep 85-plussers het sterkst in de periode 1995-2023 (+98%), gevolgd door 75-84 jarigen (+90%), 55-64 jarigen (+69%) en 65-74 jarigen (+66%). Ter vergelijking: in dezelfde periode groeide de totale bevolking van Nederland met 15%. In 1995 was 23% van de bevolking van Nederland 55 jaar of ouder en in 2023 is dit 34%. Nederland heeft dus te maken met een vergrijzende bevolking. Ook in het komende decennium zal het aantal en aandeel 65-plussers, en met name de groep 75-plussers, naar verwachting verder toenemen. Het aantal 55-64 jarigen zal naar verwachting juist dalen in de komende 10 tot 15 jaar. Vanaf 2035 zal het aantal 65-74 jarigen naar verwachting dalen. Dit komt vooral door de 'babyboomgeneratie' die steeds verder op leeftijd komt.

Figuur 2.1: Aantal ouderen (personen) over de periode 1995-2050. Bron: CBS Statline en Primos 2024



Zelfstandig versus institutioneel wonend

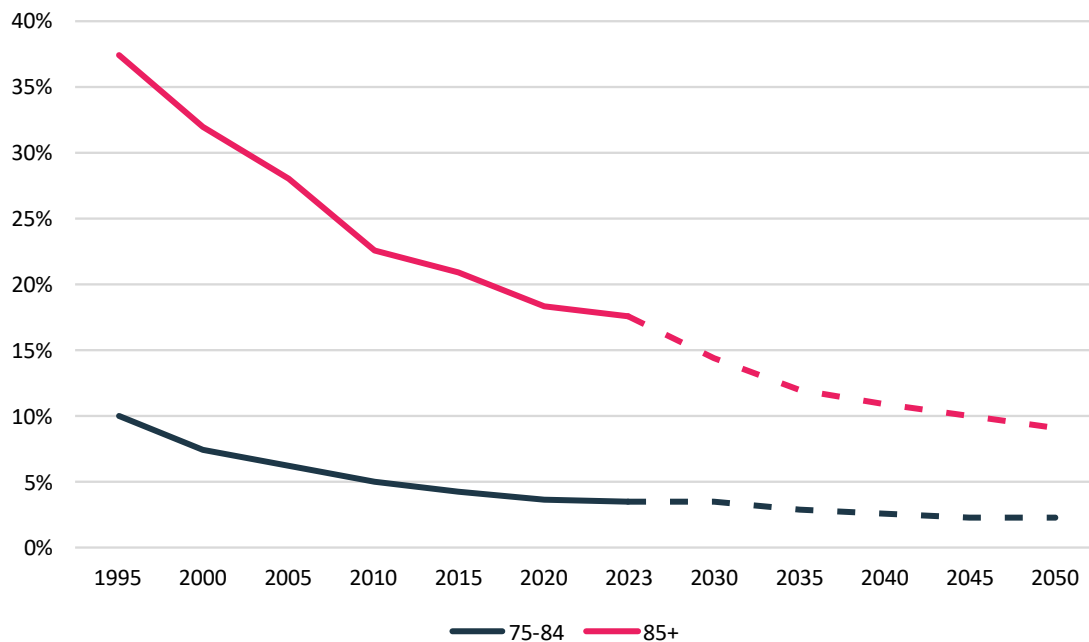
Met een vergrijzende bevolking neemt het belang van (geschikte) ouderenhuisvesting toe. Dit belang wordt verder versterkt door het feit dat ouderen in toenemende mate zelfstandig wonen in plaats



van in een (zorg)instelling. In de huishoudensstatistiek van het CBS kan onderscheid gemaakt worden tussen (personen in) 'particuliere huishoudens' en 'institutionele huishoudens'. Particuliere huishoudens zijn de 'reguliere' huishoudens, terwijl institutionele huishoudens bestaan uit personen die in een instelling³ wonen. In Figuur 2.2 is te zien dat het aandeel 75-plussers⁴ dat in een institutioneel huishouden woont sterk is gedaald in de afgelopen decennia: in 1995 woonde 10% van de 75-84 jarigen en 38% van de 85-plussers in een (zorg)instelling; in 2023 waren deze percentages respectievelijk 3% en 18%. In 2050 zijn deze percentages naar verwachting respectievelijk 2% en 8%.

De verklaring voor het dalende aandeel ouderen dat in een instelling woont is in ieder geval tweeledig. Ten eerste zijn de nieuwe generaties ouderen gemiddeld welvarender en gezonder dan oudere generaties ouderen. Hierdoor kunnen zij langer zelfstandig blijven wonen. Ten tweede zijn beleidsmatige keuzes hierop van invloed: beleid is in toenemende mate erop gericht dat ouderen zelfstandig wonen. In de prognosecijfers die zijn opgenomen in Figuur 2.2 is aangenomen dat het aantal verpleeghuisplaatsen vanaf 2030 beperkt wordt tot 130.000. In combinatie met de sterke toename in het aantal 75-plussers leidt dit tot een sterke daling in het percentage 75-plussers in een instelling. In absolute zin neemt het aantal 75-plussers in een instelling naar verwachting wel licht toe, van ca. 181.000 in 2023 naar 186.000 in 2050. Zorg voor ouderen zal in toenemende mate aan huis moeten gebeuren in plaats van in een instelling. In Hoofdstuk 5 gaan we hier nader op in.

Figuur 2.2: Percentage 75-plussers dan in een instelling woont over de periode 1995-2050. Bron: CBS Statline en Primos 2024



³ Hierbij gaat het onder andere om verpleeg- en verzorgingshuizen, maar ook overige zorginstellingen, internaten, kloosters, gevangnissen, kazernes en asielzoekerscentra.

⁴ 55-74 jarigen zijn buiten beschouwing gelaten in dit figuur omdat hierin nauwelijks ontwikkelingen zijn over de tijd: ongeveer 1% van deze groep woont in een instelling.



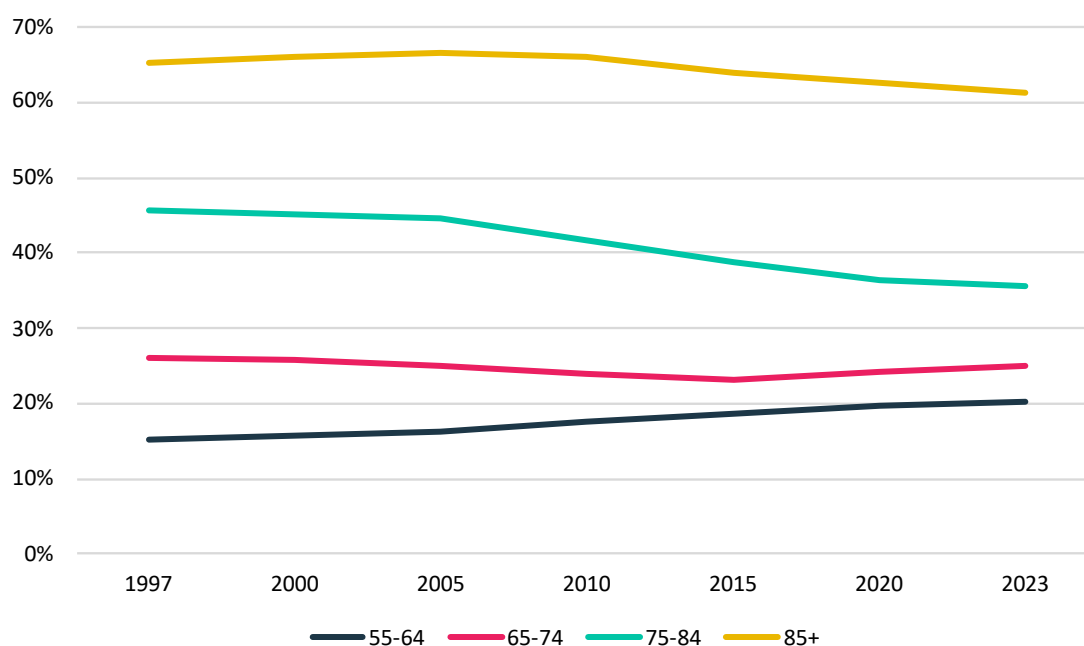
Aantal particuliere huishoudens

In het vervolg van dit rapport richten we ons primair op ouderen die zelfstandig wonen. Daarnaast is voor de huisvesting van ouderen niet zozeer het aantal *personen* van belang, maar het aantal *huishoudens* en de daarbij horende huishoudensgrootte van belang. De nadruk in dit rapport en in de online databank ligt daarom op particuliere ouderenshuishoudens. In Tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal 55-plussers, het aantal 55-plussers in een particulier huishouden en het aantal particuliere huishoudens met daarin ten minste één 55-plusser. In totaal waren er begin 2023 zo'n 4 miljoen particuliere ouderenshuishoudens. Er is duidelijk te zien dat het verschil tussen het aantal personen en het aantal huishoudens kleiner wordt naarmate de leeftijd hoger is. Dit is onder meer het gevolg van het feit dat 75-plussers, en met name 85-plussers, vaker alleenstaand zijn.

Tabel 2.1: Aantal personen (in particulier huishouden) en aantal particuliere ouderenshuishoudens per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)

	Totaal personen	Personen in particulier huish.	Particuliere huishoudens
55-64 jaar	2.448.000	2.424.000	1.536.000
65-74 jaar	1.958.000	1.934.000	1.282.000
75-84 jaar	1.242.000	1.198.000	900.000
85+ jaar	402.000	331.000	300.000
Totaal 55+ jaar	6.050.000	5.887.000	4.018.000

Figuur 2.3: Percentage alleenstaande ouderen ten opzichte van het totaal aantal ouderen in een particulier huishouden over de periode 1997-2023. Bron: CBS Statline



In Figuur 2.3 wordt het percentage alleenstaande ouderen getoond ten opzichte van het totaal aantal ouderen (personen) in een particulier huishouden per leeftijdsgroep. Het figuur laat zien dat het er in de afgelopen decennia een afname is geweest van het percentage alleenstaande 75-plussers. Met name in de leeftijdsgroep 75-84 jaar is het aandeel alleenstaanden sterk gedaald, van 46% in 1997 naar 36% in 2023. Dit hangt mogelijk (gedeeltelijk) samen met het feit dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen, waardoor meer ouderen nog samenwonen op relatief hoge leeftijd. Onder 55-64-jarigen is het aandeel alleenstaanden daarentegen juist toegenomen (van 15% in 1997 naar 20% in 2023). In de groep 65-74-jarigen is dit aandeel relatief constant gebleven op ca. 25%.

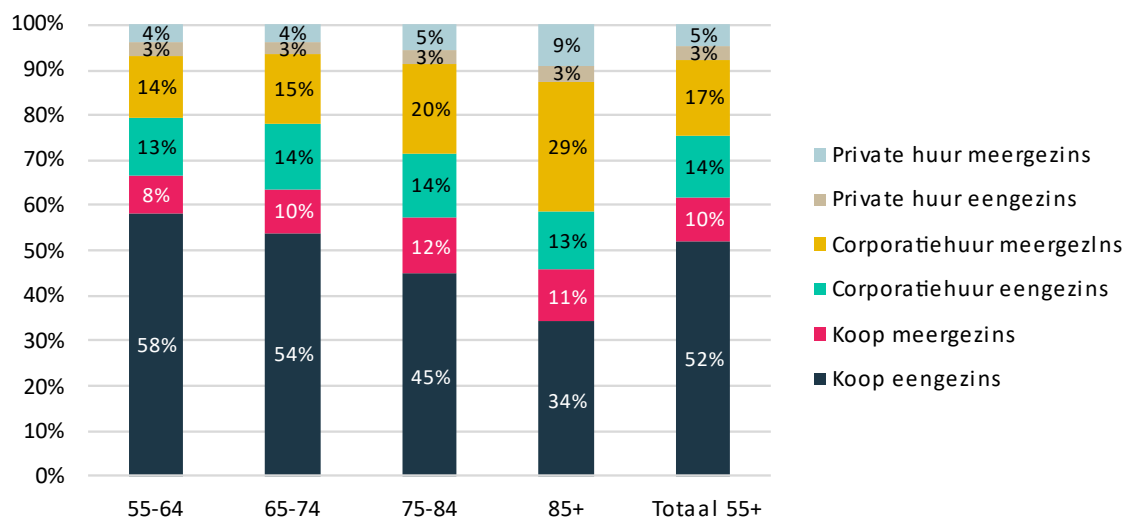
2.2 Woningkenmerken

In deze paragraaf beschrijven we diverse woningkenmerken van particuliere ouderenhuishoudens. Twee groepen ouderenhuishoudens blijven hierbij buiten beschouwing. Ten eerste wonen ca. 39 duizend (bijna 1%) particuliere ouderenhuishoudens op een adres dat door het CBS niet wordt geclassificeerd als woning; deze huishoudens wonen bijvoorbeeld in een woonboot, woonwagen, recreatiewoning of ander vastgoed zonder woonfunctie. Ten tweede wonen ca. 2.100 (0,1%) particuliere ouderenhuishoudens in een woning waarvan het eigendom onbekend is.

Bouwworm en eigendom

We beginnen met de combinatie van eigendom (koop, corporatiehuur, private huur) en bouwworm (eengezins of meergezins) van de woning (Figuur 2.4). In het figuur is te zien dat bijna zes op de tien 55-64-jarigen in een eengezinskoopwoning wonen. Dit aandeel daalt naarmate de leeftijd toeneemt. Het percentage ouderen in een meergezinskoopwoning of een eengezinswoning van een corporatie varieert vrij weinig tussen de leeftijdsgroepen. Er zijn wel duidelijke verschillen voor wat betreft meergezinswoningen van corporaties: hoe ouder, hoe meer huishoudens in dit segment wonen.

Figuur 2.4: Procentuele verdeling van eigendom en bouwworm van de woningen van ouderenhuishoudens naar leeftijd, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)

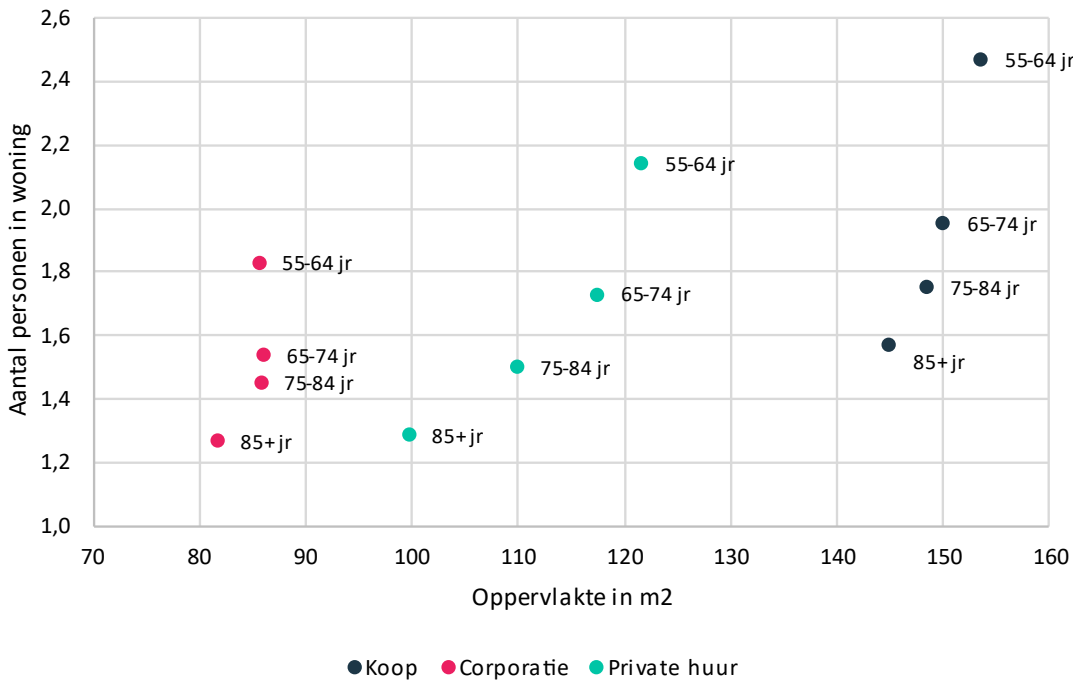


Gebruiksoppervlakte (per persoon)

Zoals zojuist geconstateerd wonen ouderen vaker in een meergezinswoning naarmate de leeftijd hoger is. Het is dan ook niet verrassend dat de gemiddelde oppervlakte van de woning lager is bij de oudere ouderen. Tegelijkertijd neemt de huishoudensgrootte af op latere leeftijd. In Figuur 2.5 wordt de gemiddelde oppervlakte van de woning afgezet tegen het gemiddelde aantal personen in de woning voor de vier leeftijdsgroepen, met daarbij onderscheid naar type eigendom van de woning.

In Figuur 2.5 is te zien dat bij hogere leeftijden zowel het aantal personen in de woning als de oppervlakte van de woning lager is. Met uitzondering van de private huursector zijn de leeftijdsverschillen in gebruiksoppervlakte echter niet erg groot. In de corporatiesector heeft de leeftijdsgroep 55-64 gemiddeld zelfs iets minder oppervlakte dan de leeftijdsgroepen 65-74 en 75-84.

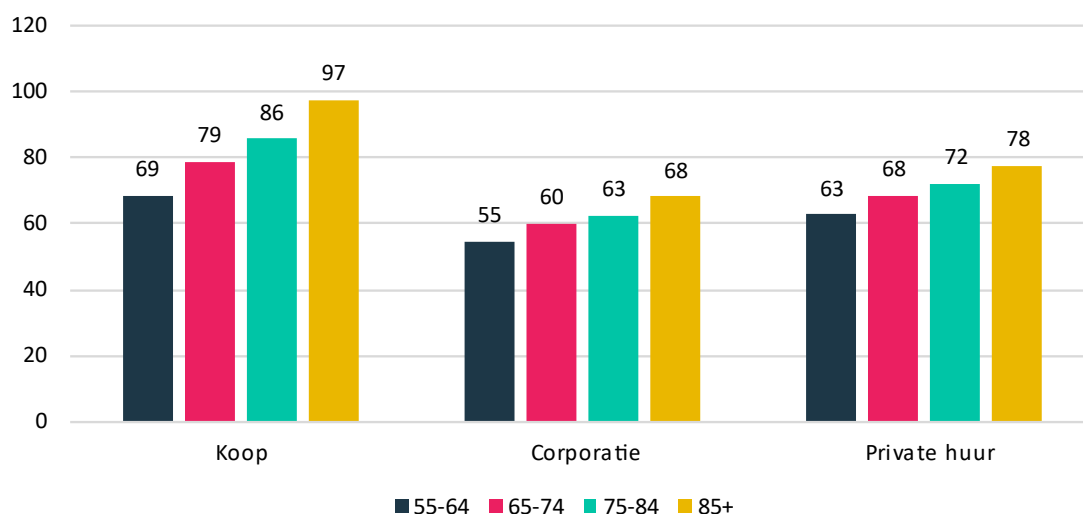
Figuur 2.5: Gemiddelde gebruiksoppervlakte en aantal personen in de woning van particuliere ouderenuishoudens naar type eigendom en leeftijd, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



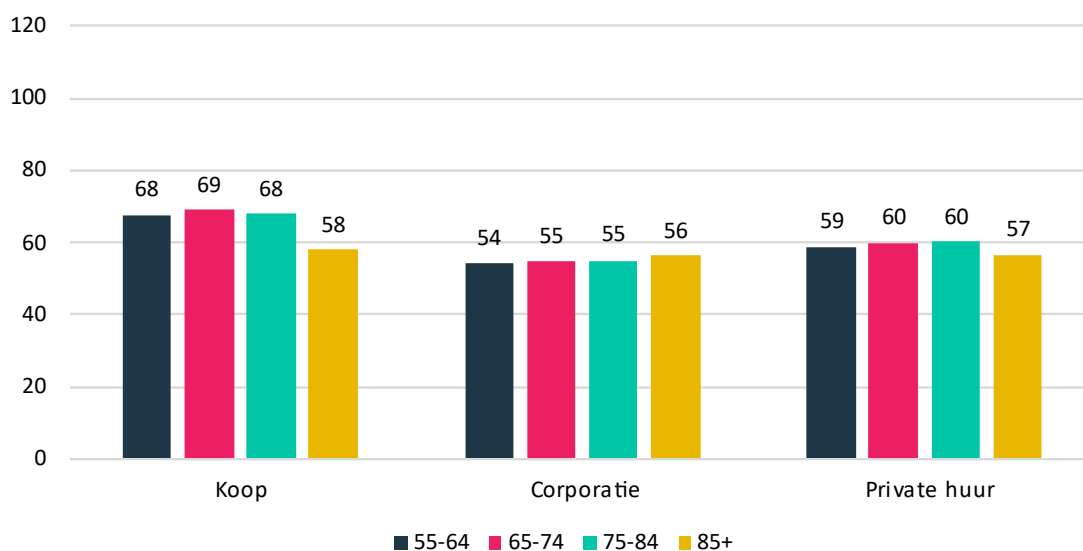
Ondanks het feit dat oudere ouderen in kleinere woningen wonen, hebben zij wel meer oppervlakte per persoon vanwege de kleinere huishoudensgrootte. Zij delen de oppervlakte van de woning dus met minder personen. Er is dan meer oppervlakte per persoon. In Figuur 2.6 wordt de gemiddeld oppervlakte per persoon getoond. In alle segmenten is te zien dat de oppervlakte per persoon hoger is naarmate de leeftijd toeneemt. De verschillen naar leeftijd zijn het grootst in de koopsector en het kleinst in de private huursector. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat ouderen ruimer wonen dan de gemiddelde bevolking (53 m² per persoon). Er wordt dan ook regelmatig gepleit voor (betere) doorstroming van ouderenuishoudens in relatief grote woningen.



Figuur 2.6: Gemiddeld oppervlakte per persoon van ouderen (personen) naar leeftijd en type eigendom per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Figuur 2.7: Gemiddeld oppervlakte per persoon van ouderen (personen) die verhuisd zijn in de afgelopen 12 maanden, naar leeftijd en type eigendom per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



In Figuur 2.7 hierboven wordt nogmaals gekeken naar de gemiddelde gebruiksoppervlakte per persoon, maar nu uitsluitend voor ouderen die zijn verhuisd in de 12 maanden voorafgaand aan het peilmoment (1-1-2023). In het figuur is goed te zien dat de gemiddelde gebruiksoppervlakte per persoon van recent verhuisden lager is dan van alle ouderenshuishouders. De verschillen zijn het grootst in de koopsector bij de oudste leeftijdsgroepen. Zo heeft de gemiddelde 85-plusser in de koopsector 97 m² gebruiksoppervlakte per persoon (Figuur 2.6), in vergelijking met 58 m² per persoon onder recent verhuisde 85-plussers in een koopwoning (Figuur 2.7). Dit duidt erop dat met name oudere ouderen voornamelijk naar kleinere woningen verhuizen.

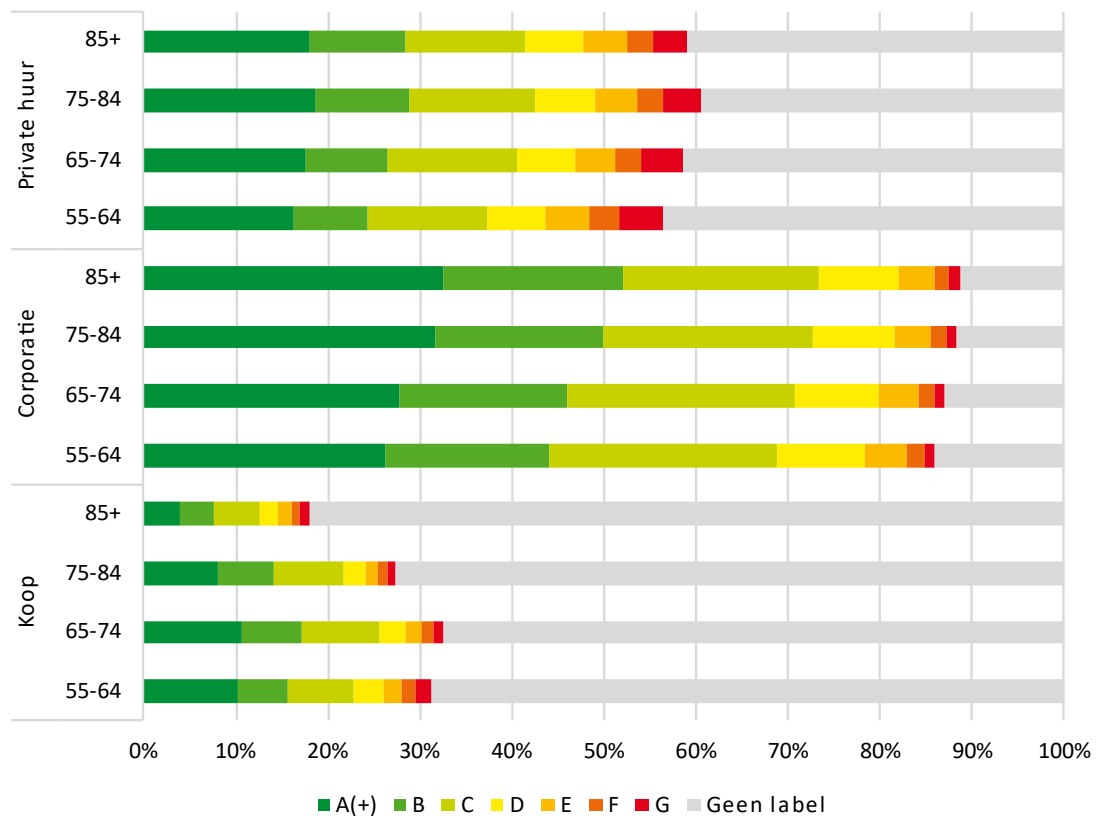


Energielabel

In Figuur 2.8 worden de geregistreerde energielabels bij de RVO per 1-1-2023 getoond naar de verschillende leeftijdsklassen en type eigendom. Er zijn geen duidelijke verschillen te zien tussen de verschillende leeftijdsklassen. In de corporatiesector is bij de ruime meerderheid van de woningen van ouderenhuishoudens het energielabel bekend, waarbij het aandeel 'slechte labels' (E, F of G) met 7 à 8% relatief laag is. Ook de ruime meerderheid van de geregistreerde labels in de private huursector en koopsector zijn relatief goede energielabels.

Hetgeen vooral opvalt in is dat met name de koopwoningen van ouderenhuishoudens vaak geen (geldig) geregistreerd energielabel hebben. Vanaf 1 januari 2015 moet elke woning die wordt verkocht of opnieuw verhuurd een geregistreerd energielabel hebben. Uit een recente studie van het CBS⁵ blijkt echter dat ouderen vaak al veel langer dan 8 jaar in hun woning wonen. Zeker voor degenen in een koopwoning is er dus meestal geen nut of noodzaak om een energielabel voor hun woning aan te vragen en blijft dit onbekend.

Figuur 2.8: Procentuele verdeling van het geregistreerde energielabel van de woningen van ouderenhuishoudens naar leeftijd en type eigendom, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/13/1-op-de-8-tachtigplussers-woont-al-halve-eeuw-op-hetzelfde-adres>



2.3 Inkomen en vermogen

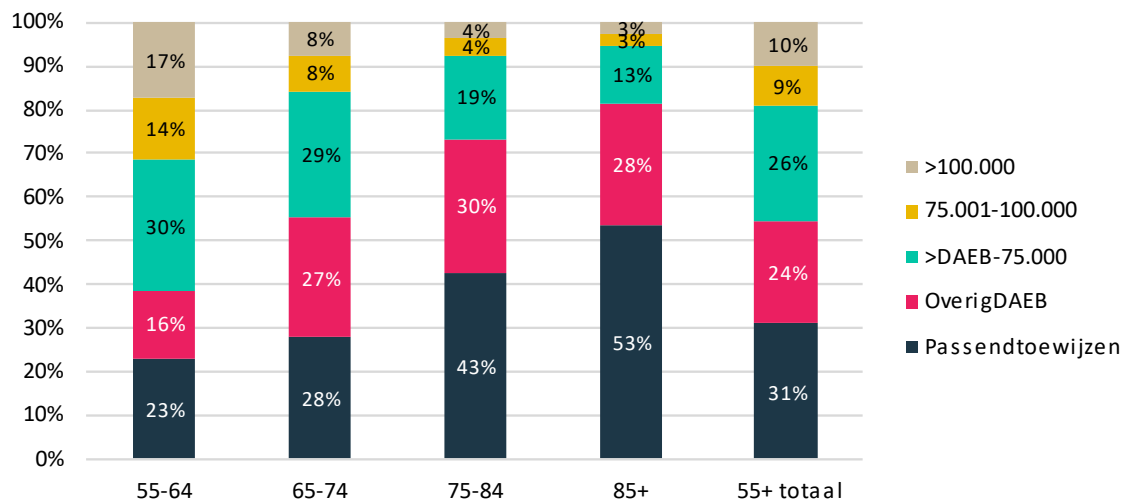
In deze paragraaf gaan we in op het inkomen en vermogen van particuliere ouderenhuishoudens. We kijken naar de gegevens over 2022, omdat momenteel nog geen inkomens- en vermogensdata voor 2023 beschikbaar zijn in de CBS-microdata. De peildatum voor de samenstelling huishouden en het vermogen is 1 januari 2022. Op deze peildatum waren er 3.949.000 particuliere ouderenhuishoudens.

Inkomen

Hieronder tonen we het belastbaar jaarinkomen van particuliere ouderenhuishoudens in vijf klassen. De laagste twee inkomensgroepen bestaan uit huishoudens die qua inkomen in aanmerking komen voor een sociale huurwoning, de zogenoemde 'DAEB-doelgroep' (ook wel EC-doelgroep genoemd). Voor eenpersoonshuishoudens lag de grens in 2022 op €40.765 en voor meerpersoonshuishoudens op €45.014. Binnen de DAEB-doelgroep wordt onderscheid gemaakt tussen de doelgroep passend toewijzen en 'overig DAEB'. De doelgroep passend toewijzen zijn de laagste inkomens die doorgaans recht hebben op huurtoeslag. De overige DAEB-doelgroep heeft een hoger inkomen dan de grens voor passend toewijzen, maar valt nog wel in de DAEB-doelgroep. In de overige DAEB-doelgroep is het aantal huurtoeslagontvangers aanmerkelijk lager. Zie eventueel Bijlage B voor een nadere toelichting op de doelgroepen uit het huurbeleid.

In Figuur 2.9 is duidelijk te zien dat hoe hoger de leeftijd van het huishouden, hoe lager het inkomen. Bijvoorbeeld, van de leeftijdsklasse 55-64 heeft 32% een belastbaar jaarinkomen van meer dan € 75.000, in vergelijking met 5% van de 85-plussers. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat oudere ouderen vaker alleen wonen en daardoor gemiddeld een lager huishoudensinkomen hebben. Een andere mogelijke verklaring is dat het (gecombineerde) inkomen uit AOW en pensioen over het algemeen lager ligt dan inkomen uit arbeid.

Figuur 2.9: Belastbaar jaarinkomen van particuliere ouderenhuishoudens naar leeftijd, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)

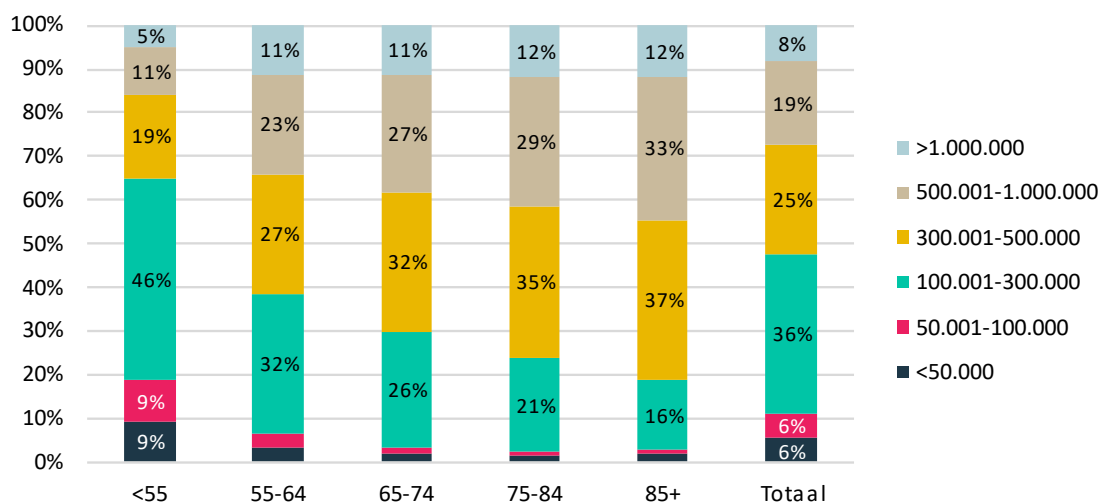


Vermogen

Voor wat betreft het vermogen van ouderenuishoudens onderscheiden we twee varianten, namelijk het vermogen inclusief en exclusief de eigen woning. Het vermogen in de eigen woning is gedefinieerd als de WOZ-waarde⁶ minus de resterende hypotheekschuld⁷. Huishoudens in de huursector hebben vanzelfsprekend geen vermogen in de eigen woning. De variant van het vermogen inclusief de eigen woning wordt daarom alleen getoond voor particuliere huishoudens in een koopwoning.

In Figuur 2.10 wordt het vermogen inclusief de eigen woning getoond voor particuliere huishoudens in een koopwoning. In tegenstelling tot de overige figuren in dit rapport wordt hier ook gekeken naar huishoudens onder de 55 jaar, om een indruk te geven van hoe ouderen zich verhouden tot jongere generaties. Er is duidelijk te zien dat ouderenuishoudens in een koopwoning meer vermogen (incl. eigen woning) hebben dan jongere huishoudens in een koopwoning. Hoe ouder, hoe hoger het vermogen. Zo heeft 55% van de 85-plushuishoudens meer dan een half miljoen aan vermogen, in vergelijking met 34% van de 55-64 jarigen dan 16% van de 55-minners. De oudste huishoudens hebben hun hypotheek vaak al verder, of zelfs volledig, afgelost dan jongere huishoudens.

Figuur 2.10: Vermogen (incl. eigen woning) van particuliere (ouderen)huishoudens in een koopwoning, naar leeftijd, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



We richten ons nu op het vermogen van particuliere (ouderen) exclusief de eigen woning. Het gaat daarbij om vermogen zoals bank- en spaartegoeden, beleggingen (aandelen en obligaties) en onroerend goed (behalve de eigen woning). De resultaten worden apart getoond voor degenen in een koopwoning (Figuur 2.11) en degenen in een huurwoning (Figuur 2.12). Zowel in de koopsector als de huursector is te wederom zien dat de ouderenuishoudens (vanaf 55 jaar) hogere vermogens hebben dan jongere huishoudens, ook wanneer de eigen woning buiten beschouwing gelaten wordt.

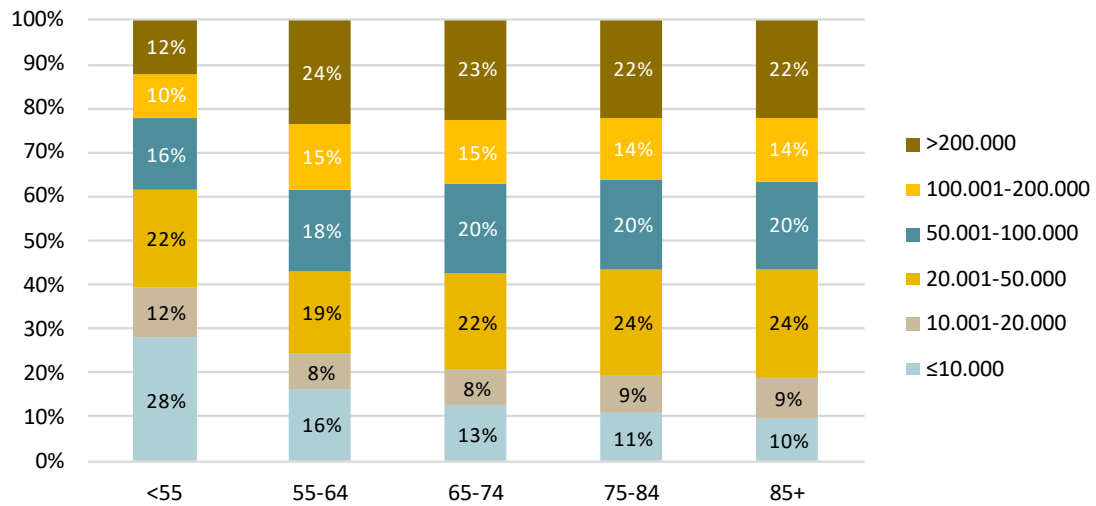
⁶ De WOZ-waarde heeft altijd betrekking op 1 januari een jaar eerder, met behulp van de prijsontwikkeling van bestaande koopwoningen (PBK) wordt deze omgerekend naar het huidige statistiekjaar.

⁷ Voor huishoudens die vóór 2019 hun spaar- of beleggingshypotheek hebben afgelost is de bestaande hypotheekschuld niet verminderd met het opgebouwde spaar- of beleggingstegoed.

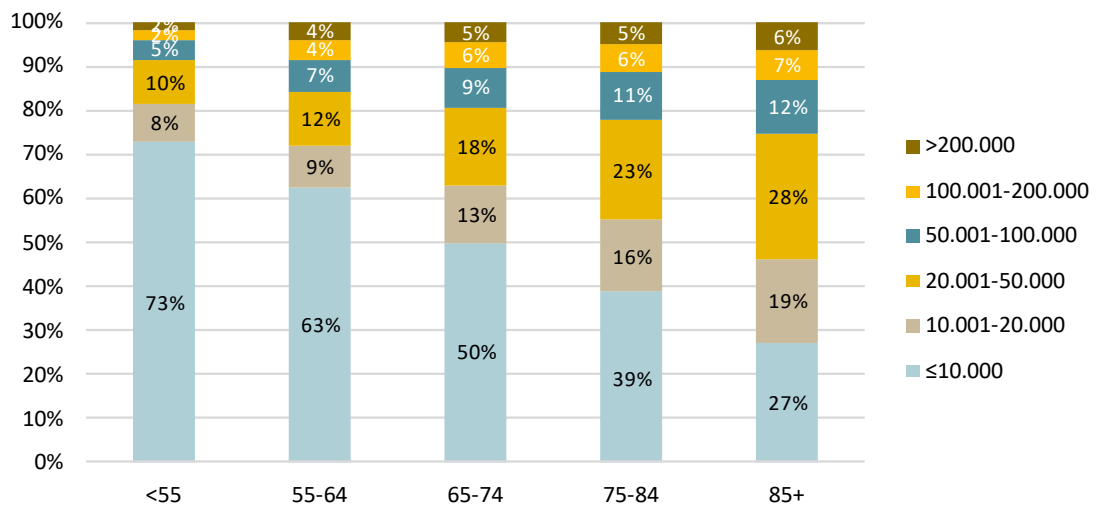


Het meest opvallende is echter het grote verschil tussen de huishoudens in een koopwoning en de huishoudens in een huurwoning. De huishoudens in een koopwoning hebben aanmerkelijk hogere vermogens dan de huishoudens in een huurwoning. Dat geldt voor alle leeftijdsklassen.

Figuur 2.11: Vermogen (excl. eigen woning) van particuliere (ouderen)huishoudens in een koopwoning, naar leeftijd, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Figuur 2.12: Vermogen (excl. eigen woning) van particuliere (ouderen)huishoudens in een huurwoning, naar leeftijd, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



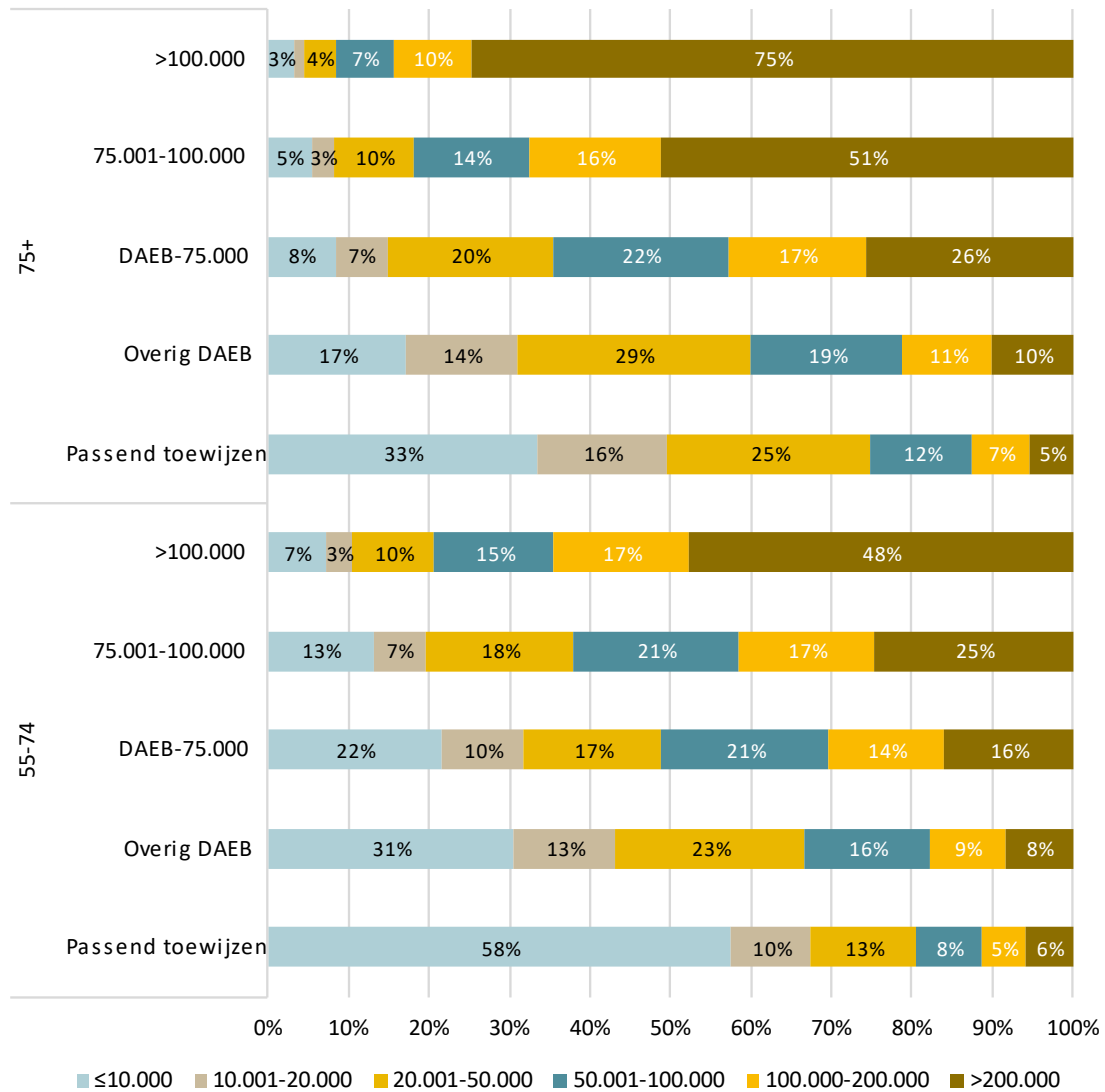
Inkomen × Vermogen

Ten slotte gaan we in dit hoofdstuk in op de combinatie van inkomen en vermogen (Figuur 2.13). We kijken hier naar uitsluitend naar het vermogen exclusief de eigen woning. Omwille van de leesbaarheid is in het figuur onderscheid gemaakt tussen 55-74 jarigen en 75-plussers. In de online databank kunnen de cijfers verder worden uitgesplitst. Figuur 2.13 laat duidelijk zien dat vermogen en inkomen met elkaar samenhangen: huishoudens met hogere inkomens hebben gemiddeld gezien ook hogere



vermogens. Er is hierbij wel een duidelijk verschil tussen de twee leeftijdsklassen: bij 75-plussers komt het vaker voor dat een relatief laag inkomen gepaard gaat met een relatief hoog vermogen: zo heeft een kwart (25%) van de 75-plussers in de doelgroep passend toewijzen meer dan € 50.000 vermogen, in vergelijking met 19% van de 66-74 jarigen.

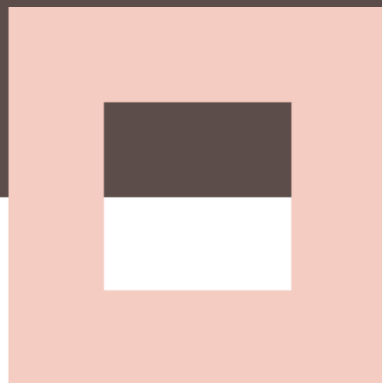
Figuur 2.13: Vermogen excl. eigen woning (horizontaal) van particuliere ouderenhuishoudens naar leeftijd en klassen van belastbaar inkomen (verticaal), per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



03

Geschiktheid woning en woonomgeving

In dit hoofdstuk staan de geschiktheid van de woningen en woonomgevingen voor ouderen centraal. We beginnen met de geschiktheid van de woning (3.1) en daarna komt de woonomgeving aan bod (3.2). Vervolgens worden beiden geschiktheidsmaten gecombineerd (3.3). Tot slot gaan we in op de relatie met de stedelijkheid van de gemeente (3.4).



Op 1 januari van 2022 werden 3.919.000 woonruimten bewoond door particuliere ouderenhuishoudens. Een kleine groep woonruimten (ca. 35.000; <1%) is buiten beschouwing gelaten in dit hoofdstuk; het gaat om woningen met een onbekend eigendom en niet-woningen zoals woonboten. Geschiktheid van woningen in 2023 komt niet aan bod omdat niet alle benodigde data beschikbaar zijn.

3.1 Geschiktheid van de woning

In deze sectie besteden we aandacht aan de geschiktheid van de woningen van ouderen. Het gaat daarbij om *alle* ouderenhuishoudens. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de relatie met fysieke en cognitieve beperkingen. Bij de geschiktheid van de woningen is een aantal belangrijke nuances. Zo gaan er verschillende definities en ideeën rond wat een geschikte woning is. In het programma WOZO is bijvoorbeeld veel aandacht gevestigd op geclusterde woningen en zorggeschikte woningen. Er zijn (nog) geen data waarmee dit type woning geïdentificeerd kan worden.

In deze monitor zijn geschikte woningen daarom – net als in de vorige twee edities van de monitor – gedefinieerd als woningen die geschikt, *of geschikt te maken zijn met een beperkte investering*, voor ouderen met een fysieke beperking (mobiliteitsbeperking). Meer specifiek moet de woning (na eventuele aanpassing) zowel extern als intern toegankelijk zijn. Extern toegankelijk betekent dat de woonkamer bereikbaar is vanaf de straat zonder trap te hoeven lopen. Intern toegankelijk betekent dat vanuit de woonkamer de keuken, het toilet, de badkamer en tenminste één slaapkamer bereikt kunnen worden zonder traplopen. Aanpassingen om woningen geschikt te maken zijn onder meer het drempelloos maken van de woning of het installeren van een traplift. Dit wordt gezien als een ‘beperkte’ investering, al zal dit in de praktijk zeker niet voor alle ouderen een beperkte uitgave zijn.

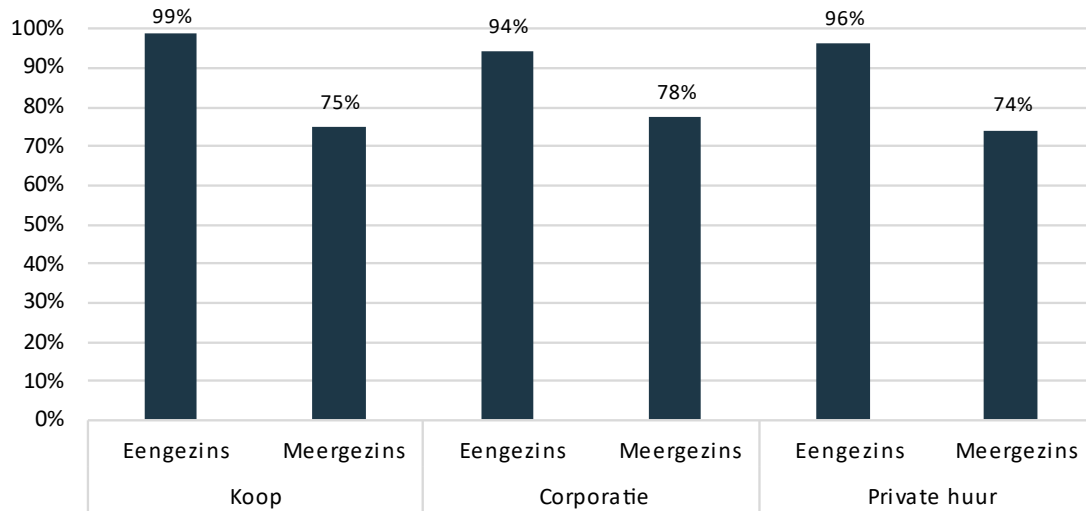
Ook voor wat betreft de interne en externe toegankelijkheid van woningen bestaan geen harde registraties. Op basis van diverse woningkenmerken is daarom een *inschatting* gemaakt op woningniveau van welke woningen wel en niet geschikt (te maken) zijn. Er is onder meer gekeken naar het bouwjaar, de oppervlakte, de verdieping waarop de woning zich bevindt, het aantal woonlagen en de aanwezigheid van een lift in appartementencomplexen. In Bijlage A wordt uitgebreider toegelicht hoe de geschiktheid van woningen is bepaald. De kenmerken bieden inzicht in de externe toegankelijkheid van woningen. Omdat we niet de precieze situatie achter de voordeur kennen van de woningen, kunnen we niet bepalen of er bijvoorbeeld drempels in de woning aanwezig zijn. Met andere woorden, de interne toegankelijkheid van woningen blijft onbekend. ‘Geschikt’ en ‘geschikt te maken’ vormen daarom één categorie. Voor de leesbaarheid wordt in het vervolg gesproken over ‘geschikte’ woningen, maar daarmee wordt dus bedoeld geschikte of geschikt te maken woningen.

Volgens onze afleiding zijn eengezinswoningen bijna allemaal geschikt (te maken) voor personen met een fysieke beperking (Figuur 3.1) Het aandeel geschikte eengezinswoningen is iets lager in de private huursector (96%) en corporatiesector (94%) dan in de koopsector (99%). Dit komt voornamelijk omdat eengezinswoningen in de huursector kleiner zijn, waardoor een traplift plaatsen niet altijd



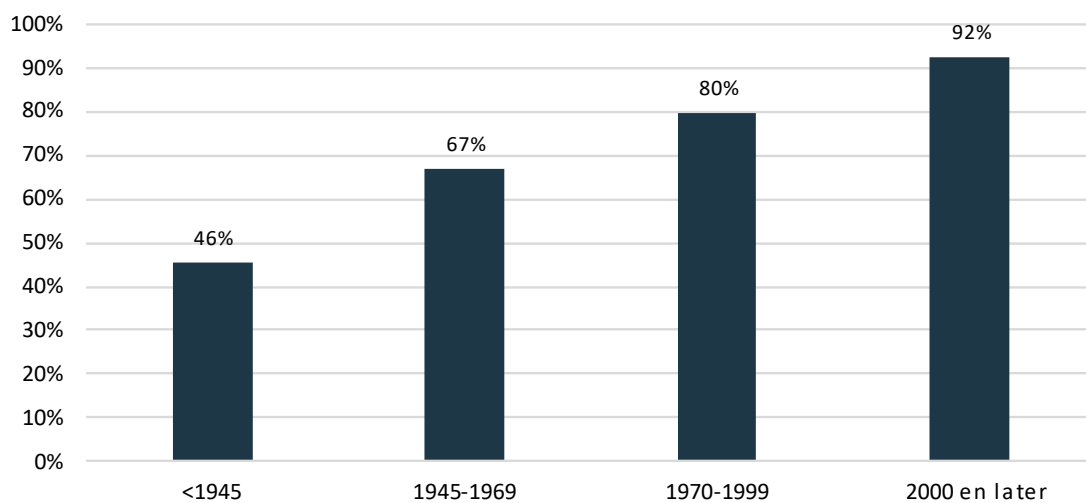
mogelijk is. Meergezinswoningen zijn beduidend minder vaak geschikt dan eengezinswoningen. Bij meergezinswoningen is het aandeel geschikt het hoogst in de corporatiesector. Dit hangt samen met het bouwjaar van de woningen. Bij de bespreking van Figuur 3.2 gaan we hier nader op in.

Figuur 3.1: Percentage woningen van particuliere ouderenhuishoudens dat geschikt (te maken) is voor personen met een fysieke beperking naar eigendom en bouwvorm, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



In Figuur 3.2 zoomen we specifiek in op de meergezinswoningen van particuliere ouderenhuishoudens en wordt het percentage geschikte woningen getoond voor verschillende bouwperiodes. Er is duidelijk te zien dat recentere woningen vaker geschikt (te maken) zijn. Een belangrijke reden hiervoor is dat in nieuwere appartementencomplexen een lift aanwezig is. Aangezien de corporatievoorraad gemiddeld gezien nieuwer is dan de koopvoorraad en de private huurvoorraad, is het aandeel geschikte meergezinswoningen ook iets hoger in de corporatiesector. In het Bouwbesluit zijn steeds strengere eisen opgenomen voor wat betreft de toegankelijkheid van woningen.

Figuur 3.2: Percentage meergezinswoningen van particuliere ouderenhuishoudens dat geschikt (te maken) is voor personen met een fysieke beperking naar bouwjaar, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)

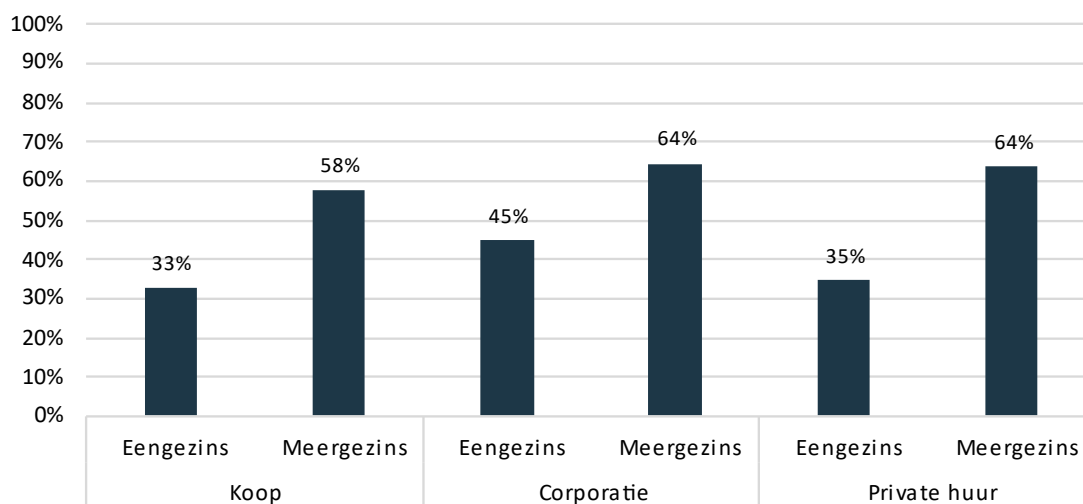


3.2 Nabijheid van voorzieningen

In deze paragraaf wordt gekeken naar de geschiktheid van de woonomgeving. Dit is gebaseerd op de nabijheid van relevante voorzieningen in de directe omgeving van de woning. Meer specifiek wordt gekeken naar de afstand tot de dichtstbijzijnde supermarkt, huisartsenpraktijk, apotheek en OV-halte. Indien twee of meer van deze voorzieningen binnen 500 meter⁸ van de woning aanwezig zijn, wordt de woonomgeving getypeerd als geschikt voor personen met een fysieke beperking. Andere criteria, zoals toegankelijkheid van de stoep en sociale contacten in de buurt zijn niet meegenomen vanwege een gebrek aan geschikte data. In de bijlage is een uitgebreidere toelichting te vinden op hoe de geschiktheid van de woonomgeving precies is bepaald.

Zoals te zien is in Figuur 3.3 is het beeld ten aanzien van de geschiktheid van de woonomgeving omgekeerd aan dat van de geschiktheid van de woning: meergezinswoningen hebben vaker een geschikte woonomgeving dan eengezinswoningen en huurwoningen hebben vaker een geschikte woonomgeving dan koopwoningen. Uiteraard heeft dit te maken het feit dat meergezinswoningen vaker in het centrum gevestigd zijn, waar veel voorzieningen op relatief korte afstand te vinden zijn. Eengezinswoningen bevinden zich vaker aan de randen van steden en dorpen en daarom vaak op grotere afstand van voorzieningen.

Figuur 3.3: Percentage woningen van particuliere ouderenhuishoudens dat een geschikte woonomgeving heeft, naar eigendom en bouwvorm, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



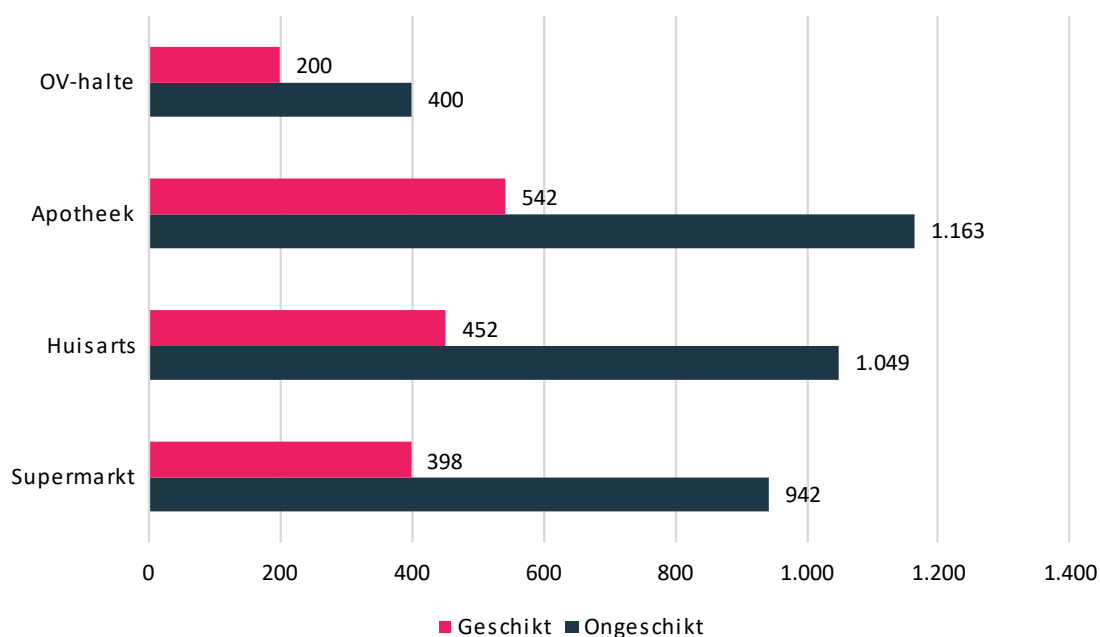
Om beter inzicht te krijgen in de afstand tot voorzieningen is in Figuur 3.4 de mediane afstand (in meters) getoond tot de vier eerdergenoemde voorzieningen, met daarbij onderscheid naar geschikte en ongeschikte woonomgevingen. In het figuur is duidelijk te zien dat afstand tot zorgfaciliteiten (huisarts en apotheek) vaak de oorzaak is waarom woonomgevingen als ongeschikt worden

⁸ Deze afstand staat gelijk aan 10 tot 20 minuten wandelen voor 70-plussers zonder beperking. We sluiten qua methodiek aan bij een onderzoek van het PBL: 'Langer zelfstandig wonen in een geschikte woonomgeving' (2019).



getypeerd. In ongeschikte woonomgevingen is de mediane afstand tot deze voorzieningen groter dan 1 kilometer. Zelfs bij geschikte woonomgevingen is de mediane afstand tot de dichtstbijzijnde apotheek groter dan 500 meter. OV-haltes zitten daarentegen zowel in geschikte als ongeschikte woonomgevingen op relatief korte afstand.

Figuur 3.4: Mediane afstand in meters* tot voorzieningen vanaf de woning van particuliere ouderenuishouders, naar geschikte en ongeschikte woonomgevingen, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



* Afstanden tot OV-haltes zijn op verzoek van het CBS afgerond op honderdtallen

3.3 Geschiktheid van de woning en woonomgeving

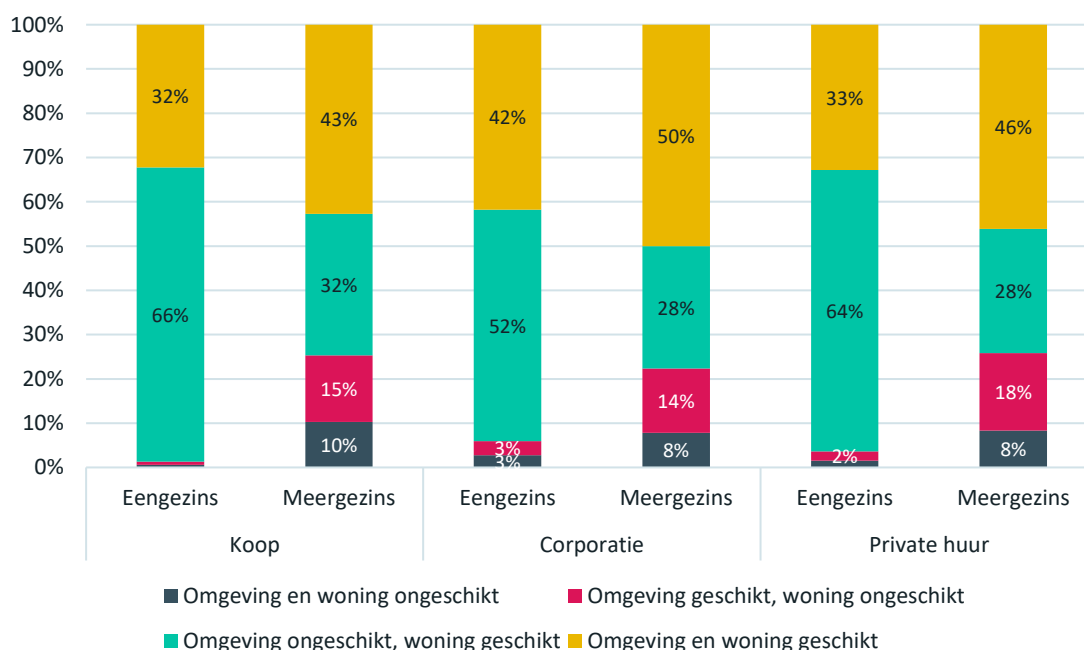
In deze paragraaf combineren we de geschiktheid van woningen en woonomgeving. Meer specifiek worden de woningen van particuliere ouderenuishouders ingedeeld in vier categorieën:

1. Omgeving en woning zijn beide niet geschikt;
2. Omgeving is geschikt maar woning niet;
3. Omgeving is niet geschikt maar woning wel;
4. Omgeving en woning zijn beide geschikt.

In Figuur 3.5 is te zien dat het bij meergezinswoningen zowel vaker voorkomt dat de woning én woonomgeving beide geschikt zijn als dat de woning en woonomgeving beide ongeschikt zijn. Van de meergezinswoningen in eigendom van een corporatie is de helft geschikt en heeft ook een geschikte woonomgeving. In de private huursector (46%) en koopsector (43%) is dit aandeel iets lager. Dit komt vooral omdat er in de private huursector en koopsector een groter aandeel vooroorlogse woningen zijn waar vaak geen lift in aanwezig is.



Figuur 3.5: Percentage woningen van particuliere ouderenhuishoudens dat geschikt is en/of een geschikte woonomgeving heeft, naar eigendom en bouwvorm, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



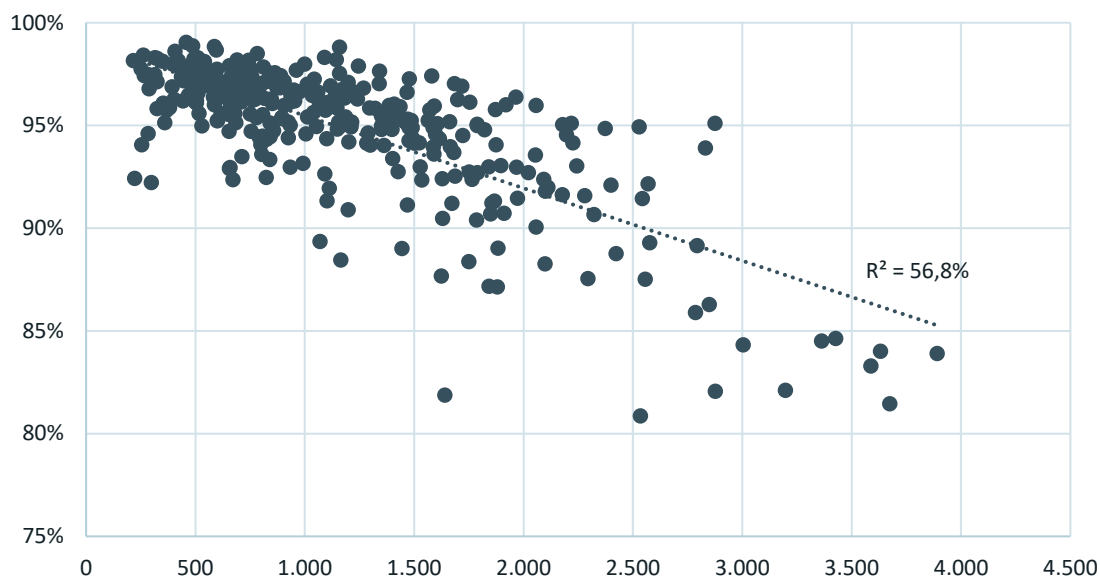
3.4 Geschiktheid en stedelijkheid

In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de geschiktheid van de woningen en woonomgevingen van ouderenhuishoudens afgezet tegen de mate van stedelijkheid van de gemeente. Als maat van stedelijkheid gebruiken we de zogenoemde omgevingsadressendichtheid (OAD): het gemiddelde aantal adressen per vierkante kilometer van een gemeente. Een hogere waarde op de OAD impliceert dus een hogere mate van stedelijkheid.

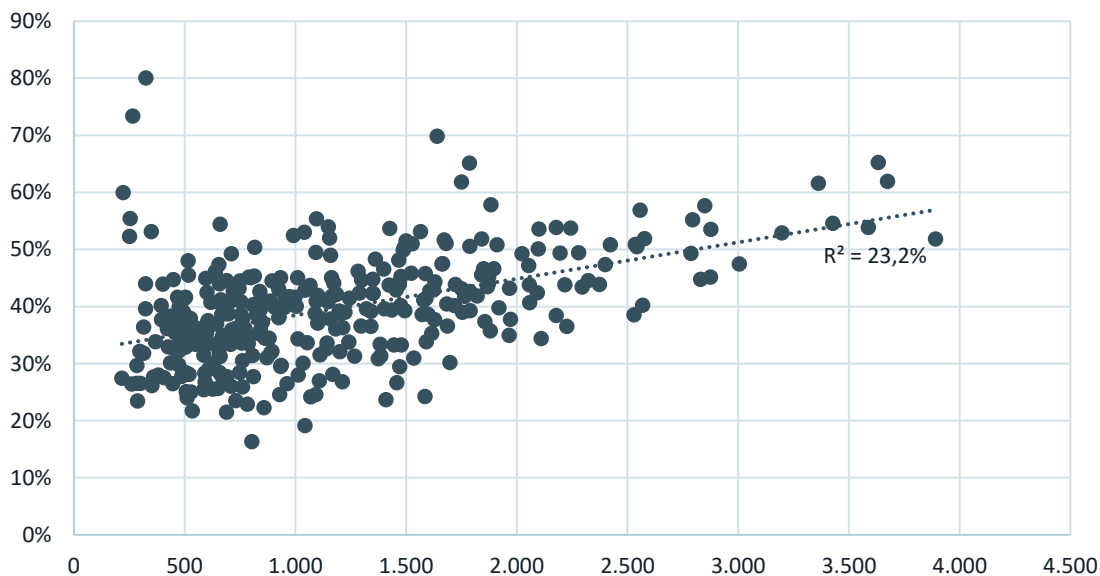
In Figuur 3.6 wordt het percentage geschikte woningen en in Figuur 3.7 het percentage geschikte woonomgevingen afgezet tegen de gemiddelde OAD per gemeente. In beide figuren zijn de G3 (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) buiten beschouwing gelaten, omdat zij vanwege een erg hoge OAD 'outliers' zijn. De gemeente Utrecht is wel meegenomen in het figuur. In de figuren is goed te zien dat het percentage geschikte woningen afneemt bij een hogere mate van stedelijkheid, terwijl het percentage geschikte woonomgevingen juist toeneemt. De verklaring hiervoor is dat stedelijke gemeenten vaker appartementen hebben met veel voorzieningen in de buurt, terwijl meer landelijke gemeenten meer eengezinswoningen hebben met minder voorzieningen in de omgeving.



Figuur 3.6: De gemiddelde omgevingsadressendichtheid per gemeente (x-as) ten opzichte van het percentage geschikte woningen (y-as), per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Figuur 3.7: De gemiddelde omgevingsadressendichtheid per gemeente (x-as) ten opzichte van het percentage woningen met een geschikte woonomgeving, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



04

Fysieke en cognitieve beperkingen

In dit hoofdstuk gaan we in op de woonsituatie van ouderen met een fysieke en/of cognitieve beperking, respectievelijk beperkingen bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en dementie. We richten ons in eerste instantie op ouderen met een ADL-beperking (4.1) en daarna op ouderen met dementie (4.2). Ten slotte wordt gekeken in hoeverre er sprake is van overlap tussen ADL-beperkingen en dementie (4.3).



4.1 Fysieke beperkingen

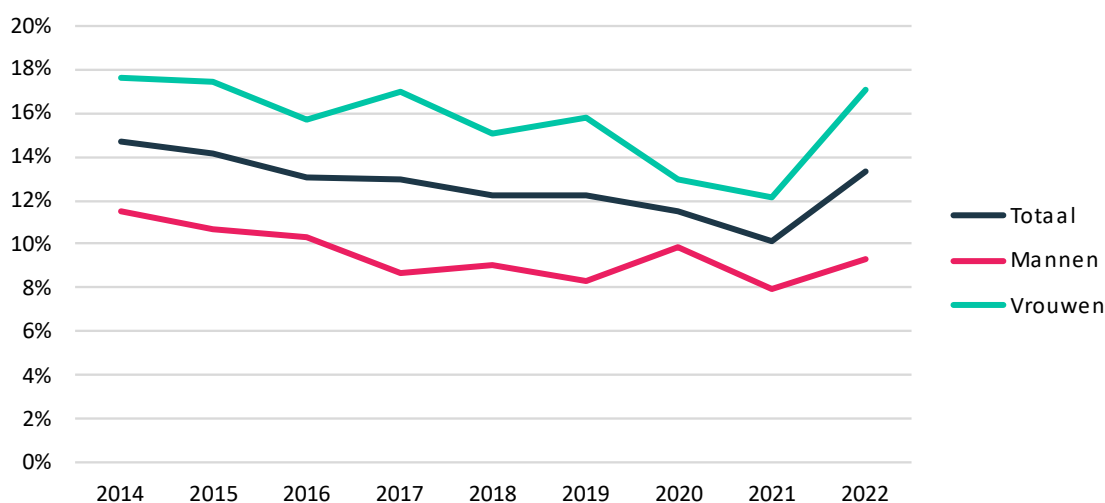
Personen met een fysieke beperking worden in deze monitor gedefinieerd als personen met een beperking in algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). ADL zijn alledaagse handelingen die een persoon zou moeten kunnen uitvoeren zonder hulpmiddelen. Voorbeelden van dergelijke handelingen zijn in en uit bed stappen, eten en drinken, in bad gaan of douchen en zich buitenshuis verplaatsen; kortom allemaal handelingen die betrekking hebben op de (fysieke) mobiliteit van een persoon. Een beperking bij het uitvoeren van een ADL is daarom een goede indicatie voor de noodzaak voor een fysiek toegankelijke woning.

Gezondheidsenquête

In de Gezondheidsenquête, die jaarlijks wordt uitgevoerd door het CBS, wordt aan 55-plussers gevraagd in hoeverre zij elf ADL-handelingen kunnen uitvoeren. Antwoordcategorieën zijn (1) zonder moeite; (2) met enige moeite; (3) met grote moeite; (4) alleen met hulp van anderen; en (5) zelfs niet met hulp van anderen. Als een persoon aangeeft ten minste 'grote moeite' te hebben met minstens één van de elf ADL-handelingen, dan wordt hij/zij getypeerd als een persoon met een ADL-beperking.

In Figuur 4.1 wordt het percentage 55-plussers getoond dat een ADL-beperking heeft. Er is duidelijk te zien dat vrouwen vaker een ADL-beperking ervaren dan mannen. Verder is in de 'coronajaren' 2020 en 2021 een sterke daling te zien in het percentage vrouwen met ADL, terwijl het percentage mannen met ADL juist toeneemt in 2020. In 2022 gaan de percentages weer terug naar het oude niveau. In 2020 en 2021 werd de waarneming voor de Gezondheidsenquête verstoord door de coronacrisis, omdat het in een groot deel van deze jaren niet mogelijk was om aan huis interviews af te nemen. Omdat dit een vertekend beeld geeft, worden de enquêtes van 2020 en 2021 verder niet gebruikt in deze monitor. Ook in de overige jaren zijn fluctuaties te zien. De reden hiervoor is ons niet bekend.

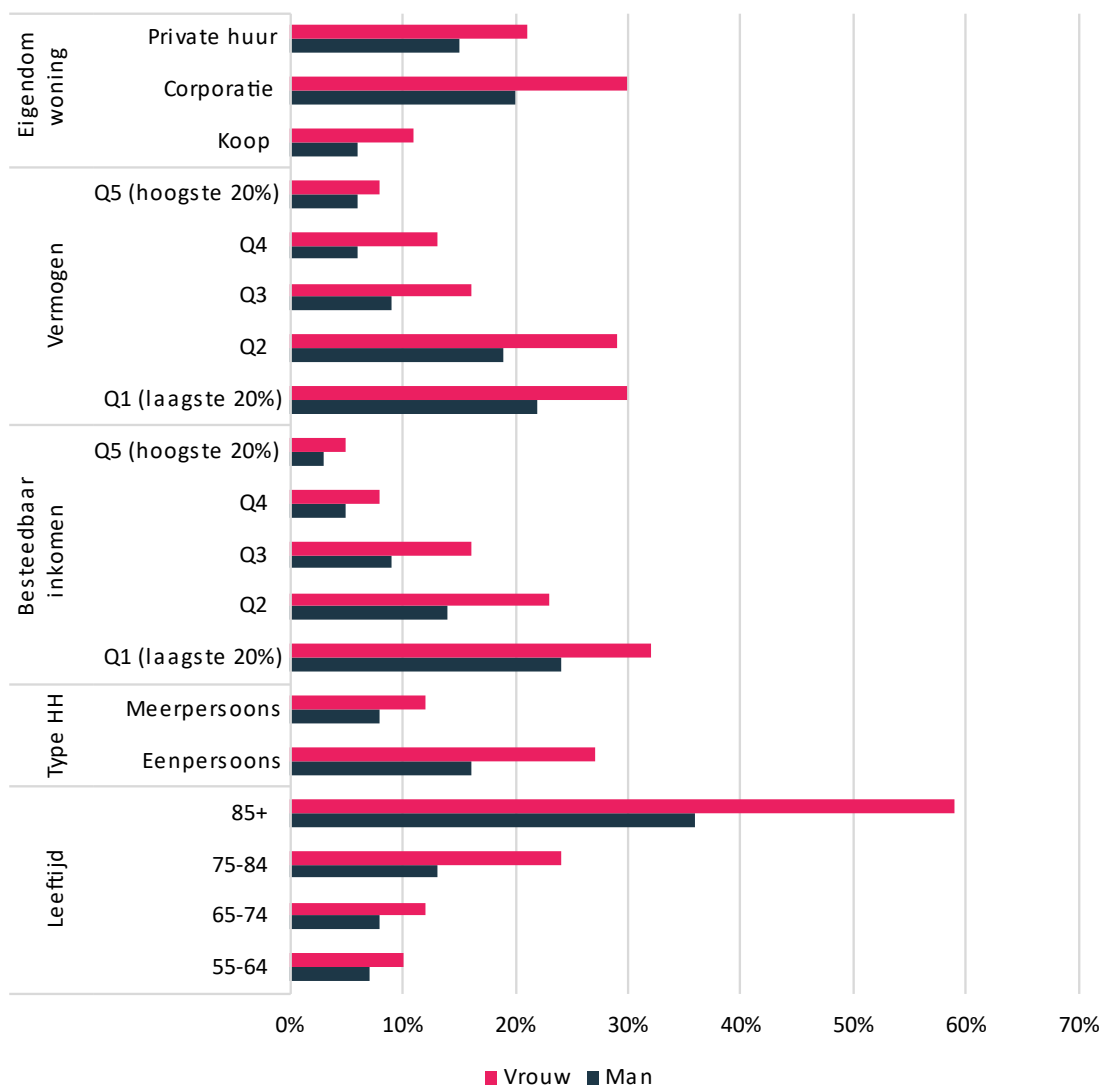
Figuur 4.1: Percentage personen met ten minste één ADL-beperking, uitgesplitst naar mannen en vrouwen voor de periode 2014 t/m 2022. Bron: CBS Gezondheidsenquête 2014-2022



Bijschatten van ADL-beperkingen

Met behulp van de Gezondheidsenquête wordt bepaald of een persoon wel of geen ADL-beperking heeft. De enquête omvat jaarlijks zo'n 3.500 respondenten van 55 jaar en ouder. Om ook op gemeentenniveau uitspraken te kunnen doen over het aantal personen met een ADL-beperking is voor de totale bevolking de kans op een ADL-beperking bijgeschat (zie Bijlage A). Om hiervoor voldoende waarnemingen te hebben, worden enkele onderzoeksjaren van de Gezondheidsenquête samengevoegd. Voor 2022 wordt gebruikgemaakt van de enquêtes uit 2018, 2019 en 2022⁹. De Gezondheidsenquête is een onderzoek onder particuliere huishoudens. Voor ouderen die in een instelling wonen kan daarom niet worden bepaald in hoeverre zij te maken hebben met een ADL-beperking.

Figuur 4.2: Percentage 55-plussers in een particulier huishouden met een ADL-beperking naar diverse achtergrondkenmerken en geslacht, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



⁹ De Gezondheidsenquête over 2023 is momenteel nog niet beschikbaar in de CBS-microdata. De enquêtes uit 2020 en 2021 worden niet gebruikt vanwege vertekende waarneming tijdens de coronacrisis (Figuur 4.1).

Het bijschatten van ADL-beperkingen voor de totale bevolking in een particulier huishouden doen we met behulp van logistische regressieanalyses. Aan de hand van diverse persoons- en huishoudenskenmerken die (1) bekend zijn voor de totale bevolking vanuit registraties en (2) samenhangen met het hebben van een ADL-beperking, wordt voor ieder individu bepaald wat de kans is dat hij/zij een ADL-beperking heeft. Het gaat hierbij om geslacht, leeftijd, huishoudenssamenstelling, besteedbaar inkomen¹⁰, vermogen van het huishouden en eigendom van de woning.

In Figuur 4.2 wordt getoond de gebruikte kenmerken in het regressiemodel samenhangen met het hebben van een ADL-beperking. Vanwege het grote verschil tussen mannen en vrouwen zijn alle resultaten uitgesplitst naar geslacht. Zoals te zien is in het figuur is er een sterke invloed van leeftijd op de kans dat een persoon een ADL-beperking heeft. Zo heeft 59% van de vrouwen van 85 jaar en ouder een ADL-beperking, in vergelijking met 10% van de vrouwen tussen de 55 en 64 jaar. Onder mannen zijn deze percentages respectievelijk 36% (85+ jaar) en 7% (55-64 jaar).

Verder zijn ADL-beperkingen gebruikelijker onder alleenstaanden dan onder personen in meerpersoonshuishoudens. Paradoxaal genoeg wonen de personen die hulp nodig hebben bij ADL dus vaker alleen. Ten slotte zijn er duidelijke effecten te zien met betrekking tot sociaaleconomische status: personen met een hoger besteedbaar inkomen en een hoger huishoudensvermogen hebben een lagere kans op een ADL-beperking dan personen met lagere inkomens en vermogens. Ook hebben personen in een huurwoning, met name corporatiewoningen, een hogere kans op een ADL-beperking.

ADL-beperkingen op huishoudensniveau

De resultaten tot hebben betrekking op *personen* met een ADL-beperking. Vanuit het oogpunt van huisvesting zijn echter vooral de *huishoudens* relevant. In Tabel 4.2 hieronder laten we het aantal personen met een ADL-beperking in een particulier huishouden zien, alsmede het aantal particuliere huishoudens met daarin ten minste één persoon met een ADL-beperking. De aantallen zijn tevens uitgesplitst naar de verschillende leeftijdsklassen.

In totaal zijn er ca. 781.000 personen in een particulier huishouden met een ADL-beperking en ca. 751.000 particuliere huishoudens met een ADL-beperking. Dit betekent dat in veruit de meeste gevallen maar één persoon per huishouden een ADL-beperking heeft. Dit is niet verrassend gezien het feit dat ADL-beperkingen vaker voorkomen bij alleenstaanden dan bij meerpersoonshuishoudens. Daarnaast bestaan de meeste meerpersoonshuishoudens uit een man en een vrouw, waarbij vooral de vrouw een hoge kans heeft op een ADL-beperking. Bij de leeftijdscategorieën 75+ zijn er meer huishoudens met een ADL-beperking dan personen. Dit komt omdat de leeftijd van het huishouden bepaald wordt aan de hand van de oudste persoon in het huishouden. Dit hoeft niet noodzakelijk ook de persoon met een ADL-beperking in het huishouden te zijn.

¹⁰ Voor het bijschatten van ADL-beperkingen, en daarom ook in Figuur 4.2, wordt gebruikgemaakt van het besteedbaar inkomen van een huishouden gecorrigeerd voor de omvang en samenstelling van een huishouden.

Tabel 4.1: Aantal personen met een ADL-beperking in particulier huishouden en aantal particuliere huishoudens met ten minste één persoon met een ADL-beperking, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)

	Personen	Huishoudens	Pers. / HH*
55-64 jaar	205.050	176.136	1,16
65-74 jaar	197.416	193.027	1,02
75-84 jaar	214.930	216.296	0,99
85+ jaar	164.407	165.041	1,00
Totaal 55+ jaar	781.803	750.500	1,04

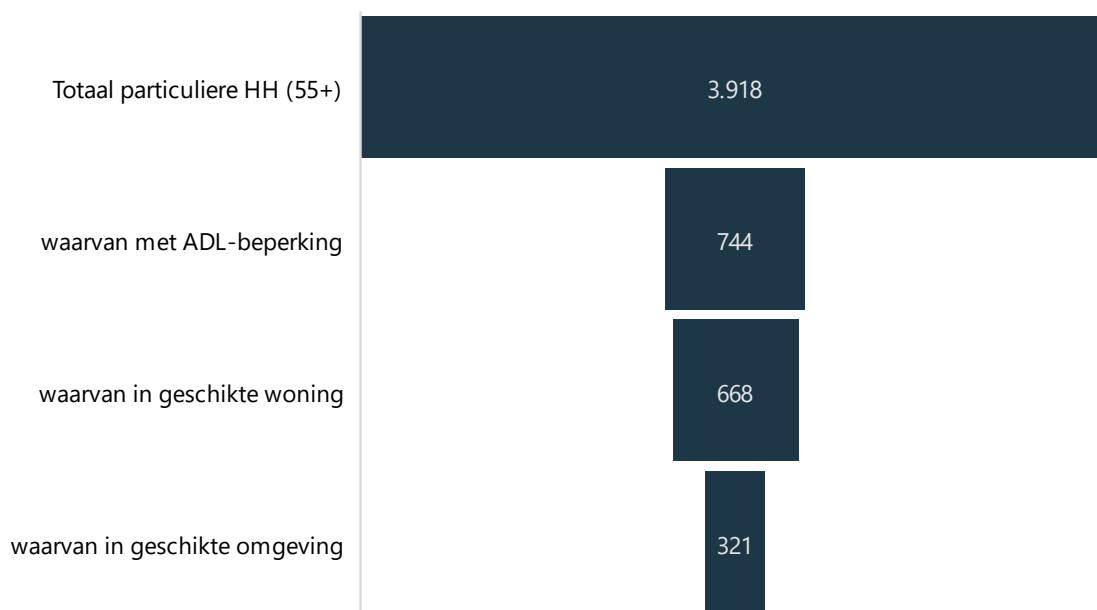
* Pers/ HH staat voor de factor die volgt uit aantal personen gedeeld door aantal huishoudens

Geschiktheid van de woning en woonomgeving

In deze paragraaf gaan we in op de vraag in hoeverre huishoudens met een ADL-beperking geschikt wonen. Per 1 januari 2022 waren er 3.949.000 particuliere ouderenuishoudens. Voor een klein aantal huishoudens (31.000, 0,8%) kon niet worden bepaald of zij geschikt wonen. Dit zijn voornamelijk huishoudens die niet in een woning wonen, maar bijvoorbeeld in een woonboot of woonwagen.

Er resteren 3.918.000 ouderenuishoudens voor de analyse. In 744.000 (19%) van deze huishoudens heeft ten minste één persoon een ADL-beperking. Van de huishoudens met een ADL-beperking wonen er 668.000 in een geschikte woning. Dat betreft 90% van alle particuliere ouderenuishoudens met een ADL-beperking. 321.000 huishoudens in deze groep wonen bovendien in een geschikte woonomgeving; dit is 43% van de huishoudens met ADL-beperking. In Figuur 4.3 worden de aantallen in samenhang gepresenteerd, waarbij elke groep een subgroep is van de voorgaande.

Figuur 4.3: Van totaal 55-plus huishoudens naar 55-plus huishoudens met een ADL-beperking in een geschikte woning én woonomgeving (in duizendtallen), per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



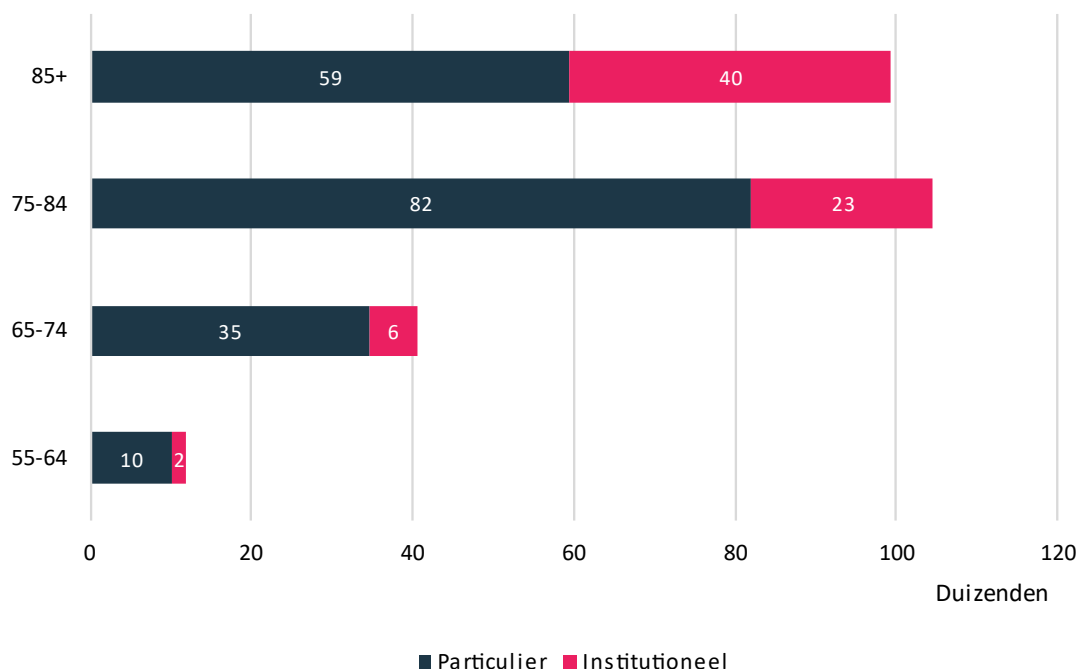
4.2 Cognitieve beperkingen

Voor wat betreft cognitieve beperkingen wordt in de monitor gekeken naar dementie. Hiervoor gebruiken wij een microbestand van Vektis waarin op persoonsniveau in beeld is gebracht welke personen in Nederland dementie hebben. Het betreft een integrale waarneming op basis van Wlz declaratiedata, diagnose voor Dementiesyndromen, medicatie en Wijkverpleging. Op 1 januari 2022 waren er ca. 260.000 personen bij wie in de loop van 2022 dementie werd geconstateerd door Vektis. Ongeveer 4.000 (1%) personen daarvan waren op dat moment jonger dan 55 jaar en blijven in het vervolg van deze monitor buiten beschouwing.

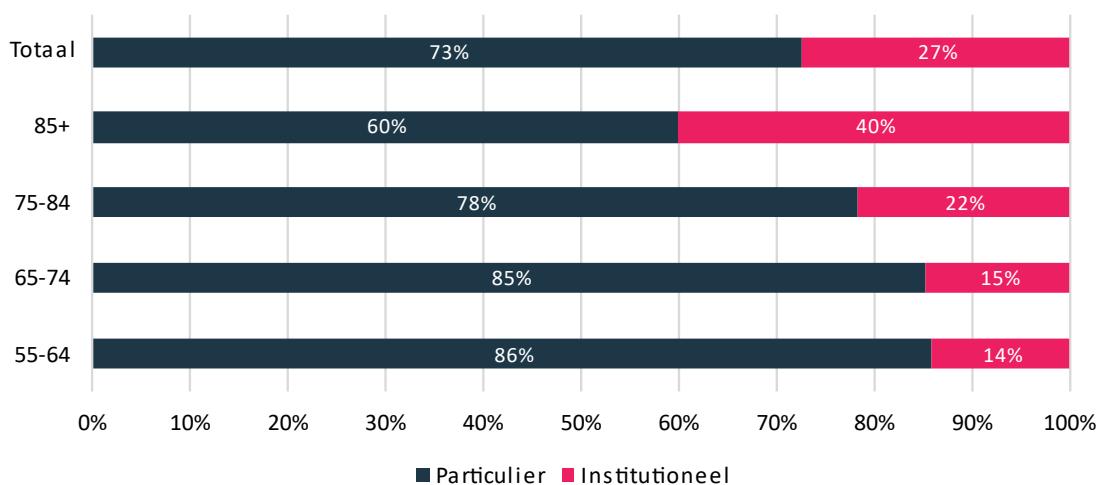
Zelfstandig versus institutioneel wonend

In tegenstelling tot ADL-beperkingen kan dementie bepaald worden voor zowel de bevolking in een particulier huishouden als de bevolking in een instelling. Van de 256.000 55-plussers met dementie wonen er 186.000 zelfstandig (in een particulier huishouden) en 70.000 in een instelling (in een institutioneel huishouden). In Figuur 4.4 worden deze aantallen uitgesplitst naar leeftijd. Dementie komt logischerwijs vaker voor op hogere leeftijd. Daarnaast is het aandeel personen met dementie dat in een instelling woont ook duidelijker hoger op hogere leeftijden. Zo woont 40% van de 85-plussers met dementie in een instelling, in vergelijking met 14% van de 55-64 jarigen (Figuur 4.5).

Figuur 4.4: Aantal personen met dementie (in duizendtallen) uitgesplitst naar leeftijd en woonachtig in een particulier of institutioneel huishouden, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Figuur 4.5: Procentuele verdeling van personen in particuliere en institutionele huishoudens onder personen met dementie, uitgesplitst naar leeftijd, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



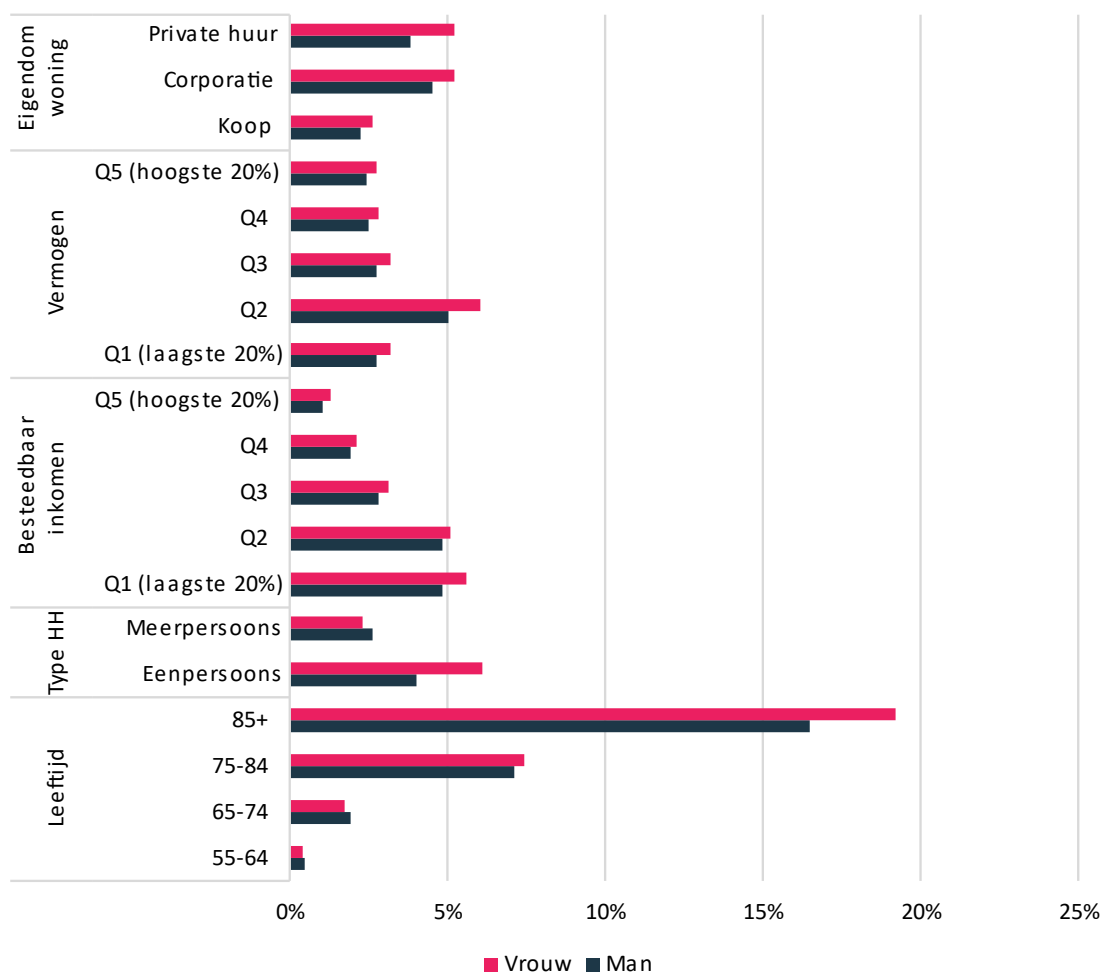
Kenmerken van personen met dementie

Voor personen met dementie in particuliere huishoudens kunnen diverse kenmerken in beeld gebracht worden. Zoals eerder geconstateerd zijn er ca. 186.000 55-plussers met dementie die in een particulier huishouden wonen. Dit betreft 3% van alle 55-plussers in een particulier huishouden. In lijn met het percentage personen met een ADL-beperking naar achtergrondkenmerken (Figuur 4.2), maken we eenzelfde figuur voor dementie (Figuur 4.6).

Net als bij ADL-beperkingen komt dementie vaker voor onder vrouwen dan onder mannen, al zijn de verschillen bij dementie naar geslacht wel beduidend kleiner. Figuur 4.6 laat opnieuw een sterk effect van leeftijd zien voor wat betreft de kans op dementie. Zo heeft 19% van de vrouwen van 85 jaar en ouder dementie, in vergelijking met <1% van de vrouwen tussen de 55 en 64 jaar. Onder mannen zijn deze percentages respectievelijk 17% (85+ jaar) en <1% (55-64 jaar). Dementie komt daarnaast vaker voor bij alleenstaanden dan bij personen in meerpersoonshuishoudens.

Ten slotte is er bij dementie ook een effect te zien van sociaaleconomische status. Personen in huishoudens met een hoger inkomen hebben een kleinere kans op dementie. Ook is het aandeel personen met dementie hoger onder personen in huurwoningen dan onder personen in koopwoningen. Voor wat betreft het vermogen is een minder eenduidig effect te zien. Met name personen in het tweede kwintiel hebben een verhoogde kans op dementie. Aanvullende analyses (niet in figuur) tonen aan dat dit het gevolg is van een indirect leeftijdseffect: 85-plussers zijn oververtegenwoordigd in het tweede vermogenskwintiel, waardoor het aandeel personen met dementie hier hoger is dan in het eerste vermogenskwintiel (laagste 20%).

Figuur 4.6: Percentage 55-plussers in een particulier huishouden met dementie naar diverse achtergrondkenmerken en geslacht, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Dementie op huishoudensniveau

De resultaten tot dusver in deze paragraaf hebben betrekking op *personen* met dementie. Echter, vanuit het oogpunt van huisvesting zijn vooral de *huishoudens* relevant. Wanneer tenminste één 55-plusser in een huishouden dementie heeft, typeren we het als een huishouden met dementie. In Tabel 4.2 laten we het aantal particuliere personen en particuliere huishoudens met dementie zien.

In totaal zijn er ca. 186.100 personen in een particulier huishouden met dementie en ca. 181.400 particuliere huishoudens met dementie. Dit betekent dat in veruit de meeste gevallen maar één persoon per huishouden dementie heeft. Naarmate de leeftijd hoger wordt wonen minder mensen met dementie samen in één huishouden. Bij de leeftijdscategorie 85+ zijn er zelfs meer huishoudens dan personen met dementie. Dit komt omdat de leeftijd van het huishouden bepaald wordt aan de hand van de oudste persoon in het huishouden. Dit hoeft niet noodzakelijk ook de persoon met dementie in het huishouden te zijn. Bijvoorbeeld, bij een paar waarbij een vrouw van 83 dementie heeft en haar man van 86 niet, wordt het huishouden getypeerd als een huishouden van 85+ jaar oud.

Tabel 4.2: Aantal personen met dementie in particulier huishouden en aantal particuliere huishoudens met ten minste één persoon met dementie, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)

	Personen	Huishoudens	Pers. / HH*
55-64 jaar	10.200	8.900	1,15
65-74 jaar	34.600	31.600	1,09
75-84 jaar	81.900	79.300	1,03
85+ jaar	59.400	61.600	0,97
Totaal 55+ jaar	186.100	181.400	1,03

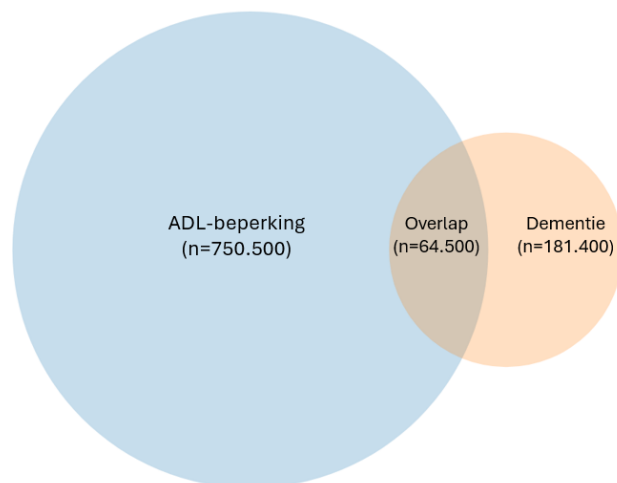
* Pers/ HH staat voor de factor die volgt uit aantal personen gedeeld door aantal huishoudens

4.3 Overlap ADL en dementie

In deze paragraaf wordt ingegaan op de overlap tussen huishoudens ADL-beperkingen en huishoudens met dementie. Belangrijk is dat deze overlap alleen bepaald kan worden voor (personen in) particuliere huishoudens. Het is namelijk niet bekend hoe vaak ADL-beperkingen voorkomen onder personen in instellingen. In Figuur 4.7 wordt de overlap getoond op het niveau van huishoudens. Bij overlap kan één persoon in een huishouden zowel een ADL-beperking als dementie hebben. Het is ook mogelijk dat er binnen een huishouden een persoon is met een ADL-beperking en een ander persoon met dementie. In beide gevallen is er sprake van overlap.

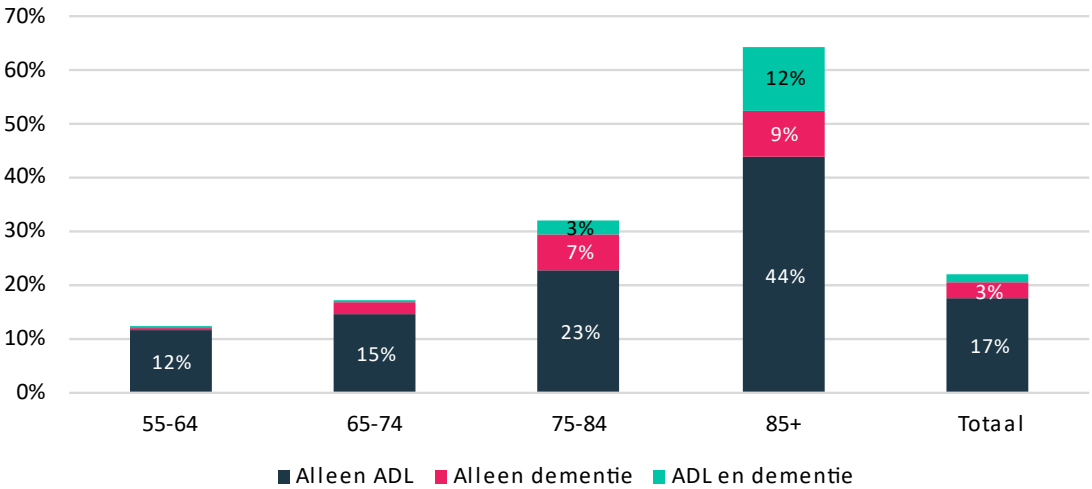
Op 1 januari 2022 waren er 750.500 particuliere ouderenhuishoudens met ten minste één persoon met een ADL beperking en 181.400 particuliere ouderenhuishoudens met ten minste één persoon met dementie. In 64.500 van deze huishoudens was er sprake van zowel een ADL-beperking als dementie. Met andere woorden, bij 36% van de huishoudens met dementie komt ook een ADL-beperking voor en bij 9% van de huishoudens met een ADL-beperking komt ook dementie voor.

Figuur 4.7: Overlap tussen ADL-beperkingen en dementie onder particuliere 55-plus-huishoudens, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Ten slotte kijken we naar verschillen tussen leeftijdsklassen in de overlap tussen dementie en ADL-beperkingen (Figuur 4.8). In het figuur is duidelijk te zien dat dementie weinig voorkomt bij particuliere huishoudens jonger dan 75 jaar. Er is bij deze huishoudens dus uiteraard ook nauwelijks sprake van overlap tussen dementie en ADL-beperkingen. In ongeveer een op de vijf (21%) particuliere huishoudens van 85+ jaar is een persoon met dementie aanwezig. In meer dan de helft van de gevallen is er binnen hetzelfde huishouden ook iemand met een ADL-beperking aanwezig (12%).

Figuur 4.8: Percentage particuliere huishoudens met alleen een ADL-beperking, alleen dementie, of allebei uitgesplitst naar leeftijd, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



05

Wlz-zorggebruik

In dit hoofdstuk gaan we in op het gebruik van Wlz-zorg onder ouderen. We beginnen met de verschillende leveringsvormen van Wlz (zorg met verblijf, VPT, MPT, PGB) en hoe dit zich heeft ontwikkeld in de afgelopen jaren (5.1). Daarna gaan we in op verschillende woonvormen van personen die Wlz-zorg ontvangen (5.2). Ten slotte beschrijven we diverse huishoudens- en woningkenmerken van de ouderen in een particulier huishouden die Wlz-zorg ontvangen via VPT, MPT en/of PGB (5.3).



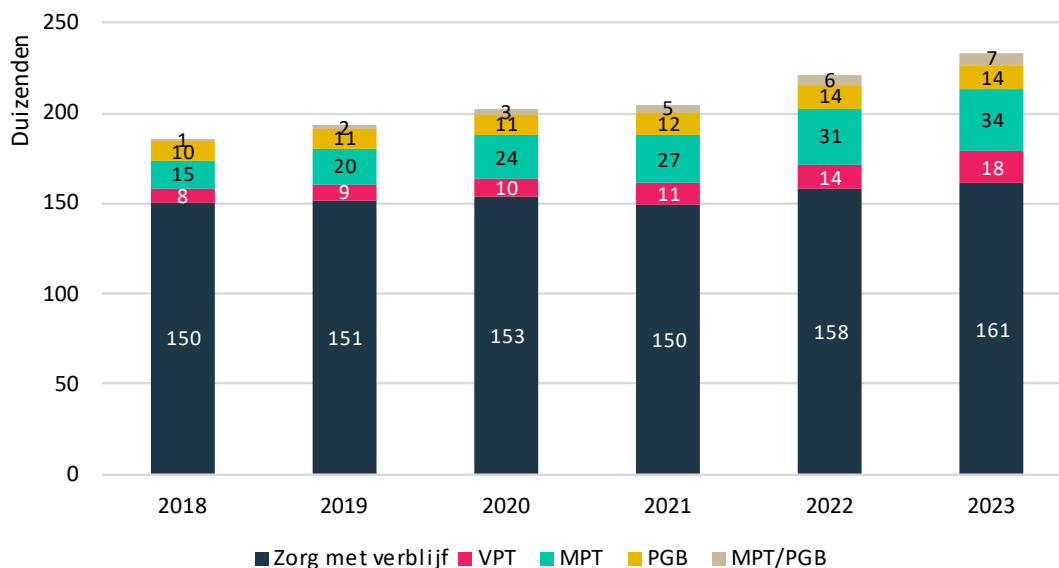
In dit hoofdstuk wordt gekeken naar het Wlz-zorggebruik onder 55-plussers. Personen die gebruikmaken van Wlz-zorg, maar jonger zijn dan 55 jaar, blijven dus buiten beschouwing. Ter illustratie: op 1 januari 2023 waren er 332.000 personen die Wlz-zorg ontvingen, waarvan er 99.000 personen (30%) jonger waren dan 55 jaar. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk primair gekeken naar Wlz-gebruik van personen met een zogenoemd 'VV-zorgprofiel'. Hieronder gaan we hier nader op in.

5.1 Leveringsvorm

Ontwikkeling over de tijd

In Figuur 5.1 tonen we de ontwikkeling van het totaal aantal 55-plussers dat Wlz-zorg ontvangt, onafhankelijk van het zorgprofiel. In het figuur wordt onderscheid gemaakt naar de leveringsvorm. Het totaal aantal Wlz-gebruikers van 55 jaar en ouder is gegroeid van ca. 185.000 in 2018 naar 233.000 in 2023. De grootste groei zit bij personen die Wlz-zorg ontvangen in de vorm van het 'modulair pakket thuis' (MPT): van 15.000 in 2018 naar 34.000 in 2023. Daarnaast is er nog een groep die het MPT afneemt in combinatie met een persoonsgebonden budget (PGB); deze groep groeide van 1.000 in 2018 naar 7.000 in 2023. Ook de leveringsvorm volledig pakket thuis (VPT) laat een sterke toename zien, van 8.000 personen in 2018 naar 18.000 personen in 2023.

Figuur 5.1: Aantal (in duizenden) 55-plussers (personen) met Wlz-zorggebruik uitgesplitst naar leveringsvorm, per 1-1-2018 t/m 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Verpleging en Verzorging (VV)

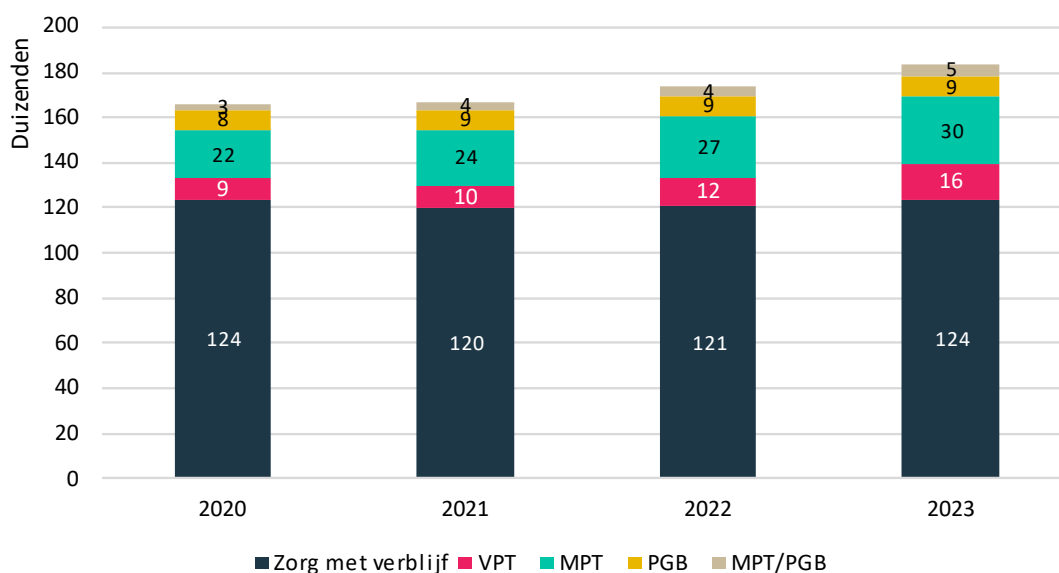
Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt in een indicatiebesluit of iemand toegang heeft tot de Wlz. In deze indicatie geeft het CIZ tevens het zorgprofiel (voorheen zorgzwaartepakket) aan waarop de persoon is aangewezen. Het zorgprofiel zegt iets over de aard, inhoud en globale omvang van de benodigde zorg. De zorgprofielen zijn ingedeeld in zes hoofdcategorieën, waaronder 'verpleging en verzorging (VV)'. De VV-zorgprofielen zijn met name relevant voor ouderenzorg. In het restant



van dit hoofdstuk wordt daarom specifiek gekeken naar Wlz-gebruik van ouderen met een VV-zorgprofiel. Data over totaal aantal Wlz-gebruikers (inclusief de niet-VV-profielen) zijn terug te vinden in de online databank.

In Figuur 5.2 tonen we ontwikkeling van het aantal 55-plussers dat Wlz-zorg ontvangt met een VV-zorgprofiel voor de periode 2020 t/m 2023¹¹. Wanneer we specifiek kijken naar de Wlz-gebruikers met een VV-zorgprofiel, dan valt op dat het aantal zorg met verblijf licht daalde tussen 2020 en 2021. Mogelijk is hierbij een relatie met de coronacrisis. Van 2021 tot en met 2023 neemt het aantal met zorg met verblijf weer toe tot het oude niveau. Bij met name VPT en MPT is, net als in Figuur 5.1, een duidelijke toename te zien over de periode 2020-2023.

Figuur 5.2: Aantal (in duizenden) 55-plussers (personen) met Wlz-zorggebruik met een VV-zorgprofiel, uitgesplitst naar leveringsvorm, per 1-1-2020 t/m 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Zorgprofielen

De VV-zorgprofielen kunnen nader uitgesplitst worden naar zeven verschillende subtypen, aangeduid met een nummer:

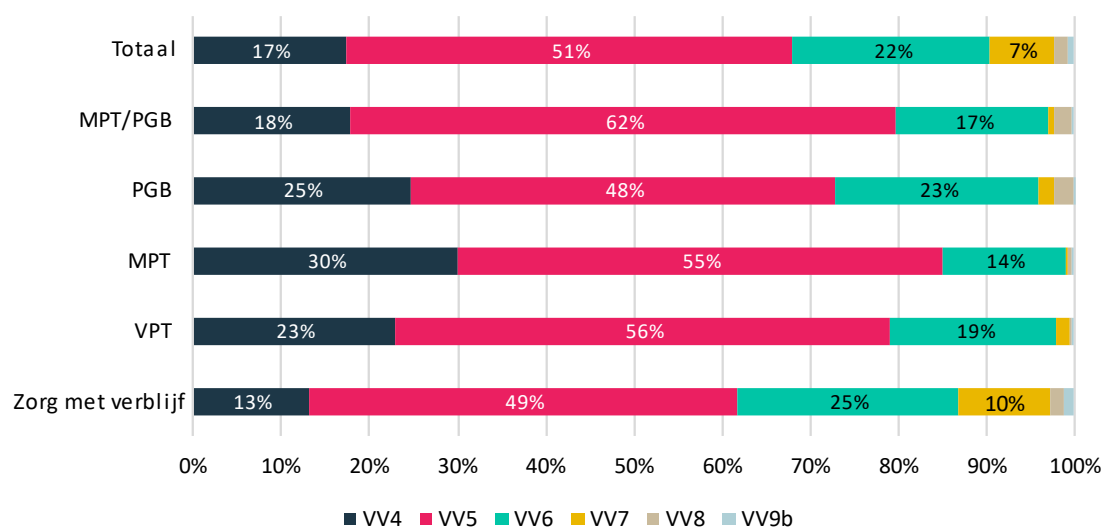
- VV4: begeleiding / zorg vanwege lichamelijke aandoening;
- VV5: begeleiding / zorg vanwege dementie;
- VV6: intensieve begeleiding / zorg vanwege lichamelijk aandoening (overtreffende trap VV4);
- VV7: intensieve begeleiding / zorg vanwege dementie (overtreffende trap VV5);
- VV8: bedoeld voor mensen met een zeer zware somatische ziekte (bijv. MS of ALS);
- VV9b: bedoeld voor zorg na een operatie of behandeling in het ziekenhuis;
- VV10: vervallen per 1 januari 2018.

¹¹ De jaren 2018 en 2019 worden hier niet getoond, omdat voor deze jaren geen zorgprofiel bekend is van Wlz-gebruikers met MPT als leveringsvorm.



In Figuur 5.3 wordt de verdeling getoond over de verschillende zorgprofielen voor 55-plussers die Wlz-zorg ontvangen binnen de VV-profielen. Er zijn hierbij duidelijke verschillen tussen de leveringsvormen van de Wlz. Zo zijn de VV4- en VV5-profielen gebruikelijker bij VPT en MPT dan bij zorg met verblijf. Bij zorg met verblijf zijn de zorgprofielen VV6 t/m VV8 juist (veel) gebruikelijker dan bij VPT en MPT. Met name personen met VV7 en VV8 als zorgprofiel hebben bijna allemaal zorg met verblijf. Kortom, de personen met zwaardere beperkingen krijgen vaker zorg met verblijf, terwijl de wat mildere gevallen relatief vaker via VPT en MPT zorg ontvangen.

Figuur 5.3: Procentuele verdeling van de zorgprofielen van 55-plussers met een VV-profiel, uitgesplitst naar leveringsvorm, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



5.2 Woonvorm

Particuliere vs. institutionele huishoudens

In deze paragraaf gaan we in op verschillende typen woonvormen van ouderen die Wlz-zorg ontvangen. We richten ons hierbij uitsluitend op degenen met een VV-zorgprofiel. In de huishoudensstatistiek van het CBS kan onderscheid gemaakt worden tussen (personen in) 'particuliere huishoudens' en 'institutionele huishoudens'. Particuliere huishoudens zijn de 'reguliere' huishoudens, terwijl institutionele huishoudens bestaan uit personen die in een instelling¹² wonen.

In Figuur 5.4 worden de personen per leveringsvorm van de Wlz uitgesplitst naar particuliere en institutionele huishoudens. Ten eerste valt in het figuur op dat 81% van de personen met zorg met verblijf in een institutioneel huishouden woont volgens het CBS. De overige 19% woont volgens de CBS-statistiek dus in een particulier huishouden. Dit is tegenstrijdig is met het idee achter zorg met verblijf: namelijk dat dit per definitie zorg is die in een instelling wordt geleverd. Waarschijnlijk is

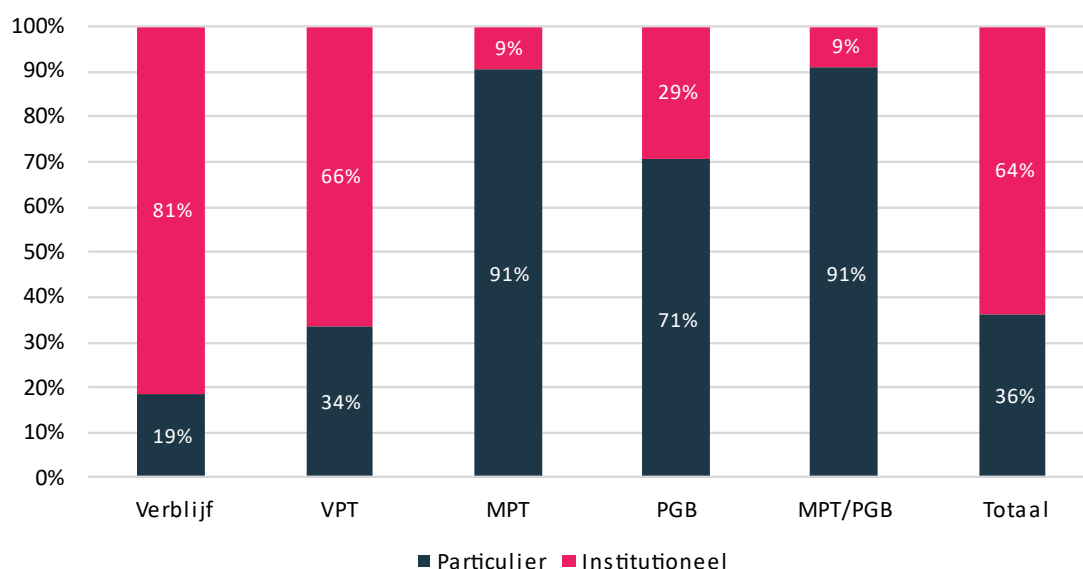
¹² Hierbij gaat het onder andere om verpleeg- en verzorgingshuizen, maar ook overige zorginstellingen, internaten, kloosters, gevangenissen, kazernes en asielzoekerscentra.



dit het gevolg van personen die feitelijk in een instelling wonen, maar in de BRP nog ingeschreven staan op hun oude adres, of bijvoorbeeld het adres van de partner via een briefadresconstructie.

Ten tweede valt op dat de ruime meerderheid (66%) van de personen met VPT in een institutioneel huishouden woont volgens het CBS. Ook bij personen met MPT (9%), PGB (29%) en MPT/PGB (9%) komt dit voor. Dit is tegenstrijdig met het idee achter het scheiden van wonen en zorg (extramuralisering): namelijk dat verpleeghuiszorg 'thuis' plaatsvindt via VPT, MPT en PGB. In het laatste hoofdstuk (6) gaan we hier nader op in.

Figuur 5.4: Personen van 55+ jaar die Wlz-zorg ontvangen met VV als profiel, uitgesplitst naar leveringsvorm en type huishouden, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Particuliere huishoudens in een geclusterde setting

In deze paragraaf richten we ons op personen met een VV-zorgprofiel die Wlz-zorg ontvangen via VPT, MPT, PGB of MPT/PGB en volgens het CBS een particulier huishouden vormen. Op 1 januari 2023 waren dit ca. 43.000 personen, waarvan ca. 5.000 VPT, 27.000 MPT, 7.000 PGB en 5.000 MPT/PGB als leveringsvorm hebben. Om een indruk te krijgen van hoeveel van deze personen in een geclusterde setting wonen, is nagegaan of zij in een gebouw / appartementencomplex¹³ wonen waarin andere woningen zijn met daarin een of meerdere Wlz-gebruikers van 55 jaar of ouder met VPT, MPT, PGB of MPT/PGB als leveringsvorm én VV als zorgprofiel.

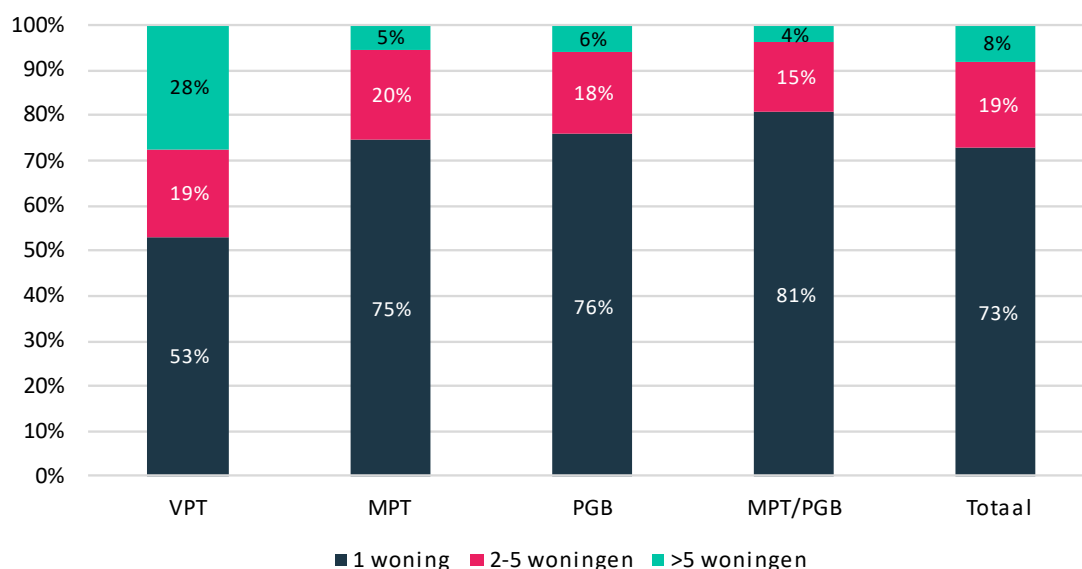
In Figuur 5.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal woningen in het gebouw waarin de Wlz-gebruiker woont met daarin een Wlz-gebruiker. De categorie '1 woning' impliceert dat er geen andere woningen zijn in het gebouw met een Wlz-gebruiker. Zoals te zien is in het figuur is er bij iets minder

¹³ Met behulp van de BAG is gekeken of er meerdere woningen binnen één pand zijn waarin een particulier huishouden woont met daarin een Wlz-gebruiker met VPT, MPT en/of PGB als leveringsvorm.



dan de helft van de Wlz-gebruikers met VPT sprake van andere Wlz-gebruikers in hetzelfde gebouw. Deze personen wonen waarschijnlijk in een geclusterde setting. Bij de overige leveringsvormen is dit in mindere mate ook het geval. Zo woont een kwart van de Wlz-gebruikers met MPT in gebouw met daarin ten minste één andere woning met een Wlz-gebruiker.

Figuur 5.5: Aantal woningen binnen hetzelfde gebouw met daarin een Wlz-gebruiker van Wlz-ontvangers met VV als profiel in een particulier huishouden, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



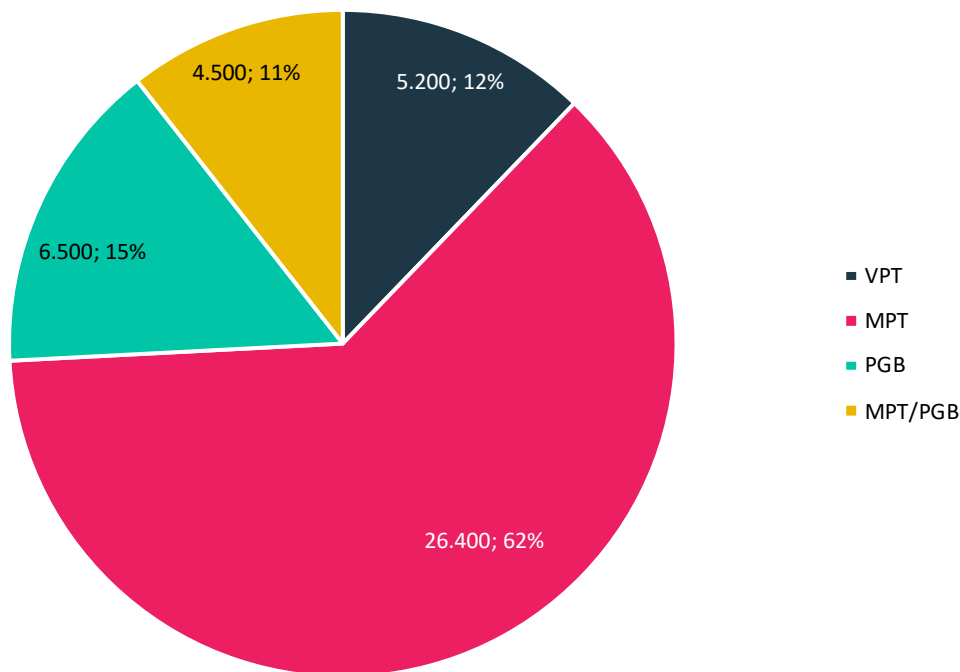
5.3 Huishoudens- en woningkenmerken

In deze laatste paragraaf richten we ons op de huishoudens- en woningkenmerken van Wlz-gebruikers met een VV-zorgprofiel in een particulier huishouden. We laten hier de personen met zorg met verblijf buiten beschouwing, omdat we ervan uitgaan dat zij allemaal in een instelling wonen. Meer concreet: van de 183.480 Wlz-gebruikers van 55 jaar en ouder met een VV-profiel per 1-1-2023 laten we er 123.707 buiten beschouwing omdat zij zorg met verblijf als leveringsvorm hebben. Vervolgens vallen nog eens 16.522 personen met VPT, MPT en/of PGB buiten de analyses omdat zij in een institutioneel huishouden vormen volgens het CBS. Er resteren dus 43.251 personen (24% van het totaal).

De geselecteerde personen zijn verdeeld over 42.618 particuliere huishoudens. Met andere woorden, er is doorgaans maar één persoon die Wlz-zorg ontvangt (via VPT, MPT en/of PGB) per particulier huishouden. Met name de particuliere huishoudens die VPT ontvangen zijn ook vaak eenpersoonshuishoudens (zie Figuur 5.8). In Figuur 5.6 hieronder tonen we de verdeling over de verschillende leveringsvormen voor de particulier huishoudens met daarin ten minste één persoon die Wlz-zorg ontvangt. De ruime meerderheid van de particuliere huishoudens ontvangt Wlz via MPT (62%), gevolgd door PGB (15%), VPT (12%). De combinatie van MPT en PGB is het minst gebruikelijk (11%).



Figuur 5.6: Aantal en percentage particuliere huishoudens die gebruikmaken van Wlz-zorg met een VV-profiel naar leveringsvorm¹⁴, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



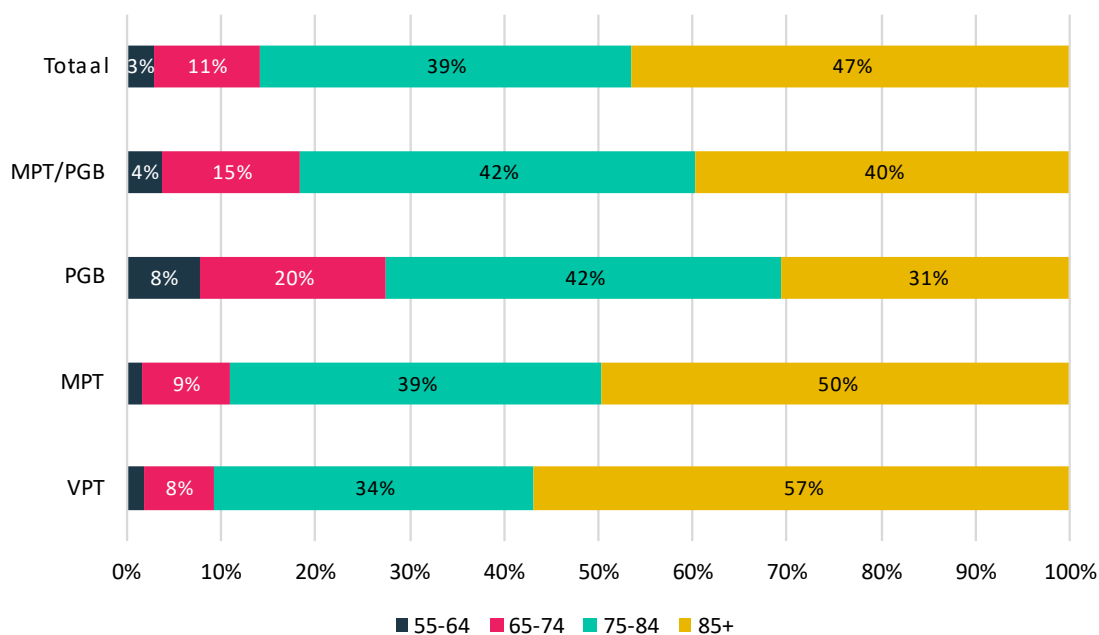
Huishoudenskenmerken

In deze sectie kijken we naar kenmerken van de particuliere huishoudens die Wlz ontvangen via VPT, MPT en of een PGB en een VV-zorgprofiel hebben. Ten eerste kijken we naar de leeftijd van de huishoudens (Figuur 5.7). In het figuur is duidelijk te zien dat particuliere huishoudens waar gebruikge maakt wordt van VPT of MPT over het algemeen ouder zijn dan huishoudens waar Wlz wordt gebruikt via een PGB. Meer specifiek is te zien dat 91% van de huishoudens met VPT en 89% van de huishoudens met MPT 75 jaar of ouder is, in vergelijking met 73% van de huishoudens die Wlz afnemen via een PGB. In zijn algemeenheid is te zien dat de huishoudens met een Wlz-gebruiker met een VV-profiel relatief oud zijn: 86% is 75 jaar of ouder.

¹⁴ Voor de zeldzame situaties dat er meerdere personen in een huishouden Wlz-zorg ontvangen en zij verschillende leveringsvormen hebben, is de volgende 'hiërarchie' aangehouden: VPT > MPT > PGB > MPT/PGB. Wanneer er bijvoorbeeld een persoon in een huishouden VPT heeft en een ander persoon in het huishouden MPT, dan wordt het huishouden getypeerd als VPT.

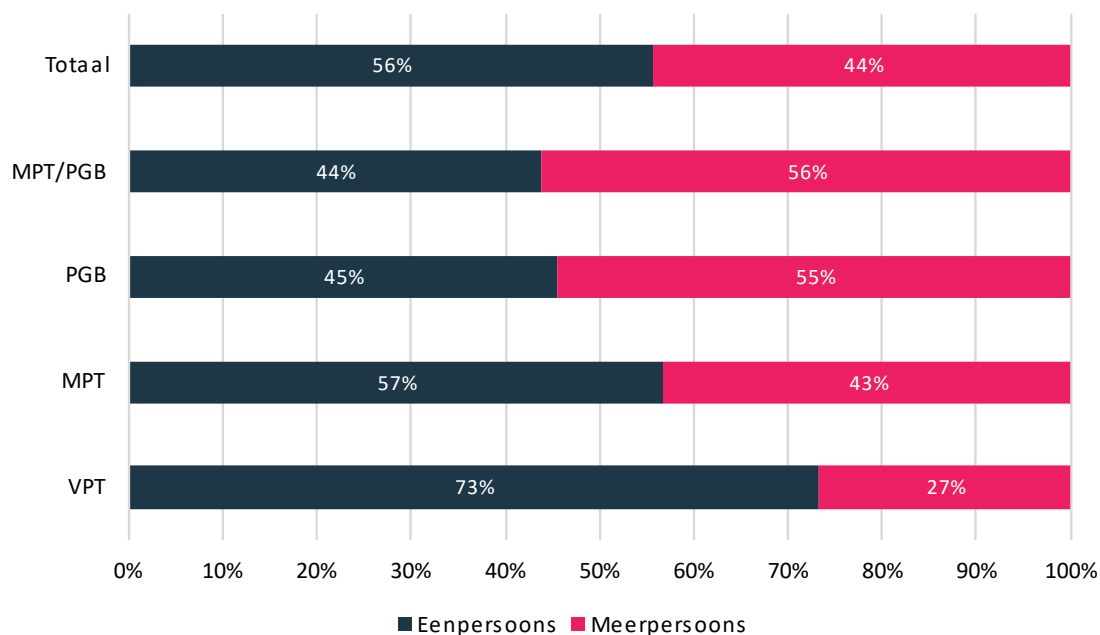


Figuur 5.7: Particuliere huishoudens die Wlz-zorg ontvangen met een VV-profiel, uitgesplitst naar leveringsvorm en leeftijd, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Gedeeltelijk samenhangend met leeftijd is te zien dat particuliere huishoudens waar Wlz wordt afgenomen via een PGB vaker meerpersoonshuishoudens zijn dan particuliere huishoudens waar Wlz wordt afgenomen via MPT of VPT (Figuur 5.8). Opvallend is dat huishoudens met VPT veel vaker alleenstaanden zijn (73%) dan huishoudens met MPT (57%).

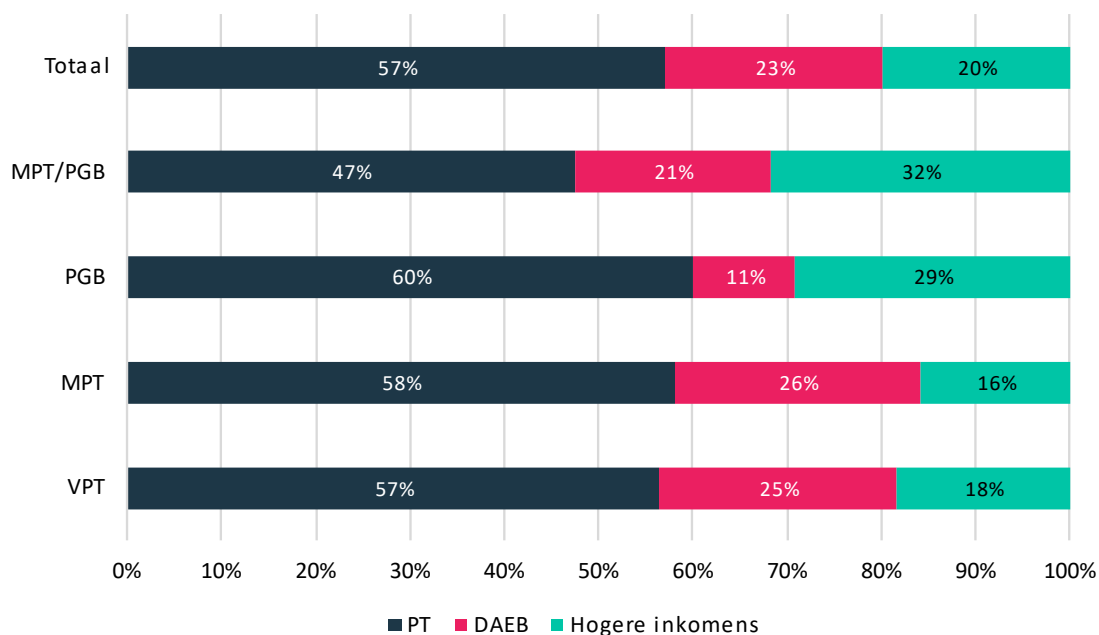
Figuur 5.8: Particuliere huishoudens die Wlz-zorg ontvangen uitgesplitst naar leveringsvorm en type huishouden, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Als laatste huishoudenskenmerk van particuliere huishoudens met daarin een Wlz-gebruiker wordt gekeken naar het belastbaar huishoudensinkomen (Figuur 5.9). Omdat er over 2023 momenteel nog geen inkomensgegevens beschikbaar zijn in de CBS-microdata, heeft dit figuur betrekking op het jaar 2022 (voorlopige inkomens). In het figuur wordt onderscheid gemaakt tussen de doelgroep passend toewijzen, de overige doelgroep sociale huur (DAEB) en huishoudens met hogere inkomens. Zowel voor passend toewijzen als voor de totale DAEB-doelgroep¹⁵ gelden verschillende inkomensgrenzen voor eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens. De verschillen in inkomen tussen de verschillende leveringsvormen hangen dus slechts in beperkte mate samen met verschillen in huishoudensgrootte.

In Figuur 5.9 is te zien dat huishoudens die Wlz-zorg ontvangen via VPT en MPT beduidend vaker een relatief laag inkomen hebben dan de huishoudens die dit via PGB of de combinatie MPT/PGB ontvangen. Zo heeft respectievelijk 18% en 16% van de huishoudens met VPT of MPT een te hoog inkomen voor toewijzing in de sociale huur, in vergelijking met 29% van de huishoudens met PGB of PGB/MPT. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de huishoudens met VPT en MPT over het algemeen ouder zijn dan huishoudens met PGB als leveringsvorm (Figuur 5.7).

Figuur 5.9: Particuliere huishoudens die Wlz-zorg ontvangen uitgesplitst naar leveringsvorm en belastbaar huishoudensinkomen, per 1-1-2022. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



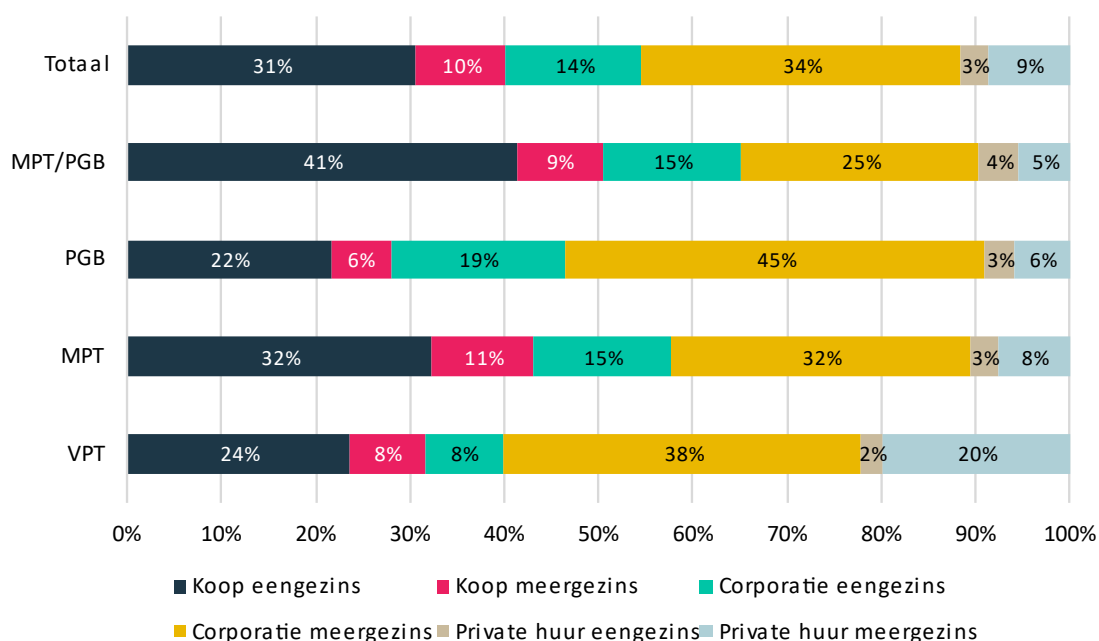
¹⁵ Per 1-1-2022 worden er voor de DAEB-doelgroep verschillende inkomensgrenzen gebruikt voor eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens, respectievelijk € 40.765 en € 45.014.



Woningkenmerken

Ten slotte kijken we nog naar de woningkenmerken van particuliere ouderenhuishoudens die Wlz-zorg ontvangen. In Figuur 5.10 wordt gekeken naar de bouwvorm en het eigendom van de woning. Een klein aantal huishoudens is hier buiten beschouwing gelaten (n=382, 0,7%) omdat voor hen de relevante informatie niet bekend was. Het figuur laat zien dat de ruime meerderheid van de huishoudens met een Wlz-gebruiker in een huurwoning woont, met name een corporatiewoning. Van alle Wlz-gebruikers woont bijna de helft in een corporatiewoning (48%); in de meeste gevallen is dit een meergezinswoning (34% van totaal). Qua verschillen tussen de leveringsvormen valt op dat de huishoudens met VPT minder vaak in een koopwoning wonen (24%) en de huishoudens met de combinatie MPT en PGB juist relatief vaak (41%). Zowel onder huishoudens met VPT als MPT woont iets minder dan de helft in een corporatiewoning, maar bij de huishoudens met VPT betreft dit beduidend vaker een meergezinswoning dan bij de huishoudens met MPT.

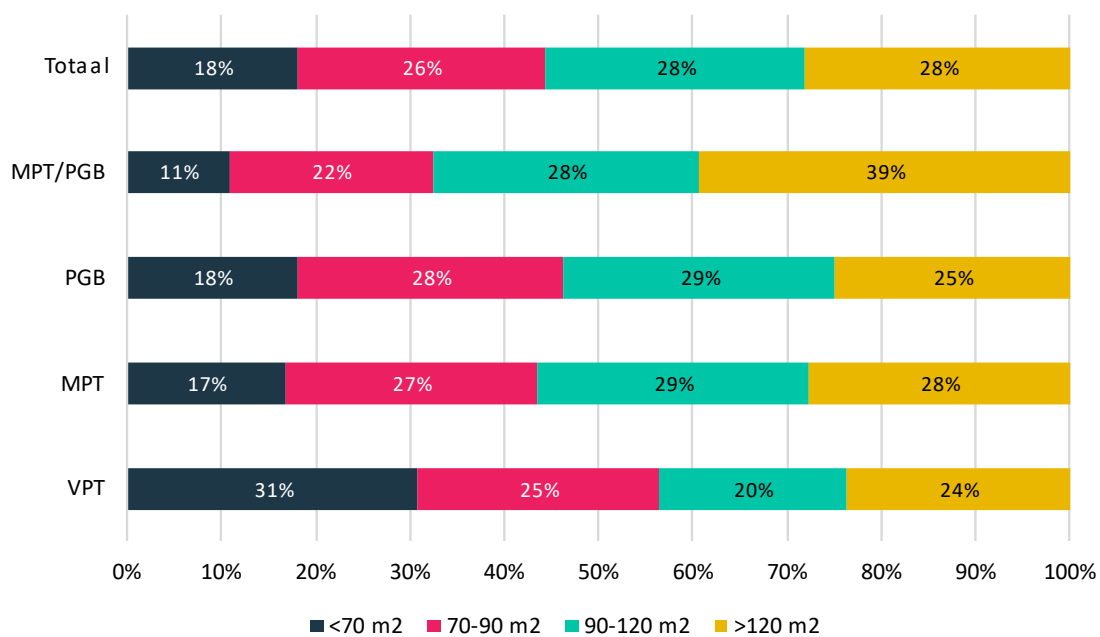
Figuur 5.10: Particuliere huishoudens die Wlz-zorg ontvangen uitgesplitst naar leveringsvorm en type eigendom en bouwvorm van de woning, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



Als laatste kijken we naar de oppervlakte van de woning van particuliere ouderenhuishoudens die Wlz-zorg ontvangen (Figuur 5.11). Een klein aantal huishoudens is hier buiten beschouwing gelaten (n=109, 0,2%) omdat voor hen de relevante informatie niet bekend was. Samenhangend met het feit dat de huishoudens met VPT relatief vaak in een meergezinswoning wonen, wonen de huishoudens met VPT ook relatief vaak in een kleine woning (<70 m²).



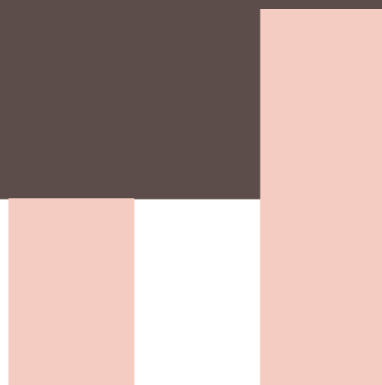
Figuur 5.11: Particuliere huishoudens die Wlz-zorg ontvangen uitgesplitst naar leveringsvorm en oppervlakte van de woning, per 1-1-2023. Bron: CBS-microdata (bewerking ABF)



06

Conclusies en discussie

In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen en conclusies besproken (6.1). Daarna volgt een reflectie op de uitkomsten (6.2).



In de Monitor Ouderenhuisvesting komt een breed scala aan onderwerpen met betrekking tot de woonsituatie van ouderen aan bod. De monitor bestaat uit een online databank (<https://55plus.data-wonen.nl>) waarin diverse cijfers over ouderenhuisvesting beschikbaar zijn tot op gemeenteniveau. Daarnaast wordt één keer per jaar een rapportage opgesteld waarin primair ingegaan wordt op het landelijke beeld van ouderenhuisvesting. De rapportage biedt ruimte voor verdiepende analyses en nadere toelichting en duiding van de uitkomsten. Hieronder worden de belangrijkste conclusies uit de huidige rapportage op een rijtje gezet en bediscussieerd.

6.1 Conclusies

Vergrijzing en zelfstandig wonen

In de eerste plaats is gekeken naar het aantal ouderen in Nederland en hoeveel van hen zelfstandig wonen. Wanneer dit over de tijd wordt gevolgd is goed te zien dat Nederland sterk is vergrijsd in de afgelopen decennia: in 1995 was 23% van de bevolking van Nederland 55 jaar of ouder, in vergelijking met 34% in 2023. In absolute zin is het aantal 55-plussers toegenomen van 3,5 miljoen in 1995 naar ruim 6 miljoen in 2023. Vanwege verbeterde gezondheid en beleidsmatige keuzes is bovendien het aandeel (en aantal!) ouderen in een instelling juist gedaald, met name onder 75-plussers.

Inkomen en vermogen

Van de particuliere ouderenhuishoudens is gekeken naar het inkomen en vermogen. Hierbij kunnen we een onderscheid maken tussen 'jongere ouderen' (55-74 jaar) en 'oudere ouderen' (75+ jaar). Het huishoudensinkomen van oudere ouderen is over het algemeen lager dan dat van jongere ouderen. Dat is niet verrassend aangezien oudere ouderen vaker alleen wonen en doorgaans niet meer actief zijn op de arbeidsmarkt.

Voor wat betreft het vermogen is een belangrijk verschil tussen het vermogen inclusief en exclusief de eigen woning te maken. Wanneer de eigen woning wél wordt meegerekend tot het vermogen (WOZ-waarde minus hypotheekschuld), dan hebben oudere ouderen gemiddeld minder vermogen dan jongere ouderen. Dit komt echter omdat jongere ouderen vaker in een koopwoning wonen dan oudere ouderen. Kijken we alleen naar degenen in een koopwoning, dan is duidelijk te zien dat de oudere ouderen meer vermogen hebben dan jongere ouderen. Dit komt deels omdat oudere ouderen hun hypotheek vaak al verder (of volledig) hebben afgelost.

Wanneer gekeken wordt naar het vermogen exclusief de eigen woning, dan hebben oudere ouderen duidelijk meer vermogen dan jongere ouderen. Dit geldt zowel voor ouderen in de koop- als huursector. Mogelijk speelt mee dat de oudere ouderen in de huursector vaker verhuisd zijn vanuit een koopwoning die met overwaarde is verkocht. Ook hebben oudere ouderen simpelweg langer de tijd gehad om vermogen op te bouwen. In zijn algemeenheid geldt dat ouderen in koopwoningen meer vermogen hebben dan ouderen in huurwoningen. Dat geldt zowel voor het vermogen inclusief als exclusief de eigen woning.

Oppervlakte

In discussies over de woningmarkt wordt vaak gesteld dat ouderen (te) ruim wonen. In deze monitor is per segment (koop, corporatiehuur en private huur) de gemiddelde woonoppervlakte van ouderen bekeken. Hieruit kwam naar voren dat oudere ouderen gemiddeld in kleinere woningen wonen dan jongere ouderen. In de private huursector zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen relatief groot, maar in de koopsector en corporatiesector gaat het om kleine verschillen.

Oudere ouderen wonen wel aanzienlijk vaker alleen, waardoor oudere ouderen meer oppervlakte per persoon hebben dan jongere ouderen. Met name in de koopsector zijn de verschillen groot. Interessant is dat onder recent verhuisde ouderen een omgekeerd beeld te zien was: met name in de koopsector hebben recent verhuisde oudere ouderen minder oppervlakte per persoon dan recent verhuisde jongere ouderen. Dit duidt erop dat oudere ouderen vaker kleiner gaan wonen als zij verhuizen.

Geschikte woningen en woonomgevingen

Ouderen bevinden zich in toenemende mate op de 'reguliere' woningmarkt. Het wordt dus steeds belangrijker om een aanzienlijk deel van de Nederlandse woningvoorraad geschikt te maken voor ouderen. In deze monitor is geschiktheid van de woning gedefinieerd als woningen die zowel intern als extern toegankelijk zijn. Met andere woorden, woningen die geschikt zijn voor personen met een fysieke beperking (mobiliteitsbeperking). Uit de analyses blijkt dat eengezinswoningen bijna altijd geschikt zijn, of geschikt te maken zijn met een 'beperkte' investering. Het gaat dan bijvoorbeeld om het plaatsen van een traplift en/of het verwijderen van drempels. Meergezinswoningen zijn vaker ongeschikt, vooral omdat dit woningen zijn die niet op de begane grond gelegen zijn en er geen lift in het complex aanwezig is. Bij nieuwgebouwde woningen zijn er vanuit het Bouwbesluit strenge eisen aan de toegankelijkheid van woningen, waardoor het aandeel ongeschikte woningen verder zal afnemen in de toekomst.

Naast de geschiktheid van de woning is ook de geschiktheid van de woonomgeving in beeld gebracht. Er is enkel gekeken naar de functionele geschiktheid, waarbij het gaat om de aanwezigheid van vier essentiële voorzieningen: een grote supermarkt, huisartsenpraktijk, apotheek en OV-halte. Voor wat betreft de omgevingsgeschiktheid van woningen zijn voornamelijk meergezinswoningen geschikt. Dit komt door de samenhang van stedelijkheid met de geschiktheid van de woonomgeving. Stedelijke gebieden waar meergezinswoningen zijn geconcentreerd, hebben meer voorzieningen op loopafstand (500 meter) van de woningen.

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de omgeving van de woning van ouderen minder vaak geschikt is dan de woning zelf. Desalniettemin lijkt er beleidsmatig meer aandacht voor (het bouwen van) geschikte woningen dan voor het uitbreiden van voorzieningen binnen de bestaande woonomgevingen van ouderen. Met name in landelijke gebieden, waar relatief veel ouderen wonen, staan voorzieningen zoals het openbaar vervoer onder druk omdat het aantal gebruikers beperkt is.

Fysieke en cognitieve beperkingen

Het belang van geschikte woningen en woonomgevingen wordt onderstreept door het aantal ouderenhuishoudens dat te maken heeft met een ADL-beperking. Uit dit onderzoek blijkt dat 744.000 particuliere ouderenhuishoudens te maken hebben met een ADL-beperking. Uit analyse blijkt dat voornamelijk vrouwen te maken hebben met een dergelijke beperking. Vanzelfsprekend komen ADL-beperkingen vaker voor op hogere leeftijd. Ten slotte bleek de sociaaleconomische status van de huishoudens van belang: huishoudens met lagere inkomens en vermogens hebben een vaker een ADL-beperking dan degenen met hogere inkomens en vermogens.

Naast ADL-beperkingen hebben huishoudens steeds vaker te maken met de gevolgen van een cognitieve beperking zoals dementie. Begin 2022 waren er ca. 256.000 ouderen met dementie in Nederland waarvan er 186.000 zelfstandig wonen. Net als bij ADL komt dementie vaker voor onder vrouwen en is leeftijd een bepalende factor. Er is dan ook sprake van overlap tussen dementie en ADL-beperkingen, met name binnen de oudste huishoudens.

Wlz-zorggebruik

Als gevolg van het scheiden van wonen en zorg is een duidelijke verandering te zien in de manier waarop ouderen Wlz-zorg ontvangen in de afgelopen jaren. In 2018 had 81% van alle 55-plussers met Wlz-zorg (ongeacht zorgprofiel) zorg met verblijf als leveringsvorm, in vergelijking met 69% in 2023. Nieuwe leveringsvormen, met name MPT en VPT, worden steeds gebruikelijker. De analyses lieten zien dat met name veel van de ouderen met VPT waarschijnlijk in een voormalig intramurale zorgplek wonen: deze ouderen worden door het CBS (nog) getypeerd als institutionele huishoudens (oftewel, bewoners van instellingen). Ook de ouderen in een particulier huishouden met VPT wonen relatief vaak in een geclusterde setting: ongeveer de helft van hen woont in een gebouw met daarin ten minste één andere woning waarin ook Wlz-zorg geleverd wordt.

6.2 Discussie

Cohort versus leeftijd

In deze monitor is veel aandacht voor verschillen tussen de leeftijdsgroepen (55-64, 65-74, 75-84 en 85+). Een belangrijk aandachtspunt daarbij is dat op basis van de analyses in dit rapport niet is vast te stellen of de verschillen samenhangen met de leeftijd, het cohort of een combinatie daarvan. We lichten dit toe aan de hand van een voorbeeld.

Uit onze analyses in hoofdstuk 2 blijkt dat 85-plussers vaker in een huurwoning wonen dan 55-64 jarigen. Dit kan komen doordat men op latere leeftijd is verhuisd vanuit een koopwoning naar een huurwoning. Het kan echter ook zo zijn dat de nieuwere generaties (cohorten) vaker een woning hebben gekocht gedurende hun leven en dit ook vaak de woning waar men blijft wonen als men ouder wordt. De verschillen tussen de leeftijdsgroepen die wij zien op één moment in de tijd hangen dan eerder samen met het geboortecohort dan met de leeftijd. Met andere woorden, de verschillen

die we nu zien tussen de leeftijdsgroepen hoeven zeker niet de verschillen te zijn die we over 10 à 20 jaar zien. Nieuwere generaties ouderen hebben waarschijnlijk andere kenmerken. In de databank en eerdere rapportages van de monitor is veel aandacht voor verhuizingen van ouderen. Hiermee kan meer inzicht verkregen worden in het belang van leeftijd versus cohort.

Registraties versus schattingen

Bij het lezen van dit rapport en het gebruik van de databank is het belangrijk om in gedachten te houden dat een deel van de cijfers schattingen betreffen. Dit geldt zowel voor de cijfers over de ADL-beperkingen van huishoudens als de cijfers over de geschiktheid van de woningvoorraad. Deze schattingen zijn weliswaar gebaseerd op data van goede kwaliteit, maar zijn niet exact nauwkeurig. Als de geschiktheid van de woning 'gekruist' wordt met ADL-beperkingen, zoals gebeurt in hoofdstuk 4, dan worden twee schattingen met elkaar gecombineerd. Dat levert een extra onzekerheidsmarge op. Verder geldt hoe lager het schaalniveau, hoe groter de onzekerheden. Op lokaal schaalniveau is het dan ook verstandig om de cijfers uit de monitor te gebruiken in combinatie met andere, lokale cijfers en inzichten.

Data versus praktijk

Een deel van de ouderen met een ADL-beperking woont in een woning die door onze afleiding wordt gekarakteriseerd als 'ongeschikt'. Deze woningen zijn niet, of alleen tegen hoge kosten, aan te passen voor bewoners met een fysieke beperking. Het kan echter zijn dat het label 'ongeschikt' niet overeenkomt met hoe een ouderenuishouden met beperkingen de woonsituatie zelf ervaart. Het is denkbaar dat sommige ouderen met ADL-beperkingen zich, in de eigen beleving, goed genoeg weten te redden in een woning die is gekarakteriseerd als 'ongeschikt'. Niet alle 'ongeschikte' woningen van ouderen (met een beperking) zijn daarmee direct problematisch.

Daarnaast worden ook veel woningen met onze afleiding getypeerd als geschikt of geschikt te maken. Met name eengezinswoningen zijn bijna altijd geschikt (te maken) met een 'beperkte' investering. Het plaatsen van een traplift en/of het verwijderen van drempels wordt gezien als een beperkte investering. Dit zal echter niet voor alle ouderenuishoudens een relatief kleine uitgave zijn. Verder wordt bij geschiktheid alleen gekeken naar de interne en externe toegankelijkheid van woningen. Met andere woorden, geschiktheid voor personen met een fysieke beperking. Uit onze analyses blijkt dat er ook een groot aantal ouderen in een woning te maken heeft met cognitieve beperkingen. Mogelijk zijn hier andere factoren van belang die een woning wel of niet geschikt maken voor deze huishoudens. Met het oog op klimaatverandering gaat bovendien recent meer aandacht uit naar de hittebestendigheid van woningen. Met name voor ouderen is dit een belangrijke factor omdat zij gevoeliger zijn voor hittegolven. Met andere woorden, het kan in de praktijk zo zijn dat woningen door onze afleiding worden getypeerd als geschikt, terwijl de bewoners (het ouderenuishouden) de woning juist niet geschikt vinden.

Ook bij de functionele geschiktheid van de woonomgeving is mogelijk sprake van een verschil tussen onze afleiding en de ervaringen van ouderen. De afstand tot voorzieningen zoals huisarts, apotheek, supermarkt en het openbaar vervoer is niet voor alle ouderen even relevant. Bovendien kunnen voorzieningen mogelijk (deels) vervangen worden door de opkomst van bezorgdiensten en digitale zorg (eHealth). Apotheken, huisartsen en supermarkten leveren, ook bij ouderen, steeds vaker producten aan huis af. Wel zijn er kwetsbare groepen ouderen voor wie het regelen van deze diensten ingewikkeld is en zijn er landelijke gebieden waar niet alle diensten worden aangeboden. Ten slotte zijn ook andere aspecten van de woonomgeving (sociaal, ruimtelijk) van belang die niet zijn meegenomen vanwege een gebrek aan geschikte data.

Particuliere versus institutionele huishoudens

Het CBS maakt in haar statistieken onderscheid tussen particuliere en institutionele huishoudens. Idee daarbij is dat de particuliere huishoudens zelfstandig in een woning wonen ('reguliere' huishoudens), terwijl institutionele huishoudens in een instelling wonen en bedrijfsmatig worden voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Ook de huisvesting vindt bedrijfsmatig plaats. Door het scheiden van wonen en zorg is dit onderscheid echter vervaagd.

Uit onze analyses bleek dat met name ouderen die Wlz-zorg via VPT afnemen vaak worden geclassificeerd als onderdeel van een institutioneel huishouden (66%). Ook bij personen met MPT (9%), PGB (29%) en MPT/PGB (9%) komt dit voor. Dit is tegenstrijdig met het idee achter het scheiden van wonen en zorg: namelijk dat verpleeghuiszorg 'thuis' plaatsvindt via VPT, MPT en PGB. Er kan echter onderscheid gemaakt worden tussen het fysiek en financieel scheiden van wonen en zorg:

- Bij het *fysiek* scheiden van wonen en zorg wordt de zorg in de thuissituatie geleverd. De persoon kan dan veelal in de huidige woning blijven wonen en daar Wlz-zorg ontvangen.
- Bij het *financieel* scheiden van wonen en zorg betaalt de persoon zelf de woonlasten, maar vindt de zorg plaats in een geclusterde setting. Vaak zijn dit oude intramurale zorgplekken die zijn 'omgekat' naar woningen waarin Wlz-zorg geleverd wordt via VPT, MPT of PGB.

Situaties waarbij Wlz geleverd wordt via VPT, MPT en PGB en de persoon een institutioneel huishouden vormt volgens het CBS, zijn waarschijnlijk vooral situaties waarbij wonen en zorg financieel gescheiden zijn. In dergelijke gevallen betalen de huishoudens dus wel zelf voor hun huisvesting. Het lijkt in dat kader niet logisch om deze personen te classificeren als onderdeel van de 'institutionele' bevolking. Met de duidelijke toename van het aantal Wlz-gebruikers met VPT, MPT en PGB zal dit een steeds grotere invloed krijgen op de institutionele bevolking van het CBS. Dit roept de vraag op of deze statistiek deels zal moeten worden herzien.

Geclusterde en zorggeschikte woningen

In de monitor ouderenhuisvesting is nauwelijks aandacht voor geclusterde woningen en zorggeschikte woningen, terwijl deze wel een centrale rol spelen in het programma WOZO. Reden daarvoor is dat er nog nauwelijks data beschikbaar zijn over deze typen woningen. Inzicht in het aantal

geclusterde woningen komt vooral uit het Woononderzoek Nederland (WoON), al is de definitie in het WoON iets anders dan de definitie van Rijksoverheid. Volgend jaar is het WoON 2024 beschikbaar, dus er kan dan weer een nieuwe schatting worden gegeven van het aantal geclusterde woningen in de huidige woningvoorraad. In de volgende editie van de monitor zal hier aandacht aan worden besteed. De Monitor Geclusterd Wonen van RIGO is inmiddels gestopt omdat hiermee geen integraal beeld te vormen was. Ten slotte zijn er recente pogingen ondernomen om meer inzicht in te krijgen in het aantal geclusterde en zorggeschikte woningen via de dPi- en dVi-uitvraag bij woningcorporaties. Dit geeft echter alleen inzicht in toevoegingen aan de voorraad van woningcorporaties. De zoektocht naar goede integrale data over geclusterde en zorggeschikte woningen duurt dus voort. Hierdoor blijft het voorsnog moeilijk om de effecten van beleid op dit gebied te monitoren en waar nodig bij te sturen. Dit probleem speelt op nationaal niveau en neemt snel toe naarmate er ingezoomd wordt op een lager schaalniveau, bijvoorbeeld woondealregio's.

Bijlagen



Bijlage A: afleidingen

In deze bijlage is een beschrijving opgenomen van drie 'afleidingen / schattingen' die worden gebruikt in de monitor. Ten eerste wordt beschreven hoe personen en huishoudens met een ADL-beperking zijn bepaald. Daarna wordt ingegaan op de manier waarop de geschiktheid van de woning voor personen met een fysieke (ADL) beperking is bepaald. Ten slotte wordt beschreven hoe de geschiktheid van de woonomgeving is geoperationaliseerd.

ADL-beperkingen

Om ADL-beperkingen onder ouderen inzichtelijk te maken, maken wij gebruik van de Gezondheidsenquête. In deze enquête, die jaarlijks wordt uitgevoerd door het CBS, wordt aan 55-plussers gevraagd of zij elf ADL-handelingen kunnen uitvoeren:

- Gaan zitten en opstaan uit een stoel;
- In en uit bed stappen;
- De trap op- en aflopen;
- Eten en drinken;
- Aan- en uitkleden;
- Het gezicht en de handen wassen;
- In bad gaan of douchen;
- Van het toilet gebruik maken;
- Zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping;
- De woning verlaten en binnengaan;
- Zich verplaatsen buitenshuis.

Antwoordcategorieën zijn (1) zonder moeite; (2) met enige moeite; (3) met grote moeite; (4) alleen met hulp van anderen; en (5) zelfs niet met hulp van anderen. Als een persoon aangeeft ten minste 'grote moeite' te hebben met minstens één van de elf ADL-handelingen, dan wordt hij/zij getypeerd als een persoon met een ADL-beperking.

De Gezondheidsenquête omvat jaarlijks zo'n 3.500 respondenten van 55 jaar en ouder. Dit aantal is (veel) te laag om ook uitspraken te kunnen doen op gemeenteniveau. Daarom is voor iedere 55-plusser in een particulier huishouden¹⁶ geschat of hij of zij een ADL-beperking heeft. Ook voor deze bijschatting is het aantal respondenten aan de lage kant. Bovendien fluctueert het aandeel ouderen met een ADL-beperking vrij sterk tussen de verschillende Gezondheidsenquêtes. Om stabielere resultaten te krijgen worden daarom meerdere enquêtes gecombineerd. Uitgangspunt hierbij is om gebruik te maken van de laatste vijf Gezondheidsenquêtes. Voor 2018 wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van de jaren 2014 t/m 2018. In 2020 en 2021 was de waarneming van de Gezondheidsenquête echter verstoord door de coronacrisis. We laten deze enquêtes daarom buiten beschouwing.

¹⁶ De Gezondheidsenquête is een onderzoek onder particuliere huishoudens. Voor ouderen die in een instelling wonen kan daarom niet worden bepaald in hoeverre zij te maken hebben met een ADL-beperking.

Nadat de enquêtes zijn samengevoegd, kunnen we de ADL-beperkingen voor de totale 55+-bevolking bijschatten. Dit doen we door middel van (binaire) logistische regressieanalyse. Belangrijk om te weten is dat met deze techniek een voorspellend model gemaakt kan worden voor de kans op een binaire uitkomst (afhankelijke variabele): in dit geval of de persoon wel of geen ADL-beperking heeft. De voorspelde kans (*predicted probability*) op een ADL-beperking van ieder persoon wordt bepaald aan de hand van diverse overige kenmerken van de persoon (de onafhankelijke variabelen). In het model zijn de volgende onafhankelijke variabelen opgenomen:

- Leeftijd in klassen (55 tot 65 jaar, 65 tot 75 jaar, 75 tot 85 jaar en 85 jaar en ouder);
- Type huishouden (eenpersoons of meerpersoons);
- Gestandaardiseerd besteedbaar inkomen in kwintielen.
- Vermogen (excl. eigen woning) in kwintielen;
- Type eigendom woning (koop, corporatiewoning, particuliere huurwoning, onbekend).

Omdat de kans op ADL-beperkingen aanzienlijk anders is voor mannen dan voor vrouwen, wordt een apart regressiemodel gedraaid voor mannen en vrouwen. Door de uitkomsten uit het regressiemodel toe te passen op de totale bevolking van 55 jaar en ouder, wordt voor iedere 55-plusser een voorspelde kans op een ADL-beperking berekend, variërend van 0 tot 1. Een hogere waarde impliceert dat de persoon een hogere kans heeft op een ADL-beperking. Vervolgens is aan ieder persoon een willekeurige waarde tussen 0 en 1 toegekend met behulp van een random number generator. Personen waarvan de voorspelde kans op een ADL-beperking groter of gelijk is aan het willekeurige getal, typeren we als personen met een ADL-beperking. Dit geeft de informatie op persoonsniveau. Op huishoudensniveau wordt gekeken of ten minste één persoon binnen het huishouden een ADL-beperking heeft.

Woninggeschiktheid

Voor de bepaling van de woninggeschiktheid wordt grotendeels aangesloten bij de methodiek die door RIGO is ontwikkeld en wordt toegepast ('Monitor Investeren in de Toekomst', 2017). In deze definitie voor woninggeschiktheid is er een onderscheid tussen woningen die geschikt (te maken) zijn en woningen die ongeschikt zijn. Het uitgangspunt van deze methodiek is dat een woning geschikt (te maken) is als de kosten voor de woningaanpassing niet hoger zijn dan 10.000 euro¹⁷. De volgende typen woningen zijn geschikt (te maken) volgens bovenstaande methodiek:

- Meergezinswoningen in een gebouw met lift.
- Meergezinswoningen op de begane grond.
- Meergezinswoningen in een pand met ook een bijeenkomst- en/of gezondheidsfunctie.
- Eengezinswoningen die ruim genoeg zijn om een traplift te kunnen installeren.
- Eengezinswoningen met één bouwlaag.

De volgende typen woningen zijn niet geschikt (te maken) volgens bovenstaande methodiek:

¹⁷ In het classificatiesysteem van TNO waarmee woningen in categorieën van geschiktheid zijn ingedeeld, wordt ook het bedrag van 10.000 euro gehanteerd. Deze grens is tot op zekere hoogte arbitrair en zal inmiddels door inflatie hoger zijn.

- Meergezinswoningen in een gebouw zonder lift die niet op de begane grond gelegen zijn.
- Eengezinswoningen met een woning- én winkelfunctie. De woning bevindt zich in deze gevallen vaak boven de winkel en is dus niet zonder traplopen bereikbaar.
- Eengezinswoningen met meer dan één bouwlaag die een beukmaat¹⁸ van <5 meter én een footprint¹⁹ van <45 m² hebben. Deze woningen zijn te krap om aangepast te worden.

Zoals hierboven aangegeven, sluit de methodiek voor het bepalen van de geschiktheid van woningen aan bij de methodiek gehanteerd in de MIT 2017. Voor het bepalen van de gebouwen met/zonder lift en voor het afleiden van meergezinswoningen die op de begane grond gelegen zijn echter aanvullende bronnen gebruikt:

- Afleiden wel/geen lift op basis van dVi. In dVi²⁰ is voor alle meergezinswoningen van corporaties bekend of er wel/geen lift beschikbaar is. Hiermee is voor 1,28 miljoen van de bijna 2,8 miljoen meergezinswoningen bekend of een lift aanwezig is. Voor alle overige meergezinswoningen is de aanwezigheid van een lift ingeschat op basis van de volgende kenmerken: het aantal bouwlagen, de bouwjaarklasse, het aantal woningen in het pand en het woonmilieu.
- Afleiden wel/geen benedenwoning op basis van RVO-data. Bij de registratie van energielabels / energie-indexen wordt opgegeven om wat voor type meergezinswoning het gaat. De RVO-database waarin deze gegevens zijn geregistreerd is gebruikt voor het afleiden van de benedenwoningen. Voor 1,75 miljoen meergezinswoningen (van de 2,8 miljoen) is uit de RVO-database bekend of het om een benedenwoning gaat of niet. Op basis van het aantal bouwlagen, de bouwjaarklasse en het woonmilieu is voor de overige meergezinswoningen ingeschat of het een benedenwoning betreft.

Omgevingsgeschiktheid

Voor de bepaling van de omgevingsgeschiktheid wordt aangesloten bij de methodiek die door PBL wordt toegepast (PBL, 2019). PBL bepaalt de omgevingsgeschiktheid op basis van de nabijheid van voorzieningen. Voor alle woningen is de afstand over de weg tot de dichtstbijzijnde supermarkt, apotheek, huisartsenpraktijk en OV-halte beschikbaar. De statistieken zijn voor alle bewoonde verblijfsobjecten die in de BAG voorkomen beschikbaar met peilmoment 1 januari.

Voorzieningen binnen 500 meter worden beschouwd als goed bereikbaar voor een ouderenhuishouden van 75 jaar of ouder. Indien er ten minste twee van bovengenoemde voorzieningen zich binnen 500 meter bevinden, wordt de woonomgeving van een woning als geschikt bestempeld. Als er minder dan twee voorzieningen zijn binnen 500 meter afstand, dan heeft een woning een ongeschikte woonomgeving.

¹⁸ De beukmaat is de breedte van de kortste zijde van het oppervlak van het pand.

¹⁹ De footprint is het oppervlakte van het pand ter hoogte van het maaiveld.

²⁰ De Verantwoordingsinformatie die jaarlijks door woningcorporaties wordt aangeleverd aan Aw, WSW en BZK.

Bijlage B: begrippen en –afkortingenlijst

- **ADL:** Algemene dagelijkse levensverrichtingen. Alledaagse handelingen die een persoon zou moeten kunnen uitvoeren zonder hulpmiddelen.
- **Alleenstaande huishoudens:** Een huishouden dat bestaat uit één persoon.
- **AOW:** Algemene Ouderdomswet. Een basispensioen van de overheid voor mensen met de AOW-leeftijd.
- **Belastbaar inkomen:** Het inkomen uit arbeid en winst uit onderneming waarover iemand inkomstenbelasting betaalt.
- **Besteedbaar inkomen:** Het inkomen uit arbeid, winst uit onderneming en inkomen uit uitkeringen en sociale verzekeringen (pensioen, lijfrente, alimentatie c.q. bijstandsverhaal). Voorts wordt als inkomen meegeteld: de kinderbijslag, het spaarloon, de vakantietoeslag, de ziekenfondspremie (van werknemer en werkgever)/zorgtoeslag, de tegemoetkoming van de werkgever in de ziektekosten, gratificaties, vaste winstdeling en tantièmes. Het inkomen is in vijf even grote klassen (kwintielen) verdeeld.
- **Beukmaat:** De breedte van de kortste zijde van het oppervlak van het pand.
- **Bouwbesluit:** Een verzameling technische en andere voorschriften die golden voor het bouwen van een bouwwerk, de staat van een bestaand bouwwerk en het in gebruik nemen of gebruiken van een bouwwerk. Per 1 januari 2024 zijn de bepalingen van het Bouwbesluit 2012 vervangen door het nieuwe Besluit bouwwerken leefomgeving.
- **BRP:** Basisregistratie Personen. Een bestand met persoonsgegevens van inwoners van Nederland en hun woonadres.
- **CBS:** Centraal Bureau voor de Statistiek.
- **CIZ:** Centrum Indicatiestelling Zorg. Bepaalt in een indicatiebesluit of iemand toegang heeft tot de Wet langdurige zorg (Wlz).
- **Cognitieve beperking:** Een verstandelijke beperking. In dit rapport wordt alleen gekeken naar dementie.
- **Corporatiewoning:** Woning die verhuurd wordt door een woningcorporatie. Een woningcorporatie is een privaatrechtelijke instelling (stichting of vereniging) die zich ten doel stelt op het gebied van de volkshuisvesting werkzaam te zijn en als zodanig door de Kroon is toegelaten. De term toegelaten instelling, waarmee corporaties ook aangeduid worden, verwijst hiernaar.
- **DAEB-doelgroep:** Diensten van Algemeen Economisch Belang. De belangrijkste doelgroep van woningcorporaties zijn huishoudens met een inkomen beneden de DAEB-inkomensgrens. Voor eenpersoonshuishoudens is deze inkomensgrens € 47.699 (prijspeil 2024). Voor meerpersoonshuishoudens is de DAEB-inkomensgrens vastgesteld op € 52.671 (prijspeil 2024).
- **Dementie:** Een syndroom waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken.
- **Doorstroming:** Verschijnsel dat huishoudens verhuizen van de ene woning naar de andere, waardoor de verlaten woning beschikbaar komt voor anderen.

- **Eengezinswoning:** Ook wel grondgebonden woning. Elke woning die tevens een geheel pand vormt. Hieronder vallen vrijstaande woningen, aaneen gebouwde woningen, zoals twee onder één kap gebouwde hele huizen, boerderijen met woningen en voorts alle rijenhuizen.
- **Extern toegankelijk:** Betekent dat de woonkamer bereikbaar is vanaf de straat zonder trap te hoeven lopen
- **Footprint:** De oppervlakte van het pand ter hoogte van het maaiveld.
- **Fysieke beperking:** Een lichamelijke beperking waardoor het lijf niet optimaal functioneert.
- **Geclusterde woning:** Een woning die deel uitmaakt van een complex of groep van woningen speciaal bestemd voor ouderen. Hiertoe behoren o.a. woonzorgcomplexen, aanleunwoningen en serviceflats. Een aanzienlijk deel van de geclusterde woningen heeft een zorgsteunpunt en/of een gemeenschappelijke ruimte, receptie, huismeester, alarmering e.d.
- **Geschikte woning:** Een woning die reeds geschikt is of die met een beperkte investering (van maximaal 10.000 euro) geschikt te maken is voor ouderen met een fysieke beperking. Bij een geschikte woning is de woonkamer extern bereikbaar (te maken) vanaf de straat zonder trap te hoeven lopen. Vanuit de woonkamer kunnen intern de keuken, het toilet, de badkamer en tenminste één slaapkamer zonder traplopen (eventueel na beperkte aanpassingen) bereikt worden.
- **Geschikte woonomgeving:** In deze Monitor is uitsluitend gekeken naar de nabijheid van vier essentiële voorzieningen: een grote supermarkt, huisartsenpraktijk, apotheek en ov-halte. In dit onderzoek wordt gesproken van een geschikte woonomgeving zodra minimaal twee van deze vier voorzieningen binnen 500 meter aanwezig zijn.
- **Gezondheidsenquête:** Een jaarlijks onderzoek van het CBS over de gezondheid, het zorggebruik en de leefstijl van de Nederlandse bevolking.
- **Huishoudentype:** Onderscheid naar eenpersoons- (alleenstaand) en meerpersoonshuishouden. Onder deze laatste categorie vallen eenoudergezinnen, (echt)paren zonder kinderen, gezinnen met kind(eren) en niet-gezinshuishouden (samenwonende vrienden, broers of zussen et cetera).
- **Huishouden met beperking:** 55-plushuishoudens waarvan ten minste één persoon ten minste 'grote moeite' heeft met minstens één van de elf ADL-handelingen die in de CBS Gezondheidsenquête worden onderscheiden.
- **Institutioneel huishouden:** Bestaan uit één of meer personen voor wie in huisvesting en dagelijkse levensbehoeften bedrijfsmatig wordt voorzien door derden.
- **Intern toegankelijk:** betekent dat vanuit de woonkamer de keuken, het toilet, de badkamer en tenminste één slaapkamer bereikt kunnen worden zonder traplopen
- **Leeftijd huishouden:** Voor de bepaling van de leeftijd van het huishouden wordt uitgegaan van de leeftijd van het oudste lid van het huishouden.
- **Logistische regressieanalyse:** een statistisch model dat schat hoe waarschijnlijk een binaire uitkomst zal optreden, zoals in ja/nee of waar/onwaar.
- **Meergezinswoning:** Ook wel aangeduid als gestapelde woning. Een deel van een gebouw met meerdere woningen, zoals een flatwoning, appartement, galerijflat, etagewoning, boven- en benedenwoning, portiekwoning of maisonnette.

- **MPT:** Modulair pakket thuis. Een 'pakket zorg' voor mensen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Hiermee ontvangt een persoon (modules van) de zorg vanuit de Wlz thuis.
- **MPT/PGB:** Modulair pakket thuis gecombineerd met persoonsgebonden budget. Een deel van de zorg wordt ontvangen in natura (via het MPT) en een ander deel wordt zelf ingekocht (met het PGB).
- **Nultredenwoning:** Een woning die zowel extern als intern zonder traplopen toegankelijk is.
- **NWBA:** Nationale Woon- en Bouwagenda.
- **Ouderen:** Personen van 55+ jaar oud.
- **Ouderenhuishouden:** Huishoudens met minimaal één persoon van 55+ jaar oud.
- **Overig DAEB:** Heeft geen recht op huurtoeslag maar valt nog wel in de DAEB-doelgroep
- **Particuliere huishoudens:** Eén of meer personen die samen een woonruimte bewonen en zichzelf, dus niet-bedrijfsmatig, voorzien in de dagelijkse levensbehoeften. Ofwel: zelfstandig wonende huishoudens die niet in een (zorg)instelling verblijven.
- **Particuliere huurwoningen:** Huurwoningen van institutionele beleggers (pensioenfondsen, verzekerings- en beleggingsmaatschappijen), bedrijven en particuliere personen die woningen op commerciële basis verhuren of laten verhuren. Ofwel: alle huurwoningen die niet van een woningcorporatie zijn.
- **Passend toewijzen:** De laagste inkomens die doorgaans recht hebben op huurtoeslag.
- **PGB:** Persoonsgebonden budget. Een bedrag waarmee iemand zelf zorg of ondersteuning inkoop.
- **Stedelijkheid:** Gebaseerd op de omgevingsadressendichtheid. Het gemiddelde aantal adressen per vierkante kilometer van een gemeente.
- **Sociale huurwoning:** Woningen met een huur onder de liberalisatiegrens.
- **Verhuisgeneigd:** Men is verhuisgeneigd als men aangeeft binnen twee jaar te willen verhuizen.
- **Vermogen:** Het saldo van bezittingen en schulden. De bezittingen bestaan uit financiële bezittingen (banktegoeden en effecten), onroerend goed en ondernemingsvermogen. De schulden omvatten onder meer schulden ten behoeve van een eigen woning en consumptief krediet.
- **Vermogen inclusief eigen woning:** Het vermogen inclusief de waarde en schulden van de eigen woning.
- **Vermogen exclusief eigen woning:** Het vermogen exclusief de waarde en schulden van de eigen woning.
- **Voorzieningen:** In dit rapport wordt gekeken naar supermarkten, huisartsenpraktijken, apotheken en ov-haltes.
- **VPT:** 'Volledig pakket thuis'. Een 'pakket zorg' voor mensen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij een vpt blijft een persoon thuis wonen en levert een zorginstelling het volledige pakket zorg.
- **VV-zorgprofiel:** De indicatie waarmee iemand zorg kan regelen. Het CIZ voert de indicaties voor langdurige zorg uit en neemt het besluit over welk zorgprofiel bij de zorgvraag past.
- **Wijkverpleging:** Wijkverpleging die gefinancierd is via de Zorgverzekeringswet (Zvw).

- **Wlz:** Wet langdurige zorg. Regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening.
- **WOZ-waarde:** De getaxeerde woningwaarde die wordt gebruikt voor de gemeentelijke OZB-aanslag, voor de omslagheffing van de waterschappen en voor de inkomstenbelasting (eigenwoningforfait). WOZ is een afkorting voor de Wet Waardering Onroerende Zaken.
- **WOZO:** Wonen en zorg voor ouderen.
- **Zorggeschikte woning:** Bedoeld voor mensen die intensieve zorg nodig hebben (Wlz-indicatie) en in de huidige situatie vaak naar een verpleeghuis gaan.
- **Zorginstelling:** Hier is 24 uur per dag zorg en toezicht aanwezig. Een verblijf hier wordt betaald vanuit de Wet langdurige zorg.
- **Zorg met verblijf:** Zorg en verblijf voor mensen die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Vaak gaat het om zorg met verblijf in een verpleeghuis of instelling.

