



Clementine Mol

Ouderen langer zelfstandig thuis! Maar hoe dan?

Een kennisbundeling voor het creëren van optimale woon(zorg)omgevingen voor ouderen



Colofon

Dit is een uitgave van:

Ben Sajat Centrum
Zwanenburgwal 206-IV
1011 JH Amsterdam
✉ info@bensajetcentrum.nl
🌐 www.bensajetcentrum.nl

©2020 Ben Sajat Centrum Amsterdam
Overname, openbaarmaking en/of verspreiding (van gedeelten) van deze uitgave is alleen toegestaan met toestemming van het Ben Sajat Centrum.

Mol, C.A.F.M. (2020). *Ouderen Langer Zelfstandig Thuis! Maar hoe dan?*
Amsterdam: Ben Sajat Centrum.

Over de auteur:

Clementine Mol is arts met een bouwkundige achtergrond. Als arts-onderzoeker en kwartiermaker voor het programma de Zorgvriendelijke Stad van het Ben Sajat Centrum is zij een bruggenbouwer tussen het zorg- en ontwerp domein. Door middel van onderzoek en advies draagt zij bij aan de realisatie van gezonde omgevingen die gezondheid, kwaliteit van leven en optimale zorg bevorderen.

Met dank aan:

Feedback op eerdere versies: Eelco Damen, Monique Kremer
Vormgeving: Ontwerpstudio Karel & Linda
Visuele vertaling: Jochem Galama

Het Ben Sajat Centrum is een centrum voor kennisontwikkeling en innovatie in de langdurige zorg. In de zorg voor ouderen en mensen met een beperking staat de kwaliteit van leven centraal. Het Ben Sajat Centrum heeft als doel deze zorg te vernieuwen en structureel te verbeteren. Dit doet het Ben Sajat Centrum door onderzoek, praktijk en onderwijs met elkaar te vervlechten en lokale samenwerking binnen en tussen domeinen aan te jagen, te organiseren en gaande te houden.

Hiervoor wordt er nauw samengewerkt met verschillende professionele partijen uit verschillende domeinen in de regio Amsterdam. Dit wordt altijd gedaan samen met de mensen om wie het gaat: (kwetsbare) burgers met een langdurige zorgvraag. Zij hebben een belangrijke rol in het sturen van de inhoudelijke koers, het begeleiden van onderzoek en het ontwikkelen van eindproducten.

Het Ben Sajat Centrum is als kennispartner betrokken bij [de intentieverklaring Zelfstandig geclusterd wonen voor ouderen in Amsterdam 2020-2025](#) die op 1 juli 2020 is getekend. De gemeente Amsterdam, woningcorporaties, ontwikkelaars, investeerders, beleggers, zorgpartijen en betrokken woongemeenschappen slaan de handen inéén om meer geclusterde ouderenwoningen te gaan realiseren in Amsterdam. Dit draagt bij aan onze gezamenlijke ambitie om ouderen langer, prettig zelfstandig thuis te laten wonen.

Voor meer informatie over het Ben Sajat Centrum, [klik hier](#) om naar onze website te gaan.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1 Actuele ontwikkelingen en vraagstukken	6
1.1 Demografische trends en sociaal culturele ontwikkelingen	7
1.2 Beleid: zo lang mogelijk zelfstandig thuis	12
1.3 Anders kijken naar gezondheid	14
1.4 De diversiteit van ouderen: het belang van actieve betrokkenheid	18
1.5 Urgentie	26
2 Optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen: bouwstenen en (ontwerp)elementen	30
2.1 Optimale woning	34
2.1.1 Fysieke dimensie	34
2.1.2 Functionele dimensie	41
2.1.3 Sociale dimensie	44
2.2 Bestaande woon(zorg)concepten	45
2.3 Optimale buurt of wijk	48
2.3.1 Fysieke dimensie	48
2.3.2 Functionele dimensie	52
2.3.3 Sociale dimensie	58
2.4 Optimale zorg en welzijn	64
Checklist bouwstenen en (ontwerp)elementen voor een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen	72
Praatplaat bouwstenen voor een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen	75
Bijlage 1: Beschrijving en voorbeelden van woon(zorg)concepten	76
Referentielijst	81

Inleiding

Mensen worden steeds ouder en in de samenleving hebben we steeds meer ouderen. Deze veranderingen vragen om nieuwe vormen van zorg, wonen en welzijn voor ouderen. De huidige nadruk op het medisch-curatieve systeem sluit onvoldoende aan bij de toekomstige behoeften van ouderen en zet de beschikbare capaciteit en middelen onder druk. Om tot een meer preventief en integraal gezondheidssysteem te komen, is het belangrijk om vraagstukken rondom zorg, wonen en welzijn integraal op te pakken en optimale woon- en woonzorgomgevingen te creëren.

Grote beleidsprogramma's zoals *Langer Thuis* en *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* sturen aan op het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. Het blijft hierbij echter vaak onduidelijk hoe 'thuis' en 'de juiste plek' er precies uit moeten zien om dit streven naar langer, prettig zelfstandig thuis wonen van ouderen te kunnen realiseren. Met deze publicatie willen we daar verandering in brengen.

In het rapport integreren we kennis uit het woon-, zorg-, welzijns- en ontwerpdomein en bieden zo handvatten voor het realiseren van de optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen. Een woon(zorg)omgeving definiëren we als:

| de omgeving waar ouderen zelfstandig wonen en zo nodig zorg en ondersteuning ontvangen.

We laten zien dat integratie van kennis uit verschillende domeinen en samenwerking tussen deze domeinen cruciaal zijn voor het creëren van optimale woon(zorg)omgevingen waarin ouderen daadwerkelijk langer zelfstandig thuis kunnen wonen met een goede kwaliteit van leven en de juiste zorg op de juiste plek. Wat 'optimaal' is voor een oudere is afhankelijk van de individuele behoeften, wensen en mogelijkheden. Desalniettemin zijn er algemene kenmerken te destilleren die een woon(zorg)omgeving 'optimaal' maken en bijdragen aan het langer, prettig zelfstandig thuis wonen van ouderen.

Deze publicatie is een verkorte weergave van de bevindingen en aanbevelingen uit een uitgebreider rapport. Per thema verwijzen we steeds naar het volledige rapport voor aanvullende informatie en bronverwijzingen. Onze bevindingen zijn gebaseerd op primaire literatuur (zoals een publicatie met uitkomsten van een onderzoek), secundaire literatuur (zoals een systematisch review waarin meerdere eerdere onderzoeken verzameld zijn), grijze literatuur (zoals rapporten van onderzoeksinstituten en adviesorganen) en praktijkvoorbeelden.

De publicatie start met een korte schets van de actuele ontwikkelingen en vraagstukken in zorg, wonen en welzijn voor ouderen. Daarna volgt een bespreking van de kenmerken en (ontwerp)elementen van een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen. De verzamelde informatie wordt geïntegreerd in een praktische checklist met de bouwstenen en (ontwerp)elementen om optimale woon(zorg)omgevingen voor ouderen te realiseren.

De publicatie laat zich samenvatten in de volgende kernboodschappen:

- Het realiseren van een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen is een voorwaarde om van een medisch-curatief systeem naar een preventief integraal gezondheidssysteem te transformeren. Dit is nodig om ouderen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen, met een goede kwaliteit van leven en de juiste zorg op de juiste plek. Integratie van kennis en samenwerking vanuit verschillende domeinen (zorg, wonen, welzijn en ontwerp) zijn hierbij cruciaal.
- Een optimale woon(zorg)omgeving kan bijdragen aan:
 - de positieve gezondheid van ouderen, oftewel, hun vermogen om zich – ondanks de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven – aan te passen en eigen regie te voeren
 - het voorkomen of uitstellen van de behoefte aan zwaardere en duurdere zorg en ondersteuning (zoals Wlz-zorg en medisch-specialistische zorg)
 - het bevorderen van informele zorg en ondersteuning
 - het vergroten van de doelmatigheid van de professionele zorg
- De ouderenpopulatie is ‘superdivers’. Een divers aanbod van woon(zorg)omgevingen is noodzakelijk om bij de grote diversiteit van wensen, behoeften en mogelijkheden van ouderen aan te sluiten. Het realiseren van een passend aanbod vraagt om actieve betrokkenheid van ouderen zelf.
- De optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen vraagt om aandacht voor zowel fysieke, functionele als sociale kenmerken (zie de checklist).
- De optimale woon(zorg)omgeving bestaat uit zowel de woning als de buurt of wijk. Deze twee moeten altijd in onderlinge samenhang benaderd worden.

1

Actuele ontwikkelingen en vraagstukken

In dit hoofdstuk geven we een achtergrondschets van de verschillende uitdagingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor ouderen. We gaan daarbij onder andere in op landelijke demografische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen en de implicaties daarvan voor het creëren van optimale woon(zorg)omgevingen voor ouderen. Soms wordt er ook specifiek op de Amsterdamse grootstedelijke context ingegaan.

1.1 Demografische trends en sociaal-culturele ontwikkelingen

Dubbele vergrijzing, meer ouderen met chronische ziekten en multimorbiditeit

De Nederlandse bevolking vergrijst; het aantal ouderen in Nederland neemt de komende jaren toe, vooral absoluut in de steden en vooral relatief op het platteland (van Dam, Daalhuizen, de Groot van Middelkoop & Peeters, 2013). Er is sprake van *dubbele vergrijzing*; niet alleen het aantal ouderen neemt toe, maar ouderen blijven ook langer leven; de groep oudere ouderen neemt toe (Doekhie, de Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014; Daalhuizen, van Dam, de Groot, Schilder & van der Staak, 2019). Nederlanders worden niet alleen ouder, ze leven langer zonder gezondheidsproblemen én langer met gezondheidsproblemen (Daalhuizen et al., 2019a). Ook neemt het aantal ouderen met (meerdere) chronische ziekten toe (multimorbiditeit). Bij ongeveer 78% van de mannen en 82% van de vrouwen van 75 jaar of ouder is sprake van multimorbiditeit (de Klerk, Verbeek-Oudijk, Plaisier & den Draak, 2019).

Toename aantal ouderen met cognitieve beperkingen zoals dementie

Door de vergrijzing is tussen 1950 en nu het aantal ouderen met dementie meer dan verviervoudigd. In 2018 woonden er naar schatting 200.000 mensen met dementie (zowel met als zonder diagnose) nog zelfstandig thuis. Verwacht wordt dat het aantal ouderen met dementie in 2030 zal toenemen naar 400.000. Het langer zelfstandig thuis kunnen wonen in de vertrouwde omgeving is voor mensen met dementie een groot voordeel. Hiervoor gelden wel een aantal randvoorwaarden zoals goede zorg en ondersteuning en een veilige, vertrouwde omgeving (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Sinds 2018 worden er 'social trials' gedaan waarbij onder leiding van Prof. Anne-Mei The verschillende gemeenten experimenteren om ouderen met dementie langer thuis te laten wonen. Deze social trials moeten in de komende jaren gaan leiden tot nieuwe landelijke standaarden die meer levenskwaliteit tegen lagere kosten mogelijk maken (PwC, 2019).

Toename 85-plussers met fysieke beperkingen

Het aantal beperkingen neemt toe met de leeftijd. Beperkingen maken het zelfstandig thuis wonen soms niet (meer) mogelijk. Van de huidige 65-74-jarigen heeft 20% één of meerdere beperkingen, van de 75+ers heeft 48% één of meerdere beperkingen. De meest voorkomende ADL-beperkingen (beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen als gevolg van gezondheidsproblemen) zijn traplopen, zich verplaatsen buitenshuis en in bad gaan of douchen (CBS, 2016).

Een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen zou de zelfredzaamheid van ouderen, ook van ouderen met beperkingen moeten vergroten door optimale ondersteuning te bieden.

Uit de LASA studie (Longitudinal Aging Study Amsterdam) blijkt dat er tussen 2001 en 2011 verbetering van de gezondheid van ouderen onder de 85 jaar heeft plaatsgevonden. De reden hiervoor was een relatieve afname in functionele beperkingen. Echter blijkt dat onder de ouderen van 85 jaar en ouder juist meer ernstige functionele beperkingen en ernstige gezondheidsproblemen voorkomen. Er is sprake van een zogenaamd 'uitsteleffect' van functionele beperkingen en gezondheidsproblemen; de beperkingen en gezondheidsproblemen treden later op (Timmermans, Deeg & Huisman, 2017).

Door een toename in fysieke beperkingen en een afname in mobiliteit, brengen ouderen steeds meer tijd door in en rondom de woning. Voorzieningen in de buurt worden steeds belangrijker. Van belang is ons te realiseren dat fysieke beperkingen ook sociale beperkingen kunnen veroorzaken.

Toename aantal ouderen met een migratieachtergrond

Het aantal ouderen met een migratieachtergrond zal de komende jaren ook toenemen (De Klerk et al., 2019). De mate van toename verschilt per regio. In 2039 zal bijna de helft van de 65-plussers in Amsterdam een migratieachtergrond hebben (Gemeente Amsterdam, 2020). De meeste migrantenouderen zijn afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije en Marokko en wonen in de grote steden. Ook binnen de groep migrantenouderen is de diversiteit groot, zowel in herkomst, sociaaleconomische status, de mate van integratie, als ook in wensen, behoeften en mogelijkheden.

| Onder de groep migrantenouderen komen specifieke problemen en kwetsbaarheden voor.

Veel huidige migrantenouderen zijn laag- of ongeschoold, hebben een taalachterstand en een laag inkomen. Psychische klachten, eenzaamheid, gevoelens van zich buitengesloten voelen en discriminatie komen vaker voor (Witter & Fokkema, 2018). Ook medisch gezien hebben migrantenouderen vaker een minder goede positie. Diabetes, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en obesitas komen vaker voor onder migrantenouderen. Zowel de lagere sociaal-economische status (SES) als de leefstijl (voeding en bewegen) spelen hierin een belangrijke rol (Schellingerhout, 2004; Denktas, 2011; GGD Amsterdam, 2015). Door de hogere prevalentie van bovengenoemde aandoeningen, welke risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van dementie, wordt verwacht dat ook het aantal migrantenouderen met dementie de komende jaren enorm zal gaan toenemen. De migratieachtergrond heeft ook een invloed op het zorggebruik van ouderen. Wanneer allochtone ouderen zorg nodig hebben, maken zij eerder gebruik van informele zorg (van hun kinderen en mantelzorgers) dan van formele zorg (zoals zorg van een huisarts en ziekenhuiszorg) (Witter & Fokkema, 2018).

Toename aantal alleenwonende ouderen

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt het aantal alleenwonende ouderen toe. Door de vergrijzing neemt het totale aantal alleenwonende ouderen toe. Van de 75-79-jarigen woont een derde alleen, van de 90-plussers woont bijna driekwart alleen (CBS, 2019b; de Klerk et al., 2019). De oorzaak hiervoor is vaak het overlijden van een partner en het langer thuis blijven wonen van ouderen. Uit een studie van Slobbe, Wong, Verheij, van Oers en Polder (2017) blijkt dat de kans op gebruik van langdurige zorg veel groter is bij eenpersoonshuishoudens dan bij meerpersoonshuishoudens.

| Met name verweduwd en gescheiden ouderen hebben een grotere kans op kwetsbaarheid (SCP, 2011) en daarmee zorggebruik.

Toename aantal eenzame ouderen

In de toekomst zal het aantal eenzame ouderen door de vergrijzing toenemen (de Klerk et al., 2019). Eenzaamheid kenmerkt zich door gemis en teleurstelling. Zoals van Tilburg en de Jong Gierveld (2007) beschrijven, is het een uitkomst van een persoonlijke waardering van een situatie waarin iemand zijn relaties afweegt tegen zijn eigen wensen of verwachtingen ten aanzien van relaties. Het is subjectief en kan beïnvloed worden door gebrek aan kwaliteit van relaties of doordat het aantal relaties minder is dan gewenst. Er bestaan twee soorten eenzaamheid. *Emotionele eenzaamheid* en *sociale eenzaamheid*. Emotionele eenzaamheid doet zich voor wanneer iemand een gemis ervaart van een intieme relatie, een emotionele hechte band met partner of vriend(in). Sociale eenzaamheid doet zich voor wanneer iemand betekenisvolle relaties mist met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's, buurtgenoten, of mensen met dezelfde belangstelling. Ernstige eenzaamheid (met name sociale eenzaamheid) neemt toe met de leeftijd. Emotionele eenzaamheid neemt pas toe van 75 jaar. Van de 75-84-jarigen is 10% (zeer) sterk eenzaam en van de 85+ers is 15% (zeer) sterk eenzaam (RIVM, 2016). Vanaf de leeftijd van 75 is de kans op eenzaamheid groter door een opeenstapeling van gebeurtenissen zoals het overlijden van een partner, leeftijdsgenoten en door afname in mobiliteit en zelfstandigheid (van Tilburg & de Jong Gierveld, 2007; Jylhä, 2004).

Eenzaamheid beïnvloedt de kwaliteit van leven en gezondheid van ouderen en daarmee de zorgvraag. Uit onderzoek blijkt dat 60% van de ouderen die op de Spoedeisende Hulp gezien worden, geen medisch probleem, maar een welzijnsprobleem heeft en niet terug naar huis kan vanwege eenzaamheid of onveiligheid (de Klerk et al., 2019).

Verschillende factoren kunnen de kans op eenzaamheid vergroten dan wel verkleinen. Hawkley et al. (2008) beschrijven deze factoren in een zogenaamd lagenmodel van eenzaamheid. De eerste laag die het dichtst bij eenzaamheid staat is persoonlijk contact. Hierbij kan gedacht worden aan het hebben van een partner, de grootte en diversiteit van het netwerk, de grootte van het huishouden en het dagelijkse contact. De tweede laag van het lagenmodel is de mogelijkheid tot ontmoeting door bijvoorbeeld activiteiten te ondernemen zoals werken, al dan niet als vrijwilliger, naar de sportvereniging of naar de kerk gaan. De derde laag wordt gevormd door de ervaren regie waarbij het vermogen om controle over het eigen leven uit te oefenen centraal staat. De vierde laag wordt gevormd door fysieke – en mentale gezondheidsfactoren zoals een chronische ziekte en beperking die eenzaamheid kunnen beïnvloeden. De vijfde laag gaat over de woonomgeving; hoe iemand woont en in wat voor een omgeving. De zesde laag wordt gevormd door demografische en sociaal-structurele kenmerken zoals geslacht, opleiding, inkomen en leeftijd. In dit lagenmodel wordt nadrukkelijk het verband tussen de woon(zorg)omgeving en de kans op eenzaamheid gelegd.

De woon(zorg)omgeving beïnvloedt de kans op eenzaamheid. Een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen zou (de kans op) eenzaamheid moeten verkleinen.

Toename aantal kwetsbare ouderen

Door bovengenoemde ontwikkelingen neemt het aantal kwetsbare ouderen toe en zal dit verder toenemen. Kwetsbaarheid neemt toe met de leeftijd (SCP, 2011; Fried et al., 2001; Deeg en Puts, 2007). Een op de vier ouderen wordt kwetsbaar, vaak zonder dat de oudere dat zelf (inclusief de omgeving) dat direct in de gaten heeft (SCP, 2011). Het percentage kwetsbare ouderen ten opzichte van het totaal aantal ouderen zal echter licht dalen. Dit wordt veroorzaakt doordat het gemiddelde opleidingsniveau van ouderen stijgt. De definities van kwetsbaarheid verschillen in de literatuur. Van Campen (2011) maakte op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met experts de volgende conceptuele definitie:

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).

Kwetsbaarheid zegt dus iets over het *functioneren* van iemand op lichamelijk, psychisch dan wel sociaal domein. Wanneer de kwetsbaarheid toeneemt, kan dit leiden tot ongewenste situaties zoals het hebben van ernstige beperkingen, verminderde kwaliteit van leven, een toename in zorggebruik en de daarbij komende zorgkosten en vroegtijdig overlijden. Bij kwetsbaarheid is het eerste doel het dagelijks functioneren te waarborgen. Een optimale woon(zorg)omgeving is hiervoor van groot belang.

De woon(zorg)omgeving zou dan ook moeten bijdragen aan het fysiek, psychisch en sociaal functioneren van ouderen. Hiermee kan kwetsbaarheid worden voorkomen, uitgesteld of verminderd, waardoor ongewenste gezondheidsuitkomsten zoals beperkingen, verminderde kwaliteit van leven, toename in zorggebruik en overlijden beperkt worden.

Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee & Schols (2010a) hebben een conceptueel model van kwetsbaarheid ontwikkeld waarin drie verschillende soorten kwetsbaarheden worden onderscheiden; lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid. Het conceptuele model van kwetsbaarheid beschrijft de verschillende factoren die van invloed zijn op kwetsbaarheid. Zo zijn vrouwen kwetsbaarder dan mannen (Fried et al., 2001; Gobbens, van Assen, Wijnen-Sponselee & Schols, 2010b). Maar ook kunnen een hogere leeftijd, een ongezonde leefstijl, een ongeschikte woonomgeving, ingrijpende levensgebeurtenissen, een laag inkomen, het niet (meer) hebben van een partner, een lage opleiding, een niet-westerse achtergrond, een beperkt sociaal netwerk, ziekten en biologische factoren kwetsbaarheid veroorzaken. Het percentage kwetsbare ouderen is in de laagste inkomensklasse drie keer zo hoog als in de hoogste inkomensklasse (van Campen, 2011). In het 6-stappenplan van 'de handreiking kwetsbare ouderen thuis' (Wind & te Velde, 2019) wordt in 6 stappen beschreven hoe proactieve, geïntegreerde zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen gegeven wordt waarbij signalering van kwetsbaarheid de eerste stap is. Op basis van het conceptuele model van Gobbens (2010a) is de TFI (Tilburg Frailty Indicator) ontwikkeld. Met de TFI wordt op basis van de volgende criteria kwetsbaarheid gemeten; het lichamelijke domein (kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, zintuiglijke functies), het psychische domein (cognitie, stemming en coping) en het sociale domein (sociale relaties en sociale steun).

Inkomensontwikkeling ouderen onzeker

Naar verwachting zullen toekomstige 75-plussers gemiddeld vaker en langer hebben deelgenomen aan de arbeidsmarkt. Hierdoor zullen zij meer pensioen hebben opgebouwd dan de huidige 75-plussers. Echter hebben ook andere factoren zoals het aantal scheidingen en de ontwikkelingen in de AOW en werknemerspensioenen invloed op de inkomens van ouderen. Er zijn grote verschillen in inkomens en vermogen tussen ouderen. Een op de drie ouderen heeft moeite met rondkomen (Van der Schors & Groen, 2018). Vooral ouderen met alleen een AOW (Algemene Ouderdomswet) en huurders hebben meer moeite met rondkomen (de Klerk et al., 2019). Vier op de tien ouderen (jonger dan 75 jaar) woont in een huurwoning (er zijn geen gegevens van 75-plussers). Huurders hebben veel minder spaargeld dan ouderen met een koopwoning. Ruim één op de drie ouderen geeft aan minder dan 5000,- euro aan spaargeld en/of beleggingen te hebben (de Klerk et al., 2019). Het aandeel ouderen dat gemakkelijk kan rondkomen is in de afgelopen jaren wel toegenomen.

In het creëren van geschikte woningen voor ouderen (aanpassen van woningen of nieuwbouw) zou ook rekening moeten worden gehouden met lage inkomens, zodat ook ouderen met lage(re) inkomens in optimale woon(zorg)omgevingen kunnen wonen.

Stijging gemiddeld opleidingsniveau van ouderen

Een van de redenen voor het steeds ouder worden van de Nederlanders, is de stijging van het gemiddelde opleidingsniveau. Hoe hoger het gemiddelde opleidingsniveau, des te hoger is de gemiddelde levensverwachting. Ook het percentage ouderen met een beperking neemt af bij ouderen met een hoger opleidingsniveau. Daar waar de trend van stijgend opleidingsniveau van de toekomstige oudere enerzijds zou kunnen betekenen dat er minder vraag is naar zorg en ondersteuning, is het anderzijds goed mogelijk dat de toekomstige oudere vaker en sneller zijn zorgbehoefte zal aangeven en daarbij kritischer en veeleisender is (de Klerk et al., 2019). Tussen 2006 en 2018 is het percentage laagopgeleide ouderen (65-74 jaar) van 54% naar 44 % afgenomen. Voor middelbaar opgeleide ouderen geldt een toename in deze periode van 30% naar 44% en voor

hoogopgeleide ouderen een toename van 15% naar 21%. (de Klerk et al.,2019). Het opleidingsniveau is van grote invloed op de kennis over het aanbod van verschillende woonvormen voor ouderen. Hoe hoger het opleidingsniveau, des te beter zijn ouderen bekend met de verschillende woonvormen (Woonmonitor, 2015).

Toename digitale vaardigheden van ouderen

Tussen 2012 en 2018 is het percentage ouderen met een leeftijd tussen de 65-75 jaar dat nog nooit internet had gebruikt afgenomen van 43% naar 10%. Van de 75-plussers is het percentage dat nooit internet gebruikt in de periode tussen 2012 en 2015 meer dan gehalveerd van 66% naar 32% (CBS, 2019a). De meeste ouderen die geen gebruik maken van internet zijn vaak laagopgeleid en vrouw (de Klerk et al., 2019).

De toename in digitale vaardigheden zijn van belang voor het bieden en ontvangen van zorg op afstand (via e-health) dat in de toekomst verder zal gaan toenemen om de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Tevens kunnen de digitale vaardigheden van belang zijn voor het inzetten van domotica als ondersteuning bij het langer zelfstandig thuis wonen en voor het onderhouden van sociale contacten (zoals via beeldbellen en sociale platforms).

1.2 Beleid: zo lang mogelijk zelfstandig thuis

Hervorming langdurige zorg

Sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015, wordt ingezet op het langer zelfstandig laten wonen van ouderen met steun van het sociale netwerk voor ondersteuning en zorg. Sindsdien hebben ouderen met een lage zorgzwaarte geen toegang meer tot het verzorgingshuis (van Klaveren, van Triest & Senior, 2018). De langdurige zorg die werd geleverd vanuit de Algemene wet Bijzondere ziektekosten (AWBZ) is overgegaan naar 4 verschillende wetten; de Wet langdurige zorg (Wlz): voor intensieve 24-uurs zorg (zorg met verblijf), de Zorgverzekeringswet (Zvw): voor persoonlijke verzorging en verpleging (zorg zonder verblijf), de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): voor ondersteunende zorg (zoals begeleiding of beschermd wonen) en de Jeugdwet: voor langdurige zorg voor jeugdigen (Algemene Rekenkamer, 2015). Het doel van de *hervorming langdurige zorg* is dat ouderen niet of in een later stadium wanneer zij een intensievere vorm van zorg nodig hebben, naar een zorginstelling verhuizen (Van Campen, Iedema, Broese van Groenou & Deeg, 2017). Uitgangspunten hiervoor zijn het verbeteren van kwaliteit van zorg en ondersteuning, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving en de financiële houdbaarheid van langdurige zorg en ondersteuning (Doekhie et al., 2014, Daalhuizen et al., 2019a). De effecten van dit beleid zien we terug in het toegenomen aantal zelfstandig thuiswonende ouderen. In de jaren '80 woonde nog maar 37% van de 80-plussers zelfstandig thuis. In 2010 woonde 86% van de 80-plussers zelfstandig thuis en in 2020 89% van de 80-plussers (de Klerk et al., 2019). Deze extramuralisering zou kosten besparen (Algemene Rekenkamer, 2015). Het langer thuis wonen beleid is niet nieuw; in het verleden hebben we vaker periodes gezien waarin ouderen langer thuis woonden (Daalhuizen et al., 2019a). Het verschil met de huidige trend is dat ouderen tot op zeer hoge leeftijd zelfstandig thuis wonen en het aantal ouderen enorm toeneemt door vergrijzing, wat nieuwe uitdagingen met zich mee brengt (Daalhuizen et al., 2019a).

Pact voor de ouderenzorg

In 2018 werd daarom het Pact voor de Ouderenzorg gesloten met 40 verschillende partijen (kabinet, gemeenten, zorgverleners, zorgverzekeraars en maatschappelijke partijen) met als doel om de zorg- en woonsituatie van ouderen te verbeteren. De noodzaak voor een integrale benadering tussen verschillende domeinen zoals wonen, zorg, welzijn en financiën werd gezien. Hieruit zijn drie programma's voortgekomen; *programma Langer Thuis*, *Een tegen Eenzaamheid* en *Thuis in het Verpleeghuis*. Het doel van deze programma's is de zorg en ondersteuning thuis te verbeteren, eenzaamheid bij ouderen te voorkomen of te doorbreken en de kwaliteit van verpleeghuiszorg te verbeteren.

Programma Langer Thuis

Het programma *Langer Thuis* heeft als doel dat "ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven". Het programma onderscheidt drie belangrijke randvoorwaarden die bijdragen aan de kwaliteit van leven; goede ondersteuning en zorg thuis, ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers en een geschikte woonsituatie. Langer zelfstandig thuis wonen betekent in een geschikte woning wonen, waar men zo lang mogelijk zelfstandig kan wonen met een goede kwaliteit van leven in plaats van te wonen in een intramurale instelling (Ministerie van VWS, 2018). Echter blijkt hier nogal eens verwarring over te bestaan en wordt 'Langer Thuis' door velen geïnterpreteerd als het zo lang mogelijk blijven wonen in de woning waar ouderen altijd hebben gewoond (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020).

In het programma Langer Thuis wordt het belang van een geschikte woon(zorg)omgeving met optimale zorg voor ouderen benadrukt. Echter wordt er niet ingegaan op wat een geschikte woon(zorg)omgeving is.

De Juiste Zorg op de Juiste Plek

In 2018 lanceerde de Taskforce in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het rapport *De Juiste Zorg op de Juiste Plek, Wie durft?* Het doel van *de Juiste Zorg op de Juiste Plek* is het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg naar (dicht(er) bij) mensen (t)huis en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health). De beweging *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* is een belangrijke pijler geworden in de Hoofdlijnenakkoorden waarin alle bestuurlijke partijen zich gecommitteerd hebben deze beweging praktisch verder te brengen (Bruins, 2018). De Taskforce (2018) pleit voor een andere benadering van ziekte en gezondheid en gaat uit van het functioneren van mensen en hun omgeving; waarbij het gaat om wat mensen nodig hebben om zo lang mogelijk zo goed en zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. De Taskforce benadrukt de noodzaak voor een benadering van medisch én sociaal domein (Taskforce, 2018). Meer focus op het voorkomen van ziekte, het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen en het inzetten van nieuwe, slimme technieken in de zorg zijn volgens de Taskforce (2018) noodzakelijk om ook in de toekomst ouderen van zorg te kunnen voorzien en de zorg betaalbaar te houden.

Met de beweging *de Juiste Zorg op de Juiste Plek* wordt er voornamelijk op de organisatie van zorg ingegaan; waar organiseer je welke zorg? Echter wordt er nog nauwelijks ingegaan op hoe die “plek” er dan optimaal uit zou moeten zien; welke factoren bijdragen aan een optimale woon(zorg)omgeving.

Regie en zelfredzaamheid centraal

Het sturen op eigen regie en het vergroten van de zelfredzaamheid is een actueel thema dat terugkomt in het beleid dat gericht is op het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. Door te sturen op regie en het vergroten van zelfredzaamheid, wordt gedacht medicalisering van de behoeften van ouderen te voorkomen (Ministerie van VWS, 2018). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat regie over het leven de kwaliteit van leven en het psychisch welbevinden vergroot. Ook vindt een groot deel van de ouderen zelf het hebben van regie en zelfredzaamheid belangrijk (van Campen, 2011).

Regie en zelfredzaamheid zijn de kern van huidig beleid. Toch zijn regie en zelfredzaamheid niet voor iedere oudere een vanzelfsprekendheid, een wens en een mogelijkheid (Doekhie et al., 2014). Vandaar is het noodzakelijk aandacht te hebben voor kwetsbare ouderen en hoe de woon(zorg)omgeving ook kwetsbare ouderen optimaal kan ondersteunen en de samenredzaamheid kan vergroten.

1.3 Anders kijken naar gezondheid

Gezondheid is altijd een belangrijke waarde geweest. De definitie en betekenis van gezondheid is in de loop van de tijd enorm veranderd (Heerkens et al., 2017). Daar waar de Westerse geneeskunde aanvankelijk in de tijd van Hippocrates en Aristoteles tot aan de 15^{de} eeuw gezondheid zag als een staat van heel/in balans-zijn, veranderde dat in de 16^{de} eeuw in een tijd waarin gezondheid slechts benaderd werd vanuit microbiologisch - en pathologisch oogpunt. In 1948 kwam de WHO met een nieuwe definitie van gezondheid, waarbij niet alleen de focus lag op de afwezigheid van ziekte, maar op een complete staat van fysiek, mentaal en sociaal welzijn. Sindsdien zijn er kritieken op de WHO-definitie van gezondheid en zijn er nieuwe concepten van gezondheid ontwikkeld (Heerkens et al., 2017). In dit rapport wordt de gezondheid van ouderen volgens de definitie van *positieve gezondheid* belicht. Hierop zal later in dit hoofdstuk verder worden ingegaan.

Wat vinden ouderen zelf belangrijk?

Ondanks dat de groep ouderen enorm divers is, zijn er wel een aantal waarden voor alle ouderen belangrijk. Ouderen geven op de vraag wat ze belangrijk vinden het antwoord dat zij *gezondheid, goede contacten met familie en vrienden en mee blijven doen* belangrijk vinden. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) beschrijft drie waarden die voor alle ouderen in de derde levensfase ertoe doen: *autonomie, verbondenheid en ertoe doen* (RVS, 2020). Met de derde levensfase wordt de periode bedoeld tussen het werkende leven en vergevorderde ouderdom in.

Een groot deel van de huidige generatie ouderen geeft ook zelf aan de behoefte te hebben om *zelf regie* te houden (van Campen, 2011). Ongeveer een kwart van de ouderen heeft echter het gevoel geen grip op het leven te hebben. Een deel daarvan wil wel zelfredzaam zijn, maar kan het niet en een deel kan én wil niet zelfredzaam zijn (Doekhie et al., 2014). De toekomstige generatie ouderen heeft ook andere ideeën over oud worden, gezondheid en waarden. Het lijkt erop dat de toekomstige ouderen meer waarde hechten aan kwaliteit van leven in plaats van oud worden op zichzelf. Ook lijkt het erop dat toekomstige ouderen meer regie willen nemen over hun leven en het levenseinde (RIVM, 2018).

Ouderen zien gezondheid niet alleen vanuit medisch domein, maar gezondheid gericht op de gehele mens; met oog voor fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden (Beter Oud, 2015). Dit sluit aan bij het gezondheidsconcept positieve gezondheid. De woon(zorg)omgeving zou moeten bijdragen aan alle dimensies van positieve gezondheid.

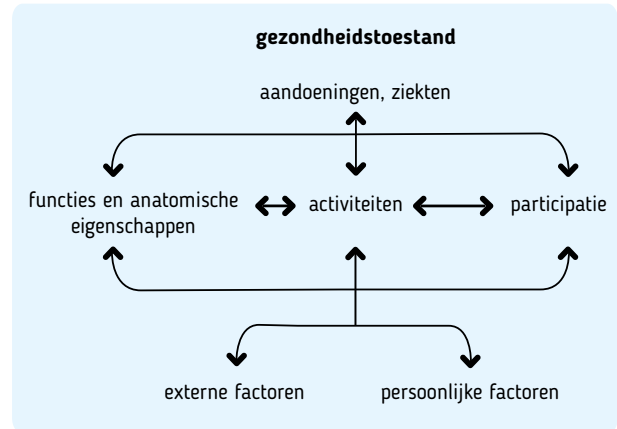
Biopsychosociale modellen van gezondheid

Biopsychosociale modellen van gezondheid zijn modellen waarin gezondheid niet alleen gedefinieerd wordt aan de hand van biomedische factoren, maar ook aan de hand van psychologische en sociale factoren. In biopsychosociale modellen wordt de impact van contextuele factoren op gezondheid benadrukt. De contextuele factoren zijn te verdelen in omgevingsfactoren (fysiek en sociaal) en persoonlijke factoren (Welch Saleeby, 2007). Biopsychosociale gezondheidsmodellen leggen een nadrukkelijk verband tussen de invloed van de omgeving op gezondheid. Zowel het ICF-model, het SSKK-model als het concept Positieve Gezondheid zijn biopsychosociale gezondheidsmodellen.

International Classification of Functioning, Disability and Health model (ICF model)

Het International Classification of Functioning, Disability and Health model (ICF-model), opgesteld door de WHO is een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief omgevings- en persoonlijke factoren die op dat functioneren van invloed zijn (WHO, 2001). Het model wordt zowel in de zorg als in onderzoek, beleid en onderwijs gebruikt (Heerkens et al., 2017). Het heeft als doel om een standaardtaal en framework te gebruiken voor het beschrijven van gezondheid en gerelateerde toestanden. Gezondheid kan volgens het model worden beschreven aan de hand van lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Hiermee kan gezondheid vanuit zowel lichamelijk, individueel als maatschappelijk perspectief beschreven worden (WHO, 2001). Omdat externe factoren invloed op iemands functioneren hebben, vormen deze ook onderdeel van het ICF-model. Het ICF-model maakt hiermee een koppeling tussen de invloed

van de fysieke en sociale omgeving op gezondheid en dus het functioneren in de brede zin; lichamelijk, psychisch en sociaal.

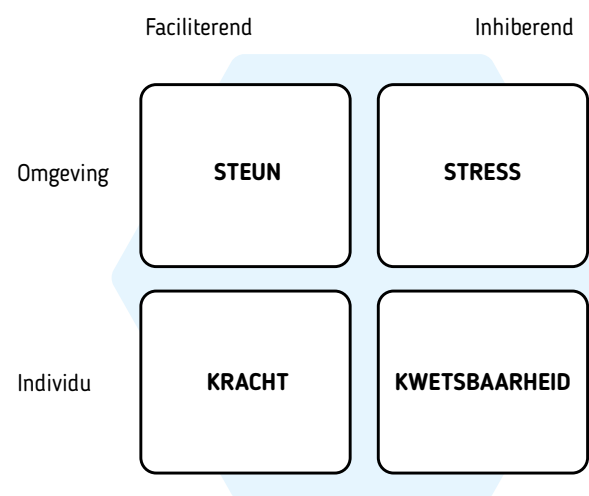


Figuur 1: ICF-model: de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren.

Bron: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM (2002) via www.whoifc.nl.

Het SSKK-model: Steun-stress-kracht-kwetsbaarheid model

Ook het SSKK-model geeft de wisselwerking tussen de mens en de omgeving weer. Het is een model dat invulling geeft aan het draagkracht-draaglast principe. Het bestaat uit 4 factoren die invloed hebben op het functioneren en daarmee gezondheid van een individu; steun, stress, kracht en kwetsbaarheid. Deze factoren zijn enerzijds te verdelen in de richting van het effect; faciliterend -en inhiberend (remmend). Anderzijds zijn de factoren te verdelen in omgevingsfactoren en individuele- persoonlijke factoren (de Jonghe, Dekker & Goris, 1997). De balans tussen de 4 factoren is van groot belang. Wanneer bijvoorbeeld kracht en kwetsbaarheid uit balans zijn en er vanuit de omgeving geen extra steun wordt verleend (door bijvoorbeeld leuning, steunen en de afwezigheid van drempels), kan een ongewenste situatie ontstaan; de oudere valt en breekt zijn heup. Hierin wordt ook duidelijk dat wanneer de omgeving een inhiberende invloed heeft en stress veroorzaakt, dit effect kan hebben op de gezondheidsbalans van (kwetsbare) ouderen. De factoren steun en kracht vormen samen de veerkracht van een individu. De veerkracht wordt dus bepaald door zowel persoonlijke- als omgevingsfactoren. Het SSKK-model is het onderliggende model dat gebruikt is voor de evaluatie van woonservicegebieden (de Kam et al., 2012). Een woonservicegebied is een gebied dat zo is ingericht dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen te midden van anderen, zodat een levensloopbestendige leefomgeving ontstaat. Hierop zal verder worden in gegaan in hoofdstuk 2.3.2.



Figuur 2: SSKK-model Bron: de Jonghe et al. (1997) uit De Kam et al. (2012).

Een optimale woon(zorg)omgeving biedt ondersteuning en versterkt de kracht van ouderen waardoor kwetsbaarheid voorkomen, verminderd of uitgesteld wordt.

Positieve gezondheid

In 2011 introduceerde Machteld Huber de term positieve gezondheid. Het concept benadrukt dat gezondheid meer is dan alleen “een toestand van complete lichamelijke, psychische en sociale welbevinden en niet alleen het ontbreken van ziekte of gebrek” (de definitie van de WHO in 1948). Huber et al. (2011) formuleerden gezondheid als volgt;

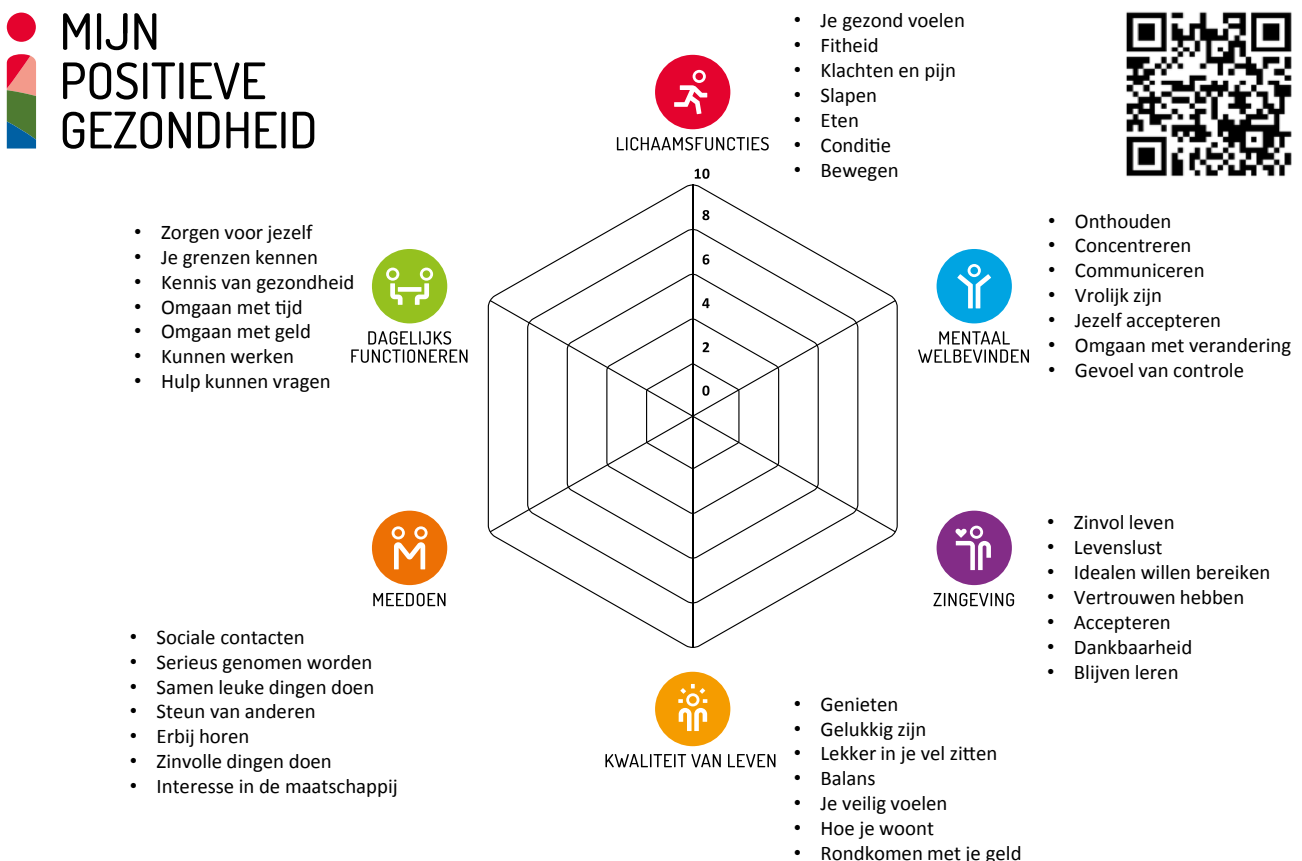
Gezondheid is het vermogen je aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

In het concept *positieve gezondheid* staan functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Het is geen statische toestand, maar een dynamisch vermogen. *Positieve gezondheid* bestaat uit 6 domeinen (zie figuur 3) (Huber, van Vliet & Boers, 2016):

- Lichaamsfuncties
- Mentaal welbevinden
- Zingeving (spirituele en existentiële dimensie)
- Kwaliteit van leven
- Meedoen (sociaal-maatschappelijke participatie)
- Dagelijks functioneren

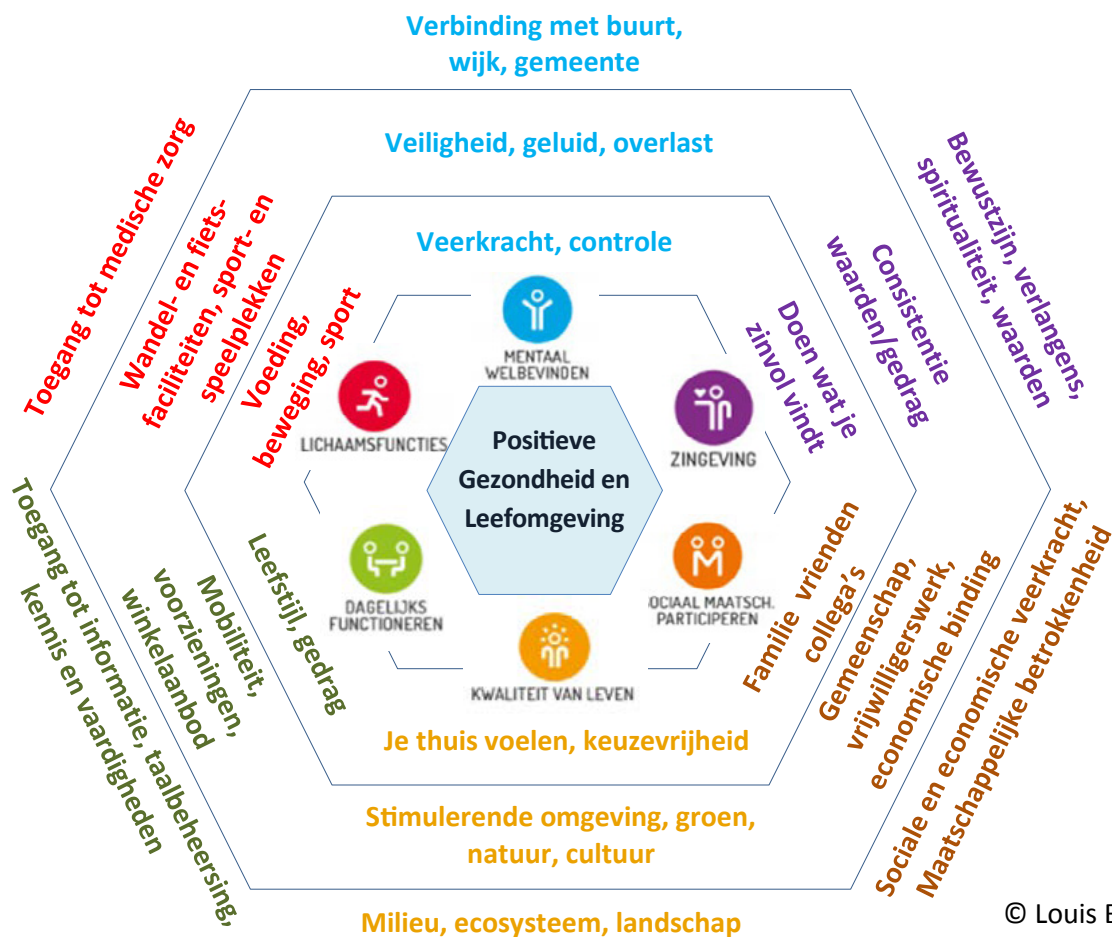
Een optimale woon(zorg)omgeving dient bij te dragen aan de zes dimensies van positieve gezondheid.

In dit rapport wordt de gezondheid van ouderen aan de hand van deze definitie van gezondheid belicht en zal er worden ingegaan op hoe de optimale woon(zorg)omgeving kan bijdragen aan de verschillende domeinen van *positieve gezondheid*.



Concept: positieve gezondheid en leefomgeving

Hoewel in het oorspronkelijke concept *positieve gezondheid* wel expliciet verband wordt gelegd tussen de sociale omgeving en gezondheid, wordt er slechts in beperkte mate verband gelegd tussen de fysieke omgeving en positieve gezondheid. Het Louis Bolk Instituut, een onderzoeks- en adviesinstituut gericht op duurzame landbouw, voeding en gezondheid ontwikkelde het spinnenweb voor positieve gezondheid gericht op de leefomgeving (Louis Bolk Instituut, 2017).



© Louis Bolk Instituut

Figuur 4: Positieve gezondheid en leefomgeving Bron: Louis Bolk Instituut (2017) via www.louisbolk.org.

1.4 De diversiteit van ouderen: het belang van actieve betrokkenheid

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving beschrijft een nieuwe levensfase voor de oudere, gezonde Nederlander; de derde levensfase (RVS, 2020). Daar waar in de vorige eeuw onderscheid gemaakt werd tussen drie levensfasen; jeugd, volwassenheid en ouderdom, kunnen we nu vier levensfasen van elkaar onderscheiden. De derde levensfase is de fase tussen het werkende leven en de periode van gevorderde ouderdom en kwetsbaarheid, de vierde levensfase, in (RVS, 2020). In dit rapport focussen we op ouderen in de derde en vierde levensfase.

Anticiperen op het ouder worden in de derde levensfase door de woning aan te passen of te verhuizen naar een geschikte woning in een geschikte buurt, is van groot belang.

De derde en vierde levensfasen zijn niet aan een bepaalde leeftijd gebonden en verschillen per persoon (RVS, 2020). Volgens de RVS (2020) komen de 80+ers gemiddeld het meest overeen met de omschrijving van de vierde levensfase, echter verschilt dit per persoon. Voor ouderen in de vierde levensfase is het vooral van belang om *succesvol om te gaan met beperkingen, het activeren van restvermogens* (wat kan nog wel ondanks beperkingen) en het *bevorderen van de kwaliteit van leven*. De optimale woon(zorg)omgeving zou deze ouderen hierin moeten ondersteunen.

Een optimale woon(zorg)omgeving is voor alle ouderen van belang, maar met name voor ouderen in de vierde levensfase. In de vierde levensfase neemt namelijk de kwetsbaarheid toe, kunnen beperkingen ontstaan en wordt de behoefte aan zorg en ondersteuning groter.

Een superdiverse groep ouderen

In onderzoeken wordt geen vaste leeftijdsgrens voor 'ouderen' gebruikt en beschreven. Er wordt geschreven over 50+ers, 57-plussers, 60-plussers, 65-plussers, 75-plussers en 80-plussers.

De groep ouderen is superdivers: er zijn grote verschillen in gezondheid, leefstijl, kwetsbaarheid, zorgbehoefte, maar ook in zaken als herkomst, inkomen, opleiding, geloof en cultuur (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020; Daalhuizen et al., 2019a; de Jong, van Hattum, Rouwendal, & Brouwer, 2018; Doekhie et al., 2014; RIVM, 2018; WHO, 2007a).

Bij het ouder worden neemt de diversiteit eerder toe dan af (Baars 2017; Van Oostrom et al., 2016). Doekhie et al. (2014) concludeerden dat de verschillen tussen ouderen groter zijn dan beleid veronderstelt. Zij sporen dan ook aan rekening te houden met de diversiteit onder ouderen en te zorgen voor een passend woningaanbod. Ze gaan echter niet in op wat een passend woningaanbod dan is. Ook de Raad voor de Volksgezondheid benadrukt hoe belangrijk het is om in beleid rekening te houden met de diversiteit binnen de groep ouderen zoals sociaaleconomische en gezondheidsverschillen. Alleen door rekening te houden met de diversiteit, kan beleid aansluiten op de behoeften van ouderen (RVS, 2020).

De diversiteit binnen de groep ouderen brengt ook een diversiteit aan leefstijlen, waarden, wensen, behoeften en mogelijkheden met zich mee. Het huidige aanbod in woonmogelijkheden, zorg en ondersteuning sluit lang niet altijd aan op de behoeften van ouderen (Taskforce, 2018; de Klerk et al., 2019).

Zo heeft de huidige generatie ouderen andere voorkeuren dan de vorige generatie ouderen (Gielen, Herbers & Hitzert, 2018; de Jong et al., 2018; Nouws, 2015; van Klaveren et al., 2018). Een voorbeeld hiervan is dat de oudere generatie ouderen (vooroorlogse generatie) gewend was aan het verzorgingshuis en de seniorenwoning. Echter blijkt dat de jongere generatie ouderen (de babyboom generatie) minder geïnteresseerd is in woningen met het 'senioren label'.

Om ouderen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen met een goede kwaliteit van leven is het belangrijk inzicht te krijgen in de diverse wensen, behoeften en mogelijkheden van de verschillende ouderen met betrekking tot wonen en zorg.

Het is van belang ons te realiseren dat de wensen en behoeften van ouderen afhankelijk zijn van hun kennis over de mogelijkheden, over het belang van een geschikte woon(zorg)omgeving (bewustwording) en over wat een geschikte woon(zorg)omgeving is.

Informatievoorzieningen, voorlichting door professionals en voorlichtingscampagnes zijn dan ook nodig om de kennis en bewustwording van ouderen met betrekking tot wonen, zorg en welzijn te vergroten.

De woonzorgvraag verschilt per gemeente, wijk en buurt en is afhankelijk van de behoeften van de ouderen en betrokken partijen op de locatie.

De woon- en zorgbehoeften en -mogelijkheden van ouderen en betrokken partijen dienen op lokaal (buurt/wijk niveau) onderzocht te worden. Zo kan er ook op lokaal niveau aan oplossingen gewerkt worden. Het opstellen van een woonzorgvisie kan hierbij van grote waarde zijn (Olde Bijvank, van Triest & Duivenvoorden, 2020).

De Taskforce Wonen en Zorg is een gezamenlijk initiatief van VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten), Aedes, Actiz en de ministeries van VWS en BZK. Zij onderscheidt vijf stappen in het realiseren van duurzame integrale woonzorgoplossingen (Taskforce Wonen en Zorg, 2020):

Stap 1: Het maken van een woonzorganalyse: kwalitatief en kwantitatief onderzoek doen naar de lokale opgaven op het gebied van wonen, zorg, welzijn en leefbaarheid. Onderdeel hiervan is lokaal ophalen wat de woonzorgbehoeften onder ouderen zijn.

Stap 2: Het opstellen van een woonzorgvisie: een strategische uitwerking van de resultaten in de woonzorganalyse. Ambities worden geformuleerd en keuzes zijn gemaakt over de aanpak van de woonzorgopgaven in de komende jaren.

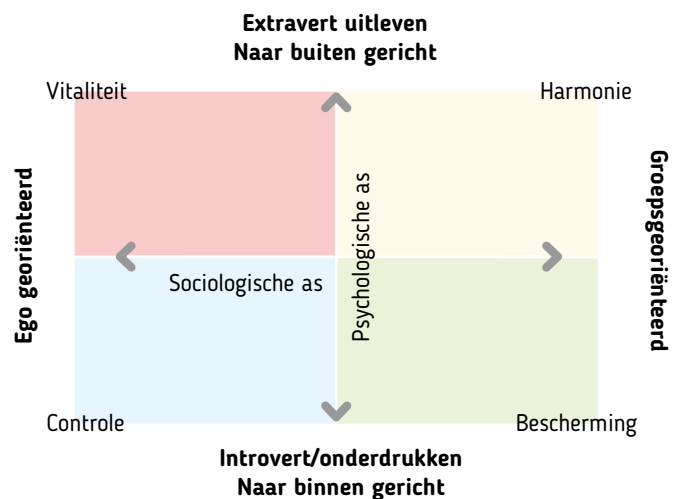
Stap 3: Het maken van prestatieafspraken: het vastleggen van afspraken over de realisatie van de woonzorgopgaven, zoals vastgelegd in de woonzorgvisie.

Stap 4: Uitvoering van duurzame woonzorgoplossingen.

Stap 5: Borging van duurzame woonzorgoplossingen.

Ouderenprofielen, -clusters en -persona's

Om meer inzicht in de behoeften, wensen en mogelijkheden van ouderen te krijgen is er in een aantal studies en projecten gebruik gemaakt van zogenaamde ouderenclusters (de Jong et al., 2018), ouderenprofielen (Doekhie et al., 2014) en persona's (gemeente Rotterdam, 2017). Hierdoor wordt enerzijds benadrukt dat de ouderenpopulatie divers is; de ouderengroep is niet één groep, maar wordt onderverdeeld in verschillende subgroepen met persoonlijke kenmerken, voorkeuren, behoeften en mogelijkheden. Anderzijds wordt de diversiteit wel gereduceerd naar een aantal profielen en zal er binnen elk profiel ook sprake zijn van diversiteit, waardoor wonen en zorg op maat enigszins beperkt wordt.



Figuur 5. BSR-model. Bron: Smart Agent Company, geraadpleegd via: <https://marketresponse.nl/wp-content/uploads/MR-BSR-Vier-kleuren-land.pdf>

De Jong et al. (2018) gebruiken het BSR-model (Brand Strategy Research model) om beter zicht te krijgen in de verschillende voorkeuren van de verschillende typen ouderen. Dit model is gebaseerd op de verschillen tussen ouderen ten gevolge van verschillen in leefstijlen, welke terug te vinden zijn in waarden. Waarden zijn relatief gezien constanter dan activiteiten, interesses en meningen en hebben een grote invloed op het gedrag van mensen, zowel bewust als onbewust (Weijters & Geuens, 2003). Zo beschrijft Bijker et al. (2012) dat een type oudere voor een bepaald type huis kiest dat voldoet aan waarden die voor hem/haar belangrijk zijn. Het BSR-model bestaat uit 2 assen; een horizontale sociologische as, waarin onderscheid gemaakt wordt tussen een gerichtheid op de groep of op de eigen persoon. De verticale psychologische as maakt onderscheid tussen mensen die gemakkelijk hun emoties tonen en contact maken (extravert) en mensen die juist hun emoties onderdrukken en minder snel contact maken (introvert). De vier kwadranten van het BSR-model vormen vier hoofd motivatie typen/ clusters. Daarnaast is ook een combinatie van de cluster-groepen mogelijk. Elk type/ cluster heeft eigen unieke behoeften, motivaties en vraag naar benodigde producten en diensten (van Hattum & Hoijtink, 2009).

De Jong et al. (2018) differentieerden 5 ouderenclusters gebaseerd op de 4 typen ouderen van het BSR-model en een mixgroep (een combinatie van 2 clusters). Uit hun onderzoek blijkt dat verschillende ouderen zowel generieke - als specifieke woonvoorkeuren hebben. De generieke voorkeuren voor alle ouderen ongeacht leefstijl waren de lage verhuisgeneigdheid, de voorkeur voor vrijstaande woningen met en zonder tuin, de voorkeur voor een gelijkvloerse woning; de woonkamer, keuken, badkamer, slaapkamer op dezelfde verdieping, de voorkeur voor een gemixte wijk; met een mix van eenpersoonshuishoudens, gezinnen en ouderen en de wens om voorzieningen op loopafstand in de buurt (supermarkt, zorg, OV-halte) te hebben.

Voor het programma Langer Thuis van de gemeente Rotterdam is ook een doelgroepenanalyse gedaan, gebaseerd op het BSR-model (gemeente Rotterdam, 2017). Gemeente Rotterdam wilde graag weten wat de ervaringen van de Rotterdamse ouderen zijn met het langer zelfstandig thuis wonen. Aan de hand van interviews en groepsgesprekken met ouderen, mensen met een beperking en mantelzorgers zijn 6 persona's ontwikkeld.

De ontwikkelde persona's zijn gebaseerd op het BSR-model.

- De honkvaste Zelfstandige
- De ondernemende Levensgenieter
- De meegaande familiemens
- De proactieve zoeker
- De afhankelijke hulpbehoevende
- De mondige regelaar

NIVEL bracht in 2014 een overzichtsstudie uit waarin zij 4 profielen van ouderen onderscheiden aan de hand van een vragenlijstonderzoek bij ouderen tussen de 57 en 77 jaar (zie figuur 6).

De profielen zijn gebaseerd op de mate waarin *eigen regie* wordt ervaren en het belang van *zelfredzaamheid* (Doekhie et al., 2014). Dit is weergegeven in twee assen. De ervaren regie is “de mate waarin iemand greep ervaart op gebeurtenissen en situaties in zijn/haar leven”. Onder het belang van zelfredzaamheid wordt “de houding ten aanzien van de mate waarin iemand greep wenst te houden op gebeurtenissen en situaties in zijn/haar leven” verstaan (Galenkamp, Plaisier, Huisman, Braam & Deeg, 2012). In hun onderzoek onderscheiden ze vier ouderenprofielen; de grootste groep wordt gevormd door de pro-actieve oudere (46%), daarna de zorgwensende oudere (28%), de machteloze oudere (16%) en de afwachtende oudere (10%). De pro-actieve ouderen ervaren veel eigen regie en willen zelfredzaam zijn. De zorgwensende ouderen ervaren veel eigen regie, maar willen minder zelfredzaam zijn. De afwachtende ouderen ervaren weinig regie en willen minder zelfredzaam zijn. De machteloze ouderen ervaren weinig regie, maar willen wel zo veel mogelijk zelfredzaam zijn.

In bovenstaande onderzoeken en projecten wordt door middel van ouderenclusters, persona's en ouderenprofielen getracht de diversiteit binnen de ouderenpopulatie zichtbaar te maken. Echter wordt in de verschillende projecten en onderzoeken maar in zeer beperkte mate aandacht besteed aan de huidige woonsituatie, de woon- en zorgbehoeften en mogelijkheden van de verschillende ouderenprofielen.

Het opstellen van ouderenprofielen en persona's kan een bijdrage leveren aan het realiseren van een passend divers aanbod in wonen, zorg en welzijn.

Het potentieel van ouderen

Ondanks de verschillen binnen de groep ouderen in de derde levensfase, gelden er drie gemeenschappelijke waarden; *autonomie* (zelf richting kunnen geven aan hun bestaan), *verbondenheid* (betekenisvol contact met anderen) en het *gevoel hebben ertoe te doen* (van betekenis zijn voor anderen of de samenleving) (RVS, 2020). Volgens de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving is er momenteel meer aandacht in beleid en regels voor wat ouderen nodig hebben om regie te behouden en zelfredzaam te blijven, dan voor wat ouderen *kunnen en willen bijdragen* aan de samenleving (RVS, 2020).

Het potentieel van de ouderen wordt volgens de RVS (2020) onvoldoende benut. Ze benadrukt dat jonge ouderen vaak op allerlei domeinen een maatschappelijke bijdrage willen en kunnen leveren met hun kennis, ervaring en talenten.

Ouderenprofielen (N = 985; percentage toekomstige ouderen dat in de groep valt)

Hoge ervaren regie	
De zorgwensende oudere (28%)	De pro-actieve oudere (46%)
De afwachtende oudere (10%)	De machteloze oudere (16%)
Lage ervaren regie	

Hecht weinig waarde aan zelfredzaamheid

Hecht veel waarde aan zelfredzaamheid

Figuur 6: Ouderenprofielen Bron: Doekhie et al., 2014.

Voorbeelden van deze maatschappelijke problemen waar ouderen in hun derde levensfase een bijdrage aan zouden kunnen leveren zijn de woningnood, het personeelstekort in de zorg en het onderwijs en het bieden van informele zorg en ondersteuning aan ouderen in de vierde levensfase.

Ouderenparticipatie

Ouderen weten vaak heel goed wat zij belangrijk vinden en wat er beter kan op het gebied van wonen, welzijn en zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2015; Beter Oud, 2018). Wat er onder ouderenparticipatie verstaan wordt is echter niet eenduidig (Den Boer, Ophoff & Kleinrensink, 2016). Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) definieerde ouderenparticipatie als volgt:

Ouderenparticipatie betekent dat ouderen op een betekenisvolle manier worden betrokken bij de ontwikkeling, beoordeling, uitvoering en evaluatie van de projecten, zodanig dat het een verandering teweegbrengt. Betrokkenheid van ouderen krijgt vorm op basis van gelijkwaardigheid en vanuit het principe van partnerschap.

Niet alleen de inhoudelijke kennis en ervaring van ouderen kan van toegevoegde waarde zijn voor het realiseren van een gewenst aanbod dat voorziet in de behoeften en mogelijkheden van ouderen. Door participatie van ouderen in de buurt of wijk blijven ouderen actief, ervaren zij zingeving en wordt hun sociale netwerk en zelfredzaamheid vergroot (RVZ, 2015).

Het doel van ouderenparticipatie is het inbrengen van het perspectief van ouderen, het verbeteren van zorg en kwaliteit van leven en het controleren van beslissingen (Den Boer et al., 2016).

Een opvallende conclusie uit het onderzoek van Den Boer et al. (2016) is dat professionals vooral kijken naar de uitkomst van participatie, terwijl ouderen vooral naar het proces van participatie kijken. Soms kan dit ervoor zorgen dat participatie door ouderen als doel op zich wordt gezien in plaats van als middel om een doel te behalen of tot een uitkomst te komen. Er zijn verschillende uitdagingen in het succesvol organiseren van ouderenparticipatie. *Representatie* van alle ouderen blijft lastig, vooral om moeilijk bereikbare ouderen te betrekken. Dit komt door de *onderlinge verschillen* tussen ouderen, een *eenzijdige vertegenwoordiging* en een *gemis aan verbinding met de achterban* (Den Boer et al., 2016). Participatie kan in verschillende gradaties plaatsvinden. De participatieladder onderscheidt 6 gradaties van lage participatie naar hoge participatie (Abma & Broerse, 2007);

- 1) ouderen informeren
- 2) ouderen raadplegen
- 3) ouderen om een (dwingend) advies vragen
- 4) samenwerken met ouderen
- 5) ouderen laten (mee)beslissen
- 6) ouderen nemen het initiatief tot een verbetering

Volgens Beter Oud (2015) is het van belang dat ouderen ook mee kunnen sturen in veranderingen en het niet bij informeren blijft. Ook de Raad van Ouderen (RvO) heeft in juni 2020 ongevraagd advies aan de Minister van VWS uitgebracht over het betrekken van ouderen bij beleid en beleidsuitvoering (RvO, juni 2020).

De RvO is van mening dat er onvoldoende ouderenparticipatie plaatsvindt ondanks dat het soms wel op papier wordt benoemd. De RvO adviseert overheden en organisaties om “ouderen te horen en hen de mogelijkheid te bieden om te participeren bij het opzetten van beleid, bij de uitvoering van beleid en bij de evaluatie daarvan” (RvO, 2020 juni).

Hierdoor kan het perspectief van de ouderen zelf worden gewaarborgd en zal volgens de RvO (juni 2020) de uitkomst beter aansluiten op de daadwerkelijke behoeften en beleving van de ouderen. Participatie van ouderen dient volgens de RvO op alle schaalniveaus te worden georganiseerd; van landelijk, provinciaal, regionaal, gemeentelijk tot op wijkniveau. De ouderen zullen ook zelf meer initiatief moeten nemen om betrokken te (kunnen) worden. Ouderenorganisaties kunnen hier een belangrijke stimulerende rol in hebben.

De RvO (juni 2020) benadrukt dat er rekening moet worden gehouden met de diversiteit aan ouderen en dat met name ook migrantenouderen betrokken dienen te worden.

Anticiperen op de toekomst

Volgens het Ministerie van VWS (2018) is het van belang dat ouderen in de derde levensfase, die nog geen beperkingen ervaren, de urgentie inzien van het voorbereiden op de vierde levensfase. “Door tijdig de woning aan te passen, het netwerk in te schakelen en wellicht te verhuizen, kan veel onnodig ongemak en wellicht leed worden voorkomen” (Ministerie van VWS, 2018).

Voor ouderen die zich in de derde levensfase bevinden en nog geen beperkingen en gezondheidsproblemen ondervinden, is het van belang dat zij zich op de vierde levensfase voorbereiden door hun woning aan te passen of te verhuizen naar een optimale woon(zorg)omgeving.

Indien een woning nog niet geschikt is om zelfstandig langer thuis te blijven wonen, kunnen er aanpassingen nodig zijn om de woning levensloopbestendig te maken. Onder aanpassingen worden zowel kleine aanpassingen zoals wandbeugels, douchestoelen, drempelhulpen of verwijderen van drempels en grotere aanpassingen, zoals een traplift verstaan. Woningaanpassingen kunnen de zelfstandigheid van ouderen vergroten in hun dagelijkse activiteiten en daarnaast de kwaliteit van leven verbeteren (Hwang, Cummings, A. Sixsmith & J. Sixsmith, 2011). Hoeveel woningen er reeds door aanpassingen geschikt zijn gemaakt voor ouderen is niet precies duidelijk (Daalhuizen et al., 2019). Er kan slechts een inschatting worden gemaakt aan de hand van het Woon Onderzoek Nederland uit 2015 (WoON, 2015) waaruit blijkt dat slechts 20% van de eengezinswoningen en 40% van de meergezinswoningen waar ouderen wonen in verschillende mate zijn aangepast (Blijde, Gopal, Steijvers & Faessen, 2016).

Volgens het PBL lijkt het aannemelijk dat ongeveer 80% van de woningen van ouderen nog niet is aangepast om de woning levensloopbestendig te maken (De Groot et al. 2019). De reden hiervoor is dat ouderen nauwelijks bereid zijn om preventief hun woning aan te passen (Lager et al., 2016; Schilder, 2019).

Hiervoor zijn meerdere redenen te benoemen; ouderen willen niet graag geconfronteerd worden met maatregelen die te maken hebben met beperkingen en ziekten (Kooistra et al, 2015). Ook zijn er soms financiële redenen; vaak worden de aanpassingen als waardeverlagend gezien en houden ouderen graag een financiële buffer voor onvoorziene uitgaven. Een groot deel van de ouderen heeft minder dan 10.000 euro aan spaargeld, met name huurders (Daalhuizen et al., 2019a).

Daarnaast zien ouderen ook vaak op tegen een verbouwing. Deze belemmeringen zouden moeten worden weggenomen. Niet alleen de ouderen zelf, maar ook de gemeenten (via de Wet maatschappelijke ondersteuning) en verhuurders hebben een verantwoordelijkheid in het aanpassen van de woningen. Echter blijkt dit in de realiteit niet altijd te gebeuren (Daalhuizen et al., 2019a). Indien een woning niet geschikt is en niet aangepast kan worden, zou verhuizen naar een geschikte woning de oplossing zijn.

Ook blijkt dat ouderen niet altijd even graag willen verhuizen (De Groot, van Dam & Daalhuizen, 2013; Gielen, Herbers & Hitzert, 2018; Doekhie et al., 2014). Naarmate de leeftijd toeneemt, en een optimale woon(zorg)omgeving des te belangrijker wordt, neemt de intentie om te verhuizen naar een optimale woon(zorg)omgeving juist af (Doekhie et al., 2014; Daalhuizen et al., 2019a).

Uit recent onderzoek Belevingen van het CBS (2020) wil ruim de helft (56%) van de 55-plussers niet verhuizen, tenzij het niet anders kan. Bijna driekwart van de 75-plussers wil niet verhuizen. Ook in dit onderzoek neemt de verhuisgeneigdheid met de leeftijd af. De belangrijkste redenen om wel te verhuizen zijn gezondheids- en ouderdomsklachten (50% van de 55-plussers) en een te grote woning (40% van de 55-plussers). De meerderheid van de 55-plussers geeft echter aan, wanneer de woning in de toekomst niet geschikt meer zou zijn, de voorkeur te hebben voor aanpassingen aan de woning in plaats van te verhuizen (CBS, 2020). Toch zit er een discrepantie tussen de verhuisgeneigdheid en het daadwerkelijke verhuisgedrag. Daar waar de verhuisgeneigdheid met de leeftijd afneemt, neemt het percentage ouderen dat daadwerkelijk verhuist met de leeftijd toe. Uit het Woononderzoek (2015) blijkt dat 43% van de 80-85-jarigen na het 65 levensjaar verhuisd is (Blijde et al., 2016). Bij een deel van deze ouderen was dit dus niet de oorspronkelijke wens. Dat er een discrepantie zit tussen voorkeur en gedrag is ook terug te zien in de cijfers van de acute ouderen opnames in het Eerstelijnsverblijf. Van deze ouderen kan 46% niet meer terug naar huis (Maat, Driever, Schuth, van Tol, & Vreeburg, 2019).

Voor de lage verhuisgeneigdheid worden verschillende redenen genoemd zoals de gehechtheid aan het huis en de buurt of dat het gevoel van urgentie ontbreekt; men vindt het nog niet nodig of verwacht dat de kans klein is dat de komende jaren beperkingen ontstaan (Folsche en Beerepoot, 2018). Mogelijk speelt hier een gebrek aan kennis een rol. Ouderen zijn zich niet altijd bewust hoe een geschikte woon(zorg)omgeving voor hen eruitziet en waarom dit voor hen van belang is. Andere redenen om niet te willen verhuizen zijn de wens bij de kinderen of andere familieleden in de buurt te blijven wonen (CBS, 2020). Een deel van de ouderen ervaart ook belemmeringen om te verhuizen naar een geschikte woning; zoals informatie over de verschillende mogelijkheden, het zoeken en vinden van een geschikte woning, het bijkomende geregeld of de slechte staat van alternatieve woningen (De Klerk et al., 2019). Het kan ook komen door financiële belemmeringen; veel ouderen wonen relatief goedkoop en na verhuizing nemen vaak de woonlasten toe (Daalhuizen et al., 2019a; Folsche en Beerepoot, 2018). Daarnaast blijkt uit een aantal onderzoeken dat het in sterk vergrijsde gebieden en krimpregio's mogelijk lastig is om de huidige woning te verkopen tegen een verwachte prijs (De Groot et al., 2013; Ipso Facto, 2016).

Informatie over de mogelijkheden en voorlichting kunnen bijdragen aan het creëren van bewustwording onder ouderen over het belang van een geschikte woon(zorg)omgeving en het tijdig voorbereiden op de volgende levensfase. Ook is ondersteuning nodig om ouderen in hun voorbereiding op de volgende levensfase te kunnen ondersteunen.

De inzet van welzijnsprofessionals zoals een seniorenmakelaar, wooncoach, adviseur of consulent en verhuisregelingen zijn voorbeelden van manieren die ouderen activeren te anticiperen op de toekomst door hun huis aan te passen dan wel te verhuizen. De effectiviteit is verschillend en afhankelijk van persoonlijke en situationele factoren (Zeelenberg & van Kessel, 2014). Ook de Raad van Ouderen (RvO) stelt in haar advies (mei 2020) aan de ministers van VWS en BZK dat er een cultuuromslag bij ouderen dient te komen waarbij ouderen zich meer en beter voorbereiden op het ouder worden.

1.5 Urgentie

Door demografische, sociaal-culturele en beleidsontwikkelingen blijven ouders steeds langer zelfstandig thuis wonen, ook als er sprake is van toegenomen kwetsbaarheid en zorgbehoefte. Om deze reden wordt aandacht voor de woon(zorg)omgeving van ouderen steeds belangrijker. De manier waarop op dit moment zorg, wonen en welzijn voor ouderen wordt georganiseerd is op lange termijn niet houdbaar, niet vanuit het ouderenperspectief, niet vanuit financieel perspectief noch vanuit een organisatie- en capaciteitsperspectief. Dit blijkt maar al te goed uit de maatschappelijke uitdagingen die in dit hoofdstuk worden beschreven. De urgentie voor een transitie van een curatief medisch systeem naar een preventief gezondheidssysteem waarin zorg, wonen en welzijn worden geïntegreerd, is groot. Een optimale woon(zorg)omgeving kan zo een positieve bijdrage leveren aan deze maatschappelijke uitdagingen.

Toename aantal zelfstandig thuiswonende ouderen

Door de dubbele vergrijzing, het huidige beleid en de wens van ouderen, wonen steeds meer ouderen zelfstandig thuis. Daar waar in de jaren '80 nog maar 37% van de 80-plussers zelfstandig thuis woonde, woonde in 2010 86% van de 80-plussers zelfstandig thuis en in 2020 89%. Wel neemt het percentage ouderen dat zelfstandig woont met de leeftijd af door toenemende behoefte aan zorg. Van de 75-79-jarigen woont 98% zelfstandig. Van de 80-84-jarigen woont 94% zelfstandig en van de 85-89-jarigen woont 87% zelfstandig. Van de 90-plussers woont 71% zelfstandig (de Klerk et al., 2019).

Tekort aan geschikte, betaalbare woningen voor ouderen in een geschikte woonomgeving

Volgens ANBO (2018) was er in 2018 een tekort aan 80.000 seniorenwoningen en neemt het tekort ieder jaar met 20.000 woningen toe. Ruim 40% van met name de kleinere gemeenten gaven in onderzoek van Ipsos Facto (2016) aan een tekort aan seniorenwoningen te hebben. Daarnaast voldoet een deel van de huidige seniorenwoningen niet meer aan de verwachtingen en wensen van de huidige en toekomstige generatie ouderen (Blijje et al., 2016; Gielen et al., 2018; Nouws, 2015). Von Faber et al. (2018) benoemen in hun onderzoeksresultaten dat ouderen een "tussenvoorziening wanneer er meer behoefte is aan begeleiding en toezicht" tussen thuis en verpleeghuis missen. Ook Harnas en Schout (2017) constateren in hun onderzoek dat ouderen behoefte hebben aan meer passende plekken voor wonen met zorg.

Volgens Faessen & Willems (2019) worden de geschikte woningen met zorg in 3 hoofdgroepen ingedeeld;

- 1) De geclusterde ouderenwoning,
- 2) Een aangepaste woning
- 3) Een nultredenwoning.

Zij concludeerden dat er in de komende 20 jaar, tot 2040 bijna 400.000 voor ouderen geschikte woningen dienen te worden gerealiseerd. Hieronder vallen 82.000 geclusterde ouderenwoningen (71% huursector), 87.000 aangepaste woningen (94% koopsector) en 225.000 nultredenwoningen. Ondanks dat de vraag naar nieuwe woonvormen met zorg voor ouderen toeneemt, blijft het aanbod, vooral in betaalbare woningen voor mensen met een laag inkomen volgens van Klaveren et al. (2018) achter.

Belemmering doorstroming woningmarkt

Het langer zelfstandig thuis wonen, het tekort aan geschikte woningen voor ouderen en het beperkte verhuisgedrag van ouderen zorgt ervoor dat de doorstroming op de woningmarkt belemmerd wordt, waardoor ook andere huishoudens niet kunnen verhuizen (Daalhuizen et al., 2019a).

Stijgende zorguitgaven

Ouderen gebruiken meer zorg dan jongeren. En ook binnen de ouderen populatie neemt de hoeveelheid zorg met de leeftijd toe. De gemiddelde zorguitgaven voor 85-plussers zijn gemiddeld 4 keer hoger dan de zorguitgaven van ouderen tussen de 65 en 75 jaar. Naarmate de leeftijd toeneemt, verandert ook de zorgvorm; de medisch-specialistische zorg neemt af, maar de wijkverpleging en langdurige zorg nemen toe (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2018). Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018 zullen de reële zorguitgaven (ontwikkeling van prijzen wordt niet meegenomen) tussen 2015 en 2040 verdubbelen met 2,9% per jaar tot 174 miljard euro. Deze stijging in zorguitgaven wordt voor 72% veroorzaakt door de stijging in zorguitgaven voor 65-plussers (RIVM, 2018). Daar waar in 2015 44% van de zorguitgaven besteed werd aan zorg voor ouderen (65-plussers), zal in 2040 59% van de zorguitgaven besteed worden aan 65-plussers. Goed om te realiseren is dat 80% van de zorguitgaven naar slechts 20% van de ouderenpopulatie gaat. Door het beleid dat gericht is op langer zelfstandig thuis wonen, lijkt het waarschijnlijk dat de gemiddelde zorguitgaven per zelfstandig wonende oudere gedaald zijn. De gemiddelde zorguitgaven van ouderen die zelfstandig thuis wonen zijn bijna drie keer lager dan de zorguitgaven van ouderen die niet meer zelfstandig thuis, maar in een verpleeghuis wonen (NZa, 2018). De zorguitgaven per oudere in het verpleeghuis (Wlz) zijn gestegen. Netto zijn in de periode 2013-2015 de gemiddelde zorguitgaven voor een oudere gedaald. Echter is nog niet te zeggen of deze trend structureel van aard is en welke factoren hieraan hebben bijgedragen. Volgens de NZa (2018) heeft het beleid langer zelfstandig thuis hier minstens gedeeltelijk aan bijgedragen.

Toenemend tekort aan verpleeghuisplekken

In een prognose van TNO zal ten gevolge van de demografische ontwikkelingen, de vraag naar verpleeghuiszorg tussen nu en 2040 ruimschoots verdubbelen wanneer er geen veranderingen zullen plaatsvinden in beleid, door medische en technologische innovatie en in sociaaleconomische en culturele opvattingen. Dit zou betekenen dat er 123.000 extra intramurale verpleeghuisplaatsen zouden moeten worden bijgebouwd, dat neer zou komen op ruim 8,25 miljoen m² (Hinkema, van Heumen & van Wissekerke, 2019). Voor 1 verpleeghuisplaats wordt 67 m² bruto vloeroppervlakte gerekend. Volgens ActiZ branchevereniging van zorgorganisaties komen er tussen 2020 en 2025 14.000 verpleeghuisplekken met verblijf bij en 8.000 verpleeghuisplekken zonder verblijf (Mandour & Bos, 2020). Dit is niet voldoende om aan de groeiende vraag te kunnen voldoen; op dit moment zijn er al bijna 22.000 wachtenden op een verpleeghuisplek (Zorginstituut, oktober 2020). Daarnaast zijn er andere belemmeringen voor het uitbreiden van de verpleeghuiscapaciteit. De onzekerheid over de toekomstige financiering van verpleeghuiszorg, een tekort aan geschikte bouwlocaties en bovenal het tekort aan zorgprofessionals (Mandour & Bos, 2020).

Op de manier waarop de huidige zorg aan ouderen verleend wordt, zou bij een verdubbeling van verpleeghuisplaatsen ook een verdubbeling van zorgprofessionals nodig zijn om de zorg te leveren. De verpleeghuiszorg zal dus in de toekomst anders moeten worden georganiseerd.

Uiteraard hebben verschillende factoren invloed op de toekomstige vraag naar verpleeghuiszorg en waar deze geleverd wordt. Zo zal *preventie bijdragen aan de gezondheid van ouderen* en daarmee de vraag naar zorg doen veranderen. Ook zal de mogelijkheid om *langer zelfstandig thuis te wonen met beperkingen*, de noodzaak voor intramurale zorg uitstellen of kunnen voorkomen. Wanneer *andere omgevingseisen voor verpleeghuiszorg* worden gesteld, zullen er nieuwe vormen van verpleeghuiszorg buiten het verpleeghuis ontstaan en zal de huidige verpleeghuiszorg thuis (VPT, MPT, PGB) uitbreiden. Als laatste factor zal door een *toename van overleving en levensduur* de in-, uit- en doorstroom van ouderen in verpleeghuizen beïnvloed worden. Technologische ontwikkelingen, het organiseren van zorg dicht bij huis en het hebben van sociale netwerken beïnvloeden de vraag naar en noodzaak tot verpleeghuiszorg (Hinkema et al., 2019).

Een optimale woon(zorg)omgeving zou moeten bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van intramurale verpleeghuiszorg (verpleeghuiszorg in een instelling) en zou verpleeghuiszorg thuis optimaal moeten ondersteunen.

Spoedzorg onder druk

Ook de Spoed Eisende Hulp-posten van ziekenhuizen (SEH's) staan onder druk door een toename van ouderen die zich op de SEH's presenteren. Jaarlijks bezoeken 800.000 65-plussers een SEH, waarvan ruim een derde wordt opgenomen in het ziekenhuis. Slechts 39% van de jaarlijkse 800.000 SEH-bezoeken door ouderen heeft een daadwerkelijk tweedelijns lichamelijke klacht die behandeld zou moeten worden in het ziekenhuis. De rest (61%) van de jaarlijkse SEH bezoeken door ouderen, had een observatie indicatie of sociale indicatie waarvoor geen spoedeisende hulp noodzakelijk was en voorkomen had kunnen worden (Winkel & de Kousemaeker, 2017);

- 19% zou kunnen worden opgevangen door WMO zorg en wijkverpleging,
- 17% heeft een eerstelijns somatische klacht waarvoor observatie nodig is en kan worden opgevangen in een ELV (eerstelijnsverblijf),
- 24% zou kunnen worden voorkomen door monitoring thuis (e-health) en goede wijkverpleging

Zo blijkt ook dat het aantal valincidenten onder ouderen met 30-40% gereduceerd kan worden door woningen aan te passen (Dijkgraaf & Panneman, geciteerd in de Groot, van der Staak, Daalhuizen & de Kam, 2019).

Een optimale woon(zorg)omgeving draagt bij aan het voorkomen van spoedzorg; door een veilige omgeving te bieden, zorg op afstand mogelijk te maken, een sociaal vangnet van informele zorg en ondersteuning en formele proactieve zorg te bieden. Hierdoor kunnen crisissituaties in de thuissituatie van ouderen worden voorkomen.

Sinds 2017 is in de zorgverzekeringswet het eerstelijnsverblijf (ELV) mogelijk waarbij een oudere kortdurend wordt opgenomen voor zorg om daarna terug naar huis te keren. Uit een observationele studie blijkt dat terugkeer naar huis echter maar in 54% van de gevallen mogelijk was (Maat et al., 2019). De twee meest voorkomende redenen voor opnamen in ELV waren een zorgprobleem (30%) en valincidenten (11%). Een zorgprobleem kan ontstaan door het (tijdelijk) wegvallen van een mantelzorger, een (tijdelijk) ongeschikte thuissituatie, of een tijdelijke toename van de zorgvraag. Hieruit blijkt weer de impact van de woonomgeving (in fysiek, sociaal en functioneel opzicht) op de zorgvraag van ouderen (Maat et al., 2019).

Tekort aan zorgpersoneel

Er is een ernstig personeelstekort in de zorg dat de komende jaren alleen maar verder toeneemt. Volgens de laatste prognose (mei 2019) is er een verwacht tekort in 2022 van 80.000 zorg- en welzijnsprofessionals waarvan 60.000 in de verzorging, verpleging en thuiszorg (Ministerie van VWS, 2019). Enerzijds komt dit door een toename in het aantal ouderen, waardoor de vraag toeneemt naar zowel informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers), als formele zorgverleners (zorgprofessionals). Anderzijds zal door de vergrijzing ook het aantal beschikbare zorgprofessionals per oudere de komende jaren verder afnemen. Bijna 25% van de zorgprofessionals is 55 jaar of ouder en zal in de nabije toekomst uittreden. Vooral in landelijke gebieden, waar het percentage ouderen toeneemt en het aantal zorgprofessionals afneemt, zal het tekort nog verder toenemen (Daalhuizen et al., 2019a).

Mantelzorg onder druk

Een op de drie Nederlanders is mantelzorger. Mantelzorgers zijn volgens de definitie van Daalhuizen et al. (2019a);

Informele zorgverleners aan ouderen met wie zij een familiale of vriendschappelijke band hebben en kunnen hiermee niet zomaar stoppen. Indien de oudere zorg ontvangt vanuit de Wmo gaat de gemeente namelijk eerst na welke ondersteuning door de mantelzorger(s) van de oudere geleverd kan worden.

Volgens Kooiker, de Jong, Verbeek-Oudijk & de Boer (2019) zal het aantal ontvangers van mantelzorg tussen 2018 en 2040 met 70% toenemen. Hierdoor neemt het aantal potentiële mantelzorgers per 85-plusser in de toekomst sterk af. Het aantal potentiële mantelzorgers wordt ook wel het aantal 50-74-jarigen verstaan (degenen die relatief vaak mantelzorg geven) ten opzichte van de 85-plussers (degenen die veel zorg nodig hebben). Dit betekent dat de druk op mantelzorgers toeneemt; er zijn minder mensen beschikbaar om de mantelzorg te verlenen en er is meer vraag naar mantelzorg. Naast het tekort is er ook sprake van (dreigende) overbelasting van de huidige mantelzorgers. Ongeveer 10% van de mantelzorgers voelt zich op dit moment al zwaarbelast. Met name de groep mantelzorgers die mantelzorg geven aan thuiswonende ouderen met dementie voelt zich overbelast (de Klerk, de Boer, Plaisier & Schyns, 2017).

De zorg en ondersteuning van ouderen zal anders (dichter bij) (t)huis georganiseerd moeten worden. Digitale technologieën (e-health en domotica) zouden kunnen bijdragen aan een doelmatigere inzet van zorgpersoneel. Hiervoor zijn woonomgevingen nodig waar e-health en domotica gefaciliteerd worden. Door clustering van wonen met zorg kan daarnaast zorg bij meerdere ouderen in hetzelfde woonzorg-cluster efficiënt geleverd worden. Tevens is het hebben van een sociaal netwerk van belang als vangnet met informele zorg en ondersteuning.

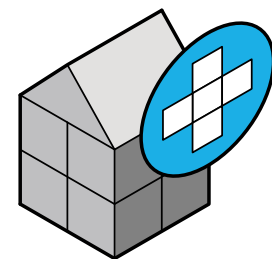
2

**Optimale
woon(zorg)omgeving
voor ouderen:
bouwstenen
en (ontwerp)-
elementen**

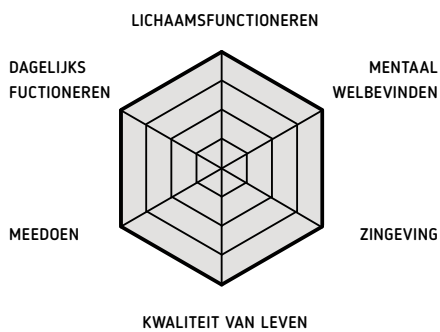
De relatie tussen de woon(zorg)omgeving en gezondheid

Om ouderen zo lang mogelijk prettig in een goede gezondheid zelfstandig thuis te laten wonen en crisissituaties te voorkomen, is het van belang dat ouderen in een geschikte woning en omgeving wonen, zo stelt ook het Programma Langer Thuis (Ministerie van VWS, 2018). Wat een geschikte woning en woonomgeving is en hoe deze van invloed is op de gezondheid van (kwetsbare) ouderen, wordt echter nauwelijks beschreven en hierover verschillen de meningen en inzichten (Leidemeijer, van Iersel & Leering, 2017). Hoewel de wensen, behoeften en mogelijkheden van ouderen divers zijn, kunnen we toch een aantal algemene kenmerken van de woon(zorg)omgeving onderscheiden die positief bijdragen aan de (positieve) gezondheid van ouderen en hun vermogen om langer zelfstandig thuis te wonen. Bij het ouder worden neemt (de kans op) kwetsbaarheid toe waardoor lichamelijke, psychische en sociale tekorten kunnen ontstaan. Een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen, zou ouderen zo optimaal mogelijk moeten ondersteunen in fysiek, psychisch en sociaal functioneren zodat zij langer, prettig zelfstandig thuis kunnen wonen.

“De woon(zorg)omgeving is de omgeving waar ouderen zelfstandig thuis wonen en zo nodig zorg en ondersteuning ontvangen.”



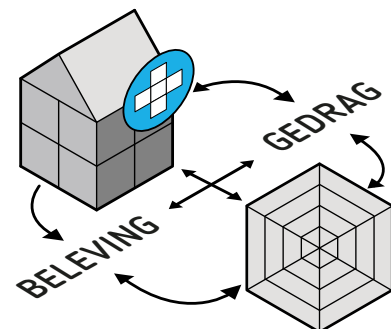
Figuur 7: De woon(zorg)omgeving



Figuur 8. Positieve gezondheid van ouderen

De gezondheid van ouderen wordt belicht vanuit het concept *positieve gezondheid*. Hierbij staan functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. *Positieve gezondheid* bestaat uit zes domeinen: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren.

De kenmerken van optimale woon(zorg)omgevingen voor ouderen dragen bij aan de (positieve) gezondheid van ouderen, *direct* door bijvoorbeeld de aanwezigheid van ondersteuning en zorg en *indirect* door het stimuleren van gezond gedrag en een positieve beleving. Omgekeerd heeft gezondheid invloed op het gedrag en de beleving van de omgeving (Ministerie van VROM, 2008).



Figuur 9: De directe en indirecte invloed van de woon(zorg)omgeving op de gezondheid van ouderen



Figuur 10: De niveaus van de woon(zorg)omgeving

We maken steeds onderscheid tussen de woon(zorg)omgeving van ouderen op twee niveaus:

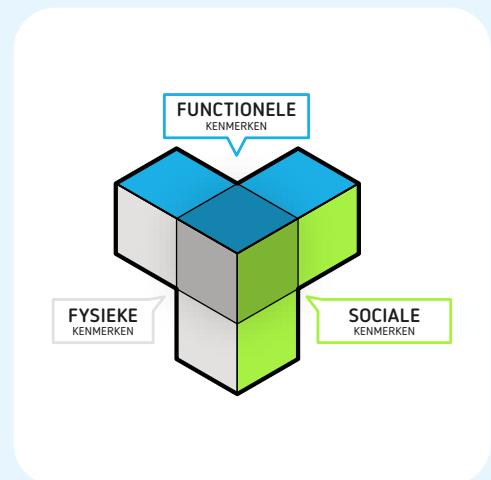
- de *woning zelf*, eventueel in relatie tot een specifiek woon(zorg) concept zoals een woongemeenschap
- de *buurt of wijk*. Deze niveaus moeten altijd in onderlinge samenhang benaderd worden.

Momenteel wordt er in de literatuur en in de praktijk vaak ingegaan op slechts één niveau van de woon(zorg)omgeving van ouderen; op het niveau van de woning óf op het niveau van de wijk. Een geschikte woning bepaalt niet alleen of ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Ook een geschikte woonomgeving is van belang (Daalhuizen et al., 2019a).

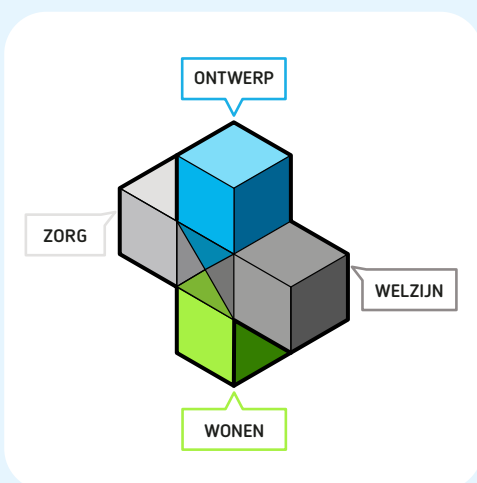
Op beide niveaus maken we vervolgens steeds onderscheid tussen

- *fysieke kenmerken* zoals de toegankelijkheid van de woning en de buurt;
- *functionele kenmerken* zoals de aanwezigheid van voorzieningen en de organisatie van zorg en welzijn;
- *sociale kenmerken* zoals het contact tussen buurtbewoners.

Deze verschillende kenmerken beïnvloeden elkaar onderling, ook tussen beide niveaus. Zo zorgt een toegankelijke, veilige buurt dat ouderen naar buiten gaan en naar de supermarkt kunnen en durven te lopen, of zorgt een supermarkt in de buurt dat ouderen en buurtgenoten elkaar ontmoeten (Daalhuizen et al, 2019a; de Groot et al, 2019; Ministerie van VROM, 2008; RVS, 2015; Zheng et al., 2019).



Figuur 11: De fysieke, functionele en sociale kenmerken van de woon(zorg)omgeving



Figuur 12: Samenwerking en integratie van kennis vanuit verschillende domeinen zijn cruciaal voor het creëren van de optimale woon(zorg)omgeving.

Lokale samenwerking is cruciaal, zowel binnen als tussen de verschillende domeinen *wonen, zorg, welzijn en ontwerp*. Het vraagt om lokaal maatwerk en om actieve betrokkenheid van *ouderen zelf*. Daarnaast vraagt het om *integratie van kennis* uit deze domeinen. In deze publicatie integreren we daarom kennis uit het woon-, zorg-, welzijns- en ontwerpdomein. Hiermee bieden we handvatten voor stakeholders om op lokaal niveau te werken aan een woon(zorg)omgeving waarin ouderen daadwerkelijk langer en prettig zelfstandig thuis kunnen wonen.

Concept: Age friendly Cities

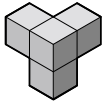
De term “Active Aging” wordt sinds de jaren '90 door de WHO gebruikt en wordt gedefinieerd als “het proces om kansen op gezondheid, participatie en veiligheid te optimaliseren om de kwaliteit van leven te vergroten bij het ouder worden”. Gezondheid (fysiek, mentaal, sociaal), participatie (in de samenleving) en veiligheid (bescherming en zorg) zijn de sleutelwoorden in deze definitie (WHO,2007a). Active slaat niet alleen op fysieke activiteit, maar ook op het actief blijven in sociaal, economisch, cultureel, spiritueel opzicht en burgerzaken. Age-friendly betekent niet alleen ouder-vriendelijk, maar voor iedereen-vriendelijk; jong en oud (WHO, 2007a). Ander begrippen die hiervoor gebruikt worden zijn *inclusive design* en *universal design*.

Voor een Age Friendly City heeft de WHO acht aandachtgebieden geformuleerd. Deze bestaan uit:

- Woningaanbod
- De openbare ruimte en openbare gebouwen
- Transport
- Sociale participatie
- Respect en sociale inclusie
- Burgerparticipatie en betaald en onbetaald werk
- Communicatie en informatie
- Ondersteuning uit de gemeenschap en zorg

Ook in dit concept wordt een onderverdeling in fysieke, functionele en sociale kenmerken van een Age Friendly City gemaakt. Voor de 8 essentiële aandachtsgebieden van een Age Friendly City heeft de WHO een **checklist** gemaakt. Hierin worden belangrijke domeinen benoemd (wát nodig is) voor een Age Friendly City, maar op hoé dat bereikt kan worden, wordt echter nauwelijks ingegaan. Daarnaast wordt er niet ingegaan op de verbanden tussen de acht aandachtsgebieden. Hoe kun je bijvoorbeeld met het ontwerpen van woningen en de openbare ruimte, participatie en betrokkenheid tussen buurtbewoners en de bereidheid elkaar te ondersteunen bevorderen?

2.1 Optimale woning



2.1.1 Fysieke dimensie

en geschikte woning is belangrijk om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen (de Kam & Leidelmeijer, 2019; Ministerie van VWS, 2018). Over de definitie van een geschikte woning verschillen echter de meningen (Leidelmeijer et al., 2017). Op dit moment zijn er twee manieren om de geschiktheid van een woning te bepalen (Daalhuizen et al., 2019a). De eerste manier om de geschiktheid van een woning te bepalen, is aan de hand van een van de twee geschiktheidsindicatoren van RIGO en TNO. Deze indicatoren zijn objectief en bepalen de geschiktheid van een woning op basis van de toe- en doorgankelijkheid van de woning. Dit wordt bepaald aan de hand van de gegevens die bekend zijn bij CBS (Basisadministratie Adressen en Gebouwen, BAG) en bouwkundige inzichten (Daalhuizen et al., 2019a). Deze twee geschiktheidsindicatoren geven aan of een woning geschikt is of voor maximaal 10.000 euro geschikt gemaakt kan worden (Leidelmeijer et al., 2017). Volgens Stavenuiter & van Dongen (2008) is een woning geschikt, of wel levensloopbestendig, als deze ook 'in geval van fysieke handicaps of chronische ziekten van bewoners' bewoond kunnen worden. Volgens het Planbureau voor de Leefomgeving woonden in 2015 ongeveer 140.000 ouderenuishoudens (65-plus-huishoudens) van de 2,2 miljoen ouderenuishoudens (7%) in een ongeschikte woning; die niet aanpasbaar is of alleen aanpasbaar is voor meer dan 10.000 euro (de Groot et al., 2019).

De objectieve geschiktheid van een woning wordt op dit moment aan de hand van geschiktheidsindicatoren beoordeeld en is gebaseerd op de toe- en doorgankelijkheid van een woning. De toe- en doorgankelijkheid van de woning zegt alleen iets over de mogelijkheid om bij mobiliteitsbeperkingen toch in de woning zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen.

Echter zitten er vele beperkingen aan de geschiktheidsindicatoren. Zo zijn de toe- en doorgankelijkheid van de woning de enige fysieke eigenschappen waarop een woning beoordeeld wordt of deze geschikt is of niet. Dit zegt alleen iets over de mogelijkheid om bij mobiliteitsbeperkingen toch in de woning zelfstandig thuis te blijven wonen. Het zegt minder over de geschiktheid van de woning voor ouderen met andere beperkingen zoals andere lichamelijke beperkingen en cognitieve of sociale beperkingen. De reden waarom een woning geschikt is of niet, wordt niet in kaart gebracht. Er wordt ook "niet achter de voordeur gekeken" en het blijkt dat vaak geen data over de woningen beschikbaar is (Daalhuizen et al., 2019a). Ook wordt er geen rekening gehouden of de eigenaar of huurder financieel in staat is om een investering tot 10.000 euro voor de gewenste aanpassingen te maken. Dit blijkt namelijk niet voor alle ouderen financieel mogelijk (Daalhuizen et al., 2019a). Daarnaast zullen bij de ouderen die volgens de geschiktheidsindicatoren in een "ongeschikte woning" wonen, niet altijd acute problemen aanwezig zijn. De woonsituatie wordt volgens Leidelmeijer et al. (2017) pas problematisch wanneer (kwetsbare) ouderen met beperkingen of een grote kans op beperkingen (dus ouderen in de vierde levensfase) in een ongeschikte woning wonen. Dit zou dan ook voorkomen moeten worden. In 2015 hadden volgens het Planbureau voor de Leefomgeving 58.000 ouderenuishoudens (65-plus-huishoudens) een acute problematische woonsituatie; er was sprake van een ongeschikte woning én (een verhoogd risico op) somatische beperkingen (de Groot et al., 2019).

De tweede manier om de geschiktheid van een woning te bepalen is het Woononderzoek Nederland (WoON) dat iedere drie jaar wordt gedaan waarin ouderen worden gevraagd naar de geschiktheid van hun woning. Dit is subjectieve informatie. De oudere kan van mening zijn in een geschikte woning te wonen, terwijl inmiddels de woning niet meer geschikt is omdat het risico's en beperkingen met zich meebrengt. Daarnaast kunnen door sociaal wenselijke antwoorden bias mogelijk zijn. Uit onderzoek van het CBS (2020) blijkt dat 33% van de 55-plussers aangeeft dat de huidige woning niet geschikt is wanneer

er gezondheids- en ouderdomsklachten ontstaan. De aanwezigheid van een trap in huis blijkt hierin een grote rol te spelen. De 55-plussers die zonder traplopen van woonkamer naar keuken, badkamer, slaapkamer en wc kunnen, zijn vaker positief (86%) dan de 55-plussers die een trap hiervoor moeten gebruiken (54%). Daar waar 77% van de 75-plussers aangeeft in een geschikte woning te wonen indien gezondheidsklachten ontstaan, geeft 68% van de groep ouderen tussen de 65-75 jaar aan in een geschikte woning te wonen en 61% van de 55-65-jarigen.

Toe- en doorgankelijkheid van de woning

In een onderzoek van het Centraal Planbureau (2019) is onderzoek gedaan naar de impact van de toegankelijkheid van een woning van ouderen en het gebruik van verpleeghuiszorg (Diepstraten et al., 2019). Uit dit onderzoek blijkt dat het wonen in een toegankelijke woning geassocieerd wordt met een lagere kans op het gebruik van verpleeghuiszorg doordat verpleeghuiszorg vervangen wordt door thuiszorg.

De toe- en doorgankelijkheid van de woning kan op twee manieren effect hebben op het gebruik van verpleeghuiszorg.

Eenzijds kan de toe- en doorgankelijkheid van de woning valincidenten voorkomen, anderzijds kunnen ouderen in een toe- en doorgankelijke woning beter met hun beperkingen omgaan; het vergroot hun coping.

Er kan echter geen onderscheid gemaakt worden tussen het directe effect van de toegankelijkheid van een woning op de gezondheid van ouderen en het indirecte effect op de coping van ouderen. Een toegankelijk te maken woning (voor minder dan 10.000 euro) heeft dezelfde reductie in het gebruik van verpleeghuiszorg als een reeds toegankelijke woning. Echter is niet bekend welke aanpassingen ervoor zorgen dat er minder vaak verpleeghuiszorg nodig is (Diepstraten et al., 2019).

De relatie tussen de toegankelijkheid van de woning en het gebruik van verpleeghuiszorg neemt toe met de leeftijd; een toegankelijke woning heeft de grootste impact op oudere ouderen (90+ers) die over het algemeen kwetsbaarder zijn dan de jongere ouderen.

Het Centraal Planbureau (2019) raadt dan ook aan om in beleid gericht op het vergroten van de toegankelijkheid van woningen, vooral te focussen op de oudere ouderengroep; deze groep zal er het meeste van profiteren. Daarnaast is de relatie tussen toegankelijkheid van de woning en verpleeghuiszorg sterker voor ouderen met fysieke beperkingen, dan met cognitieve beperkingen. Echter spreekt dit het advies van het Programma Langer Thuis van het Ministerie van VWS (2018) tegen. Hierin wordt juist het belang van een goede voorbereiding op de vierde levensfase benoemd door de woning aan te passen of te verhuizen naar een geschikte woning. Ook blijkt uit het onderzoek naar het effect van woonservicegebieden dat het aanpassen en daarmee geschikt maken van woningen een vermindering van benodigde thuiszorg oplevert doordat de zelfredzaamheid vergroot wordt (Kam et al., 2012; de Kam et al., 2019).

Het toegankelijk maken van woningen reduceert de zorgvraag of de intensiteit van de zorgvraag.

Optimale woning voor ouderen

Een geschikte woning voor ouderen is nog geen optimale woning voor ouderen. De geschiktheid van een woning voor ouderen wordt in de bestaande literatuur bepaald aan de hand van slechts één fysieke eigenschap; de toe- en doorgankelijkheid van de woning. Echter zou de geschiktheid van een woning moeten worden bepaald aan de hand van meerdere fysieke kenmerken. Daarnaast zou de geschiktheid van een woning ook bepaald moeten worden aan de hand van functionele - en sociale kenmerken.

Met de focus op de toegankelijkheid van woningen voor ouderen, wordt er met name ingespeeld op de mogelijke afname in mobiliteit van ouderen. Dit is slechts één van de aspecten van het lichamelijk functioneren dat kan verminderen. Naast vermindering van mobiliteit kan er ook sprake zijn van vermindering van kracht, evenwicht, lichamelijke activiteit, uithoudingsvermogen, zintuiglijke functies en voedinginname. En naast tekorten in lichamelijk functioneren, kunnen er ook tekorten in psychisch en sociaal functioneren ontstaan. Hierbij valt te denken aan vermindering van cognitie, stemming en coping en aan vermindering van sociale relaties en sociale steun.

Een optimale woning zou maximale ondersteuning moeten bieden bij niet alleen een tekort in lichamelijk functioneren (afname in mobiliteit), maar ook ondersteuning moeten (kunnen) bieden bij een (dreigend) tekort in psychisch en sociaal functioneren.

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de invloed van fysieke kenmerken en (ontwerp)aspecten van de woon(zorg)omgeving op het functioneren, de beleving en daarmee de gezondheid van ouderen. Van belang is ons te realiseren dat de fysieke kenmerken van de woon(zorg)omgeving mogelijk met elkaar interacteren en dat tot op heden vaak de kenmerken afzonderlijk bestudeerd worden (Kamphuis, Etman, Oude Groeniger & van Lenthe, 2014). Daarnaast is het van belang ons weer te realiseren dat niet alleen fysieke kenmerken, maar ook sociale en functionele kenmerken invloed hebben op de beleving van de woon(zorg)omgeving.

De beleving bepaalt het woonplezier van ouderen en heeft daarmee invloed op de gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen (Annink, 2018). Annink (2018) definieert woonplezier als volgt;

“Woonplezier is een gelaagd gevoel dat voortkomt uit een persoonlijke evaluatie van verschillende gevoelens in relatie tot de woning, buurt en bureu.”

Ondanks dat de beleving en de gevoelens over de omgeving per persoon verschillen, zijn er een aantal veel voorkomende kenmerken van de optimale woon(zorg)omgeving die bijdragen aan het woonplezier en daarmee aan de gezondheid van ouderen. Deze kenmerken zijn veiligheid, vrijheid, het thuisgevoel, genot, ontspanning en comfort.

Veiligheid

Er bestaan verschillende vormen van veiligheid. In dit rapport maken we onderscheid tussen objectieve veiligheid zoals de afwezigheid van drempels en subjectieve veiligheid; de beleving van veiligheid, waarbij het gevoel van veiligheid centraal staat.

Het voorkomen van valincidenten bij ouderen draagt bij aan objectieve veiligheid. Valincidenten komen bij ouderen veel voor met letsels als gevolg. Er spelen meerdere factoren een rol in het risico op vallen bij ouderen; biologische, gedrags-, omgevings- en socio-economische factoren (WHO, 2007b). De meest voorkomende letsels zijn heupfracturen en hoofd-her-senletsels.

In 30-50% van de valincidenten zijn omgevingsfactoren de oorzaak van het valincident (Rubenstein, 2006). Bijna de helft van de valincidenten in 2018 bij 70-plussers vond plaats in en om de woning, waarvan het meest voorkomend in de badkamer, de slaapkamer en op de trap. Meestal was struikelen de oorzaak (van der Does, Baan & Panneman, 2019).

De consequenties kunnen groot zijn; zo kan er ten gevolge van verwondingen pijn ontstaan, kunnen functionele beperkingen optreden, een afname in participatie en kan een afname in de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven optreden (Zantinge, 2011).

Valincidenten kunnen een grote impact hebben op de mogelijkheid om langer prettig thuis te blijven wonen. Daarnaast dragen valincidenten bij aan de jaarlijkse zorgkosten.

In 2018 bedroegen de directe medische kosten 960 miljoen euro voor behandeling van letsel na valincidenten bij 65-plussers.

Het aantal valincidenten in en rond het huis kan volgens onderzoek van VeiligheidNL uit 2011 worden gereduceerd met 30-40% door woningen aan te passen (Dijkgraaf & Panneman, geciteerd in de Groot, van der Staak, Daalhuizen & de Kam, 2019).

Hierdoor kunnen ziekenhuisopnames voorkomen worden. Gillespie et al. (2009) geven aan dat aanpassingen in de woonomgeving alleen zinvol zijn gebleken bij ouderen met een verhoogd risico op vallen. Uit onderzoek blijkt dat de investeringen die gedaan moeten worden om woningen aan te passen en geschikt te maken, kosteneffectief zijn doordat de zelfredzaamheid van ouderen vergroot wordt, waardoor minder professionele ondersteuning nodig is (Lansley, 2004; Schmid et al., 2016).

De inrichting van de woning is van groot belang voor ouderen met een verhoogd valrisico op het voorkomen van valrisico's.

Niet voor niets is een onderdeel van de valanalyse die eerstelijns zorgverleners kunnen uitvoeren het beoordelen van omgevingsfactoren. Dit kan worden gedaan door middel van een checklist die de oudere kan invullen, waarmee onderstaande omgevingsfactoren worden beoordeeld (van der Veen, Kuiper & Lugtenberg, 2020).

- Geen drempels
- Op iedere verdieping een telefoon
- Goede verlichting
- Anti slip materiaal onder losse kleedjes
- Hoge stoelen, bank en bed om gemakkelijk uit op te staan
- Voldoende loopruimte tussen meubels
- Geen losse kabels
- Geen losse spullen naast bed
- Antslipvloer in badkamer en wc
- Steunen en handgrepen in badkamer en wc
- Geen losse spullen op trap
- Vaste trapleuning en trapbekleding
- Geen bladeren of algen op terras
- Geen ongelijkheden terras

Uit onderzoek blijkt dat ouderen kwetsbaarder zijn bij het uitbreken van brand, vaker te maken krijgen met brand in huis en vaker gewond raken bij brand. Dit kan komen door vermindering van gehoor-, zicht- en reuk, een afname in coördinatievermogen, balans, inschattingsvermogen en een afname in mobiliteit. De brandveiligheid kan op verschillende manieren in huis worden vergroot. Brandweer Nederland bracht hierover deze brochure uit met tips voor het verbeteren van de brandveiligheid (Brandweer Nederland, 2020).

Bij het ouder worden neemt ten gevolge van fysiologische veranderingen het visuele systeem af. Dit kan leiden tot verminderde gevoeligheid van ruimtelijk contrast, het minder makkelijk scherp stellen, het vertraagd wennen aan wisselende lichtintensiteiten en het vertraagd reageren op visuele stimuli (Lu, Park & Ahrentzen, 2019; Mandemaker, van Hoof & Schoutens, 2007). In een systematische review van Lu et al. (2019) worden een aantal verbanden tussen (dag)licht en de gezondheid van ouderen gesuggereerd.

De invloed van licht op het functioneren en de gezondheid van ouderen is te verdelen in vier categorieën; dagelijks functioneren (ADL en IADL), circadiaan (dag-nacht) ritme, valpreventie en houdingsstabiliteit en de slaapkwaliteit (Lu et al., 2019, Mandemaker et al., 2007).

Zo is er *voldoende verlichtingssterkte* nodig voor het zelfstandig functioneren van ouderen (Ishihara, Ishihara, Nagamachi, Osaki, & Hiramatsu, 2004). Echter wordt er niet ingegaan op specifieke verlichtingsparameters zoals verlichtingssterkte en lichtkleur (Lu et al., 2019). Een aantal studies stellen dat slechte verlichting kan bijdragen aan valincidenten bij ouderen door een afname in houdingsstabiliteit (Brooke-Wavell et al., 2002; Figueiro et al., 2008). Uit een ander onderzoek van Figueiro et al. (2011) blijkt dat het verlichten van een pad naar de wc met *visuele lijnen* de veiligheid van ouderen kan vergroten wanneer ouderen zich 's nachts naar de wc verplaatsen. Er is nog geen consensus over de invloed van blootstelling aan daglicht op de slaapkwaliteit van ouderen. Een aantal studies suggereren dat het ontvangen van daglicht overdag een positief effect heeft op de slaapkwaliteit (Lu et al., 2019). Volgens Lasagno et al. (2014) zou er meer aandacht moeten zijn voor verlichting in de ruimten die de binnen- en buitenruimte met elkaar verbinden zoals hallen en gangen. Daarnaast zou men volgens Lasagno et al. (2014) de verlichtingsintensiteit in keukens en badkamers moeten vergroten, daglicht in huis moeten laten toenemen en zou de controle over de belichting vergroot moeten worden. Volgens Lu et al. (2019) kunnen er nog geen definitieve conclusies worden getrokken aan de hand van de bestaande onderzoeken door het beperkte aantal onderzoeken, de grote diversiteit in manier van metingen en karakteristieken van de ouderen en door mogelijke aanwezigheid van confounders (Lu et al., 2019).

Ook *kleurgebruik* in de woonomgeving heeft invloed op het functioneren en welzijn en daarmee de gezondheid van ouderen. Het visuele systeem van ouderen verslechtert bij het ouder worden waardoor ouderen ook minder gevoelig worden voor ruimtelijk contrast.

Het is belangrijk om gebruik te maken van contrasterende kleuren om inrichting in de ruimtelijke omgeving te onderscheiden en muren en vloeren van elkaar te onderscheiden. Dit zal bijdragen aan het dagelijks functioneren van ouderen.

In badkamers en wc's kan een contrasterende kleur van de achtergrond ten opzichte van de wc, wasbak en ondersteunende handbeugels zorgen voor een verbetering van dagelijks functioneren. Hiermee kunnen valincidenten voorkomen worden (Parke & Friesen, 2015). Uit onderzoek onder ouderen met dementie bleek dat ouderen minder goed kleuren van elkaar kunnen onderscheiden. Vooral onderscheid maken tussen blauw en groen en pastelkleuren was moeilijk voor hen. De voorkeur voor kleuren bleek ongewijzigd ten opzichte van de voorkeur voordat de ouderen dementie kregen. Echter is de beperking van het onderzoek dat er geen gezonde controlegroep mee deed aan het onderzoek, waardoor niet te concluderen valt of het minder goed kunnen onderscheiden van kleuren een gevolg is van dementie of van veroudering in het algemeen (Wijk, Berg, Sivik & Steen, 1999).

Je veilig voelen is een belangrijke voorwaarde voor langer, prettig zelfstandig thuis wonen. De woonkamer en de eigen stoel; een afgebakende, geborgen plek in de woonkamer worden door de zelfstandig thuiswonende ouderen in het onderzoek van Annink (2018) als belangrijke ruimte en plek genoemd die bijdragen aan het veilige gevoel. De trap is een veel genoemd onderdeel in huis dat een gevoel van onveiligheid creëert (Annink, 2018).

Herkenbaarheid en oriëntatie

Kleuren kunnen ook bijdragen aan herkenbaarheid en oriëntatie (Parke & Friesen, 2015). De voordeur kan bijdragen aan de herkenbaarheid van "thuis" en symboliseert de scheiding tussen privé-domein en gemeenschappelijk domein (Annink, 2018). Symbolen op deuren en verlichting kunnen tevens bijdragen aan herkenbaarheid en oriëntatie in huis, zoals de plek van de wc en eventueel de route naar de wc 's nachts als het donker is. Spiegelende oppervlakten kunnen voor ouderen met dementie emoties van angst en boosheid oproepen, doordat ouderen met dementie niet beseffen dat het beeld dat zij zien spiegelbeeld is en hierdoor het gevoel kunnen krijgen dat er mensen in huis zijn (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2018).

Vrijheid

Onder 'je vrij voelen' wordt in het onderzoek van Annink (2018) door zelfstandig wonende ouderen verstaan 'te kunnen zijn wie je bent en te kunnen doen wat je wilt doen'. Er is dus sprake van een overlap met het hebben van regie en het zelfredzaam zijn. Hierbij zijn het hebben van voldoende bewegingsruimte om te kunnen bewegen in huis eventueel met hulpmiddelen indien zich beperkingen voor doen een belangrijke voorwaarde. Het creëren van een eigen sfeer en identiteit en het hebben van een eigen plek waar privacy geboden wordt is hiervoor van belang. De inrichting zoals de aanwezigheid van foto's, objecten en meubilair met een verhaal, waardoor herinneringen opgeroepen worden, kan hier een grote rol in spelen. Daarnaast wordt ook het belang van uitzicht naar buiten en de aanwezigheid van een tuin of balkon genoemd waardoor "je vrij voelen" bevorderd wordt. Een plek voor activiteiten als hobby's in huis is van belang. Een toe- en doorgankelijke woning draagt ook bij aan vrijheid (Annink, 2018).

Thuisgevoel

Uit een onderzoek van ANBO (2019) waarin ouderen gevraagd zijn wat van hun huis een thuis maakt, worden verschillende aspecten genoemd. "Een plek waar ze zichzelf kunnen zijn, waar ze zich kunnen ontspannen en zich op hun gemak en veilig voelen." Identiteit, comfort en veiligheid blijken hieruit belangrijke aspecten van het thuisgevoel. Over de definitie wat "thuis" betekent en wat van een woning een "thuis" maakt, is geen consensus in de literatuur. De betekenis van "thuis" gaat

over de relatie, een band tussen personen en hun omgeving. Een huis wordt een thuis wanneer de bewoner zich emotioneel met de woning verbonden voelt. Objecten, activiteiten en interactie met anderen kunnen hier aan bijdragen (Annink, 2018). Rowles & Chaudhury (2005) onderscheiden vijf aspecten die voor ouderen van invloed zijn op de betekenis van “thuis”;

- 1) *fysieke aspecten* die het thuisgevoel geven zoals de inrichting
- 2) *gedragsaspecten* zoals het kunnen uitvoeren van ADL-activiteiten (beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen als gevolg van gezondheidsproblemen)
- 3) *cognitieve aspecten* zoals het gevoel van binding met de woning door herkenning en vertrouwdheid
- 4) *emotionele aspecten* zoals het gevoel van privacy, veiligheid, plezier
- 5) *sociale aspecten* zoals het contact met buurtgenoten en bezoekers.

De betekenis van ‘thuis’ aan de hand van deze 5 factoren verschillen per persoon en zijn afhankelijk van verschillen in gezondheid (zoals de aanwezigheid van beperkingen) en geslacht (Rowles & Chaudhury, 2005). Een van de factoren die het thuisgevoel kan geven is de *inrichting* van de woning; naar eigen smaak, met eigen spullen die herinneringen, herkenning en vertrouwdheid oproepen (Annink, 2018). Ook het kunnen uitvoeren van *activiteiten* in de woning zoals het verbinden met de natuur, het ophalen van herinneringen en het uitvoeren van hobby’s draagt bij aan het thuisgevoel. Uit het onderzoek van Annink (2018) blijkt verder dat de voordeur en de entree van groot belang zijn voor het thuisgevoel en de herkenning van ‘thuis’.

Genot

Genieten wordt door ouderen veel gezamenlijk gedaan met anderen. Het opzoeken van gezelligheid om samen te genieten wordt vaker benoemd door bewoners van gemeenschappelijke woonvormen zoals de serviceflat en het hofje. Ook thuis genieten zelfstandig thuiswonende ouderen in de woonkamer van het uitzicht op levendigheid en reuring en op het balkon of in de tuin van de natuur. De aanwezigheid van groen in de buurt/wijk wordt als een belangrijke waarde gezien om te kunnen genieten. Een gemeenschappelijke ruimte maakt het samen genieten gemakkelijker. Door het samenkomen en gezamenlijk activiteiten te ondernemen wordt gezelligheid en plezier ervaren dat bijdraagt aan genot. Continuïteit in het samenkomen is een belangrijke voorwaarde voor het gezamenlijk genieten. Ook activiteiten in de buurt zijn een belangrijke factor die bijdragen aan het genot voor zelfstandig wonende ouderen. Het belang van een initiatiefnemer in het organiseren van activiteiten wordt door de ouderen in het onderzoek van Annink (2018) benadrukt.

Ontspanning

Een ontspannen gevoel draagt bij aan het woonplezier van ouderen. De *woonkamer*, het *balkon* en de *tuin* zijn de plekken in huis waar ouderen vaak ontspannen. De *stoel* is vaak de plaats waar ouderen zich ontspannen. De *tuin*, *uitzicht op groen* en *planten in huis* dragen bij aan ontspanning. Daarnaast heeft de tuin niet alleen een kalmerend effect op ouderen, maar zorgt het ook voor fysieke inspanning bij het werken in de tuin (Annink, 2018). Ook kunnen *voorzieningen* in de buurt zoals de kapper en het buurthuis en (sociale) technologieën bijdragen aan ontspanning door het aanbieden van spelletjes en het faciliteren van sociale contacten (Annink, 2018; Hinkema et al., 2019).

Comfort

Comfort wordt gecreëerd door zowel fysieke kenmerken van de woon(zorg)omgeving als functionele kenmerken van de woon(zorg)omgeving. Zo dragen de toe- en doorgankelijkheid, de aanwezigheid van (dag)licht en uitzicht, goede akoestiek, een aangename zelf regelbare temperatuur en de beschikbaarheid van hulpmiddelen bij aan comfort. Ook draagt de aanwezigheid van voorzieningen op loopafstand (zoals de primaire voorzieningen (arts, apotheek, supermarkt, bushalte) en diensten aan huis bij aan comfort (Annink, 2018).



2.1.2 Functionele dimensie

De functionele dimensie van de woning heeft betrekking op de voorzieningen in huis en de diensten aan huis die bijdragen aan de zelfredzaamheid en gezondheid van ouderen en daarmee het mogelijk maken om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Op de zorg- en welzijnsvoorzieningen en -diensten voor ouderen zal later in hoofdstuk 2.4 uitgebreid worden ingegaan.

Digitale technologieën

De Commissie Toekomst Zorg thuiswonende ouderen (2020) schreef in opdracht van de Tweede Kamer een adviesrapport over wat nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar te houden. Een van de drie centrale adviezen naast 'Ga (ver)bouwen!' en 'Werk Samen!', is het derde advies 'Ga digitaal!'. De inzet van digitale technologieën geldt voor zowel professionele zorg en ondersteuning, als voor de ouderen zelf. E-health en domotica vallen onder deze digitale technologieën. Onder e-health wordt volgens de ehealth-monitor het volgende verstaan (Wouters et al., 2019):

E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (ICT), met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

Daar waar het accent bij e-health ligt op informatie-uitwisseling, ligt bij domotica het accent op alle digitale technologieën in en om het huis die het zelfstandig wonen kunnen ondersteunen. De begrippen worden regelmatig door elkaar gebruikt. Door digitale technologieën (e-health en domotica) kunnen primaire voorzieningen en diensten aan huis geleverd worden en kan zorg worden vervangen, en aan - of in huis geboden worden. Naast dat digitale technologieën kunnen bijdragen aan zorg en ondersteuning thuis, kunnen digitale technologieën ook worden ingezet voor het onderhouden van sociale contacten.

Digitale technologieën kunnen leiden tot “meer eigen regie, een hogere kwaliteit van leven en een doelmatigere inzet van zorgverleners” (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020; De Klerk et al., 2019).

Zo merkt de helft van de verpleegkundigen in de ouderenzorg dat hun werkdruk door beeldbellen afneemt. Volgens de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020) is de inzet van technologische voorzieningen een van de weinige oplossingen die ervoor kan zorgen dat de kwaliteit en intensiteit van de zorg verbetert, zonder dat er meer zorg- en welzijnsprofessionals moeten worden ingezet. Uit onderzoek van CBS (2020) blijkt dat 79% van de 55+ers overweegt om gebruik te maken van digitale technologieën om langer thuis te kunnen blijven wonen. Hierbij kan gedacht worden aan een systeem om de gordijnen te openen en te sluiten, of een tablet waarmee gecommuniceerd wordt met een wijkverpleegkundige. Toch werden technologische voorzieningen tot op heden beperkt ingezet (Daalhuizen et al., 2019b). Dit heeft enerzijds te maken met de noodzaak voor een snelle digitale infrastructuur, die niet overal (vooral niet in de landelijke gebieden) in Nederland aanwezig is. Anderzijds zijn veel ouderen, maar ook zorgverleners vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden van e-health en domotica of beheersen zij niet de digitale vaardigheden (de Klerk et al., 2019). Ook zijn juist in de landelijke gebieden, waar het voorzieningenniveau laag is, de aanbieders van digitale diensten beperkt.

Een snelle internetverbinding, bescherming van privacy, voorlichting over de mogelijkheden en goede begeleiding in het gebruik van digitale technologieën zijn belangrijke voorwaarden voor het succesvol inzetten van digitale technologieën (RvO, juli 2020; Daalhuizen et al., 2019b).

Ondanks dat e-health nog beperkt wordt ingezet, is er in de periode 2014-2019 een duidelijke toename te zien in het gebruik van toezichthoudende technieken zoals bewegingssensoren en alarmering. Ook het aanbod van medicijndispensers, digitale dubbele medicatiecontrole, zorgrobots en domotica in de ouderenzorg is toegenomen (Wouters et al., 2019). Echter zette de toenemende inzet van beeldbellen in de ouderenzorg in 2019 niet door. De redenen die hiervoor door zorgverleners worden genoemd zijn een afname van de kwaliteit van het contact, niet goed werkende techniek, gebrek aan tijd en het aanbod van digitale alternatieven zoals beveiligde email of contact via een app of zorgportaal. Ten gevolge van de coronacrisis is echter het algemene gebruik van e-health enorm toegenomen (Van Tuyl, Batenburg, Keuper, Meurs, & Friele, 2020). Op vele verschillende manieren hebben patiënten en zorgverleners via websites, apps, video en audiotoeepassingen contact, zowel over Covid-19 gerelateerde zaken, als andere zorgvragen.

Uit een peiling van de ANBO (juni 2020) blijkt dat een derde van de ouderen die voor de coronacrisis geen internet gebruikte, sindsdien wel internet gebruikt. De twee belangrijkste redenen voor de toename in internetgebruik waren het in contact blijven met hun naasten; het voorkomen van eenzaamheid en vermaak en afleiding tijdens de lange dagen thuis. Of dit een blijvende toename van internetgebruik is, zal moeten blijken.

De digitale technologieën als onderdeel van de woonomgeving van ouderen kunnen op verschillende manieren bijdragen aan het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen en het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Technologie heeft volgens Krick et al. (2019) vier functies:

- 1) Het kan de zorgverlener ondersteunen bij het leveren van zorg,
- 2) Het kan de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende vergroten zodat er geen zorg thuis nodig is,
- 3) Het kan de ondersteuning van verpleegkundigen en verzorgenden vervangen
- 4) Het kan de training en opleiding van verzorgenden ondersteunen.

Daarnaast kunnen digitale technologieën volgens Hinkema et al. (2019) de fysieke en mentale gezondheid van ouderen ondersteunen en de veerkracht van ouderen vergroten. Dit zou leiden tot geen, minder of een latere aanspraak op langdurige zorg (Wlz). Chapman et al. (2019) concluderen in hun onderzoek dat de inzet van digitale technologieën in de langdurige zorg de kwaliteit van leven kan vergroten, informele zorgverleners kan ondersteunen en de formele zorg efficiënter kan maken.

Ondanks dat er hoge verwachtingen van de effecten van technologie in beleidsdocumenten en literatuur worden beschreven, is er nog beperkt goed wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effecten van technologie (Krick et al., 2019). Vervolgonderzoek naar de acceptatie, de effectiviteit en de efficiëntie van bestaande digitale technologieën is nodig.

De snelheid van technologische ontwikkelingen is niet alleen afhankelijk van de technologie zelf, maar vooral afhankelijk van vele andere factoren. Zo is het ontwerpen vanuit de daadwerkelijke behoeften van de eindgebruiker (de ouderen zelf), het vertrouwen en acceptatie van de eindgebruikers, bestaande wet- en regelgeving en de financiering van de technologieën nog regelmatig een probleem (Hinkema et al., 2019; Homan et al., 2019; Chapman et al., 2019).

Mandemaker et al (2019) onderscheidt 8 categorieën binnen de huidige beschikbare technologieën voor zorg en ondersteuning thuis en in de wijk.

- 1) Stimuleren van beweging
- 2) Prettig en zelfstandig wonen
- 3) Zelfstandig koken en eten
- 4) Zelfstandig en veilig naar buiten
- 5) Ondersteuning bij dagstructuur
- 6) Contact met professional, mantelzorger of vrijwilliger (beeldbellen, via app, tablet)
- 7) Zorg (met elkaar) regelen
- 8) Ondersteuning voor zorgprofessionals

Chapman et al. (2019) onderscheiden 14 typen technologieën in de langdurige zorg.

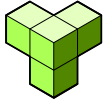
- 1) Robotica
- 2) EPD
- 3) Onderwijs
- 4) Monitoring op afstand
- 5) Wearables
- 6) Ondersteuning voor mantelzorgers
- 7) Online zorgmanagement
- 8) Communicatie thuis – zorginstelling
- 9) Werving van personeel
- 10) Gezondheidsmanagement thuis
- 11) Documentatie
- 12) Bevorderen van de behandelrelatie
- 13) Alarmeringssystemen
- 14) Ondersteund wonen

Diensten aan huis

Met het langer zelfstandig thuis wonen zou verwacht worden dat de vraag naar diensten aan huis bij ouderen enorm is toegenomen. Echter blijkt de groeiende vraag naar diensten beperkt (Van den Beld & Senior, 2018). Er is meer vraag naar een nieuw betaalbaar, op maat gemaakt aanbod van diensten aan huis voor ouderen. Dit is een verandering ten opzichte van de verplichte vaste woon-zorg arrangementen voor ouderen die voorheen op woonzorglocaties aangeboden werden. Voorbeelden van diensten aan huis zijn; maaltijdservice, alarmering, klussenservice, pedicure, kapper en huishoudelijke hulp, vervoersdiensten en het bieden van gezelschap.

De praktijk leert dat het bieden van diensten aan huis bij ouderen drie uitdagingen kent:

- 1) **Behoefte:** deze verschilt tussen de huidige generatie ouderen en de toekomstige generatie ouderen. Daarnaast is het bereiken van ouderen een uitdaging. De behoefte van de ouderen dient centraal te staan bij het ontwikkelen en bieden van diensten aan ouderen. De huidige generatie ouderen blijkt vooral behoefte te hebben aan *veiligheid* en *persoonlijk contact* bij ondersteuning in eigen regie. Toekomstige ouderen willen liever *losse diensten, per uur, en vanuit een klantgerichte benadering* en gemak afnemen.
- 2) **Betaalbaarheid:** veel huidige ouderen zijn niet gewend om voor losse diensten te betalen en verwachten dat diensten gratis zijn of door de overheid worden gefinancierd. Vaak kunnen ouderen de diensten niet betalen of zijn ze slechts bereid tegen lage uurlonen diensten te betalen. Uit de Woonmonitor 2015 blijkt dat gemiddeld ouderen bereid zijn € 105,- euro per maand te betalen (Woonmonitor 2015).
- 3) **Samenwerking:** tussen zorgorganisaties, woningcorporaties en lokale partners zoals de gemeente en welzijnsorganisaties blijkt niet vanzelfsprekend. In de praktijk blijkt dat zorgprofessionals het moeilijk vinden om andere diensten aan huis aan te bevelen, daarnaast blijkt inzicht in het aanbod van diensten niet altijd aanwezig is.



2.1.3 Sociale dimensie

Met de toename van het aantal ouderen dat alleen woont, de toename van het aantal eenzame ouderen, de steeds kleiner wordende netwerken bij het ouder worden en kinderen die steeds verder weg wonen, is de sociale dimensie van de woning en woonomgeving des te meer van belang. Zo wordt door het voorkomen van eenzaamheid de kans op het gebruik maken van zorg verkleind (de Klerk et al., 2019). In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de sociale dimensie van de woning; het stimuleren van verbondenheid in en vanuit de woning. Later zal worden ingegaan op de sociale dimensie van de woonomgeving op buurt/wijk niveau.

Verbondenheid

Om verbondenheid *met anderen* te stimuleren, wordt in het onderzoek van Annink (2018) het belang van de *keukentafel*, een *logeerkamer*, een *balkon* of een *tuin* genoemd. De aanwezigheid van een keukentafel maakt het mogelijk gesprekken te voeren. De aanwezigheid van een logeerkamer maakt het mogelijk langer tijd te spenderen met vrienden en familie die op afstand wonen. Niet alleen verbondenheid *met mensen*, ook *met huisdieren en de natuur* blijkt voor sommige zelfstandig thuiswonende ouderen van grote waarde te zijn. Het huisdier heeft vaak een vaste plek in de woning. Verbinding met de natuur kan worden gecreëerd door uitzicht op natuur of de aanwezigheid van een balkon en/of tuin. Door de kleiner wordende actieradius en het meer gebonden zijn aan de woning wordt volgens zelfstandig thuiswonende ouderen de mogelijkheid om contact te kunnen maken met anderen vanuit een veilige omgeving van grote waarde. Door een stoel bij het raam te plaatsen, kan de oudere naar buiten kijken en contact maken met voorbijgangers (bijvoorbeeld zwaaien naar voorbijlopende schoolkinderen). Ook de tuin of het balkon kan een veilige buitenruimte zijn van waar gemakkelijk contact met buurtbewoners kan worden gemaakt. De aanwezigheid van een gemeenschappelijke ruimte in woon(zorg)concepten, creëert ook verbondenheid met buurtgenoten. Daarnaast kunnen *digitale technologieën* en *sociale platforms* bijdragen aan het onderhouden van sociale contacten.

De ligging van de woning, de indeling, de inrichting en de aanwezigheid van een buitenruimte (een stoel bij het raam, een keukentafel, een logeerkamer en een balkon of tuin) en de plaatsing van de ramen met uitzicht op levendigheid hebben een grote invloed op het gevoel van verbondenheid.

2.2 Bestaande woon(zorg)concepten

Er worden veel verschillende begrippen zonder duidelijke definities gebruikt voor verschillende vormen van wonen (eventueel met zorg). Zo wordt er geschreven over woonconcepten, woonzorgconcepten, woonvormen, woonvormen met zorg, woonvariaties, woongemeenschappen, woonvoorzieningen (met zorg) en woonzorgarrangementen. In dit rapport zal het begrip “*woon(zorg)concept*” gebruikt worden. Onder een ‘woon(zorg)concept’ wordt verstaan:

| een vorm van wonen met een mogelijkheid op zorg.

Deze zorg kan of integraal, collectief vanuit het concept worden aangeboden, of kan individueel door de oudere zelf geregeld worden. In beide gevallen wordt de zorg thuis geleverd. In dit hoofdstuk zal niet verder worden ingegaan op deze verschillende vormen van zorg. Hierop zal in hoofdstuk 2.4 verder worden ingegaan.

Toename vraag naar nieuwe woon(zorg)concepten

Er is een toenemende vraag naar (nieuwe) woon(zorg)concepten met meer oog voor *gemeenschappelijkheid, veiligheid (toezicht en begeleiding), geborgenheid* en een *mogelijkheid op zorg en diensten* (Herder, Nhass & van de Maat, 2019; Homan, Jansen, Hulst & Dijk, 2019; Rusinovic, Bochove & van de Sande, 2019; Von Faber et al., 2018). Deze vraag naar (nieuwe) woon(zorg)concepten wordt veroorzaakt door verschillende factoren. Zo is er een toename in het aantal alleenwonende, een toename van eenzame en een toename van kwetsbare ouderen dat zelfstandig thuis woont. Ook hebben ouderen minder kinderen, die vaker verder weg wonen en zijn de woonwensen veranderd. Het blijkt dat integrale woon(zorg)concepten bijdragen aan het *langer zelfstandig veilig thuis wonen* van ouderen, het stimuleren van *ontmoeting en participatie* en het vergroten van *regie en zelfredzaamheid*. Daarnaast kan bij integrale woon(zorg)concepten mantelzorg worden *ontlast* en nieuw personeel worden aangetrokken (Homan et al., 2019). Naast dat integrale woon(zorg)concepten van meerwaarde zijn voor de ouderen zelf, blijkt ook dat deze integrale woon(zorg)concepten van meerwaarde zijn voor de zorgaanbieders. Zo verbetert de *medewerker-tevreidenheid* doordat de zorg *anders* wordt *georganiseerd* waardoor er meer aandacht is voor *maatwerk*, voor de ouderen én de zorgmedewerkers (Homan et al., 2019).

Op de behoefte aan gemeenschappelijkheid, verbondenheid, betrokkenheid, veiligheid en een mogelijkheid op zorg en ondersteuning spelen verschillende partijen steeds vaker in door nieuwe (geclusterde) woon(zorg)concepten te ontwikkelen. Deze woon(zorg)concepten spelen in op de verschillende dimensies van de optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen; de fysieke dimensie (zoals de veiligheid en toegankelijkheid van de woning), de sociale dimensie (zoals de vraag naar gemeenschappelijkheid en verbondenheid door clustering van woningen en gezamenlijke ruimten en activiteiten) en de functionele dimensie (zoals de aanwezigheid van zorg, ondersteuning en gemeenschappelijke voorzieningen zoals een ontmoetingsruimte en een gemeenschappelijke tuin).

Echter is er nog verre van voldoende aanbod op de vraag naar integrale woon(zorg)concepten, met name in het goedkopere woningsegment. Er is behoefte aan nieuwe, betaalbare integrale woon(zorg)concepten, met name voor ouderen met alleen een AOW en ouderen met middeninkomens (van Klaveren et al., 2018; de Klerk et al., 2019). Ook ANBO (november 2019) pleit voor het ontwikkelen van meer nieuwe woon(zorg)concepten. De Raad van Ouderen stelt dat er meer gevarieerde vormen van wonen met zorg nodig zijn, die aansluit bij de diversiteit van de ouderenpopulatie (RvO, mei 2020).

Gemeenschappelijke/ geclusterde woon(zorg)concepten

Gemeenschappelijk wonen kan informele zorg en ondersteuning bevorderen, de veerkracht en weerbaarheid van ouderen vergroten en zo hun *zorgvraag verminderen* (Jonckheere, Kums, Maelstaef & Maes, 2010; RVS, 2020). Daarnaast kan het de doelmatigheid van formele zorg vergroten (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020). Er zijn vele verschillende begrippen in gebruik die verwijzen naar vormen van gemeenschappelijk wonen voor ouderen; co-wonen, co-living, woongemeenschap, woongroep, groepswonen en geclusterd wonen. Wel zijn er verschillen tussen deze verschillende vormen van wonen.

Bij *geclusterd wonen* hoeft er niet een grote mate van gemeenschappelijkheid en verbondenheid te zijn, maar kan dat wel. RIGO (2020) definieert geclusterde woon(zorg)concepten als volgt:

Geclusterde woon(zorg)concepten zijn minimaal vijf ruimtelijk geclusterde zelfstandige wooneenheden met een gemeenschappelijke ontmoetingsruimte waar overwegend ouderen wonen.

Meestal vindt de woningtoewijzing alleen plaats op basis van leeftijd en inkomen. Ouderen wonen bij elkaar, in dezelfde woning, hetzelfde gebouw of in de wijk, maar dat betekent nog niet altijd dat ze naar elkaar omzien, soms wel. Een voorbeeld hiervan is wanneer ouderen die geclusterd wonen, gezamenlijke activiteiten gaan ondernemen op structurele basis (Herder et al., 2019). Omdat het aanbod in geclusterde woon(zorg)concepten voor ouderen op dit moment niet bekend is, wordt er door RIGO in opdracht van VWS en BZK een landelijke inventarisatie gemaakt.

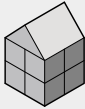
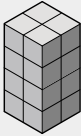
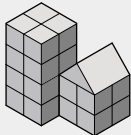
Bij *woongroepen of woongemeenschappen* is *verbondenheid* tussen de bewoners de basis, zowel op sociaal als op organisatorisch gebied. Er bestaan woongroepen/gemeenschappen van alleen ouderen (*een-generatie woongroepen/ gemeenschappen*) en woongroepen van meerdere generaties (*meer-generatie woongroepen/ gemeenschappen*) (Jansen, Stavenuiter, Dijkhuis, van Dongen & van Tricht, 2008). “Bewoners onderschrijven bepaalde waarden en normen en dragen zorg voor het gebouw, het werven van nieuwe leden (coöptatierecht) en het in stand houden van de groep” (Herder et al., 2019). De definitie van gemeenschappelijk wonen (in een woongroep/ gemeenschap) is door de Federatie Groepswonen (geciteerd in Jansen et al., 2008): als volgt beschreven:

Alle vormen van wonen waarbij meerdere huishoudens een of meer ontmoetings- en/of werkruimten gemeenschappelijk gebruiken en beheren, waarbij lidmaatschap vrijwillig is en de groep zelf beslist over de toelating van nieuwe bewoners.

De mate van gemeenschappelijkheid verschilt per woon(zorg)concept. Ook verschilt per woon(zorg)concept wat er gemeenschappelijk is. Het kan gaan om gemeenschappelijk beheer en gebruik van voorzieningen (ruimten, tuinen), gemeenschappelijke diensten (zorg en ondersteuning) of om gezamenlijke activiteiten die ondernomen worden.

Voorbeelden van woon(zorg)concepten

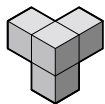
In tabel 1 worden verschillende woon(zorg)concepten genoemd en ingedeeld naar mate van gemeenschappelijkheid (individueel – gemeenschappelijk), de samenstelling van de bewoners (homogeen – heterogeen) en de integraliteit van wonen met zorg. De intentie van het overzicht is niet een alomvattende lijst van woon(zorg)concepten weer te geven, maar een indruk te geven van de mogelijkheden. De mogelijkheden zijn groot en er blijven nieuwe concepten ontwikkeld worden. De omschrijving en uitleg van de verschillende woon(zorg)concepten in deze tabel vindt u in [bijlage 1](#).

Mate van gemeenschappelijkheid	Individueel “op zichzelf” wonen		Geclusterd/gemeenschappelijk wonen		
Aanwezigheid en integraliteit van zorg	+/- (in)formele zorg		+/- (in)formele zorg		+ formele zorg (integrale woon(-zorg)concepten)
Soort bewonersgroep	Homogene bewonersgroep	Heterogene bewonersgroep	Homogene bewonersgroep	Heterogene bewonersgroep	Homogene bewonersgroep
 <p>Focus op WONING</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Privé-domein: privacy en rust • Aanleunwoning 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantelzorgwoning: zelfstandig in de buurt van de mantelzorger • Kangoeroewoning: zelfstandig in de buurt van de mantelzorger 	<ul style="list-style-type: none"> • Thuishuis: samen in een huis 		<ul style="list-style-type: none"> • Kleinschalig wonen: samen in een huis met intensieve zorg en ondersteuning
 <p>Focus op WOONCOMPLEX</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Senioreappartement: zelfstandig ouder • Parkappartement: uitzicht en landschap 	<ul style="list-style-type: none"> • Stadsappartement: dynamisch en op jezelf 	<ul style="list-style-type: none"> • Woongebouw: comfortabel en vertrouwd • Basic: functioneel en sociaal • Een-generatie woongroepen/-gemeenschappen • Woongroepen gemengd met andere bewoners: <ul style="list-style-type: none"> • Harmonica wonen • Gestippeld wonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Intergenerationeel wonen: U, jij en wij (ouderen en studenten wonen samen in complex) • Meer-generatie woongroepen/-gemeenschappen 	<ul style="list-style-type: none"> • Woonzorgcomplex • Luxe woon(zorg)residenties
 <p>Focus op BUURT/WIJK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gezinshuis: vertrouwd en gehecht 		<ul style="list-style-type: none"> • Woonhof: samen voor elkaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Woonhof: samen voor elkaar • Meergeneratie woonprojecten • Buurtblok: sociaal en levendig 	<ul style="list-style-type: none"> • Woonzorghof • Aanleunwoning

Tabel 1. Bestaande woon(zorg)concepten

De tabel is gebaseerd op een recente studie van Platform 31 waarin 10 woonprofielen met bijbehorende woon(zorg)concepten worden onderscheiden (Hagen & Neijmeijer, 2020). Daarnaast is het gebaseerd op een overzicht van verschillende woonvormen op de website van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (z.j.). De woonprofielen en woon(zorg)concepten van Platform 31 zijn gebaseerd op de woonwensen van 22.500 ouderen in de derde en vierde levensfase (55-plussers) en zijn ontwikkeld op basis van data uit het onderzoek De Grote Omgevingstest Zuid-Holland (DGOT) uit 2018 (Hagen & Neijmeijer, 2020). In alle woon(zorg)concepten is zorg mogelijk maar de focus op zorg is niet voor elk concept gelijk. Er werd in deze studie geen onderscheid gemaakt tussen woonconcepten met eventueel zelf te regelen zorg en integrale woon(zorg)concepten.

2.3 Optimale buurt of wijk



2.3.1 Fysieke dimensie

De fysieke inrichting van een buurt of wijk kan op verschillende manieren bijdragen aan de gezondheid en het zelfstandig thuis kunnen wonen van ouderen. Een fysiek geschikte woonomgeving heeft enerzijds direct invloed op de gezondheid van ouderen door bijvoorbeeld het verbeteren van de slaapkwaliteit. Anderzijds heeft een fysiek geschikte omgeving indirect invloed op de gezondheid van ouderen door het stimuleren van gezond gedrag (bijvoorbeeld door het stimuleren van beweging en sociale interactie) en door bij te dragen aan een positieve beleving (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015). Van belang is weer ons te realiseren dat de fysieke kenmerken van de woonomgeving mogelijk met elkaar interacteren en dat tot op heden vaak de kenmerken afzonderlijk bestudeerd worden (Kamphuis et al., 2014).

Hieronder zal worden ingegaan op een aantal algemene fysieke kenmerken van de woonomgeving die bijdragen aan de gezondheid van ouderen en daarmee het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen.

Beweegvriendelijkheid

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2015) benadrukt het belang van een omgeving die uitnodigt tot bewegen.

Een beweegvriendelijke omgeving stimuleert lichamelijke activiteit en daarmee ook ontmoeting. Hiermee bevordert het de zelfredzaamheid, participatie en zingeving van ouderen en draagt een beweegvriendelijke omgeving bij aan de gezondheid van ouderen.

Er zijn inmiddels veel omgevingsfactoren bekend die aanzetten tot bewegen van ouderen (Cammelbeeck, Engbers, Kunen, L'Abée, 2014; Cerin et al., 2017). Hieronder wordt ingegaan op verschillende kenmerken van de woonomgeving die bijdragen aan de beweegvriendelijkheid.

Groen

De aanwezigheid van groen in de openbare ruimte vergroot niet alleen de kwaliteit van de openbare ruimte, er is steeds meer aandacht voor de positieve invloed van groen in de woonomgeving op de gezondheid van mensen.

Zo blijkt dat de aanwezigheid van meer groen binnen een afstand van 1 of 3 km van de woning een positieve invloed op de ervaren gezondheid van ouderen (Maas et al., 2006).

Dit geldt voor zowel natuurlijk groen als landbouwgroen. De meest genoemde onderliggende mechanismen zijn *stressreductie*, het bevorderen van *lichamelijke activiteit* en het ondersteunen van *sociaal contact* (Maas et al. 2009, Cammelbeeck et al., 2014). Ook kan een *gemeenschappelijke moestuin* bijdragen aan gezondheid door het stimuleren van groente- en fruitinname, fysieke activiteit en sociaal contact met buurtgenoten (Alaimo et al., 2008). Daarnaast blijkt tuinieren een positief effect te hebben op de mentale gezondheid van ouderen. In de studie van Gonzalez (2010) werd een afname van de ernst van depressies en een toename van aandacht gezien. Uit een studie van Chalfont & Rodiek (2005) blijkt dat wanneer ouderen met dementie tijd in het *park* of *tuin* doorbrachten, de kwaliteit van leven toe nam, negatief gedrag af nam en het slaappatroon en de hormonale balans verbeterden. Tuinieren blijkt voor ouderen met dementie tevens bij te dragen aan gezondheid doordat het de mobiliteit en behendigheid verbetert, het zelfvertrouwen verbetert en het sociale vaardigheden

tussen ouderen met dementie verbetert (Ulrich, 2002). Uit onderzoek in de Verenigde Staten bleek dat *besloten wandeltuinen* voor ouderen met dementie, de fysieke activiteit bevorderen waardoor de mobiliteit van ouderen toenam (Detweiler et al., 2012) en de ernst van de valincidenten en het aantal valincidenten afnam met 30% (Detweiler et al., 2009). Ook nam de hoeveelheid gebruikte medicatie tussen de 3,4 en 22,2 % af (Detweiler et al., 2009).

Een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen heeft groen in de nabije omgeving van de woning. Er zijn verschillende vormen van groen die bijdragen aan de gezondheid van ouderen zoals parken, (moes)tuinen en besloten wandeltuinen.

Door klimaatverandering en daarmee een toename in aantal warme dagen en hittegolven, ontstaan zogenaamde hitte-eilanden in steden. Steden zijn op warme dagen veel warmer dan de nabije omgeving (Klok, et al., 2010). Ouderen zijn kwetsbaarder voor extreme warmte. Het creëren van *schaduwrijke rustplekken* voor ouderen door de aanwezigheid van *groen* en *water* en de aanwezigheid van *openbare waterpunten* zijn van belang zodat ouderen meer en veiliger naar buiten zullen gaan (RVS, 2015).

Toegankelijkheid en veiligheid

Een niet toegankelijke en veilige omgeving beperkt niet alleen de mobiliteit van ouderen maar zorgt ook voor een snellere afname in mobiliteit van ouderen (Rantanen, 2013). Zoals eerder beschreven bestaan er verschillende vormen van veiligheid. In dit rapport maken we onderscheid tussen objectieve fysieke veiligheid en subjectieve veiligheid, waarbij het gevoel van veiligheid centraal staat dat onder andere door de fysieke omgeving beïnvloed wordt. In het concept Active Ageing van de WHO (2007a) wordt aandacht besteed aan de veiligheid van de openbare ruimte en openbare gebouwen. Ook de WHO legt de nadruk op enerzijds de fysieke veiligheid en anderzijds de beleving van veiligheid. Fysieke veiligheid wordt vergroot door *goed onderhouden, toegankelijke trottoirs* (zonder uitstekende stoeptegels), *niet glad, en breed genoeg* voor een rolstoel of rollator. Ook *verkeersveiligheid* is van belang. De aanwezigheid van *voldoende wegoevergangen met geschikte oversteeptijden* en zowel *visuele als audio-aanwijzingen* en de aanwezigheid van *vrijliggende fietspaden die breed genoeg* zijn. Er zouden ook *bankjes* aanwezig moeten zijn zodat ouderen veilig onderweg kunnen rusten (Cammelbeeck et al., 2014; Cerin et al., 2017; RVS, 2015; WHO,2007a). De juiste hoogte van de bankjes, een juist zitvlak, met leuning is daarbij van belang zodat ouderen gemakkelijk kunnen opstaan (Griffioen et al., 2017). Dit blijkt in de praktijk vaak niet het geval te zijn. De vuistregel voor de afstand tussen bankjes is 100 à 125 meter en de gewenste locatie van de bankjes is een plek met een bijzonder uitzicht of uitzicht op plaatsen waar veel activiteit is. In de praktijk blijkt ook voor te komen dat de aanwezigheid van bankjes kan leiden tot overlast van hangjongeren (Cammelbeeck et al., 2014). In Amsterdam zijn op veel plekken bankjes weggehaald om diverse redenen waarvan een van de redenen de overlast van hangjongeren was. Dit zou voorkomen kunnen worden door voldoende bankjes voor verschillende doelgroepen te creëren op sociaal veilige plekken met voldoende toezicht (Cammelbeeck et al., 2014).

Een belangrijk aspect van de beleving van veiligheid is de controle die ouderen ervaren over hun omgeving. Tijdens het ouder worden, verandert de controle over de (publieke) ruimte.

Ouderen kunnen zich minder veilig op straat voelen waardoor ze niet meer (zelfstandig) naar voorzieningen in de buurt gaan, zoals winkels en het buurthuis (van Dorst, 2005).

De fysieke omgeving dient het verzamelen van kennis over het gedrag van anderen in de woonomgeving; de sociale informatie, te ondersteunen. Hierdoor wordt subjectieve veiligheid; het gevoel van veiligheid vergroot (van Gernerden & Staats, 2006). Het creëren van (over)zicht op de omgeving en zicht op mensen is hiervoor van groot belang.

De positionering van ramen en deuren met zicht op straat en de aanwezigheid van *gemeenschappelijke ruimten* beïnvloeden de sociale informatie die ouderen verzamelen. *Goede straatverlichting* kan tevens bijdragen aan een gevoel van veiligheid. Een gevolg van het verzamelen van sociale informatie en daarmee de beleving van veiligheid is het aangaan van sociaal contact (van Gernerden & Staats, 2006).

De beleving van de woonomgeving heeft zowel direct, als indirect via gedrag invloed op de gezondheid van ouderen. Zo blijkt dat door afval, vandalisme en verval in de buurt, het gevoel van veiligheid en ook het bewegen van ouderen afneemt (Cerin et al., 2017).

Door een positieve beleving, bijvoorbeeld door inrichting, beheer en onderhoud kan het gevoel van veiligheid vergroot worden en kan bewegen gestimuleerd worden (Schop-Etman et al., 2014).

Een *goede infrastructuur* waarbij straten, fietspaden en wandelpaden goed verbonden zijn en de voorzieningen op loopafstand gelegen zijn, vergroot de subjectieve veiligheid, de mobiliteit, de zelfredzaamheid, participatie, zingeving en daarmee gezondheid van ouderen (Cerin et al., 2017; Clark, Amabile & Postone, 2019; Rosso, Auchincloss & Michael, 2011; RVS, 2015; WHO, 2007a).

Goede infrastructuur (van straten, wandel- en fietspaden) naar voorzieningen op loopafstand dragen bij aan de veiligheid, zelfredzaamheid, participatie en zingeving en daarmee de gezondheid van ouderen.

Herkenbaarheid en oriëntatie

Herkenbaarheid en oriëntatie dragen ook bij aan het gevoel van veiligheid en daarmee aan de zelfredzaamheid en de gezondheid van ouderen (van Gernerden & Staats, 2006). Herkenbaarheid en oriëntatie kan versterkt worden door aandacht te besteden aan *diversiteit in de architectuur* en door *goede bewegwijzering* (WHO, 2007a; RVS, 2015; Cammelbeeck et al., 2014). Door diversiteit in de (gebouwde) omgeving aan te brengen wordt de aandacht getrokken naar de (gebouwde) omgeving in plaats van naar een oneindig punt op de horizon. Hierdoor lijkt de afstand die afgelegd moet worden minder groot. *Straathoeken* zijn belangrijk voor de oriëntatie. Volgens Cammelbeeck et al. (2014) zou iedere tweede straathoek moeten opvallen door een *bijzonderheid* van een gebouw of in de openbare ruimte. Veilige routes kunnen worden gemarkeerd door verschillende objecten en materialen te gebruiken als *bewegwijzering*.

Herkenbaarheid en oriëntatie dragen ook bij aan het gevoel van veiligheid en daarmee aan de zelfredzaamheid en de gezondheid van ouderen (Van Gernerden & Staats, 2006). Diversiteit in architectuur, herkenningspunten op straathoeken en goede bewegwijzering dragen hieraan bij.

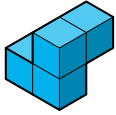
Voorbeeld: boodschappenroute Amsterdam Zuid voor mensen met dementie

In Amsterdam Zuid is er samen met mensen met dementie een boodschappenroute ontworpen. De route start bij het Odensehuis en loopt naar het winkelcentrum aan de Stadionweg. Het Odensehuis is een inloop-, informatie-, en ontmoetingscentrum voor mensen met (beginnende) dementie, mantelzorgers en hun familie en vrienden. Voordat de route er was gingen ouderen met dementie vaak niet mee boodschappen doen omdat het moeilijk voor hen was de weg te vinden. De route is bewust op stoeptegels (figuur 13) aangegeven omdat ouderen meer naar de grond kijken dan naar de omgeving (Alzheimer Nederland, 2020).



Figuur 13: Stoeptegels boodschappenroute Amsterdam Zuid voor mensen met dementie.

Bron: foto gemaakt door Clementine Mol



2.3.2 Functionele dimensie

De functionele dimensie van de woonomgeving zegt iets over de beschikbare en bereikbare voorzieningen en diensten in de buurtwijk. Op de zorgvoorzieningen en -diensten voor zelfstandig thuiswonende ouderen zal in hoofdstuk 2.4 uitgebreid worden ingegaan.

Bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen

De helft van de ouderen woont volgens Daalhuizen et al. (2019a) in een ongeschikte functionele woonomgeving.

Een geschikte woonomgeving is een woonomgeving waar de primaire voorzieningen op loopafstand binnen 500 meter van de woning te bereiken zijn over de weg (Daalhuizen et al., 2019a).

Onder de primaire voorzieningen wordt een arts, apotheek, supermarkt en OV-halte verstaan (Horner, Duncan, Wood, Valdez-Torres & Stansbury, 2015; Michael, Green & Farquhar, 2006; Timmermans et al., 2016;). De aanwezigheid van een arts, apotheek en AH/Aldi worden ook wel 'triple A-voorzieningen' genoemd (Nouws, 2015; Merkens, 2015). Gemiddeld woont 27% van de 65-plussers wel in een geschikte woonomgeving met minstens drie van de vier primaire voorzieningen (arts, apotheek, supermarkt, OV-halte) binnen 500 meter loopafstand. Dit verschilt echter per regio (Daalhuizen et al., 2019a). Bij het ouder worden neemt de actieradius af, afhankelijk van de mobiliteitsbeperkingen. De actieradius bepaalt welke activiteiten en interacties voor ouderen in de buurt mogelijk zijn (Clark et al., 2019; van Dam, Daalhuizen, de Groot, van Middelkoop & Peeters, 2013).

Ouderen worden met de leeftijd steeds meer afhankelijk van dichtbij (op maximaal 500 meter loopafstand) gelegen toegankelijke primaire voorzieningen.

De 500 meter als maximale afstand tot voorzieningen is gebaseerd op de gemiddelde looptijd van 10-20 minuten die 70-jarigen gemiddeld aaneengesloten kunnen afleggen (Burton & Mitchell, 2006).

Naast de bereikbaarheid van voorzieningen door goede infrastructuur, zijn ook *toegankelijke (openbaar) vervoersdiensten* en de toegankelijkheid van de voorzieningen zelf van groot belang. De openbare gebouwen en voorzieningen dienen toegankelijk te zijn met *voldoende liften, steunrails en antislip vloeren* (WHO, 2007a). Ook zouden er *schone wc's* in de openbare ruimte aanwezig moeten zijn (WHO, 2007a).

De aanwezigheid van toegankelijke voorzieningen en (openbaar) vervoersdiensten draagt bij aan de zelfredzaamheid, de mogelijkheid op fysieke activiteit, participatie, zingeving, sociale contacten en daarmee de gezondheid van ouderen (WHO, 2007a; Clark et al., 2019).

Een supermarkt stelt niet alleen ouderen in staat boodschappen te doen, maar de aanwezigheid van een supermarkt kan ook leiden tot ontmoetingen; onderweg, of in de supermarkt. Dit geldt ook voor aanvullende voorzieningen als een bibliotheek, een buurthuis, horeca, sportfaciliteiten en een gebedshuis. Het kan ook een aanleiding zijn om naar buiten te gaan, een praatje te maken (Höppner & Arnold, 2013) en dus te bewegen, wat weer een positieve invloed heeft op de gezondheid van ouderen (Hoogendijk et al., 2014).

In stedelijke gebieden wonen ouderen vaker in ongeschikte woningen (zoals portiekwoningen), die niet aan te passen zijn, maar zijn de primaire voorzieningen wel op korte afstand te bereiken. In landelijke gebieden wonen ouderen vaker in fysiek geschikte woningen maar is de omgeving in functioneel opzicht minder geschikt door de grote afstand tot de primaire voorzieningen.

Vooraf in de landelijke gebieden verdwijnen er steeds meer voorzieningen in de buurt. Hierdoor neemt de afstand tot de primaire voorzieningen toe (Schellingerhout & Van Campen, 2006). Ook de afstand tot de brievenbus neemt steeds verder toe, waardoor een brievenbus steeds vaker voor ouderen moeilijk te bereiken is (Höppner & Arnold, 2013). Diensten aan huis zouden het functionele aspect van voorzieningen goed kunnen vervangen. Het mist echter het sociale aspect van voorzieningen en het stimuleren van beweging. Daarnaast blijken er nog uitdagingen te zijn in het leveren van de gewenste en betaalbare diensten aan huis. Zie hoofdstuk 2.1.2.

Voorbeeld: aanbod vervoersdienst: AutoMaatje

Een inspirerend initiatief van de ANWB is AutoMaatje. Het is een vervoersdienst waarbij vrijwilligers met hun eigen auto minder mobiele buurtbewoners vervoeren tegen een kleine vergoeding per kilometer. Het initiatief speelt enerzijds in op het vergroten van de mobiliteit en anderzijds op het tegen gaan van eenzaamheid, zowel onder de chauffeurs als onder de passagiers. Het initiatief is een samenwerking tussen de ANWB, sociaalwerkorganisaties, gemeenten en verzekeraars en wordt per gemeente op eigen manier uitgewerkt.

Funciemenging

Funciemenging compenseert enigszins de afname van voorzieningen. Een voorbeeld is hoe tegenwoordig een bankauto-maat en postagentschap in een supermarkt aangeboden worden. Een ander voorbeeld hiervan zijn de woonzorglocaties. Naast dat woonzorglocaties intramuraal wonen en zorg aanbieden, hebben ze vaak ook een buurtfunctie met voorzieningen zoals dagverzorging, maaltijden, een restaurant, een steunpunt, een prikpost, een kapper en een winkeltje voor ouderen in de buurt (Höppner & Arnold, 2013; Tennekes et al., 2017; Van den Berg, Kemperman, de Kleijn & Borgers, 2015). Echter is volgens de Kam en Leidelmeijer (2019) de wijkfunctie van deze woonzorglocaties sinds de invoering van de Wlz afgenomen. Dit komt doordat er nu slechts ouderen met een zwaardere behoefte aan zorg intramuraal wonen, waardoor de sfeer van de woonzorglocatie veranderd is naar een verpleeghuissfeer. Hierdoor gaan er minder vitale ouderen naar dergelijke woonzorglocaties om te eten of aan activiteiten deel te nemen. Daarnaast blijkt financiering van wijkgerichte functies binnen de Wlz lastig te zijn.

Funciemenging compenseert de afname van voorzieningen en bevordert ontmoetingen tussen mensen (Blokland, 2009). Het draagt bij aan een gevoel van veiligheid (van Gernerden & Staats, 2006).

Centrale voorziening voor informatie, advies en ondersteuning

Vanuit de huidige generatie ouderen is er behoefte aan een centraal informatieloket waar ouderen en hun naasten informatie, advies en ondersteuning kunnen krijgen over zorg-, woon- en welzijnsmogelijkheden, hoe ze daar in aanmerking voor kunnen komen en hoe de verschillende mogelijkheden gefinancierd kunnen worden (de Booy et al., 2018). Veel ouderen zijn niet op de hoogte van de beschikbaarheid van de verschillende soorten zorg en ondersteuning en of zij daarvoor in aanmerking komen (de Klerk et al., 2019). Onder ouderen met toenemende gezondheidsbeperkingen blijkt 55% niet te weten waar zij zorg, hulpmiddelen en diensten moeten aanvragen (Verkaik, Menting & Mariën, 2019). Veel informatie is *slechts via het internet beschikbaar*, terwijl nog steeds bijna een derde van de 75-plussers geen internet gebruikt (CBS, 2019a). Daarnaast wordt er vaak *vakjargon* in de beschikbare informatie gebruikt, waardoor het voor ouderen moeilijk te begrijpen is (Tuzgöl-Broekhoven et al., 2018).

Het is van belang dat er rekening wordt gehouden met de groeiende groep ouderen met een migratieachtergrond die vaak een taalbarrière heeft.

Uit hoofdstuk 1.4 bleek al dat ouderen weinig bereid zijn zich voor te bereiden op de toekomst en hun woning aan te passen of te verhuizen naar een geschikte woning in een geschikte woonomgeving (Daalhuizen et al., 2019a; de Groot et al., 2013; Doekhie et al., 2014; Gielen et al., 2013; Lager et al., 2016; Schilder et al., 2019). Een van de redenen hiervoor is gebrek aan kennis over hoe een optimale woon(zorg)omgeving eruitziet en waarom dat voor hen van belang is en wat de mogelijkheden zijn. Vooral lager opgeleide ouderen blijken minder bekend te zijn met nieuwe woon(zorg)concepten (Woonmonitor, 2015; Nouws, 2015; van Klaveren et al., 2018). Een andere reden is het ervaren gebrek aan ondersteuning bij het voorbereiden op de volgende levensfase (de Klerk et al., 2019).

Informatie over de mogelijkheden en voorlichtingscampagnes kunnen bijdragen aan het creëren van bewustwording onder ouderen over het belang van een geschikte woon(zorg)omgeving en het tijdig voorbereiden op de volgende levensfase. Ook is ondersteuning nodig om ouderen in hun voorbereiding op de volgende levensfase te kunnen ondersteunen.

Voorbeeld: creëren van bewustwording onder ouderen: Mijn huis op maat

Een initiatief dat inspeelt op de bewustwording van ouderen over het belang van veilig en comfortabel wonen is 'Mijn Huis op Maat'. Dit initiatief richt zich op zowel de ouderen zelf, als op gemeenten, corporaties, en zorg- en welzijnsinstellingen om de bewustwording van ouderen over de impact van een veilige woonomgeving te vergroten. Het biedt een informatiepakket over ouder worden en wonen, een gratis online Huistest, het trainen van professionals en vrijwilligers en workshops over technologie in huis.

Centrale educatievoorziening gezondheid en preventie

In het huidige beleid voor ouderen staan zelfredzaamheid en eigen regie centraal. Als ouderen ondersteuning of zorg nodig hebben, wordt van hen verwacht dat zij zelf deze ondersteuning of zorg organiseren. Voor het nemen van regie en het regelen van zorg en ondersteuning zijn gezondheidsvaardigheden nodig.

Echter beschikt slechts minder dan de helft (46,8%) van de 65-plussers over deze gezondheidsvaardigheden (Heijmans et al., 2018). Heldere en toegankelijke informatie en voorlichting is noodzakelijk voor het bevorderen van de gezondheidsvaardigheden van ouderen (Taskforce, 2018).

Een voorbeeld van een educatievoorziening, is voorlichting aan ouderen over het belang van bewegen. De koppeling tussen de fysieke beweegvriendelijke omgeving (hardware) en de organisatie van sport- en beweegactiviteiten, voorlichting, communicatie en begeleiding (software) is van groot belang bij de ontwikkeling van een beweegvriendelijke omgeving (Cammelbeeck et al., 2014). Ook voor het reduceren van spoedopnames van ouderen lijkt het zinvol om de gezondheidsvaardigheden van ouderen te versterken. Wanneer ouderen meer controle hebben over hun chronische ziekten en betere gezondheidsvaardigheden bezitten, zal herkenning van achteruitgang en anticipatie op verdere problematiek verbeteren (Buurman, 2019). Hierdoor kan (duurdere) zorg worden voorkomen of beperkt.

Voorlichting over gezondheid en preventieprogramma's, waarbij de focus ligt op een gezonde leefstijl en wat de oudere (nog wel) kan, zijn een belangrijk onderdeel van preventieve zorg voor ouderen. Ook hiervoor is het van belang dat er rekening wordt gehouden met de groeiende groep ouderen met een migratieachtergrond en een taalbarrière.

Voorbeeld: gezondheidsvoorlichting voor ouderen

Een mooi voorbeeld van het organiseren van gezondheidsvoorlichting voor ouderen is een pilot in Venserpolder (een deel van Amsterdam Zuidoost). In dit project werd het koffie-uurtje, dat al in het buurthuis goed liep, ook in het gezondheidscentrum georganiseerd. Hierdoor werd educatie in de vorm van korte gastlessen van de huisarts, diëtist of fysiotherapeut aangeboden. Daarbij was er in het gezondheidscentrum ook altijd een maatschappelijk deskundige vrijwilliger aanwezig, die meeluisterde en advies kon geven wanneer er vragen en problemen werden geobserveerd of ter sprake kwamen. Dit onderzoeksproject was onderdeel van het onderzoeksproject Positieve Gezondheid in Venserpolder (zie hoofdstuk 2.4).

Centraal meldpunt voor aanbod informele zorg en ondersteuning

Naast een algemeen punt met informatie over formele zorg en ondersteuning, benoemen Kremer, Parys & Verplanke (2019) de meerwaarde van een laagdrempelig meldpunt in de wijk waar attente mensen een melding kunnen maken wanneer zij zich zorgen maken over een buurtbewoner of hulp willen bieden. Digitale platforms spelen hier digitaal op in. Echter zijn juist veel kwetsbare ouderen niet digitaal vaardig om van deze initiatieven gebruik te maken.

Door het beschikbaar maken van een algemeen fysiek punt voor aanbod van informele zorg of ondersteuning in de wijk wordt de alledaagse attentie; de informele zorg in de wijk bevordert.

Aanbod en organisatie van activiteiten voor ouderen

Actief zijn in de derde en vierde levensfase is belangrijk voor de *zingeving*, *participatie* en daarmee de gezondheid van ouderen (Rantanen, 2014). Zingeving draait om wat het leven zin geeft; over wat het leven écht de moeite waard maakt en voor sommige ouderen hoe zij een *bijdrage* kunnen leveren aan de *maatschappij* (maatschappelijke participatie). Maatschappelijke participatie is een van de twee vormen van participatie. De andere vorm van participatie is gericht op *zelfontplooiing* zoals het bezoeken van een theater of het onderhouden van sociale contacten (Post, 2011). Een voorbeeld van maatschappelijke participatie is het doen van betaald - of vrijwilligerswerk. Vrijwilligerswerk is een georganiseerde vorm van maatschappelijke inzet in verenigingen en stichtingen. Ongeveer 40% van de 75-plussers doet vrijwilligerswerk (De Klerk et al., 2019). Er zijn ook minder formele verbanden zoals zogenaamde "burgerinitiatieven", "actief burgerschap" en "burgerkracht". Er wordt geschat dat ongeveer 25% van de 65-plussers bijdraagt aan burgerinitiatieven (van de Wijdeven, 2012). Daarnaast zijn er allerlei andere informele verbanden waarin ouderen actief zijn in clubjes en groepen. Voorbeelden hiervan zijn boekenclubs, wandel- en fiets groepen, kook- en bijbelgroepen en internetcommunities.

Het aanbod aan informele activiteiten en burgerinitiatieven in de buurt/wijk blijkt niet altijd goed in beeld te zijn (RVS, 2020). Informatie over informele activiteiten en burgerinitiatieven in de buurt/wijk zou van toegevoegde waarde zijn voor het vergroten van de participatie van ouderen.

Voor burgerinitiatieven op het domein van wonen, zorg en welzijn is een overzichtskaart te vinden op nlzorgtvoorelkaar.nl.

Dagbesteding is een manier om ouderen, met name in de vierde levensfase wanneer zelf activiteiten ondernemen moeilijker wordt, structureel activiteiten aan te bieden die bijdragen aan zingeving, een dagritme, structuur en ontmoeting en daarmee aan de kwaliteit van leven en gezondheid van ouderen. Hierdoor kunnen ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen (van Houten et al., 2017).

Veel ouderen in de derde levensfase hechten waarde aan van betekenis zijn voor de samenleving; ertoe te blijven doen (RVS, 2020). Vrijwilligerswerk, burgerinitiatieven en clubjes en dus deelname aan het openbare leven zijn dan nog een belangrijk onderdeel van het actieve leven. In de vierde levensfase gaat het veel meer om ontmoeten en betekenisvolle contacten, zingeving en activering van wat ouderen nog wel kunnen (Hinkema et al., 2019). Een aanbod en organisatie van activiteiten in de vorm van dagbesteding kan hieraan bijdragen.

Volgens de RvO (november 2019) en de RVS (2020) is een belangrijke voorwaarde voor actief blijven na pensionering dat ouderen zich op de derde levensfase *voorbereiden* door (vrijwillige) activiteiten te vinden die het dagelijks leven vorm gaan geven in de derde levensfase. Een goede voorbereiding op de derde levensfase draagt bij aan een langer durende derde levensfase (zonder beperkingen) en een vierde levensfase met minder beperkingen (RVS, 2020).

Samenwerking en ondersteunend contact met andere generaties (bijvoorbeeld in de opvoeding, het onderwijs en de begeleiding) worden als een belangrijk onderdeel van activiteiten van ouderen gezien (RVS, 2020). Op die manier kunnen ouderen ook voor andere generaties iets betekenen met hun kennis, ervaring en talenten.

Het ontwikkelen van intergenerationele activiteiten en voorzieningen (zoals ondersteuning in opvoeding of onderwijs) draagt bij aan zingeving en participatie van ouderen en benut tegelijkertijd het potentieel van ouderen.

Concept: woonservicegebieden

“Een woonservicegebied is zo ingericht dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen te midden van anderen, zodat een levensloopbestendige leefomgeving ontstaat” (de Kam & Leidelmeijer, 2019).

Een woonservicegebied is een dorp of wijk waar wonen, zorg en welzijn op elkaar worden afgestemd doordat verschillende partijen gezamenlijk voor een gebiedsgericht aanbod van voorzieningen zorgen.

Samenwerking tussen de verschillende partijen is cruciaal. Inmiddels bestaan er al meer dan 100 woonservicegebieden in Nederland, welke erg van elkaar verschillen en waar al 20 jaar ervaring mee op is gedaan. Een woonservicegebied bestaat idealiter uit een aantal onderdelen, te verdelen in hardware (fysieke objecten en omstandigheden) en software (zoals diensten en samenwerkingsverbanden) (de Kam & Leidelmeijer, 2019). Zo is er in woonservicegebieden extra geïnvesteerd in aanpassingen van woningen, waardoor de vraag naar thuiszorg lager is dan in controle gebieden.

Hardware

- Een geschikte woning of woonvorm
- Een geschikte woonomgeving
- Openbare ruimte
- Voorzieningen voor haaldiensten
- Ontmoetingsplekken
- Doorstroommogelijkheden naar meer beschermde of beschutte woonvormen.

Software

- Wijkteam
- Wijkverpleegkundige
- Thuiszorg
- Huishoudelijke hulp
- Activiteiten
- Diensten en services aan huis
- Informatie en advies
- Netwerk van vrijwilligers
- Ondersteuning van mantelzorg
- Vervoersvoorzieningen
- Kanalen voor betrokkenheid en zeggenschap
- Monitoring van uitkomsten op cliëntniveau

De Kam en Leidelmeijer (2019) benadrukken het belang van ouderenparticipatie: ouderen zelf mee te laten denken in de ontwikkeling van (lokaal) beleid, aangezien er een grote diversiteit binnen de ouderenpopulatie is. Dit geldt voor zowel de kracht als kwetsbaarheid van ouderen. Door met ouderen in gesprek te gaan worden hun behoeften duidelijk. Woonservicegebieden voldoen aan de behoeften en wensen van ouderen onder andere door de aanwezigheid van een infrastructuur voor wonen en welzijn, de organisatie van activiteiten en diensten, voorzieningen in de buurt en geschikte en aangepaste woningen.

In de woonservicegebieden is dus ook expliciet aandacht voor de fysieke, functionele en sociale kenmerken van de optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen.

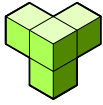
Drie typen woonservicegebieden

Er worden 3 typen woonservicegebieden onderscheiden; een *zonaal woonservicegebied* waarbij er een combinatie van verschillende typen wooncomplexen met levensloopbestendige woningen met reguliere woningen binnen 200-300 meter van een zorgcentrum staan. Het zorgcentrum staat in dit type woonservicegebied los van het wijk(winkel)centrum. Het *STAGG-woonservicegebied* bestaat uit een multifunctioneel wijkcentrum met haal- en brengdiensten, informatie en coördinatie en een wijkwinkelcentrum. Daaromheen liggen zowel geclusterde zorgwoningen, beschermde en verzorgde woonvormen en levensloopbestendige woningen met looproutes door de wijk naar het multifunctioneel wijkcentrum. Het *netwerk-woonservicegebied* focust minder op de gebouwde voorzieningen in een wijk, maar meer op de aanwezigheid van een gecoördineerd netwerk van zorg- en welzijnsdiensten.

Effectiviteit van woonservicegebieden (de Kam et al., 2012; de Kam & Leidelmeijer, 2019)

Uit effectonderzoeken naar de effecten van woonservicegebieden blijkt dat:

- ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen.
- ouderen minder verhuizen naar andere zelfstandige woningen en naar instellingen.
- ouderen vaker in een geschikte woning en dichterbij OV en woonzorglocaties wonen.
- het percentage kwetsbare ouderen dat zelfstandig woont hoger is dan in controlewijken.
- ouderen minder vaak in het ziekenhuis worden opgenomen.
- ouderen bij toenemende beperkingen beter met hun problemen om kunnen gaan (coping) en hun welbevinden minder hard achteruitgaat
- ouderen minder gebruik maken van thuiszorg



2.3.3 Sociale dimensie

Naast de eerder besproken fysieke en functionele kenmerken, wordt de geschiktheid van de woonomgeving ook bepaald door sociale kenmerken; het sociale contact tussen buurtbewoners, de betrokken- en verbondenheid en daarmee ook de bereidheid om te zorgen voor elkaar.

De fysieke kenmerken van een buurt en de functionele kenmerken van een buurt (de aanwezigheid van voorzieningen) beïnvloeden de sociale kenmerken van een buurt en daarmee de geschiktheid van de woon(zorg)omgeving (Daalhuizen et al., 2019a).

Zo blijkt dat ongeplande ontmoetingen vaker voorkomen en participatie en betrokkenheid groter is in *voetgangers-georiënteerde* buurten, dan in buurten met druk verkeer (Leyden, 2003). Ook creëren voorzieningen in de buurt een mogelijkheid voor ontmoeting (Höppner & Arnold, 2013).

Veranderende samenleving

Niet alleen het denken over ouder worden en gezondheid verandert, ook het denken over formele en informele zorg verandert. Het andere denken zorgt voor een nieuwe kijk op de zorg voor ouderen (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020). Het dient zorg te zijn die aansluit bij de *behoeften* van ouderen zelf en hun verantwoordelijkheid voor hun eigen leven. Die bijdraagt aan het vermogen van ouderen om te leven zoals zij zelf willen en, gezien hun mogelijkheden, kunnen leven (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020). Ook het denken over eigen verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid van de overheid verandert. Vaak wordt gesteld dat er sprake is van een verschuiving van een *klassieke verzorgingsstaat* in de richting van een *participatiemaatschappij* waarbij zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid en het blijven meedoen (participeren) centraal staan en de rol van de overheid in zorg en ondersteuning afneemt (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens & Verplanke, 2018; Brink, 2013; Verschoor, 2015). Men vindt vaker dat familie, vrienden of buren elkaar zouden moeten helpen. Ook vanwege het toenemend tekort aan formele professionals wordt het sociale netwerk als vangnet steeds belangrijker voor zorg en ondersteuning van ouderen (Hinkema et al., 2019). Het beleid gericht op het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen benadrukt de rol van de wijk in het bieden van informele hulpbronnen. In Nederland zijn er jaarlijks 4,4 miljoen mantelzorgers actief (Ministerie van VWS, 2018). Ook in het Programma Langer Thuis is mantelzorg een belangrijke pijler om ouderen langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen. Toch vindt nog steeds de meerderheid van de Nederlandse bevolking dat de zorg voor ouderen de verantwoordelijkheid is van de overheid. Informele zorg en ondersteuning zou vooral aanvullend op formele zorg en ondersteuning moeten zijn (de Klerk et al., 2017).

Sociale cohesie in de buurt/wijk

Niet voor iedereen is zelfredzaamheid alleen mogelijk, zeker niet voor kwetsbare ouderen. Daarnaast neemt het aantal eenzame ouderen toe. Steeds vaker hebben ouderen geen kinderen of geen kinderen in de buurt wonen. Ook neemt het aantal alleenwonende ouderen en eenzame ouderen toe. Kwetsbare ouderen brengen tot 90% van hun tijd door in en direct rondom hun woning en hebben vaak een kleiner sociaal netwerk door het wegvallen van werk en soms verlies van een partner of dierbaren (Van den Berg et al., 2015; Hinkema et al., 2019). In Nederland bevindt 60% van de belangrijkste relaties die ouderen hebben, zich in de wijk (Thomése & van Tilburg, 2000). Daarnaast blijkt dat ouderen met beperkte financiële middelen en met een vermindering in ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) ook meer afhankelijk worden van hun wijk om sociaal contact te hebben. Het begrip 'samenredzaamheid' of 'collectieve zelfredzaamheid' is voor hen van groot belang. Hierbij kan iemand als individu verminderd zelfredzaam zijn, maar met hulp van een netwerk toch zonder hulp van de overheid meedoen in de samenleving (Brink, 2013).

De buurt en buurtgerichte relaties worden voor kwetsbare ouderen met een klein sociaal netwerk steeds belangrijker voor de sociale verbondenheid en als vangnet om op terug te vallen (Daalhuizen et al., 2019a). Het vergroten van de samenredzaamheid door het bevorderen van de sociale cohesie (sociale verbondenheid) in de buurt/wijk is specifiek voor kwetsbare ouderen van groot belang.

Over het begrip *sociale cohesie* is geen overeenstemming in de literatuur. Met sociale cohesie worden meestal “de collectieve verbanden in de samenleving” bedoeld ofwel “de onderlinge relaties tussen buurtgenoten” (Cramm, van Dijk, & Nieboer, 2013). Een begrip dat in dit verband ook vaak wordt gebruikt is *sociaal kapitaal*.

“Sociaal kapitaal is de aanwezigheid van sociale netwerken en interacties die bijdragen aan vertrouwen en de wederkerigheid van burgers” (Putnam et al., 2000).

Sociaal kapitaal gaat over het verkrijgen van ondersteuning via informele relaties zoals van burens (Cramm et al., 2013). Beide begrippen hebben overlap en worden regelmatig door elkaar gebruikt.

Voorbeeld: modern nabuurschap: stadsdorpen

“Een stadsdorp is een initiatief van en voor bewoners in een buurt met het doel modern nabuurschap te bewerkstelligen” (Stadsdorpen Amsterdam, 2014). Het concept is gebaseerd op het Village to Village Network (uit de VS) waarbij ouderen er met elkaar voor willen zorgen dat zij lang actief, gezond en veilig thuis kunnen blijven wonen. Sinds 2010 zijn er in Amsterdam al bijna 30 stadsdorpen ontwikkeld. Door de grote diversiteit in bewoners en buurten is de verscheidenheid tussen de stadsdorpen groot. Dit is onder meer terug te zien in het soort diensten dat wordt aangeboden binnen het stadsdorp. Zo heeft het Amsterdamse stadsdorp Zuid structurele afspraken gemaakt met een thuiszorgorganisatie, en hebben zij een professional in dienst voor de coördinatie van zorgvragen van de leden. Andere stadsdorpen hebben minder structurele samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders. Onderzoek binnen één van de stadsdorpen laat zien hoe de leden niet zozeer verwachten om zorg en ondersteuning te ontvangen van buurtgenoten, maar wel hopen hun sociale contacten in de buurt te versterken (Metze et al., 2016).

Kremer et al. (2019) deden onderzoek naar of en hoe mensen in een superdiverse wijk voor elkaar zorgen. In een superdiverse wijk wonen door migratie veel mensen van verschillende afkomst. De sociale cohesie in een wijk blijkt af te nemen wanneer de wijk diverser is. Toch blijkt uit onderzoek ook dat mensen met een migratieachtergrond vaker bereid zijn voor hun burens te zorgen (Kremer et al., 2019). Onder zorgen voor elkaar wordt in de studie van Kremer et al. (2019) niet zo zeer lichamelijke hulp bedoeld, maar allerlei lichte vormen van zorg zoals een groet of een praatje. Burenszorg blijkt vooral gericht te zijn op “lichte en structurele zorg” of “lichte en incidentele zorg”. Hiermee verschilt burenszorg van zorg die door de familie geleverd wordt; die vaker ook zware zorg, zowel incidenteel als structureel leveren.

Kremer et al. (2019) introduceerden het begrip “*alledaagse attentheid*”, wat inhoudt dat;

“Mensen signaleren of een ander een helpende hand nodig heeft, die dan ook bieden of tenminste zorgen dat iemand anders die biedt.”

Alledaagse attentheid is vaak incidenteel en maakt het dagelijks leven wat prettiger. Alledaagse attentheid is een vorm van sociale cohesie. Er zijn vele verschillende vormen van sociale cohesie in een buurt en wijk. Van ongewenste sociale spanningen, anonimiteit, publieke familiariteit, alledaagse attentheid, onderlinge zorg naar verplichte zorgzaamheid (Kremer et al., 2019). De meeste mensen wensen niet de uitersten in sociale cohesie; een verplichte zorgzaamheid of sociale spanningen. Daarentegen zijn de tussenvormen van sociale cohesie wel mogelijk en wenselijk en zal dit per persoon en per buurt, wijk of stad verschillen. Ook verandert dit met de tijd.

Attentheid in de buurt/wijk kan volgens Kremer et al. (2019) op verschillende manieren gestimuleerd worden door;

- 1) het *veranderen van de bevolkingssamenstelling*; bijvoorbeeld door een aantrekken van hogere inkomens met koopwoningen waardoor de criminaliteit en sociale spanningen afnemen.
- 2) de openbare en gebouwde omgeving *toegankelijk voor iedereen* te maken en *ontmoetingen te stimuleren*.
- 3) het betrekken van informele en commerciële partijen als de supermarkt en de kringloopwinkel met een informele ondersteunende rol bij de overleggen van professionele zorg- en welzijnspartijen in de wijk.
- 4) het creëren van een *laagdrempelig meldpunt (voor vraag én aanbod van zorg en ondersteuning)* in de wijk waar attente mensen een melding kunnen maken wanneer zij zich zorgen maken over een buurtbewoner of hulp willen bieden.
- 5) het *betrekken van burens* door zorgprofessionals.

Volgens Kremer et al. (2019) heeft een *attente plek* 3 eigenschappen;

- 1) fysieke laagdrempeligheid waar contact mogelijk is,
- 2) uitnodigend voor iedereen, ongeacht leeftijd of achtergrond
- 3) personeel dat contact maakt.

Stimuleren en faciliteren van ontmoetingen

Volgens de RVS (2015) wordt de sociale cohesie in een buurt vooral bepaald door (toevallige) ontmoetingen (korte contacten) in de openbare ruimte, meer nog dan de netwerken die men in de buurt heeft (RVS,2015). Korte, oppervlakkige ontmoetingen tussen buurtgenoten kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven en het gevoel erbij te horen, doordat herhaaldelijke contacten mensen vertrouwen over hun omgeving kunnen geven (Bredewold, 2014). Wanneer deze vertrouwdheid aanwezig is blijkt de bereidheid om elkaar te steunen groter dan wanneer het vertrouwen niet aanwezig is (van Gemerden & Staats, 2006). Ouderen die fijne contacten in de buurt hebben, voelen zich minder vaak eenzaam en vaker veilig (Vermeij, 2016). Ontmoetingen kunnen op vele manieren worden gefaciliteerd. Een belangrijke voorwaarde is het creëren van een *toegankelijke en veilige woonomgeving*. *Groen en open groene ruimten* in de wijk dragen bij aan sociale cohesie door het stimuleren van sociale interactie; het kennen van buurtgenoten, het vergroten van sociale betrokkenheid en gemeenschapsgevoel. Gemeenschapsgevoel wordt bevorderd wanneer bewoners zich thuis voelen, sociale banden hebben, een binding hebben met de plaats en wanneer de omgeving toegankelijk is (Kim en Kaplan, 2004). Groen in de buurt/wijk kan de emotionele binding en de identificatie met de buurt/wijk vergroten. Hierdoor neemt eenzaamheid af en nemen vertrouwen in anderen, de sociale steun en participatie toe (Prezza, Amici, Roberti & Tedeschi, 2001; Leyden, 2003; Kim & Kaplan, 2004; Maas et al., 2009). *Tuinieren in de voortuin of een balkon* blijkt ook contact met buurtgenoten te vergroten. De afscheiding tussen de tuin en de openbare ruimte (een heg of een hekje) geeft een veilig gevoel, waardoor sociaal contact gestimuleerd wordt (Annink, 2018). Een veilig gevoel is van groot belang voor het aangaan van sociale contacten (van Gemerden & Staats, 2006). Door het plaatsen van *bankjes* in de openbare ruimte wordt ook ontmoeting gestimuleerd. Het hebben van een *hond* kan sociale contacten faciliteren. Daarnaast kunnen honden bijdragen aan zingeving in het leven, aan een dagelijkse structuur en dagelijkse fysieke activiteit (Scheibeck, Pallauf, Stellwag & Seeberger, 2011). Ook dragen *semi-publieke ruimten*, ook

wel *drempelzones* genoemd, bij aan sociale cohesie door het creëren van omgevingen waarin ouderen zich veilig voelen en uitgenodigd worden sociaal contact te hebben (RVS, 2015). Zo creëren een *bankje* op de *galerij* en een *gemeenschappelijk trappenhuis* de mogelijkheid voor sociaal contact met buurtgenoten. Ook de *gemeenschappelijke ruimte* in het gebouw of een *gemeenschappelijke (moes)tuin* zijn waardevolle plekken om (veilig) contact te maken met buurtgenoten. Door *voorzieningen* in de wijk, wordt niet alleen de beschikbaarheid en bereikbaarheid van voorzieningen vergroot, ook wordt de kans op ontmoetingen vergroot (Blokland, 2009). Voorbeelden van dergelijke voorzieningen zijn winkels, sportvoorzieningen, een bibliotheek, horecagelegenheden, een gebedshuis en welzijnsvoorzieningen zoals een buurtcentrum of dagopvang (van den Berg et al., 2015). Voorbeelden zoals de supermarkt en de kringloopwinkel worden ook wel “third places” genoemd en zijn plekken die primair niet gericht zijn op ontmoeting maar indirect ontmoeting faciliteren (Kremer et al., 2019). Ook dragen de organisatie van *gezamenlijke activiteiten* en het creëren van *kanalen voor betrokkenheid en zeggenschap* bij aan de sociale interactie tussen buurtgenoten. Het vergroot het netwerk van ouderen, houdt hen actief en draagt daarmee bij aan participatie en zingeving (RVZ, 2015). Het kunnen informele activiteiten zijn in de vorm van clubjes, groepen en activiteiten georganiseerd voor en door buurtbewoners vanuit een buurthuis of woon(zorg)concept. Daarnaast kunnen het activiteiten zijn vanuit buurtinitiatieven en gericht op ouderenparticipatie.

Ontmoeting kan op vele manieren door de fysieke omgeving gestimuleerd worden. De inrichting van de openbare ruimte zoals het plaatsen van bankjes, de aanwezigheid van groen, het creëren van semi-publieke ruimten (zoals een gemeenschappelijke tuin, galerij, trap of ingang) en de aanwezigheid van voorzieningen vergroten de kans op ontmoeting. Ook draagt de organisatie van activiteiten en het creëren van kanalen voor betrokkenheid en zeggenschap zoals het organiseren van ouderenparticipatie in buurtinitiatieven bij aan sociale interactie en het creëren van een sociaal netwerk.

Concept: Buurtcirkel

Buurtcirkel is een zorgconcept dat door organisatie Pameijer in Nederland is geïntroduceerd. Het heeft als doel kwetsbare mensen met een ondersteuningsbehoefte elkaar te laten ondersteunen onder begeleiding van een coach. Aanvankelijk werden Buurtcirkels opgezet voor mensen met een verstandelijke, psychische, psychiatrische of psychosociale beperking die een netwerk in de buurt vormden. Sinds 2017 hebben organisatie Pameijer en zorg- en welzijnsorganisatie Aafje, ‘Buurtcirkels’ opgezet, specifiek voor eenzame ouderen. Zo kunnen ouderen elkaar helpen met de tuin, boodschappen doen of gezamenlijk activiteiten ondernemen. Het zorgconcept heeft als doel het opbouwen van een buurtnetwerk en het stimuleren van mantelzorg zodat er minder zorgvraag naar professionals gaat en de zelfredzaamheid vergroot wordt. Uit onderzoek blijkt dat de belangrijkste toegevoegde waarde van Buurtcirkels de uitbreiding van het netwerk en het stimuleren van sociale activiteiten is, waardoor de kwaliteit van leven van de ouderen verbetert (Weltevrede, van den Heerik, Wolff, de Boom & Seidler, 2017).

Intergenerationeel contact

Door de veranderende samenleving waarin steeds minder vaak meerdere generaties in een huis wonen en ouderen vaker met generatiegenoten wonen, zijn er minder contacten tussen de verschillende generaties. Niet alleen voor ouderen zijn sterke banden tussen generaties goed, ook voor de jongere generaties is dit van toegevoegde waarde doordat ze van betekenis kunnen zijn voor – en kunnen leren van ouderen (Aedes-Actiz, 2013). Ook ouderen kunnen en willen vaak op allerlei domeinen een maatschappelijke bijdrage leveren met hun kennis, ervaring en talenten (RVS, 2020).

Sterke gemeenschappen kenmerken zich door sterke banden tussen generaties (Aedes-Actiz, 2013). Het stimuleren van ontmoetingen tussen generaties is dus van groot belang voor het gemeenschapsgevoel, de sociale inclusiviteit, zingeving en participatie en daarmee de gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen (WHO, 2007a; Annink, 2018; Beter Oud 2015).

Sociaal contact tussen verschillende generaties kan op verschillende manieren door de woon(zorg)omgeving worden bevorderd. Een aantal voorbeelden hiervan zijn het intergenerationeel wonen, de gemeenschappelijke intergenerationele tuinen en de organisatie van activiteiten voor jong en oud.

Voorbeelden: intergenerationele projecten in wonen, zorg en welzijn

Aedes Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg maakte een overzicht van inspirerende voorbeelden van intergenerationele projecten in wonen, zorg en welzijn (Aedes Actiz kenniscentrum Wonen-Zorg, 2011). Intergenerationele projecten hebben als doel verschillende generaties te verbinden om zo begrip en waardering tussen generaties te stimuleren, met elkaar samen te werken en van elkaar te leren (Both, 2014). Twee voorbeelden zullen hier worden uitgelicht.

Generatietuin Den Haag

In 2011 is in Den Haag de eerste generatietuin geopend waarin ouderen met kinderen van naschoolse opvang of een school gezamenlijk tuinieren. Naar aanleiding van dit initiatief is er een handboek gemaakt voor het ontwikkelen van een generatietuin (Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, 2018).

De Nieuwe Nachtegaal

In Rotterdam in de wijk Charlois, is sinds 2007 een voormalig verzorgingstehuis omgebouwd tot multifunctionele plek voor de hele buurt waar ouderen en jongeren elkaar ontmoeten; De Nieuwe Nachtegaal. Ook aan de realisatie van De Nieuwe Nachtegaal hebben jong en oud samengewerkt. Zo leerden leerlingen van gepensioneerde bouwvakkers tijdens de verbouwing van het voormalig verzorgingstehuis. In het multifunctionele gebouw staan wonen, werken, leren en zorg centraal waarbij op natuurlijke wijze jongeren en ouderen elkaar ontmoeten. Zo wordt er huiswerkbegeleiding georganiseerd, worden wekelijks activiteiten in de Thuiskamer georganiseerd door studenten en wordt er met producten uit de eigen biologische tuin wekelijks een buurthap bereid.

Het thuisgevoel in de buurt/wijk – vertrouwdheid en veiligheid

Naast de woning, kan ook de sociale dimensie van de buurt/wijk bijdragen aan het thuisgevoel door het bevorderen van *betekenisvolle relaties* in en/of om de woning. Objecten, activiteiten en interactie met anderen kunnen bijdragen aan het thuisgevoel van ouderen in de wijk (Annink, 2018). Het gevoel erbij te horen is van groot belang voor het thuisgevoel. “Erbij horen” betekent dat de woonzorgomgeving *toegankelijk* is, ook voor ouderen met beperkingen. Openbare plekken waar

ontmoeting plaats vindt, dragen bij aan het thuisgevoel. Een wijkhuis of buurtcentrum zijn hier voorbeelden van. Een veilig en vertrouwd gevoel met de buurt draagt bij aan participatie van ouderen met beperkingen (van Klaveren et al., 2018).

Het thuisgevoel, is een vaak genoemde reden door ouderen om niet te willen verhuizen (Folsche & Beerepoot, 2018). Door geschikte woningen in dezelfde buurt/wijk aan te bieden als alternatief voor ongeschikte woningen zou het verhuisgedrag van ouderen bevorderd kunnen worden.

Sociale technologie voor sociaal contact, hulp en informele zorg

Steeds vaker worden sociale technologieën zoals digitale platforms gebruikt, ook voor en door ouderen. In de toekomst kan worden verwacht dat deze digitale platforms meer en op buurt-wijkniveau gebruikt zullen worden om contact, hulp en informele zorg voor (kwetsbare) ouderen te faciliteren. Uit pilots zoals de LeeftSamen app is gebleken dat mensen snel afhaken wanneer er te veel eisen en verplichtingen gesteld worden (Hinkema et al., 2019). Begeleiding in het gebruik van sociale technologie is daarnaast een randvoorwaarde voor het succesvol inzetten van digitale technologieën (RvO, juli 2020).

Een belangrijke voorwaarde voor het daadwerkelijk gebruik maken van digitale platforms is laagdrempeligheid en goede begeleiding in het gebruik.

Voorbeeld: Wehelpen.nl: een platform waarmee mensen elkaar kunnen vinden en elkaar kunnen helpen.

Via de website wehelpen.nl kunnen mensen elkaar in de buurt om hulp vragen, hulp aanbieden of samen in een besloten kring hulp organiseren voor een naaste. Het is niet alleen een platform dat informele zorg faciliteert, maar tevens een praktische tool voor het verbinden van formele en informele hulp. [Stichting Wijzelf](http://StichtingWijzelf.nl) is een voorbeeld van een platform voor vraag en aanbod van betaalde hulpdiensten.

Concept: Blue Zones

Begin deze eeuw werd door een groep onderzoekers onder leiding van Dan Buettner, geconstateerd dat er een aantal gebieden, zogenaamde 'blue zones', op aarde zijn waar de inwoners opvallend oud worden en ook gezonder oud worden (Buettner & Skemp, 2016). Zo blijken er in deze Blue Zones meer 100-jarigen te wonen. Het team definieerde een aantal factoren die bijdragen aan het gezond oud worden. Een aantal kenmerken van de Blue Zones staan hieronder genoemd:

- (onbewust) bewegen
- een doel hebben
- rustmomenten en ontspanning nemen
- gezonde, voornamelijk plantaardige voeding (80% regel; niet meer eten dan tot 80% opvulling van de maag)
- sterke sociale netwerken (met familie en in de gemeenschap)

Veel van deze kenmerken zien we ook weer terug in het concept *positieve gezondheid*. Een optimale woon(zorg) omgeving draagt ook bij aan deze kenmerken.

2.4 Optimale zorg en welzijn

Om de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' te bieden, is het van belang om enerzijds te weten hoe die 'plek' eruit zou moeten zien. Hierop is uitgebreid ingegaan in de voorafgaande hoofdstukken. Anderzijds is het ook van belang dat 'de juiste zorg' wordt geboden: zorg die aansluit bij de behoeften van ouderen en die hen in de thuisituatie ondersteunt en waar nodig activeert. Dit vraagt om *integrale, preventieve, proactieve zorg* die onderdeel is van een optimale woon(zorg) omgeving.

Vormen van zorg en ondersteuning

Er zijn vele formele vormen van zorg en ondersteuning in Nederland welke onder verschillende wetten vallen; de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Elke vorm heeft zijn eigen toegangseisen (de Klerk et al., 2019). Per wet is een andere instantie verantwoordelijk voor de zorg en financiering. Zo wordt de zorg vanuit de Wmo 2015 geregeld en gefinancierd door de gemeente, wordt de wijkverpleging geregeld door een thuiszorginstelling en gefinancierd door de zorgverzekeraars en wordt de zorg onder de Wlz geregeld en gefinancierd via het zorgkantoor. De zorg vanuit de zorgwetten kan op twee manieren worden geleverd; als *zorg in natura*; waarbij de zorgaanbieder alles regelt. En via *persoonsgebonden budget (PGB)*, waarbij de oudere een budget heeft waarmee hij/zij zelf zorg inkoop. De zorg en ondersteuning thuis valt grotendeels onder de Zvw en de Wmo 2015. In de Wlz bestaan er 3 vormen *zorg in natura*; verblijf (wonen in een zorginstelling), Volledig Pakket Thuis (VPT; alle zorg thuis van 1 zorgaanbieder) en Modulair Pakket Thuis (MPT; waarbij onderdelen van het zorgprofiel aan huis worden geleverd en de oudere ervoor kan kiezen zorg via meerdere zorgaanbieders te regelen). Zorg vanuit de Wet langdurige zorg wordt dus niet alleen in een instelling, maar ook thuis geleverd.



Figuur 14: Schematische weergave van de beschikbare vormen van zorg en ondersteuning.

Bron figuur: De Klerk et al. (2019) geraadpleegd via www.scp.nl

Met het langer zelfstandig thuis wonen, krijgen steeds meer ouderen ook in de thuissituatie te maken met zorg en ondersteuning, zowel formele als informele zorg en zowel particulier gefinancierde als publiek gefinancierde zorg. De NZa (2018) heeft de verschillende vormen van publiek gefinancierde zorg in zwaarte onderverdeeld in het zorgtredenmodel dat bestaat uit 6 zorgtreden (gebaseerd op het zorgtredenmodel van het SCP).

Zorgtrede 1: Gebruik van eerstelijnszorg.

Zorgtrede 2: Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname.

Zorgtrede 3: WMO-ondersteuning (vooral huishoudelijke hulp, hulpmiddelen).

Zorgtrede 4: Tijdelijke (< 3 maanden) persoonlijke verzorging of verpleging thuis (wijkverpleging) en/of korte opvang in tehuis.

Zorgtrede 5: Structurele (> 3 maanden) persoonlijke verzorging of verpleging thuis (wijkverpleging) en/of korte opvang in tehuis.

Zorgtrede 6: Residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis of verpleeghuiszorg thuis (VPT/MPT).

Hoe hoger de zorgtrede, des te hoger de zorgzwaarte, des te afhankelijker de patiënt en des te hoger de gemiddelde zorguitgaven per zorgtrede. De gemiddelde zorguitgaven van ouderen die zelfstandig thuis wonen zijn drie keer lager dan de zorguitgaven van ouderen die niet meer zelfstandig wonen (zorgtrede 6) (NZa, 2018).

Driekwart van de thuiswonende 65-plussers maakt alleen van de lichte (zorgtrede 1 en 2) publiek gefinancierde zorgvormen gebruik (NZa, 2018).

Verschillende lichtere vormen van zorg thuis, zoals huishoudelijke hulp en wijkverpleging, zowel met als zonder informele hulp, hebben een grote invloed op het voorkomen van zwaardere en duurdere vormen van zorg zoals spoedopnames en opname in een verpleeghuis (Woittiez, Eggink & Verbeek-Oudijk, 2019).

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (2019) maakte een simulatie van de consequenties van het wegvallen van verschillende vormen van zorg en ondersteuning aan de hand van data tussen 2014-2016 (Woittiez, et al., 2019);

- Wanneer de wijkverpleging zou wegvallen, zou dit leiden tot een mogelijke toename van 55.000 ouderen die naar het verpleeghuis moesten verhuizen.
- En bij het wegvallen van huishoudelijke hulp, zouden 15.000 ouderen naar het verpleeghuis moeten verhuizen

Het lijkt dan ook aannemelijk dat een verdere toename in (lichtere) zorgmogelijkheden thuis in de eigen leefomgeving, de behoefte aan zwaardere vormen van zorg zoals verpleeghuiszorg nog verder zal afnemen. Nader onderzoek zou hierover opheldering kunnen geven (Hinkema et al., 2019). Daarnaast blijkt dat door publieke zorg bij mensen thuis te beperken, de vraag naar informele zorg en zelf betaalde hulp zal toenemen (Woittiez et al., 2019). Echter is de druk op mantelzorgers groot en zal deze druk in de toekomst alleen maar toenemen, vooral in de krimpgebieden (Kooiker et al., 2019). De vraag is dan ook of er aan de vraag naar informele (mantel)zorg kan worden voldaan. Ook blijkt dat een hoger psychisch welbevinden, door bijvoorbeeld meer welzijnsvoorzieningen in te zetten of te investeren in de geestelijke gezondheidszorg, ervoor zorgt dat er minder begeleiding vanuit de Wmo 2015 nodig is (Woittiez et al., 2019). Om de zorgkosten te beperken wordt er echter vaak bezuinigd op de lichtere vormen van zorg en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp.

De lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de thuissituatie zijn in de toekomst noodzakelijk om de zorg en de financiële houdbaarheid te waarborgen (Woittiez et al., 2019).

De juiste zorg op de juiste plek: meer zorg naar of dicht bij huis

De beweging 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' heeft als doel de zorg ook in de toekomst *betaalbaar, toegankelijk* en *kwalitatief* te houden. Dit geldt ook voor de zorg voor ouderen. De essentie van de beweging is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg naar (dicht bij) mensen thuis en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health) (Taskforce, 2018). Tegelijkertijd is het ook een uitdaging om zorg thuis effectief en efficiënt te kunnen leveren (Homan et al., 2019). Er zijn verschillende vormen van zorg voor ouderen (dicht bij) thuis.

Monitoring thuis

Uit onderzoek naar de spoedzorg in Noord-Holland en Flevoland blijkt dat 24 % van de ouderen dat zich jaarlijks op een Spoed Eisende Hulp (SEH) meldt, zou kunnen worden voorkomen door monitoring thuis (e-health) en goede wijkverpleging (Winkel & de Kousemaeker, 2017). Nader onderzoek naar onder andere de effectiviteit, veiligheid en toegankelijkheid van thuismonitoring bij ouderen is noodzakelijk.

Voorbeeld: Virtual Ward: een technologisch zorgplatform dat de patiënt thuis verbindt met het gehele zorgnetwerk

Cordaan en OLVG zijn in samenwerking met de huisartsen in Amsterdam en ondersteund door het Zilveren Kruis bezig met de ontwikkeling van de Virtual Ward. Op 24 juni 2020 is de Virtual Ward van start gegaan. Het platform faciliteert samenwerking tussen zorgprofessionals uit de thuiszorg, eerste lijn en ziekenhuis en zorgt voor continue actuele overdracht. Hierdoor kan zorg naar huis verplaatst worden, kan zorg voorkomen worden en krijgt de patiënt meer regie. Daarnaast hoeft de patiënt niet telkens opnieuw zijn verhaal te doen of diagnostische procedures door te lopen en worden tegenstrijdige adviezen voorkomen. Dit moet leiden tot een betere patiëntbeleving, meer zorg op maat en daarmee betere uitkomsten en het doelmatig inzetten van zorgprofessionals dat antwoordt geeft op het groeiende personeelstekort en bijdraagt aan kostenefficiëntie. Het richt zich in eerste instantie op drie patiëntengroepen/ ziektebeelden: hartfalen, COPD en kwetsbare ouderen. Een voorbeeld van samenwerking en thuismonitoring is dat een wijkverpleegkundige een foto upload en vervolgens een consult vraagt aan andere specialisten. Daarnaast kan een zorgprofessional regelmatig vragenlijsten afnemen en de patiënt monitoren. Wanneer de situatie van de patiënt dreigt te verslechteren, kan de monitoring toenemen en kunnen adviezen worden aangepast en indien nodig tijdig worden ingegrepen (Inholland hogeschool, 2020; Skipr, 2019).

Toename verpleeghuiszorg thuis

Steeds meer verpleeghuiszorg wordt bij ouderen thuis (via VPT, MPT en PGB) geleverd, met grote verschillen tussen regio's (Zorginstituut Nederland, 2019; Hinkema et al., 2019; Faessen & Willems, 2019). Deze verpleeghuiszorg thuis neemt met name toe in geclusterde woon(zorg)concepten en kleinschalige wooninitiatieven, waarbij de oudere zelf verantwoordelijk is voor de woning en alleen zorg afneemt (Zorginstituut Nederland, 2019). Aannemelijk is dat het langer zelfstandig thuis wonen hier invloed op heeft, maar wellicht ook de toenemende wachtlijsten voor verpleeghuizen.

Nader onderzoek zou moeten worden verricht naar de oorzaken van de toename van verpleeghuiszorg thuis en welke factoren kunnen bijdragen aan het bieden van meer verpleeghuiszorg thuis.

Hospital at home care – ziekenhuiszorg aan huis

Een acute opname in het ziekenhuis heeft een grote impact op ouderen, zeker op ouderen met een cognitieve beperking (zoals dementie). Ten gevolge van een ziekenhuisopname ontstaan regelmatig complicaties zoals een delier en functieverlies. Ziekenhuiszorg aan huis heeft als doel de bijwerkingen van een acute ziekenhuisopname te voorkomen bij ouderen (65-plussers) met cognitieve stoornissen en enkelvoudige acute problemen. Een team van artsen en verpleegkundigen uit het ziekenhuis, wijkverpleging, huisartsen en eventuele andere zorgprofessionals (zoals bijvoorbeeld een fysiotherapeut) leveren ziekenhuiszorg thuis. Een voorwaarde is dat er een mantelzorger beschikbaar is. Pouw et al. (2018) onderzoeken op dit moment de effectiviteit van het ‘hospital at home’ zorgprogramma en wat de ziekenhuiszorg thuis voor de patiënt en zijn of haar naasten betekent.

In het buitenland is er al enig onderzoek naar ‘hospital at home care’ gedaan. In een systematische review van Shepperd et al. (2016) is de effectiviteit van ziekenhuiszorg thuis onderzocht. Shepperd et al. (2016) concluderen dat ziekenhuiszorg thuis een effectief alternatief is voor een selecte groep ouderen. Ziekenhuiszorg thuis bleek weinig tot geen invloed te hebben op de mortaliteit en heropname van ouderen, maar bleek wel de kans op opname in een instelling binnen zes maanden te verkleinen en ook de patiënttevredenheid te vergroten. De tevredenheid van de mantelzorgers is echter niet onderzocht. Ook zou ziekenhuiszorg thuis goedkoper zijn wanneer de informele zorgkosten niet worden meegerekend. Het niveau van bewijs is echter beperkt.

| Nader onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van ziekenhuiszorg thuis zou moeten worden verricht.

Knelpunten zorg voor ouderen

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 1.5 zijn er verschillende knelpunten in de zorg voor ouderen die de komende jaren verder zullen toenemen. Zowel *de kwaliteit, toegankelijkheid als de betaalbaarheid* van zorg voor ouderen komt daarmee in het gedrang. Door de dubbele vergrijzing zal de vraag naar verpleeghuiszorg de komende 20 jaar verdubbelen indien er geen veranderingen optreden (Hinkema et al., 2019). Er is een *tekort aan verpleeghuiscapaciteit*, maar ook een ernstig *tekort aan zowel formele als informele zorgverleners* (Daalhuizen et al., 2019a; de Klerk et al., 2019). Daarnaast staat *de spoedzorg onder druk* door een toename van ouderen die zich op de Spoed Eisende Hulp-posten (SEH's) presenteren, waarvan 61% geen tweedelijns ziekenhuiszorg nodig blijkt te hebben (Winkel en de Kousemaeker, 2017).

Zoals Veldman (2018) concludeert, is de zorg vooral gericht op medisch handelen bij een ziekte en minder op preventie. Volgens van Arum en van den Enden (2018) hebben ook sociale wijkteams geen tijd voor preventieve werkzaamheden. Ook nu in tijden van corona domineert het medisch-curatieve perspectief (Bussemaker, 2020). De laatste jaren is er wel aandacht besteed aan proactieve ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. De huisarts werkt dan nauw samen met de praktijk- of wijkverpleegkundige waarbij mogelijke kwetsbare ouderen opgespoord worden (case-finding), een geriatrisch onderzoek gedaan wordt en regelmatig huisbezoeken gedaan worden (monitoring). Echter is deze proactieve zorg voor ouderen alleen beschikbaar tijdens kantooruren en blijft het nog te veel beperkt tot de huisartsenpraktijk (Buurman, 2019). Ook blijkt dat het aantal spoedopnames van ouderen nog niet gedaald is (Bleijenbergh et al., 2016 en Suijker et al., 2016).

Spedopnames zijn alleen te voorkomen wanneer integratie plaatsvindt van het medisch- (de eerste lijn, de kortdurende zorg (eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatie), de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis en het sociaal domein (wonen en welzijn). Dit is nog niet vanzelfsprekend (Buurman, 2019).

Volgens Buurman (2019) is de oplossing voor de knelpunten in de spoedzorg investeren in 24/7 kortdurende zorg voor ouderen door *eerstelijnsverblijven, hospital at home-teams die ziekenhuiszorg thuis leveren en kleine buurtziekenhuizen*.

Uit nader onderzoek zou echter duidelijk moeten worden waardoor de thuissituatie tijdelijk ongeschikt is en ouderen in eerstelijnsverblijf terecht komen en in hoeverre de woonomgeving kan bijdragen aan het voorkomen van een opname in een eerstelijnsverblijf of (buurt)ziekenhuis.

Doordat de zorg voor ouderen onder verschillende wetten valt en verschillende instanties de zorg financieren en regelen, wordt samenwerking, afstemming en integratie tussen verschillende zorg- en welzijnsprofessionals vermoeilijkt (van der Ham & den Draak 2018). Zo komen de baten van investeringen niet altijd bij de instantie terecht die de investering deed. Een voorbeeld hiervan is dat investeren in huishoudelijke hulp vanuit de gemeente (Wmo 2015) besparingen voor de zorgverzekeraar oplevert (minder wijkzorg) of besparingen voor het Rijk oplevert door vermindering van de benodigde crisiszorg (Wlz). De fragmentatie van wet- en regelgeving en bekostiging versterkt de fragmentatie in zorgaanbod (de Booy, 2018). Door gebrek aan structurele financiering en jaarlijkse zorginkoop (waardoor een structurele bijdrage aan een samenwerkingsverband onzeker is) wordt duurzame samenwerking vermoeilijkt (de Booy, 2018).

Voorbeeld: Welzijn op Recept: samenwerking tussen zorg en welzijn

Een voorbeeld waarbij de verbinding tussen zorg en welzijn wel wordt gemaakt, is het concept [Welzijn op Recept](#). Dit concept is ontwikkeld voor mensen met psychosociale klachten zonder medische oorzaak maar met sociaal-maatschappelijke problemen (zoals het overlijden van een partner of eenzaamheid). In plaats van dat de huisarts (of andere eerstelijns professional) naar een medische oplossing zoekt, verwijst deze iemand door naar een welzijnscoach. De welzijnscoach neemt binnen 2 weken contact op met de cliënt voor een intakegesprek. Tijdens het intakegesprek verkent de welzijnscoach samen met de cliënt de wensen, behoeften en mogelijkheden en zoekt naar een activiteit die hierop aansluit. Door actief bezig te zijn wordt de aandacht verlegd van de klacht of beperking naar de activiteit waar de deelnemer plezier aan beleeft. Hierdoor nemen het levensgeluk, sociaal- psychisch welbevinden en de lichamelijke gezondheid toe. Het concept blijkt ook kosteneffectief; elke geïnvesteerde euro in een welzijnscoach levert € 3,- op in het eerste jaar, ruim € 4,50 in het tweede jaar en ruim € 5,50 in het derde jaar (van Gorp, 2019).

De ouderenzorg van de toekomst: Integrale, preventieve en proactieve zorg

Het nieuwe denken over gezondheid, zorgt ook voor een nieuwe kijk op de zorg voor ouderen.

Het dient zorg te zijn die aansluit bij de behoeften van ouderen (maatwerk), die ouderen ondersteunt en daar waar nodig activeert om te leven zoals ze willen en kunnen leven. Goede zorg aan zelfstandig wonende ouderen draait om het bieden van persoonsgerichte, preventieve, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning (Wind & te Velde, 2019; Commissie Toekomst Zorg en Thuiswonende ouderen (2020).

Het gaat om zorg die niet bij voorbaat medicaliseert, maar die ouderen *ondersteunt* bij de wijze waarop zij wonen, hun gezondheid en welzijn bevorderen en hun sociale contacten onderhouden.

Preventie gaat bij ouderen om het stimuleren van een gezonde leefstijl, het behoud van mobiliteit en het behoud van sociale contacten. Een optimale woon(zorg)omgeving is een belangrijk onderdeel van preventie.

Zo is het ook van belang aandacht te besteden aan *gezondheidsvaardigheden* zoals het *anticiperen* op de *toekomstige zorgbehoefte* (de Klerk et al., 2019). Goede *informatievoorzieningen* en *voorlichting* zijn hiervoor nodig.

Aandacht in het zorg - en welzijnsdomein voor de context van de oudere; de woon(zorg)omgeving is van groot belang voor het bieden van integrale, preventieve en proactieve zorg en ondersteuning.

De Commissie Toekomst Zorg thuiswonende ouderen (2020) introduceert 4 REIS-principes die de ouderenzorg van de toekomst vormen;

- *Regie*: regie van de ouderen over zorg, wonen en welzijn staat centraal
- *Eenvoud*: vereenvoudiging van de domeinen zorg, wonen en welzijn en de onderlinge verbanden
- *Integrale benadering*: *integrale afstemming* tussen zorg, ondersteuning en zonder belemmerende wet- en regelgeving
- *Samenwerking*: effectieve en efficiënte samenwerking tussen partijen om schaarse middelen als mensen en geld doelmatig in te zetten

Voorbeeld: Onderzoeksproject Positieve Gezondheid in Venserpolder

Het Louis Bolk Instituut, een onderzoeks- en adviesinstituut gericht op duurzame landbouw, voeding en gezondheid onderzocht samen met actieve bewoners in Venserpolder een deel van Amsterdam Zuidoost (Duynstee, 2020). Ze onderzochten of de gezondheid van de bewoners verbeterd kon worden vanuit de *eigen kracht van burgers* en een *integrale wijkaanpak*. Met de integrale wijkaanpak werd aandacht besteed aan de verbetering van fysieke aspecten van de wijk zoals de bereikbaarheid, groenvoorziening, maar ook functionele - en sociale aspecten zoals mogelijkheden om elkaar te ontmoeten. Uiteindelijk werd er niet alleen naar de lichamelijke gezondheid van de bewoners gekeken, maar ook naar de mentale gezondheid, en sociale en maatschappelijke aspecten zoals zingeving, meedoen, kwaliteit van leven, dagelijks functioneren. In het project zijn 8 pilots uitgevoerd, die zelf door de burgers zijn uitgekozen; waaronder het koffie-uur in gezondheidscentrum organiseren, groen workshops voor volwassen en kinderen in de moestuinen organiseren, het winkelaanbod verbeteren en de rolstoeltoegankelijkheid verbeteren. Actieve vrijwilligers namen het voortouw. Na de pilots zijn professionele organisaties gevraagd het initiatief over te nemen zodat het initiatief door blijft gaan en duurzaam is. Door de initiatieven in de wijk *weten mensen elkaar beter te vinden*, zijn *drempels weggehaald* en is de *verbinding tussen de formele en informele zorg verbeterd*.

Stappenplan integrale wijkaanpak voor positieve gezondheid:

Uit het project is een stappenplan voor een integrale wijkaanpak op basis van Positieve Gezondheid en leefomgeving ontwikkeld. De stappen zijn als volgt:

1. Laat bewoners van begin af aan participeren
2. Zorg voor een gelaagd projectteam met onderzoekers, wijkprofessionals, actieve wijkbewoners en inactieve wijkbewoners.
3. Identificeer en structureer de behoeften en krachten van wijkbewoners via semi-gestructureerde interviews
4. Breng belangen in kaart. Stimuleer dat bewoners samen met organisaties ideeën omzetten tot pilot interventies en acties. Zet daarbij in op samenwerking tussen organisaties en bewoners en het delen van verantwoordelijkheden.
5. Monitor het proces en het effect van pilots. Organiseer onderzoek ten dienste van bewoners door samen met bewoners de onderzoeksvragen te formuleren en de uitkomstmaten te kiezen.
6. Gebruik diverse media voor communicatie over het project.
7. Integreer succesvolle activiteiten in beleid en taken van bestaande organisaties.

Samenwerking tussen zorg en welzijn op buurt/wijk niveau

De handreiking *Kwetsbare ouderen thuis* biedt een geïntegreerde aanpak van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen (Wind & te Velde, 2019). Hierbij wordt verbinding tussen het medisch – en sociaal domein gemaakt gericht op buurt/wijk niveau. Echter wordt er slechts aandacht besteed aan de sociale en functionele woon(zorg)omgeving en ontbreekt aandacht voor de fysieke woon(zorg)omgeving.

De Booy et al. (2018) beschrijven 3 succesfactoren die van belang zijn voor integrale zorg:

- 1) Een *integraal zorg- en ondersteuningsplan* dat wordt afgestemd op de wensen en behoeften van ouderen.
- 2) Een *kernteam* met in ieder geval een huisarts en de wijkverpleegkundige en eventueel andere zorgverleners.
- 3) *Afstemming* tussen het medische en sociaal domein in een MDO (multidisciplinair overleg).

Samenwerking tussen medisch en sociaal domein op buurt/wijkniveau is van groot belang voor het bieden van integrale, preventieve en pro-actieve zorg.

Ook de Raad van Ouderen (mei 2020) adviseert integrale zorg en ondersteuning specifiek rondom (een groep) ouderen te organiseren in een wijk, dorp of woon(zorg)complex (RvO, mei 2020). Dit is tevens het principe van de succesvolle woonservice gebieden.

Voorbeeld van integrale aanpak en de Juiste Zorg op de Juiste Plek: De Wijkkliniek

In juni 2018 is de Wijkkliniek in Amsterdam Zuidoost opgericht. Dit is een nieuw zorgconcept voor ouderen met acute medische problemen die normaal gesproken worden opgenomen in het ziekenhuis. De Wijkkliniek biedt medisch-specialistische zorg in de wijk, in plaats van in het ziekenhuis. Daar waar in het ziekenhuis de focus op medische behandeling ligt, wordt er in de Wijkkliniek naast een medische behandeling aandacht besteed aan optimale ondersteuning en begeleiding van de oudere patiënt, met een focus op terugkeer naar huis en een optimale overdracht. Behoud van zelfredzaamheid is een belangrijke pijler. De verwachting is dat de kans op heropname en functieverlies zo verkleind worden, waardoor ook de druk op de spoedeisende zorg zal verminderen. De Wijkkliniek heeft als doel om integrale zorg te leveren in samenwerking met de verschillende ketenpartners uit de wijk (huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde en de apotheek) (Ribbink et al., 2020).

Uitbreiding kennis en vaardigheden zorgprofessionals

Door het langer zelfstandig thuis wonen van kwetsbare ouderen, met multimorbiditeit en sociale problematiek zullen eerstelijns zorgprofessionals steeds vaker complexe zorgproblematiek te zien krijgen (Schers Koopmans & Olde Rikkert, 2009; De Klerk et al., 2019). Dit vraagt om andere kennis en competenties van huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen die niet opgeleid zijn voor de complexe ouderenzorg. Ook voor het bieden van (digitale) zorg aan huis (e-health) is het noodzakelijk dat zorgverleners digitale vaardigheden beheersen. Dit blijkt op dit moment vaak niet het geval te zijn en het blijkt dat zorgverleners niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van e-health en domotica (de Klerk et al., 2019).

Competenties op het gebied van persoonsgerichte zorg en gezamenlijke besluitvoering, interprofessionele samenwerking en wijkgerichte zorg zijn van groot belang voor het bieden van goede zorg voor complexe zorgvragen en voor het bieden van zorg op afstand (de Booys et al., 2018; de Klerk et al., 2019).

Samenwerking tussen formele en informele zorgverleners

Afstemming en samenwerking tussen formele en informele zorg is noodzakelijk om de zorg voor ouderen zo lang mogelijk effectief thuis te kunnen bieden, zo stelt ook de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Zorg voor kwetsbare ouderen (LESA) opgesteld in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (Verlee et al., 2017). Volgens Kremer et al. (2019) zouden zorgprofessionals de burens van patiënten meer kunnen betrekken om samen met informele zorgverleners te werken en de attentheid in de buurt te bevorderen. Het belang van integratie van formele en informele zorg en ondersteuning blijkt ook uit onderzoek naar de effectiviteit van woonservicegebieden, waarin de verbinding tussen formele en informele zorg een belangrijk aspect is (De Kam & Leidelmeijer, 2019).

Ondersteuning van informele zorgverleners

Met de toenemende druk op mantelzorgers, is het bieden van mantelzorgondersteuning van groot belang zodat mantelzorgers het geven van mantelzorg kunnen volhouden (Suanet, van Wieringen, de Boer, Beersma & Taverne, 2017). Onder mantelzorgondersteuning wordt verstaan;


“Interventies die specifiek gericht zijn op het beperken van de zorgbelasting en andere negatieve uitkomsten voor mantelzorgers en daarmee het welzijn van mantelzorgers vergroten” (Lopez-Hartmann et al., 2012).


Dit kan door het bieden van respijtzorg (tijdelijke opvang en overname zorgtaken) en het bieden van psychosociale steun. Er zijn verschillende knelpunten met betrekking tot mantelzorgondersteuning. Het aanbod van mantelzorgondersteuning is versnipperd en verschilt erg per gemeente. Daarnaast zien mantelzorgers regelmatig zichzelf niet als mantelzorgers, waardoor er van mantelzorgondersteuning geen gebruik wordt gemaakt. Zorgprofessionals hebben met name oog voor de zorgontvanger, maar minder oog voor de mantelzorgers (Suanet et al., 2017). Het onder de aandacht brengen van mantelzorg bij zorgprofessionals en bij mantelzorgers zelf, kan het gebruik van mantelzorgondersteuning vergroten en daarmee voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken (Suanet et al., 2017).

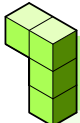
Checklist bouwstenen en (ontwerp)elementen voor een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen

Vanuit een inventarisatie van literatuur en praktijkvoorbeelden zijn we gekomen tot een praktisch inzetbaar overzicht van de verschillende bouwstenen en bijbehorende (ontwerp)elementen van een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen. Dit overzicht kan door betrokkenen uit verschillende domeinen en ouderen zelf worden gebruikt als een checklist bij het realiseren van een optimale woon(zorg)omgeving.

Woning

 Bouwstenen	(Ontwerp)elementen	Invullen:
Toe- & doorgankelijkheid	Geen drempels, rollator toegankelijk, gelijkvloers/(trap)lift	
Veiligheid	Antislipvloer, geen kabels, hoge stoel, bank, bed om gemakkelijk uit op te staan, beweegruimte, steunen en handgrepen in badkamer en wc, vaste trapleuning en trapbekleding, antislip onder losse kledjes, goede verlichting (ook 's nachts bij het naar de wc gaan), daglicht, contrasterend kleurgebruik tussen inrichting en ruimtelijke omgeving (muren/vloer)	
Herkenbaarheid & oriëntatie	Kleurgebruik, inrichting en uitzicht, voordeur als herkenning van 'thuis', symbolen op deuren, goede verlichting (naar bijvoorbeeld wc 's nachts)	
Vrijheid	Een eigen plek, bewegingsruimte, foto's, objecten en meubilair met een verhaal, uitzicht, buitenruimte (tuin/balkon), plek voor activiteiten	
Thuisgevoel	Foto's, objecten, meubilair met een verhaal, voordeur (scheiding openbaar-privé, herkenning 'thuis'), ruimte voor hobby's, sociale interactie	
Genot	Uitzicht op levendigheid of de natuur, buitenruimte (tuin/balkon), gemeenschappelijke ruimte, gezamenlijke activiteiten. Continuïteit in het samenkomen is een belangrijke voorwaarde voor het gezamenlijk genieten.	
Ontspanning	Stoel in de woonkamer, balkon/tuin, uitzicht op groen en planten in huis	
Comfort	Toe- en doorgankelijkheid, voldoende bewegingsruimte, (dag)licht, uitzicht, hulpmiddelen, aangename regelbare temperatuur, goede akoestiek, diensten aan huis	

 Bouwstenen	(Ontwerp)elementen	Invullen:
Digitale technologieën (e-health & domotica)	Stimuleren van beweging, ondersteuning bij dagstructuur, prettig en zelfstandig wonen, contact met professional, mantelzorger of vrijwilliger (beeldbellen, via app, tablet), zelfstandig koken en eten, zorg (met elkaar) regelen, zelfstandig en veilig naar buiten, ondersteuning voor zorgprofessionals	
Diensten aan huis	Maaltijdservice, alarmering, klussenservice, pedicure, kapper, huishoudelijke hulp, vervoersdiensten, gezelschap	
Gemeenschappelijke voorzieningen, diensten & activiteiten	Gemeenschappelijke/geclusterde woon(zorg)concepten met gemeenschappelijke voorzieningen zoals tuin, ruimten (gebruik, beheer en onderhoud), gemeenschappelijke diensten (zoals zorg en ondersteuning) aan huis en gemeenschappelijke activiteiten	

 Bouwstenen	(Ontwerp)elementen	Invullen:
Ontmoeting (in de woning)	Keukentafel, zithoek, logeerkamer	
Sociaal contact (vanuit of rondom de woning)	Stoel bij het raam, balkon of tuin, uitzicht op levendigheid, digitale technologieën en sociale platforms, gemeenschappelijke woon(zorg)concepten	

Buurt of wijk

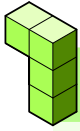


Bouwstenen	(Ontwerp)elementen	Invullen:
Beweegvriendelijkheid	Zie kenmerken hieronder	
Groen	Openbaar groen, (gemeenschappelijke) (moes)tuin, besloten wandeltuinen, intergenerationele tuinen, schaduwplekken, landbouwgroen	
Toegankelijkheid & veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> Openbare ruimte: goed onderhouden en beheerd, toegankelijke trottoirs en wandelpaden, geen uitstekende stoeptegels, niet glad, breed genoeg voor een rolstoel of rollator, goed verbonden straten, voldoende wegovergangen met geschikte oversteektijden en visuele en audio-aanwijzingen, aparte brede fietspaden, bankjes (juiste hoogte, zitvlak en leuning) om de 1 00-125m op een locatie met uitzicht of waar activiteit is, straatverlichting, (over)zicht op omgeving en mensen (zichtlijnen), positionering van ramen en deuren met zicht op straat. Openbare gebouwen: liften, steunrails, antislipvloeren, afwezigheid drempels, rollator/rolstoel-toegankelijk 	
Herkenbaarheid & oriëntatie	Diversiteit in architectuur, de aanwezigheid van herkenningspunten (o.a. op straathoeken) en goede bewegwijzering	



Bouwstenen	(Ontwerp)elementen	Invullen:
Bereikbaarheid & toegankelijkheid van primaire voorzieningen	Op 500 m loopafstand: arts, apotheek, supermarkt, OV-halte, (openbaar) vervoersdiensten	
Bereikbaarheid & toegankelijkheid van overige voorzieningen	Openbare wc's, bibliotheek, buurthuis, horeca, sportfaciliteiten, gebedshuis, brievenbus, glas- en papierbak, pinautomaat, kapper (eventueel door functiemenging: meerdere functies in één voorziening)	
Informatie, advies & ondersteuning (zorg, wonen en welzijn)*	Centraal informatieloket met informatie, advies en ondersteuning over wonen, zorg en welzijn voor ouderen	
Gezondheidsvoorlichting & preventieprogramma's*	Centrale educatievoorziening in de buurt of wijk voor: <ul style="list-style-type: none"> Gezondheidsvaardigheden en preventieprogramma's Digitale vaardigheden bij ouderen 	
Informele zorg & ondersteuning	Centraal punt voor aanbod van informele zorg en ondersteuning in de wijk, nabijheid en betrekken van mantelzorgers (door zorgverleners), digitale platforms voor hulp en ondersteuning	
Inzichtelijk aanbod & organisatie van activiteiten	Vrijwilligerswerk, burgerinitiatieven, boekenclubs, wandel- en fietsgroepen, kook- en bijbelgroepen en internet-communities, dagbesteding, organisatie sport- en beweegactiviteiten, intergenerationele activiteiten (zoals ondersteuning bij opvoeding en onderwijs)	
De Juiste Zorg: integraal, preventief & proactief	<ul style="list-style-type: none"> Maatwerk: zorg die aansluit op de behoeften van ouderen Gezondheidsvoorlichting en preventieprogramma's Aandacht voor de woon(zorg)omgeving van de oudere Educatie van zorgprofessionals in aanvullende competenties gericht op digitale vaardigheden, persoonsgerichte zorg, gezamenlijke besluitvoering, interprofessionele samenwerking, actief betrekken van mantelzorgers en naasten en wijkgerichte zorg 	
Zorg op de Juiste Plek: (dichter) bij ouderen thuis	Monitoring thuis d.m.v. e-health, verpleeghuiszorg thuis, ziekenhuiszorg aan huis ('hospital at home care'), eerstelijnsverblijven, buurtziekenhuizen/ wijkklinieken	
Samenwerking binnen het zorgdomein & tussen domeinen zorg, wonen en welzijn	<ul style="list-style-type: none"> Integraal zorg- en ondersteuningsplan afgestemd op wensen en behoeften van de oudere Kernteam met in ieder geval huisarts en wijkverpleegkundige en andere zorgverleners Afstemming tussen zorg- en welzijnsprofessionals in MDO (multidisciplinair overleg) 	
Samenwerking tussen formele & informele zorg	Betrekken van burens en mantelzorgers door zorgprofessionals. Digitale sociale platforms	
Ondersteuning van mantelzorgers	Respijtzorg, psychosociale steun, sociaal netwerk	

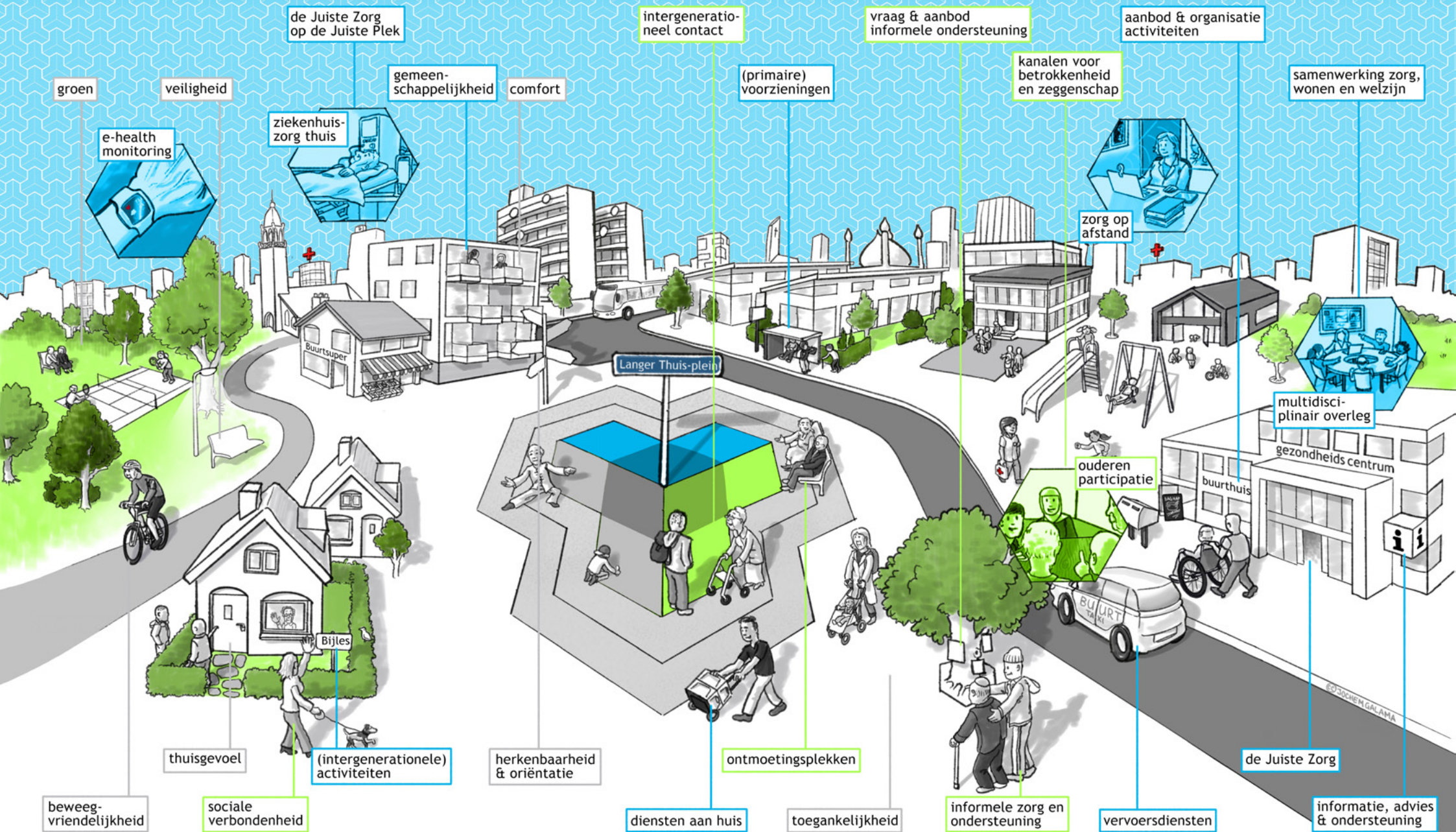
* houd rekening met de toenemende groep ouderen met een migratieachtergrond en een taalbarrière



Bouwstenen	(Ontwerp)elementen	Invullen:
Toegankelijkheid & veiligheid	Zie fysieke kenmerken en (ontwerp)elementen	
Fysieke ontmoetingsplekken	Voetgangersgeoriënteerde buurten, publieke groene ruimten, bankjes in de publieke ruimte, (moes) tuin, (voor)tuinen, balkons, semi-publieke ruimten (zoals (bankjes in) een galerij, trappenhuis), gemeenschappelijke ruimten, voorzieningen (sportvoorzieningen, horeca, gebedshuis, welzijnsvoorzieningen (o.a. buurtcentrum, dagopvang), 'third places' (o.a. supermarkt, kringloopwinkel)	
Ontmoetingsactiviteiten	Aanbod en organisatie van activiteiten; informeel (clubjes en groepjes) en formeel (vrijwilligerswerk, welzijnsvoorzieningen), uitlaten huisdier (hond)	
Intergenerationeel contact	Intergenerationele tuinen, woonvormen, activiteiten (zoals ondersteuning in opvoeding en onderwijs)	
Kanalen voor betrokkenheid & zeggenschap	Burgerinitiatieven en organisatie van ouderenparticipatie	
Digitale ontmoetingsplekken	Digitale sociale netwerken en digitale sociale platforms (Een belangrijke voorwaarde voor optimaal gebruik is laagdrempeligheid en goede begeleiding)	

** houd rekening met de toenemende groep ouderen met een migratieachtergrond en een taalbarrière*

Bouwstenen en (ontwerp)elementen voor een optimale woon(zorg)omgeving voor ouderen



Bijlage 1: Beschrijving en voorbeelden van woon(zorg)concepten

De 10 woonprofielen die Platform31 onderscheidt worden hieronder beschreven (Hagen en Neijmeijer, 2020):

1) Eigen plek: vrij en sociaal

“Deze huishoudens zetten de wooncarrière voort, waarbij er een verandering is van gezinsgericht naar empty nest. Het woonprogramma sluit bij deze levensfase aan met werkruimte, leefkeuken, bezoek ontvangen en leeftijdsbestendigheid. Dit concept gaat uit van een gemengde samenleving met een diversiteit aan mensen en woningen. Er is sprake van een behoefte aan gemeenschappelijkheid, maar zonder sociale dwang. Men trekt zich graag in het eigen huis(je) terug, die in het ideaalbeeld vrijstaand is. Daarom hecht men ook aan een diverse bevolkingsstructuur. De bewoner die hier woont is onafhankelijk, maar maakt graag deel uit van een overzichtelijke harmonieuze samenleving, waarin men zich gekend weet en waar er sprake is van omkijken naar elkaar, wanneer dat nodig is. Men hecht aan goede burens in een open community.”



Vrijheid en binding binnen een gemengde samenleving

2) Privédomein: privacy en rust

“Vrijstaand is hier een principe. Het zorgt voor een duidelijke afbakening van het eigen domein ('my home is my castle'). Men is onafhankelijk. Het woonprogramma is meer dan profiel 1 gericht op comfort, uitzicht en privacy. In dit concept leef je veel meer op jezelf. De ideale buurt bestaat uit mensen zoals jij, want dat draagt zorg voor een hoop rust en een goede onderlinge verstandhouding. Het concept biedt bescherming en veiligheid. Ook dit concept zet de wooncarrière voort. Men is bereid verder te verhuizen naar een dergelijke plek. Wonen te midden van andere 'castles' is bij dit concept een pré. Er is maar beperkt sprake van een community. Zowel onder *empty nesters* (55-75 jaar) als ouderen (75+) is er interesse in deze woonvorm, die onafhankelijkheid, rust en landschap combineert. De patiowoning is een gewild woonconcept in dit cluster.”



Autonomie & sociale homogeniteit

3) Basic: functioneel en sociaal*

“Men let een beetje op elkaar. Minder belangrijk is de grootte en het comfort. De woning ligt in de directe omgeving van waar de doelgroep nu al woont of heeft gewoond. Er zijn voorzieningen in het complex aanwezig, die het gevoel van community ondersteunen, zoals een ontmoetingsruimte en hobbyruimten. De toewijzing houdt rekening met de sociale structuur van de bewonersgroep. Ook gemaksdiensten kunnen worden geleverd, zoals een klusjesdienst. Voorzieningen voor senioren, openbaar vervoer en een supermarkt zijn in de directe omgeving aanwezig. Een park is minder belangrijk. Veel aandacht wordt geschonken aan het beheer van de woonomgeving (netheid, veiligheid). Ook onder senioren op leeftijd is er interesse in deze woonvorm.”



Functie (traploos en (voorbereid op) zorg), betaalbaarheid en sociale binding

4) Woongebouw: comfortabel en vertrouwd

“Men trekt zich graag terug in de eigen veilige vertrouwde omgeving. Belangrijk bij dit concept is de homogeniteit van de bewonersgroep naar leeftijd en leefstijl. Men voelt zich thuis onder leeftijdsgenoten, al moet er zeker ruimte zijn voor verschillen. Het woonconcept biedt degelijkheid en structuur. Gewoon is goed genoeg. Ook in dit concept zijn gemeenschappelijke voorzieningen aanwezig en kunnen gemaksdiensten worden geleverd. De belangrijke voorzieningen zijn ook hier openbaar vervoer, de supermarkt en voorzieningen voor senioren. De huishoudens kiezen bewust voor een huurwoning in de vrije sector.”



Nabij voorzieningen, hoog wooncomfort, gemak (huur), populatie met veel gelijkgestemden

5) Gezinshuis: vertrouwd en gehecht

“Er is sprake van een sterke sociale binding en men zorgt voor elkaar wanneer dat nodig is. Het concept biedt ruimte voor variatie. Men hecht eraan onderdeel uit te maken van een gemeenschap waar alle levensfasen vertegenwoordigd zijn. Senioren willen ook kinderen op straat zien spelen. Aparte voorzieningen voor senioren zijn in dit concept minder belangrijk; winkels en OV wel. De doelgroep voor dit concept woont vaak al (lang) in deze woonvorm en verhuist niet graag naar een appartement. De woningen in dit concept zijn betaalbaar en hebben een beperkt comfort. Het zouden zelfs rug-aan-rugwoningen kunnen zijn. De kracht zit in het woningtype (grondgebonden) en de sociale structuur. Omdat men niet graag verhuist naar een andere woonvorm, is het van belang dat de woningen zijn/ worden toegerust op bewoning door senioren met een zorgbehoefte. Wanneer de huidige woning te groot is, moet worden overwogen kleinere laagbouwwoningen voor deze groep te realiseren. Deze woningen zijn wellicht ook interessant voor de toenemende groep jongere alleenstaanden.”



Eigen huis, hechte buurt, veel ruimte voor ontmoeting

6) Stadsappartement: dynamisch en op jezelf

“Zorg is in dit concept niet of beperkt aanwezig. (Gemeenschappelijke) voorzieningen, die naar behoefte door de bewoners (en hun gasten) kunnen worden gebruikt, kunnen waarde toevoegen aan het concept. Denk aan fitness, een grote keuken of een bibliotheek. De woning is functioneel ingericht. Er is sprake van een variatie aan architectonische uitwerkingen, waaronder een woontoren, een verbouwde fabriek of een etage in een stadswoning. Een dakterras maakt de woning helemaal af. De woning is duurzaam. Bij een deel van de doelgroep is er belangstelling voor gezamenlijk wonen, maar over het geheel genomen woont men hier behoorlijk op zichzelf. Ook onder op de stad gerichte senioren op leeftijd is er belangstelling voor dit concept al is er dan wel sprake van een grotere zorgvraag, die moet worden bediend.”



Nabijheid van (stedelijke) voorzieningen, verschillende mensen, veel privacy

7) Buurtblok: sociaal en levendig

“In het buurtblok zijn de woningen (en de bewoners) veel meer onderdeel van de (woon)buurt met bewoners in alle levensfasen. Er is een grote diversiteit in bewoners en gebouwen. Privacy is minder van belang. De woningen zijn duurzaam en comfortabel. Er zijn gemeenschappelijke voorzieningen en ook bij dit concept is er bij een deel van de doelgroep belangstelling voor gemeenschappelijk wonen en/ of het gezamenlijk realiseren van een project. Door de doelgroep voor deze woonvorm wordt ook het hof als woonvorm aantrekkelijk gevonden. Deze vorm van gemeenschappelijkheid zou goed tot uiting kunnen komen in dit woonconcept. Zorg en gemakdiensten worden naar behoefte aangeboden. Men kan hier tot op hoge leeftijd (blijven) wonen. Winkels, een huisarts en OV zijn op korte afstand aanwezig.”



Onderdeel van levendige buurt, diverse buurt

8) Parkappartement: uitzicht en landschap

“Verder weg van het drukke stedelijk centrum van de stad op plekken met uitzicht over water of groen past deze woonvorm. Hier is sprake van een optimalisatie tussen stedelijke voorzieningen en het landschap. Iedere bewoner wil hier afzonderlijk van kunnen genieten. Er is weinig behoefte aan gezamenlijkheid, al is een beperkte ontmoetingsmogelijkheid voor vele bewoners wel wenselijk en dan vooral in de vorm van toevallige ontmoetingen (serendipiteit): bij de post, bij de lift, bij de fitness. Tegelijkertijd is er sprake van een grote homogeniteit onder de bewonersgroep. Deze homogeniteit zorgt voor rust en stabiliteit. Bij dit woonconcept kunnen (gezamenlijke) recreatieve activiteiten waarde toevoegen. Wandelingen, fietstochten, een fitness en wonen bij een golfpark. Zorg is bij deze woonvorm (nagenoeg) niet aanwezig. Dat regelt men indien nodig individueel.”



Goede ligging (voorzieningen én uitzicht op) groen, hoog wooncomfort, homogeniteit bewoners

9) Woonhof: samen voor elkaar*

“Het hof is het archetype van dit woonconcept. Een hof is een min of meer afgeschermd geheel. Dit is aantrekkelijk voor huishoudens die – omdat ze in een zelfde levensfase zitten – elkaar goed begrijpen en kunnen helpen. Er is sprake van een sterke gemeenschap. Het hof kan de vorm hebben van kleine laagbouwoningen, maar ook van gestapelde (kleine) woningen. Ontmoeting is een expliciet onderdeel van dit concept. Voorzieningen (huisarts, supermarkt en voorzieningen specifiek gericht op senioren) zijn in de omgeving aanwezig. De nabijheid van OV is voor dit woonconcept minder belangrijk in verband met de lagere mobiliteitsbehoefte van deze groep. Hoewel juist deze woonvorm het mogelijk maakt dat zorg zo lang mogelijk buiten de deur blijft, zien we onder de belangstellenden voor dit profiel een gemiddeld grotere zorgvraag. Zorg zou vanuit een nabijgelegen zorginstelling kunnen worden geleverd.”



Community, zorg (voor elkaar) minder nadruk op comfort

10) Seniorenappartement: zelfstandig ouder*

“Deze woonvorm past bij vitale oudere huishoudens die hun grotere grondgebonden woning met tuin verruilen voor een zelfstandig comfortabel en levensloopbestendig appartement, gelegen op een locatie nabij de belangrijkste voorzieningen om lang zelfstandig te blijven wonen (supermarkt, huisarts, OV). Hoewel de vorige woning veelal een koopwoning was, zal een deel van de huishoudens met een voorkeur voor deze woonvorm kiezen voor een huurwoning (gemak, vrijspele vermogen). De bewoners hechten aan het wonen met gelijksoortige mensen, maar vinden privacy wel erg belangrijk. De woningen liggen daar waar ze nu al wonen (stedelijk, suburbaan, dorps). De (toenemende) zorgbehoefte vormt een belangrijk motief om te kiezen voor deze woonvorm. Duurzaamheid spreekt deze groep zeker aan. Veel huishoudens die hiervoor kiezen bereiden zich relatief vroeg voor op een leven als oudere.”



Woning en woonomgeving zijn levensloopbestendig

**De woonprofielen Basic (3), het woonhof (9) en het seniorenappartement (10) hebben de grootste focus op zorg.*

De woon(zorg)concepten die Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (z.j.) beschrijven worden hieronder toegelicht.

Woongroepen gemengd met andere bewoners

Sommige woongroepen wonen ook met andere bewoners in een complex. De ouderen van de woongroep kunnen op twee manieren verdeeld zijn over een wooncomplex.

- **Harmonica wonen:** de bewoners van de woongroep wonen geclusterd in het complex.
- **Gestippeld wonen:** de bewoners van de woongroep wonen verdeeld over het complex.

Kangoeroewoning

Twee zelfstandige woningen/ wooneenheden met een eigen voordeur, die intern verbonden zijn zodat ouderen zelfstandig kunnen wonen en deel uit kunnen maken van het huishouden van de mantelzorger.

Mantelzorgwoning

Een mantelzorgwoning is een woning op het terrein van de woning van de zorgbehoevende. De woning is bedoeld voor de zorgverlener (vriend, familielid). Het omgekeerde is ook mogelijk; de zorgbehoevende woont dan in de mantelzorgwoning en de mantelzorger woont in de bijbehorende woning.

Thuishuis

Een Thuishuis is een kleinschalige woonvorm, waar 5-7 alleenstaande ouderen (60-plussers) samenwonen, met een eigen woonkamer, slaapkamer en badkamer/toilet (40m²). Het is bedoeld voor ouderen die niet alleen willen wonen en/of (driegen te) vereenzamen. Daarnaast beschikken ze over een gemeenschappelijke woonkamer, hobbyruimte, keuken en soms een tuin. De woning is gelegen op een centrale plek in de wijk en in de nabijheid van primaire voorzieningen. Het wordt ondersteund door vrijwilligers en staat in de eigen wijk waar de ouderen vandaan komen.

Kleinschalig wonen

Is een kleinschalig woonconcept waarbij een kleine groep ouderen met intensieve zorg en ondersteuning gezamenlijk in een groepswoning wonen, waardoor zij nog een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden.

Woon(zorg)hof

Is een oud woonconcept waarin ouderen, met ouderen, of met andere generaties rond een gezamenlijke binnenplaats/tuin wonen. Hierbij wordt extra waarde gehecht aan nabuurschap. In sommige gevallen wordt zorg integraal bij het woonconcept aangeboden (woonzorghof). Een bekend voorbeeld is het Knarrenhof in Zwolle.

Intergenerationeel wonen

“U, jij en wij” is een woonconcept waarbij ouderen en studenten in hetzelfde gebouw wonen en nabuurschap wordt gestimuleerd. De bewoners zijn niet verplicht bij te dragen aan een levendige gemeenschap, maar worden hiertoe wel gestimuleerd. Dit kan door elkaar te groeten in de gang, een kopje koffie te drinken of activiteiten te organiseren of aan activiteiten deel te nemen.

Woonzorgcomplex

“Een complex met in meerderheid woningen voor zelfstandig wonende ouderen met een bouwwijze gericht op beschut wonen, met componenten van zorg en welzijn” (Spierings, 2014).

Luxe woon(zorg)residenties

Zijn luxe appartementen op bijzondere locaties of bijzondere gebouwen met voorzieningen en mogelijkheid op zorg (op afroep).

Aanleunwoning

Is een woning voor ouderen in de buurt van een zorginstelling (verzorgings- of verpleeghuis). De woning is gelijkvloers, rolstoeltoe- en doorgankelijk en er is een alarmeringssysteem dat in verbinding staat met de zorginstelling. Daarnaast kunnen ook andere diensten en zorg van de zorginstelling worden afgenomen en kan er gebruik worden gemaakt van voorzieningen.

Referentielijst

- Abma, T.A. & Broerse, J.E. (2007). *Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (2011). *Generaties verbinden, inspiratie vinden. Inspirerende voorbeelden van intergenerationele projecten in wonen, zorg en welzijn*. Geraadpleegd op 9 juli 2020 via: https://www.kcwz.nl/doc/nieuws/Generaties_verbinden_inspiratie_vinden.pdf
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (2018). *Toolkit dementievriendelijk ontwerpen*. Geraadpleegd op 9 nov. 2020 via <https://www.kcwz.nl/doc/dementie/Toolkit-dementievriendelijk-ontwerpen.pdf>
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (z.j.). *Woonvariaties*. Geraadpleegd op 16 september 2020 via <https://www.kcwz.nl/thema/woonvariaties/woonvormen>
- Alaimo, K., Packnett, E., Miles, R. A., & Kruger, D. J. (2008). Fruit and vegetable intake among urban community gardeners. *Journal of nutrition education and behavior*, 40(2), 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.12.003>
- Algemene Rekenkamer (2015). *Regionale verschillen in de langdurige zorg: Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken*. Den Haag: Algemene Rekenkamer. Geraadpleegd via: <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2015/06/09/regionale-verschillen-in-langdurige-zorg>.
- Alzheimer-Nederland (2020). *Meer maatwerk*. Geraadpleegd via: <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/boekje-meer-maatwerk-van-oldambt-tot-rotterdam-alzheimer-nederland.pdf>
- ANBO (2018, 12 maart). *Geschikte woning moeilijk te vinden* [nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.anbo.nl/nieuws/geschikte-woning-moeilijk-te-vinden>
- ANBO (2020, 3 juni). *Eén op de drie ouderen online om eenzaamheid te voorkomen* [nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.anbo.nl/nieuws/een-op-de-drie-ouderen-online-om-eenzaamheid-te-voorkomen>
- ANBO (2019, 3 september). *Woonplezieronderzoek: Ouderen geven hun woning een 8,3* [nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.anbo.nl/nieuws/woonplezier-onderzoek-ouderen-geven-hun-woning-een-83>
- ANBO (2019, 13 november). *Niet alleen meer zorg, wel meer woonvormen* [nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.beteroud.nl/nieuws/niet-meer-zorg-wel-meer-woonvormen>
- Annink, A. (2018). *Een leven lang plezierig wonen. Een onderzoek naar het woonplezier van zelfstandig wonende ouderen in Nederland*. Leiden: Leyden Academy on vitality and ageing. Geraadpleegd via: <https://www.leydenacademy.nl/wp-content/uploads/2018/12/Rapportage-woonplezier-onderzoek-defYK.pdf>
- Baars, J. (2017). Essay: Ouder worden, ongelijkheid en rechtvaardigheid. *Gerōn*, 19 (3), 6-9.
- Beter Oud (2015). *Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie*. Geraadpleegd via: <https://www.beteroud.nl/docs/beteroud/over-ons/Toekomstvisie-wonen-welzijn-zorg-ouderen.pdf>
- Beter Oud (2018). *Toetsingskader. Een waardevol hulpmiddel voor iedereen die wonen, welzijn en zorg voor ouderen wil verbeteren*. Geraadpleegd via: <https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/DEF-DEF-toetsingskader.pdf>
- Bijker, R. A., Haartsen, T., & Strijker, D. (2013). Different Areas, Different People? Migration to Popular and Less-Popular Rural Areas in the Netherlands. *Population Space and Place*, 19(5), 580-593. <https://doi.org/10.1002/psp.1741>
- Bleijenberg, N., Drubbel, I., Schuurmans, M. J., Dam, H. T., Zuithoff, N. P., Numans, M. E., & de Wit, N. J. (2016). Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(9), 1779-1788. <https://doi.org/10.1111/jgs.14325>

- Blijde, B., Gopal, K., Steijvers, R., & Faessen, W. (2016). *Wonen in Beweging: De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2015*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Geraadpleegd via: <https://www.woononderzoek.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=98&rnd=0.6227601687827933>
- Blokland, T. (2009). *Oog voor elkaar*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Both, K. (2014). Oud en jong tuinieren samen: Generatietuinen. *HJK, 2014*, 24-27. Geraadpleegd via: https://www.publicspaceinfo.nl/media/uploads/files/BOTH_2014_0001.pdf
- Brandweer Nederland (2020) *Brandveiligheid, samen onze zorg*. Geraadpleegd via: <https://www.brandweer.nl/media/6653/bw-ned-senioren-brochure-2020-los.pdf>
- Bredewold, F., Duyvendak, J.F., Kampen, T., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep.
- Bredewold, F.H. (2014). Lof der oppervlakkigheid: Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners. Amsterdam: University of Amsterdam (UvA).
- Brink, C. (2013). Kennisdossier 5, Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid: De begrippen ontward. Utrecht: Movisie.
- Brooke-Wavell, K., Perrett, L. K., Howarth, P. A., & Haslam, R. A. (2002). Influence of the visual environment on the postural stability in healthy older women. *Gerontology*, 48(5), 293-297. <https://doi.org/10.1159/000065252>
- Bruins, B. (2018, 15 oktober) Herziening Zorgstelsel [kamerstuk], geraadpleegd via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-938.html> op 8 september 2020.
- Buettner, D., & Skemp, S. (2016). Blue Zones: Lessons From the World's Longest Lived. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(5), 318-321. <https://doi.org/10.1177/1559827616637066>
- Burton, E. & Mitchell, L. (2006). *Inclusive urban design: Streets for life*. Amsterdam: Architectural Press Elsevier.
- Bussemaker, J. (17 juni 2020). *Jet Bussemaker: 'Het medisch curatief denken domineert in de coronacrisis'* [persbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.zorgvisie.nl/magazine-artikelen/column-jet-bussemaker/>
- Buurman-van Es, B.M. (2019). Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg. *Huisarts en Wetenschap*, 2019;62, 37-40. <https://dx.doi.org/10.1007/s12445-019-0362-x>
- Cammelbeeck, C., Engbers, L.H., Kunen, M., & L'abée, D. (2014). *Ontwerpprincipes voor een beweegvriendelijke omgeving*. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB).
- CBS (2016). *Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen*. Geraadpleegd op 18 juni 2020 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2015/18/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen>.
- CBS (2019a). *Zes procent nooit op internet*. Geraadpleegd 18 juni 2020 via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/%202019/01/zes-procent-nooit-op-internet>
- CBS (2019b). *Ouderen wonen minder vaak alleen*. Geraadpleegd op 2 juli via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/36/ouderen-wonen-minder-vaak-alleen>
- CBS (2020). *55-plussers over hun (toekomstige) woning*. Geraadpleegd op 24 september 2020 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/55-plussers-over-hun--toekomstige---woning>
- Cerin, E., Nathan, A., van Cauwenberg, J., Barnett, D. W., Barnett, A., & Council on Environment and Physical Activity (CEPA) - Older Adults working group (2017). The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a systematic review and meta-analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 14(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0471-5>
- Chalfont, G.E., & Rodiek, S. (2005). Building edge: an ecological approach to research and design of environments for people with dementia. *Alzheimer's Care Today*. 6(4): 341.
- Chapman, S., & Miller, J., Spetz, J. (2019). *The Impact of Emerging Technologies on Long-Term Care and the Health Workforce*. San Francisco, CA: UCSF Health Workforce Research Center on Long-Term Care.

- Clark, G., Amabile, M., & Postone, Z. (2019) *Cities alive: Designing for ageing communities*. Londen: ARUP.
Geraadpleegd via:
https://www.arup.com/-/media/arup/files/publications/c/citiesalive_designing_for_ageing_communities.pdf
- Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. *Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies*. Den Haag: Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. Geraadpleegd via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/06/30/oud-en-zelfstandig-in-2030-aangepast-reisadvies>
- Cramm, J.M, van Dijk, H.M, & Nieboer, A.P. (2013). Het belang van sociale cohesie en sociaal kapitaal in de buurt voor het welzijn van ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44(2), 50-58. Geraadpleegd via:
<http://hdl.handle.net/1765/50423>
- Daalhuizen, F., van Dam, F., de Groot, C., Schilder, F., & van der Staak, M. (2019a) *Zelfstandig thuis op hoge leeftijd: verkenning van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk. Achtergrondstudie*. Den Haag: PBL Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd via:
https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/PBL2019_Zelfstandig-thuis-op-hoge-leeftijd-3663.pdf
- Daalhuizen, de Groot, & de Kam (2019b) *Langer zelfstandig wonen in een geschikte woonomgeving. Project Langer Zelfstandig Wonen van Ouderen*. Den Haag: PBL Planbureau voor de leefomgeving. Geraadpleegd via:
<https://themasites.pbl.nl/o/langer-zelfstandig-wonen/>
- De Booy, M., Achterbergh, D., de Lange, A., Mastenbroek, C., Klop, C., & Dik, J.-W. (2018). *Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd via:
https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zin/documenten/publicatie/2018/06/21/startnotitie-naar-reguliere-integrale-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis/Startnotitie_Kwetsbare_Ouderen_Thuis_definitief.pdf
- De Groot, C., van Dam, F., & Daalhuizen, F. (2013). *Vergrijzing en woningmarkt*. Den Haag: PBL Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd via:
https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/PBL_2013_Vergrijzing_en_woningmarkt_1105.pdf
- De Groot, C., van der Staak, M., Daalhuizen, F. & de Kam, G. (2019). *Aanpassen of verkassen. Langer zelfstandig in een geschikte woning*. Den Haag: PBL Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd via:
<https://themasites.pbl.nl/o/aanpassen-of-verkassen/>
- Deeg, D.J.H. & Puts, M. T. E. (2007). Het kwetsbare succes van ouder worden. Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, jg. 32, p. 147-151.
- De Jong, P. A., van Hattum, P., Rouwendal, J., & Brouwer, A. E. (2018). "The older adult" doesn't exist: Using values to differentiate older adults in the Dutch housing market. *Housing Studies*, 33(7), 1014-1037.
<https://doi.org/10.1080/02673037.2017.1414158>
- De Jonghe, F., Dekker, J. & Goris, C. (1997), *Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie*, Assen: Van Gorcum.
- De Kam, G.R.W., Damoiseaux, D.J.M., Dorland, L.M., Pijpers, R.A.H., van Biene, M., Jansen, E. & Slaets, J.P.J. (2012). *Kwetsbaar en zelfstandig: een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen. Geraadpleegd via: <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/101034>
- De Kam, G., & Leidelmeijer, K. (2019). *Leren van 20 jaar ervaring met woonservicegebieden: Hoe langer? Hoe beter?* Den Haag: Platform31. Geraadpleegd via:
<https://www.platform31.nl/publicaties/leren-van-20-jaar-ervaring-met-woonservicegebieden>
- De Klerk, M., de Boer, A., Plaisier, I., & Schyns, P. (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I., & den Draak, M. (2019) *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Geraadpleegd via:
<https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/04/17/zorgen-voor-thuiswonende-ouderen>

- Den Boer, L., Ophoff, P., Kleinrensink, J. *Verschillende vormen van ouderenparticipatie: Een onderzoek naar het doel, de wenselijkheid en de haalbaarheid van ouderenparticipatie*. Amsterdam: Vrije Universiteit en Ben Sajat Centrum. Geraadpleegd via: <http://www.bensajetcentrum.nl/assets/2017/04/Definitieveversie-verschillende-vormen-van-participatie.pdf>
- Denkaş, S. (2011). *Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands: a comparative study*. Erasmus University Rotterdam. Geraadpleegd via: <http://hdl.handle.net/1765/22648>.
- Detweiler, M. B., Murphy, P. F., Kim, K. Y., Myers, L. C., & Ashai, A. (2009). Scheduled medications and falls in dementia patients utilizing a wander garden. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 24(4), 322-332. <https://doi.org/10.1177/1533317509334036>
- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., Chudhary, A. S., Halling, M. H., & Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry investigation*, 9(2), 100-110. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.100>
- Diepstraten, M., Douven, R., & Wouters, B. (2019). *Can your house keep you out of a nursing home?* Den Haag: CPB Centraal Planbureau. Geraadpleegd via: <https://www.cpb.nl/en/can-your-house-keep-you-out-nursing-home>
- Doekhie, K. D., de Veer, A.J.E., Rademakers, J.J.D.J.M., Schellevis, F.G., & Francke, A.L. (2014). *Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: NIVEL. Geraadpleegd via <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf>
- Duynstee, R. (2 juni 2020). *Verbeter het welzijn, begin bij de buurt: acties van bewoners maken Amsterdamse wijk indirect gezonder*. Geraadpleegd via: <https://mediator.zonmw.nl/mediator-41/verbeter-het-welzijn-begin-bij-de-buurt/>
- Faessen, W., & Willems, J. (2019). *Verkenning wonen met zorg. Uitkomsten Fortuna 2019*. Delft: ABF Research. Geraadpleegd via: <https://www.abfresearch.nl/publicaties/verkenning-wonen-met-zorg-uitkomsten-fortuna-2019/>
- Figueiro, M., Gras, L., Qi, R., Rizzo, P., Rea, M., & Rea, M. (2008). A novel night lighting system for postural control and stability in seniors. *Lighting Research & Technology*, 40(2), 111-126. <https://doi.org/10.1177/1477153507084198>
- Figueiro, M. G., Plitnick, B., Rea, M. S., Gras, L. Z., & Rea, M. S. (2011). Lighting and perceptual cues: effects on gait measures of older adults at high and low risk for falls. *BMC geriatrics*, 11, 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-49>
- Folsche, L., & Beerepoot, R. (2018). *Langer zelfstandig thuis wonen. Lang zult u wonen*. Amsterdam/ Enschede: I&O Research.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(3), M146-M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. J. H. (2012). *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Amsterdam: Vrije Universiteit. http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_LASA.pdf
- Gemeente Amsterdam (2020). *Amsterdamse ouderen, nu en in 2039: Factsheet maart 2020*. Geraadpleegd via: <https://data.amsterdam.nl/publicaties/publicatie/amsterdamse-ouderen-nu-en-in-2039/01e485a9-a315-4ef1-b05b-f21151225532/>
- Gemeente Rotterdam (2017) *Langer thuis voor professionals*. Geraadpleegd via: <https://www.rotterdam.nl/wonen-leven/langer-thuis-professional/>
- GGD Amsterdam (2015). *Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden: Factsheet Gezondheidsenquête volwassenen en ouderen G4*. Amsterdam: GGD Amsterdam. Geraadpleegd via: https://www.volksgezondheidsmonitor.nl/upload/publicaties_pdf/169_100_De_gezondheid_van_oudere_migranten_in_de_vier_grote_steden_def-1.pdf

- Gielen, W., Herbers, D., & Hitzert, F. (2018). *Verhuizingen van oudere huishoudens*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2018/32/verhuizing-van-ouderen.pdf
- Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD000340. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000340>
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010a). Towards an integral conceptual model of frailty. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(3), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6>.
- Gobbens, R. J., van Assen, M. A. L. M., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010b). Determinants of Frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.008>
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *Journal of advanced nursing*, 66(9), 2002–2013.
- Griffioen, C., Groen, J., Jelinek, P., de Jong, E., Lengams, Y., Ransdorp, P., Römer, W., Stoppelenburg, H., de Vries, J., Wamsteeker, H., Bendien, EM., Groot - Sluijsmans, BC., Muntinga, ME., & Team Ouderenvriendelijk Buitenveldert (2017). *Ouderenvriendelijk Op Maat: Onderzoeksrapport van het project Ouderenvriendelijk Buitenveldert*. Geraadpleegd via: https://ouderenvriendelijkbuitenveldert.files.wordpress.com/2016/06/20170829_rapport-ouderenvriendelijk-buitenveldert-op-maat-def3.pdf
- Hagen, G.J., & Neijmeijer, R. (2020). *Woonprofielen van senioren*. Den Haag: Platform 31. Geraadpleegd via: <https://www.platform31.nl/publicaties/woonprofielen-van-senioren>
- Harnas, S. & Schout, P. (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderen vriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland. Geraadpleegd via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/188-meldactie-ouderen-met-een-kwetsbare-gezondheid/file>
- Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 63(6), S375–S384. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.s375>
- Heerkens, Y. F., de Weerd, M., Huber, M., de Brouwer, C. P. M., van der Veen, S., Perenboom, R. J. M., van Gool, C. H., ten Napel, H., van Bon-Martens, M., Stallinga, H. A., & van Meeteren, N. L. U. (2018). Reconsideration ICF scheme. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 121–122. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1378390>
- Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2018). *Health Literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Herder, M., Nhass, H., & van de Maat, J.W. (2019). *Gemeenschappelijk wonen van ouderen: Wat kunnen we leren van gemeenschappelijke woonprojecten voor ouderen in Amsterdam?* Utrecht: Movisie. Geraadpleegd via: <https://www.zorgsaamwonen.nl/sites/default/files/2019-11/gemeenschappelijk%20wonen%20voor%20ouderen.pdf>
- Hinkema, M., van Heumen, S., & van Wissekerke, N.E. (2019). *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*. (TNO 2019 R12033) Delft: TNO. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/12/20/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg.pdf>
- Homan, L., Jansen, P., Hulst, S., & Dijk, N. (2019). *Meerwaarde van woonvoorzieningen met zorg voor ouderen*. Enschede: bureau hhm.
- Hoogendijk, E., van Hout, H., Heymans, M., van der Horst, H., Frijters, D., Broese van Groenou, M., Deeg, D., & Huisman, M. (2014). Explaining the association between educational level and frailty in older adults: Results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*, 24(7), 538–544. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.05.002>.

- Höppner, R. & Arnold, J. (2013). Ankerpunten voor Rotterdamse ouderen. *Agora*, 2013(3), 16-19. Geraadpleegd via: <https://ojs.ugent.be/agora/article/download/2062/2029/>
- Horner, M., Duncan, M., Wood, B., Valdez-Torres, Y., & Stansbury, C. (2015). Do aging populations have differential accessibility to activities? Analyzing the spatial structure of social, professional, and business opportunities. *Travel behaviour and society*, 2(3), 182-191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tbs.2015.03.002>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., van Vliet, M. & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 160, nr. A7720.
- Hwang, E., Cummings, L., Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2011). Impacts of Home Modifications on Aging-in-Place. *Journal of Housing for the Elderly*, 25, 246-257. <https://doi.org/10.1080/02763893.2011.595611>
- Inholland hogeschool (26 mei 2020). *Virtual Ward verbindt patiënt vanuit huis met heel zorgnetwerk* [nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.inholland.nl/nieuws/virtual-ward-verbintt-patient-vanuit-huis-met-heel-zorgnetwerk/>
- Ipso Facto (2016). *Landelijk onderzoek lokaal beleid seniorenhuisvesting 2016: Eindrapport*. Den Haag: Ipso Facto Beleidsonderzoek. Geraadpleegd via: [Landelijk onderzoek lokaal beleid seniorenhuisvesting 2016](#)
- Ishihara, K., Ishihara, S., Nagamachi, M., Osaki, H., & Hiramatsu, S. (2004). Independence of older adults in performing instrumental activities of daily living (IADLs) and the relation of this performance to visual abilities. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 5(3), 198-213. doi:10.1080/1463922021000050023
- Jansen, H., Stavenuiter, M., Dijkhuis, A., van Dongen, M.C., & van Tricht, A. (2008) *Gemeenschappelijk wonen op leeftijd. Zorgposities en sociale netwerken van ouderen in woongemeenschappen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut en Federatie Gemeenschappelijk Wonen.
- Jonckheere, L., Kums, R., Maelstaf, H., & Maes, T. (2010). *Samenhuizen in België: waar staan we, waar gaan we. Gemeenschappelijk wonen: Knelpunten & sporen naar oplossingen, stand van zaken en behoeften*. Antwerpen: Samenhuizen vzw.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 157-168. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023>
- Kamphuis, C.B.M., Etman, A., Oude Groeniger, J., & van Lenthe, F.J. (2014). *Relaties van de fysieke omgeving met leefstijl, redzaamheid en sociale verbindingen. Een samenvatting van de wetenschappelijke literatuur in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*. Rotterdam: Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg. Geraadpleegd via: <https://repub.eur.nl/pub/77517/Kamphuis-et-al-282014-29-Rapport-fysieke-omgeving-RVZ-1-.pdf>
- Kim, J., & Kaplan, R. (2004). Physical and Psychological Factors in Sense of Community: New Urbanist Kentlands and Nearby Orchard Village. *Environment and Behavior*, 36(3), 313-340. <https://doi.org/10.1177/0013916503260236>
- Klok, L., ten Broeke, H., van Harmelen, T., Verhagen, H., Kok, H., & Zwart, S. (2010). *Ruimtelijke verdeling en mogelijke oorzaken van het hitte-eiland effect*. Utrecht/Wageningen: TNO Bouw en Ondergrond/Waterwatch BV.
- Kooiker, S., de Jong, A., Verbeek-Oudijk, D. & de Boer, A. (2019). *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040: Een regionale toekomstverkenning voor de komende 20 jaar*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kooistra, H., Lauteslager, O., & van Triest, N. (2015). *Duurzaam Thuis: De omvang van de vraag naar duurzame woningaanpassingen*. Den Haag: Platform 31.
- Kremer, M., Parys, A., & Verplanke, L. (2019). *Alledaagse attentheid in een superdiverse wijk*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Stichting Actief Burgerschap en het Ben Sajat Centrum. Geraadpleegd via: http://bensajetcentrum.nl/assets/2020/05/234_19002_ACB-Essay-Alledaagse-attendheid_WEB_LR.pdf

- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC health services research*, 19(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
- Lager, D., Brouwer, A., Kibele, E., & de Kam, G. (2016). *Op tijd de drempel wegnemen? Inzicht in het bewustzijn over het preventief aanpassen van de woonsituatie om langer thuis te kunnen wonen*. (URSI onderzoeksrapport; No. 355). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen.
- Lansley, P., McCreadie, C., & Tinker, A. (2004). Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way?. *Age and ageing*, 33(6), 571-576. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh190>
- Lasagno, C., Issolio, L., Pattini, A., & Colombo, E. (2014). Transitional spaces from exterior to interior as functional vision barriers in ageing. *Lighting Research & Technology*, 46(6), 706-715. <https://doi.org/10.1177/1477153514528349>
- Leidelmeijer, K., van Iersel, J. & Leering, D. (2017). *Monitor Investeren in de Toekomst: Ouderen en langer zelfstandig wonen*. Amsterdam: RIGO.
- Leyden, K.M. (2003). Social Capital and the Built Environment: The Importance of Walkable Neighborhoods. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1546-1551.
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International journal of integrated care*, 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.845>
- Louis Bolk Instituut (2017). *Positieve gezondheid en Leefomgeving*. Bunnik: Louis Bolk Instituut. Geraadpleegd via: http://www.louisbolk.org/uploads/images/pdf/Positieve%20gezondheid%20en%20leefomgeving_%20Producten%20en%20diensten%20van%20het%20Louis%20Bolk%20Instituut_171031.pdf
- Lu, X. Park, N.-K., & Ahrentzen, S. (2019). Lighting Effects on Older Adults' Visual and Nonvisual Performance: A Systematic Review. *Journal of Housing For the Elderly*, 33(3), 298-324. DOI: [10.1080/02763893.2018.1562407](https://doi.org/10.1080/02763893.2018.1562407)
- Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., de Vries, S., & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of epidemiology and community health*, 60(7), 587-592. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.043125>
- Maas, J., van Dillen, S., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & place*, 15(2), 586-595. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.09.006>
- Maat, P., Driever, H., Schuth, O., van Tol, E., Vreeburg, E. (2019). ELV, (bijna) iedereen krijgt ermee te maken! Observationale studie naar eerstelijnsverblijf in drie regio's. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*, 3.
- Mandemaker, T., van Hoof, J., & Schoutens, A. M. C. (2007). *Licht voor ouderen en mensen met dementie: Factsheet Zorg & Technologie voor bestuurders en managers in de zorg*. Utrecht: Vilans.
- Mandour, Y., Bos, R. (2020, mei). *Rapportage ActiZ Leden enquête: Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg 2020*. Geraadpleegd via: <https://www.actiz.nl/stream/actiz-publieksrapportage-capaciteitontwikkeling-verpleeghuiszorg-2020>
- Merkens, K. (2015). *Denken senioren al 'oud of the box'?* Breda: Werkgroep Zorg en Wonen, Via Latus.
- Metze, R., Berkvens, E., & Veldboer, L. (2016). *Stadsdorpen als beweging. Een verkennend onderzoek naar de Amsterdamse Stadsdorpen in de beginfase*. Amsterdam: Amsterdams Kenniscentrum voor Maatschappelijke Innovatie en Hogeschool van Amsterdam. Geraadpleegd via <https://www.hva.nl/binaries/content/assets/subsites/kc-mr/publicaties/owi/stadsdorpen-als-beweging---29-aug-2016.pdf>
- Michael, Y. L., Green, M. K., & Farquhar, S. A. (2006). Neighborhood design and active aging. *Health & place*, 12(4), 734-740. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2005.08.002>

- Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (2018). *Handboek Generatietuin*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie. Geraadpleegd via: <https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2018-12/generatietuin%20handboek.pdf>
- Ministerie van VROM (2008). *Gezonde plannen: overzicht van instrumenten voor het bevorderen van gezondheids- en milieuprestaties in ruimtelijke plannen*. Den Haag: Ministerie VROM.
- Ministerie van VWS (2018). *Programma Langer Thuis*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2019). *Voortgangsrapportage Werken in de Zorg, december 2019*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid. Geraadpleegd via https://transvorm.org/uploads/MEVA-200229_B.PDF
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2018). *Monitor zorg voor ouderen*. Utrecht: NZa. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/19/monitor-zorg-voor-ouderen-2018>
- Nouws, H. (2015). *Verhuurbaarheid seniorenwoningen*. Amersfoort: Research en advies in wonen en zorg in opdracht van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Olde Bijvank, E., van Triest, N., Duivenvoorden, A. (2020). *Langer thuis; werk in uitvoering. Van woonzorgonderzoek naar een uitvoeringsprogramma*. Den Haag: Platform 31. Geraadpleegd via: <https://www.platform31.nl/publicaties/langer-thuis-werk-in-uitvoering>
- Parke, B. & Friesen, K. (2015). *Code Plus: Physical design Components for an Elder Friendly hospital, 2nd Edition*. Geraadpleegd via: <https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2017/12/CodePlus-Final2-April-2015.pdf>
- Post, N. (2011). Maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven. In E. Zantinge., E. van der Wilk, S. van Wieren, & S. Schoemaker (Reds.), *Gezond ouder worden in Nederland* (pp.40-41). Bilthoven: RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Pouw, M. A., Calf, A. H., van Munster, B. C., Ter Maaten, J. C., Smidt, N., & de Rooij, S. E. (2018). Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ open*, 8(3), e020332. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020332>
- Prezza, M., Amici, M., Roberti, T., & Tedeschi, G. (2001). Sense of community referred to the whole town: its relations with neighboring, loneliness, life satisfaction, and area of residence. *Journal of Community Psychology* 29 (1), 29-52.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- PwC (2019). *Sociale benadering dementie: Meer levenskwaliteit én minder kosten* [nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.pwc.nl/nl/themas/inzake/inzake-juni-2019/sociale-benadering-dementie.html>
- Raad van Ouderen (RvO) (2019, november) *Advies Raad van ouderen – Zingeving. November 2019*. Geraadpleegd via: [https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Advies-RvO-Zingeving-november-2019-\(003\).pdf](https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Advies-RvO-Zingeving-november-2019-(003).pdf)
- Raad van Ouderen (RvO) (2020, mei). *Advies 'Langer zelfstandig wonen met passende zorg. Mei 2020*. Geraadpleegd via: <https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Advies-Langer-zelfstandigwonen-met-zorg.pdf>
- Raad van Ouderen (RvO) (2020, juni). *Advies betrekken van ouderen bij wonen, welzijn en zorg. Juni 2020*. Geraadpleegd via: <https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/RvO-advies-Betrekken-van-Ouderen-juni-2020.pdf>
- Raad van Ouderen (RvO) (2020, juli). *Advies ICT Hulpmiddelen in zorg en welzijn. Juli 2020*. Geraadpleegd via: <https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/RvO-advies-ICT-hulpmiddelen-in-zorg-en-welzijn-Juli-2020.pdf>
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2020). *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Geraadpleegd via: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/01/08/de-derde-levensfase-het-geschenk-van-de-eeuw>

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2015). *Verkenning ruimte voor redzaamheid*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd via: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2015/03/11/ruimte-voor-redzaamheid>
- Rantanen T. (2013). Promoting mobility in older people. *Journal of preventive medicine and public health*, 46 (1), S50-S54. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S50>
- Rantanen, T., Äyräväinen, I., Eronen, J., Lyyra, T., Törmäkangas, T., Vaarama, M., & Rantakokko, M. (2015). The effect of an outdoor activities' intervention delivered by older volunteers on the quality of life of older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 27(2), 161-169. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0254-7>
- Ribbink, M., Resodikromo, M., Willems, H., Slee, M., & Buurman, B. (2020). De WijkKliniek: ziekenhuisbehandeling voor oudere patiënten in een VVT-instelling. Een beschrijving en tussentijdse analyse. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*. No.2 april 2020.
- RIGO (2020). *Monitorgeclusterdwonon* [inforgraphic]. Geraadpleegd via: <https://www.rigo.nl/geclusterde-woonvormen-voor-ouderen/>
- RIVM (2016). *Eenzaamheid, cijfers & context, huidige situatie*. Geraadpleegd op 8 september 2020 via: www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/ huidige-situatie.
- RIVM (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018 - Themaverkenning 'Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag'*, geraadpleegd op 8 september 2020 via www.vtv2018.nl.
- Rosso, A. L., Auchincloss, A. H., & Michael, Y. L. (2011). The Urban Built Environment and Mobility in Older Adults: A Comprehensive Review. *Journal of Aging Research*, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/816106>
- Rowles, G.D., & Chaudhury, H. (2005). *Home and Identity in late life. International perspectives*. New York: Springer Publishing Company.
- Rubenstein L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and ageing*, 35 Suppl 2, ii37-ii41. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl084>
- Rusinovic, K., Bochove, M., & van de Sande, J. (2019). *Collectieve woonvormen voor ouderen. Een urgente opgave voor urban governance*. Den Haag: De Haagse Hogeschool.
- Scheibeck, R., Pallauf, M., Stellwag, C., & Seeberger, B. (2011). Elderly people in many respects benefit from interaction with dogs. *European Journal of Medical Research*, 16, 557-563.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schers, H., Koopmans, R. & Olde Rikkert, M. (2009). De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen. *Huisarts en Wetenschap*, 52(13), 626-630.
- Schilder, F. (2019). *Grijze haren, groene huizen: Over waarom langer zelfstandig wonende ouderen hun woning (niet) verduurzamen*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Schmid, L., Dragt, W., & Van Dijk, A. (2016). *Verkenning effecten woningaanpassing: Op weg naar een nieuwe businesscase voor woningaanpassingen*. Den Haag: Platform 31.
- Schop-Etman, A, Kamphuis, C.B.M, Prins, R.G, Burdorf, A, Pierik, F.H, & van Lenthe, F.J. (2014). Characteristics of residential areas and transportational walking among frail and non-frail Dutch elderly: Does the size of the area matter? *International Journal of Health Geographics*, 13. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-13-7>
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Illife, S., Kalra, L., Ricauda, N. A., & Wilson, A. D. (2008). Admission avoidance hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491>

- Skipr (17 juni 2019). *Virtuele verpleegafdeling slecht schotten in de zorg* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd via: <https://www.skipr.nl/nieuws/virtuele-verpleegafdeling-slecht-schotten-in-de-zorg/>
- Slobbe, L. C. J., Wong, A., Verheij, R. A., Van Oers, J. A. M., & Polder, J. J. (2017). Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: An observational record linkage study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 626. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2570-z>
- Stadsdorpen Amsterdam (2014). *Wat is een stadsdorp?* [bericht 4 november 2014]. Geraadpleegd op via <http://www.stadsdorpenamsterdam.nl/kennisbank/wat-een-stadsdorp/>
- Stavenuiter, M., & van Dongen, M.C. (2008). *Gemeenschappelijk wonen: Een literatuurstudie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Suanet, B., van Wieringen, M., de Boer, A., Beersma, B., & Taverner, O. (2017). *Wie zorgt voor degenen die zorgen? Naar betere mantelzorgondersteuning*. Amsterdam: Insitute for Societal Resilience.
- Suijker, J. J., van Rijn, M., Buurman, B. M., ter Riet, G., van Charante, E. P. M., & de Rooij, S. E. (2016). Effects of Nurse-Led Multifactorial Care to Prevent Disability in Community-Living Older People: Cluster Randomized Trial. *PLOS ONE*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158714>
- Taskforce (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?* Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
- Taskforce Wonen en Zorg (2020). *Resultaten nulmeting Taskforce Wonen en Zorg, Definitieve rapportage, 16 juli 2020*. Geraadpleegd via: <https://vng.nl/nieuws/taskforce-wonen-en-zorg-publiceert-nulmeting>
- Tennekes, J., van Amsterdam, H., Bijlsma, L., van Duinen, L., van der Linden, H., & Vlak, A. (2017). *Maatschappelijk vastgoed in verandering*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd via: <https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/pbl-2017-maatschappelijk-vastgoed-in-verandering-2224.pdf>
- Thomese, G. C. F., & van Tilburg, T. G. (2000). Neighbouring networks and environmental dependency: Differential effects of neighbourhood characteristics on the relative size and composition of neighbouring networks of older adults in the Netherlands. *Ageing and Society*, 20(Onbekend), 55-78. <https://doi.org/10.1017/S0144686X9900762X>
- Timmermans, E. J., Schaap, L. A., Visser, M., van der Ploeg, H. P., Wagtendonk, A. J., van der Pas, S., & Deeg, D. J. (2016). The association of the neighbourhood built environment with objectively measured physical activity in older adults with and without lower limb osteoarthritis. *BMC public health*, 15, 710. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3347-8>
- Timmermans, E.J., Deeg, D.J.H. & Huisman, M. (2017). *Trends in sociale, emotionele en gezondheidsproblematiek van Nederlandse 85- tot 94-jarigen tussen 2001/02 en 2011/12. Resultaten van de Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Tuzgöl-Broekhoven, A.J.H., Stam, J. & Ataliyayi, R. (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: De Nationale ombudsman.
- Ulrich, R.S. (2002). Health benefits of gardens in hospitals. Paper for conference *Plants for People, International Exhibition Floriade 2002*. Geraadpleegd via: https://www.researchgate.net/publication/252307449_Health_Benefits_of_Gardens_in_Hospitals/link/00b4953a3feb61db65000000/download
- Van Arum, S., & van den Enden, T. (2018). *Sociale wijkteams opnieuw uitgelicht*. Utrecht: Movisie.
- Van Campen (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Campen, C., Iedema, J., Broese van Groenou, M., & Deeg, D. (2017). *Langer zelfstandig: Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd via: <https://trendbureaudrenthe.nl/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/Langer-zelfstandig-WEB.pdf>

- Van Dam, F., Daalhuizen, F., de Groot, C., van Middelkoop, M., & Peeters, P. (2013). *Vergrijzing en ruimte: Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving (PBL). Geraadpleegd via: https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/PBL_2013_Vergrijzing_en_ruimte_450.pdf
- Van den Beld, H., & Senior, P. *Diensten aan huis: groeiende maar lastige markt*. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Geraadpleegd via: <https://www.kcwz.nl/doc/cijfers-en-trends/Diensten-aan-huis-groeiende-maar-lastige-markt.pdf>
- Van de Wijdeven, T.M.F. (2012). *Doe-democratie. Over Actief burgerschap in stadswijken*. Delft: Eburon. geraadpleegd via: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1466150/Wijdeven_DEFREP_Doe-democratie04-12-2012_emb_tot_04-06-2013.pdf
- Van den Berg, P. E. W., Kemperman, A. D. A. M., de Kleijn, B., & Borgers, A. W. J. (2015). Locations that support social activity participation of the aging population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 10432-10449. <https://doi.org/10.3390/ijerph120910432>
- Van der Does, H., Baan, A., Panneman, M. (2019). *Privé-valongevallen bij ouderen: Cijfers valongevallen in de privésfeer 2018*. Amsterdam: VeiligheidNL. Geraadpleegd via: <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/feiten-cijfers/cijferapportage-valongevallen-ouderen-65--in-priv--sfeer--2018->
- Van der Ham, L., & den Draak, M. (2018). Op het grensvlak van de we en. In: Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & de Klerk, M. (red.), *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (p. 300-325). Den Haag: Sociaal en Cultureel Plan- bureau.
- Van der Schors, A., & Groen, A. (2018). *Rondkomen na pensionering, nu en in de toekomst*. Utrecht: Nibud.
- Van der Veen, R., Kuiper, J., Lugtenberg, M. (2020). *Zo beoordeel je valrisico bij ouderen: Aanvullende tests Valanalyse*. Amsterdam: VeiligheidNL. Geraadpleegd via: <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/interventies/screening/valanalyse>
- Van Dorst, M. (2005). *Een duurzaam leefbare woonomgeving. Fysieke voorwaarden voor privacyregulering*. Delft: Eburon.
- Van Gemerden, E. & Staats, H. (2006). *Ontwerp en Sociale Veiligheid*. Den Haag: VROM. Geraadpleegd via: <https://opendata.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2006/07/01/ontwerp-en-sociale-veiligheid/eindrapport-sociale-veiligheid-van-gemerden-staats-definitief.pdf>
- Van Gorp, J. (2019). *Maatschappelijke Business Case Sociaal Makelen: 'net dat ene duwtje in de rug'*. Geraadpleegd via: <https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2020/02/Publiekssamenvatting-maatschappelijke-Business-Case-sociaal-makelen-2019-def.pdf>
- Van Hattum, P., & Hoijsink, H. (2009). Market segmentation using brand strategy research: Bayesian inference with respect to mixtures of log-linear models. *Journal of Classification*, 26(3), 297-328. <https://doi.org/10.1007/s00357-009-9040-1>
- Van Houten, M., Verweij, S., Hanzon, C., Lammersen, G., Nourozi, S., Briels, B., & van Middelaar, M. (2017). *Dagbesteding in ontwikkeling. Vraagstukken voor gemeenten en 16 vernieuwende voorbeelden voor mensen met dementie en ggz-problematiek*. Utrecht: Movisie.
- Van Klaveren, S., van Triest, N., & Senior, P. (2018). *Langer Thuis: in de praktijk. Vernieuwende woonzorg voor kwetsbare senioren*. Den Haag: Platform 31 en Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Van Oostrom, S., van der A, D., Picavet, S., Rietman, L., de Bruin, S., & Spijkerman, A. (2015). *Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid?* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Van Tilburg, T., & de Jong Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum. Geraadpleegd via: <https://research.vu.nl/en/publications/zicht-op-eezaamheid-achtergronden-oorzaken-en-aanpak-2>

- Van Tuyl, L.H.D., Batenburg, R., Keuper, J.J., Meurs, M. & Friele, R. (2020). *Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd via: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003743_3.pdf
- Veldman, D. (2018). Goede zorg is meer dan mensen beter maken. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG)*, 96(7), 263-264.
- Verkaik, R., Menting, J., & Mariën, V. (2019). *Ervaren knelpunten van thuiswonende ouderen: een onderzoek vanuit mensenrechtelijk perspectief*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd via: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003634.pdf>
- Verlee, E., van der Sande, R., Abel, R., Brandon, S., De Groot, J., Quist-Anholts, G.W.L., Rijnbeek, C.M., van Bruchem-Steen redeker, H., Wilbrink, N., Wisselink, H., de Bont, M., & Vriezen, J.A. (2017). Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts & Wetenschap*, 60(6). Geraadpleegd via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr.pdf
- Vermeij, L. (2016). *Kleine gebaren: Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verschoor, W. (2015). De participatiesamenleving is niet van vandaag of gisteren. *Podium voor Bio-ethiek*. 22(2), 8- 10. Geraadpleegd via: <https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2016/06/podium-15-2-website.pdf>
- Von Faber, M., Landkroon, J., Roes, Th.H., Verlaan, A. & van der Pas, S. (2018). *Vitaal en langer zelfstandig wonen in de Leidse regio*. Den Haag/Leiden: Werkplaats Sociaal Domein. Geraadpleegd via: <https://www.werkplaatsensociaaldomein.nl/publicatie/vitaal-en-langer-zelfstandig-wonen-de-leidse-regio>
- Weijters, B. & Geuens, M. (2003). *Segmenting the Senior Market: Professional and Social Activity Level*. Leuven: Vlerick Leuven Gent Management School. Geraadpleegd via: https://www.researchgate.net/publication/23646659_Segmenting_the_senior_market_professional_and_social_activity_level
- WHO. (2007a). *Global Age-friendly Cities: A guide*. Geraadpleegd via: https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- WHO (2007b). *Global report on falls prevention in older age*. Geraadpleegd via: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- Wijk, H., Berg, S., Sivik, L., & Steen, B. (1999). Colour discrimination, colour naming and colour preferences among individuals with Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(12), 1000-1005. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199912\)14:12<1000::AID-GPS46>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199912)14:12<1000::AID-GPS46>3.0.CO;2-E)
- Wind, A., & te Velde, B. (2019). *Handreiking kwetsbare ouderen thuis*. Geraadpleegd via: https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019_2.pdf
- Winkel, E., de Kousemaeker, G. (2017). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen: In opdracht van Actiz*. Amsterdam: fluent Healthcare. Geraadpleegd via: <https://www.actiz.nl/stream/actiz-onderzoek-naar-duurzame-inrichting-spoedzorgketen-voor-ouderen-door-fluent>
- Welch Saleeby, P. (2007). Applications of a Capability approach to disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in social work practice. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 6(1-2), 217-232. https://doi.org/10.1300/j198v06n01_12
- Weltevrede, A.M., van den Heerik, A., Wolff, R., de Boom, J., & Seidler, Y. (2017) *Netwerken in de buurt: Een onderzoek naar het nieuwe zorgconcept Buurtcirkel*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd via: <https://www.movisie.nl/publicatie/netwerken-buurt>
- Wind, A., te Velde, B. (2019). *Handreiking kwetsbare ouderen thuis: Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk*. Geraadpleegd via: https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019_2.pdf

- Witter, Y., & Fokkema, T. (2018). Huisvesting en zorg voor oudere migranten in Nederland. *Demos: bulletin over bevolking en samenleving*, 34(6), 1-4. Geraadpleegd via: https://pure.knaw.nl/ws/portalfiles/portal/7001272/2018_Witter_Fokkema_Huisvesting_en_zorg_demos_publ_vers_v35.pdf
- Woittiez, I., Eggink, E., & Verbeek-Oudijk, D. (2019). *Wat als zorg wegvalt. Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking*. Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau.
- Woonmonitor 2015 (2015). *Landelijk onderzoek naar wensen en behoeften van ouderen ten aanzien van wonen*. Geraadpleegd via: <http://www.bureauvrijftig.nl/downloads/Woonmonitor%202015%20-%20openbare%20editie%20V3.pdf>
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO. Geraadpleegd via: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>
- WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM (2002). *Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, p16*. Bilthoven: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM. Geraadpleegd via: https://www.whofic.nl/sites/default/files/2018-05/20130501_ICFwebuitgave.pdf.
- Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., de Groot, J., Lamain, A., de Bruin, K., Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R., van Gennip, L. (2019). *Samen aan zet! eHealth-monitor 2019*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/ Nivel. Geraadpleegd via: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/samen-aan-zet-ehealth-monitor-2019>
- Zantinge, E.M. (2011). Determinanten van gezondheid. In E. Zantinge., E. van der Wilk, S. van Wieren, & S. Schoemaker (Reds.), *Gezond ouder worden in Nederland* (pp.40-41). Bilthoven: RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Zeelenberg, S., & van Kessel, E. (2014). *Senioren in beweging. Handreiking voor de doorstroming van senioren*. Den Haag: RIGO Research en Advies.
- Zheng, Z., Chen, H., & Yang, L. (2019). Transfer of Promotion Effects on Elderly Health with Age: From Physical Environment to Interpersonal Environment and Social Participation. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2794. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152794>
- Zorginstituut Nederland. (2019). *ZorgCijfers Monitor: Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2e kwartaal 2019*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Zorginstituut Nederland (2020, oktober) *Wachttijstgegevens Wlz, stand 01-10-2020*. Geraadpleegd via: <https://istandaarden.nl/wachttijsten>

Ben Sajet 
centrum