



Vlaanderen
is open ruimte



VERGRIJZING OP HET PLATTELAND

Samenvatting en aanbevelingen

februari 2018

VLAAMSE
LAND
MAATSCHAPPIJ

**ASSOCIATIE
KU LEUVEN**

R
ATELIER
ROMAIN

SumResearch
Urban Consultancy

VLM.be

colofon

Verantwoordelijke uitgever:

KU Leuven
Research Group HaUS (Housing and Urban Studies)
Paleizenstraat 65-67, 1030 Brussel

Opdrachtgever:

VLAAMSE LANDMAATSCHAPPIJ
Afdeling Platteland & Mestbeleid
Dienst Plattelandsbeleid
Gulden Vlieslaan 72, 1060 Brussel
T 02 543 72 00

Stuurgroepleden:

Peter Vleugels - *VLM*
Frans Pauwels - *VLM*
An Rombaut - *VLM*
Erik Verhaert - *VLM*
Paul Van Der Sluys - *VLM*

Onderzoeksteam:

HaUS KU Leuven - SumResearch met onderaanneming
van Atelier Romain

Auteurs:

Pascal De Decker - *HaUS KU Leuven*
Brecht Vandekerckhove - *Atelier Romain*
Céline Wellens - *Atelier Romain*
Emma Volckaert - *HaUS KU Leuven*
Elise Schillebeeckx - *HaUS KU Leuven*
Niels De Luyck - *SumResearch*

Foto cover:

Emma Volckaert - *HaUS KU Leuven*

////////////////////////////////////

VERGRIJZING OP HET PLATTELAND

Samenvatting & beleidsaanbevelingen
12.02.2018

////////////////////////////////////



INHOUD

	Vooraf.....	4
1	Probleemstelling: ‘place matters’	5
2	De vergrijzing in cijfers	9
2.1	Vlaanderen vergrijst	9
2.2	Vergrijzing op het platteland	10
3	Over ouder worden.....	13
3.1	Disengagement theory (DT)	13
3.2	New Gerontologists (NG)	13
3.3	Environmental gerontology	15
3.3.1	Waarom de omgeving zo belangrijk is...	16
3.3.2	De mantra: ageing-in-place	16
3.3.3	Als AiP fout loopt...	17
4	Visies op omgevingen om ouder te worden	19
4.1	Het beleid van de Vlaamse regering	19
4.1.1	Wonen en ouder worden in relevante beleidsnota’s	19
4.1.2	Organisatie van de zorg	21
4.2	Op zoek naar inspiratie	29
4.2.1	WHO en leeftijdsvriendelijke steden	29
4.2.2	Het Deense model	32
4.2.3	Buurtgerichte zorg in zorgzame buurten	34
4.2.4	Woonzorgzones in het STAGG-model	37
5	Onderzoeksresultaten.....	41
5.1	Resultaten van het kwalitatief onderzoek	41
5.1.1	De woning	42
5.1.2	Informeel zorg en mantelzorg	44
5.1.3	Thuiszorg	46
5.1.4	Alternatieve woonvormen	47
5.1.5	Woonomgeving	49
5.1.6	Transport	51
5.1.7	Sociale isolatie en eenzaamheid	51
5.1.8	Verschil casegebieden Westhoek en Kempen	53
5.2	Resultaten van het ruimtelijk onderzoek	55
5.2.1	Voorstel: Woonzorgnetwerken in woonzorgregio’s	55
5.2.2	Verschil bij de toepassing van het concept woonzorgnetwerk op de casegebieden Westhoek en Kempen	64
6	Beleidsvoorstellen.....	69
6.1	Plaatsbepaling van de voorstellen	69
6.2	Voorstellen	73
6.2.1	Aanbevelingen met betrekking tot een paradigmashift naar MiT: gaan wonen op de juiste plaats	73
6.2.2	Aanbevelingen met betrekking tot het uitbouwen van woonzorgnetwerken	73
6.2.3	Aanbevelingen met betrekking tot de plaats in het netwerk: groeidorpen en locatiebeleid	75

6.2.4	Aanbevelingen met betrekking tot openbaar domein en omgeving	76
6.2.5	Aanbevelingen met betrekking tot de overgang van AiP naar MiT	77
6.3	Vormgeven aan een aangepast dorpenbeleid	78
6.3.1	Tussenvormen tussen de eigen woning en het woonzorgcentrum	78
6.3.2	Senioren uit hun kot lokken ...	79
6.3.3	Opsporen en monitoring: outreachend werken	79
6.4	Uitleiding: nood aan een geïntegreerde benadering: Wonen-Welzijn-Ruimtelijke Ordening	80
7	Bibliografie	81
8	Bijlage	86
8.1	Bijlage 1: Methodologie	86
8.1.1	Vorbereidend onderzoek	86
8.1.2	Keuze voor de Westhoek en de Antwerpse Kempen	90
8.1.3	Kwalitatief onderzoek	92
8.1.4	Ruimtelijk onderzoek	96
8.2	Bijlage 2: Checklist WHO age-friendly cities	97
8.2.1	Leeftijdsvriendelijke buitenruimten en gebouwen	97
8.2.2	Leeftijdsvriendelijk vervoer	99
8.2.3	Leeftijdsvriendelijke woningen	100
8.2.4	Sociale participatie	102
8.2.5	Respect en sociale inclusie	103
8.2.6	Burgerparticipatie en tewerkstelling	104
8.2.7	Leeftijdsvriendelijke communicatie en informatie	105
8.2.8	Gemeenschaps- en gezondheidsdiensten	106

////////////////////////////////////

VOORAF

Voorliggend rapport kadert in het Platform voor Plattelandsonderzoek, een centraal overlegforum opgericht in 2012 dat plattelandsgerelateerd wetenschappelijk onderzoek samenbrengt. Het doel van het Platform is onderzoeksthema's bepalen en samenwerking en kennisuitwisseling stimuleren. De bevoegde minister, J. Schauvliege, keurde in 2014 drie onderzoeksprojecten goed: voorliggend onderzoek naar de ruimtelijk-sociale perspectieven van vergrijzing op het platteland; een onderzoek naar actiegerichte strategieën voor gebiedsgerichte plattelandsontwikkeling en een onderzoek naar de versterking van streekidentiteit. De Vlaamse Landmaatschappij (VLM) coördineert het Platform.

Wat voorligt, is een samenvatting van de voornaamste onderzoeksresultaten annex beleidsvoorstellen. In het kader van het onderzoek werden de volgende rapporten opgeleverd:

- A. Verkennende nota (P. De Decker, E. Schillebeeckx & E. Volckaert),
- B. Kwantitatieve analyse (B. Vandekerckhove, N. De Luyck & H. Vandermaelen);
- C1. Kwalitatieve analyse – Westhoek (E. Volckaert, P. De Decker & E. Schillebeeckx);
- C2. Kwalitatieve analyse – Kempen (E. Schillebeeckx, P. De Decker & E. Volckaert);
- D1. Ruimtelijke analyse – Westhoek (C. Wellens & B. Vandekerckhove);
- D2. Ruimtelijke analyse – Kempen (C. Wellens & B. Vandekerckhove);
- E1. In het spoor van de zorg (E. Volckaert, P. De Decker & E. Schillebeeckx);
- E2. Bevoorrechte getuigen aan het woord (E. Volckaert, P. De Decker & E. Schillebeeckx).

In wat volgt, gaan we achtereenvolgens in op het belang die de (woon)omgeving heeft voor ouder wordende mensen en de rol die ze speelt om gezond en actief ouder te worden. In een tweede deel geven we de vergrijzing in Vlaanderen weer in cijfers. Het derde deel bespreekt verschillende visies op ouder worden en hoe die de afgelopen decennia evolueerden. Nadien, in deel vier, schetsen we het Vlaamse beleid (het kader) en gaan we op zoek naar inspiratie om te kijken wat beter kan. In deel vijf vatten we de voornaamste onderzoeksresultaten samen en in deel zes formuleren we beleidsvoorstellen. De gebruikte methodologie wordt in bijlage 1 uiteengezet.



1 PROBLEEMSTELLING: ‘PLACE MATTERS’¹

De Belgische en Vlaamse bevolking vergrijst. Dit heeft niet alleen gevolgen voor hij of zij die ouder wordt, maar ook voor de samenleving. Met vergrijzing geassocieerde problemen zullen een sterke impact hebben op hoe we onze maatschappij moeten organiseren. De focus van het maatschappelijke en politieke debat ligt vandaag vooral op de betaalbaarheid van de pensioenen en de beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Een doemdenken domineert (zie o.a. Van Damme, 2010; Peersmans & Schoors, 2012; Van de Cloot, 2014; Scholliers & Vuchelen, 2014, 2016 en in hun zog een nauwelijks bij te houden stroom aan berichten in de media), een sporadische tegenstem niet te na gesproken (De Swert, 2011; Schokkaert, 2017). We lezen en horen ook over incidenten en accidenten, bijvoorbeeld over de zoveelste demente oudere die tijdelijk is verdwenen of over verwaarlozing van ouderen. Om de haverklap verschijnt er wel een dossier of reportage die het doen en laten van woonzorgcentra onder de loep neemt². Het illustreert onder welke spanning het huidige systeem van ouderenzorg staat. Als we bovendien de nog aankomende woon- en zorgbehoefte incalculeren, dan is het vrij snel duidelijk dat de huidige recepten niet zullen volstaan. Gerontoloog D. Verté (2017): “*Doen wat we vandaag doen, is geen optie. Er zal dan tegen 2050 geen toegankelijke en kwalitatieve zorg voor iedereen zijn*”. We zullen de bestaande oplossingen moeten heroriënteren of andere aanbieden. Dit onderzoek tracht dit te doen vanuit het ruimtelijke aspect van de vergrijzing.

Het ruimtelijke aspect van de vergrijzing komt in de debatten zelden aan bod. Het gaat amper over eventuele problemen en uitdagingen die voortvloeien uit de manier waarop ouderen wonen en meer nog, waar ze wonen. Als wonen vandaag aan bod komt (zie bijv. De Witte e.a., 2012; Smetcoren, 2016), dan blijft de bredere geografische dimensie van het ouder worden bijna volledig buiten beeld. In de woorden van gerontoloog S. Golant (2015): “*It is as if the dwellings, buildings, neighbourhoods, communities, and regions in which they live and their built, natural, social, organizational, and political environment make little difference in whether they enjoy their lives, feel good about themselves, live independently, and achieve healthy lifestyles*”. Een stelling die wordt bijgetreden door Krout & Hash (2015) in hun boek ‘Ageing in rural places’: “*(...) most discussions of ageing fail to consider that people do not age in a spatial vacuum. They all age somewhere, and the place of ageing has impacts (...)*”.

Het is bijgevolg van cruciaal belang om aan deze ‘*grensstellende omgevingen*’ aandacht te schenken. Temeer daar het beleid zich inzet om mensen zolang mogelijk ‘in hun vertrouwde woning in hun vertrouwde omgeving’ te laten wonen. Dit werpt de vraag op of ‘**die vertrouwde woning in die vertrouwde omgeving geschikt is om waardig ouder te kunnen worden.**

Die vraag is voor Vlaanderen om op zijn minst twee redenen van cruciaal belang en dit is gelinkt aan de Vlaamse ruimtelijke ordening. We vertellen weinig nieuws als we stellen dat onze ‘ruimtelijke orde’ verre van optimaal is. Vlaanderen wordt gekenmerkt door een vergaande verspreiding van het wonen en uiteenlegging van voorzieningen. De Vlaamse ruimte is, zoals minister-president G. Bourgeois (2016) stelt, behoorlijk verlint en verrommeld.

¹ Dreier e.a. (2004).

² Zie o.a. een reeks in De Tijd (week 25 mei 2015), (zie MAP); zie ook de reacties op de VRT Pano reportage ‘Undercover in de zorgfabriek’ (11 okt. 2017).

'natural ageing retirement communities'³. In deze gebieden domineert de woonfunctie. Ze zijn vrijwel altijd voorzieningsarm en als gevolg daarvan zijn ze zeer sterk auto-afhankelijk. Men kan op heel wat van die plaatsen zonder auto geen volwaardig leven lijden.

Het tweede type woonomgeving betreft de kleine en grote dorpen en gehuchten op het 'traditionele' platteland. Even de diversiteit in het platteland (Thissen, 2017; Thissen e.a., 2001; Thissen & Loopmans, 2013) terzijde latend, kennen ook zij een buitenproportioneel aandeel ouderen en zijn ze sterk autoafhankelijk (geworden) omdat velen van hen ook voorzieningsarm geworden zijn. De mechanismen die eraan ter grondslag liggen, zijn echter andere dan in suburbia. Ze zijn vergrijsd of aan het vergrijzen omdat de jongeren – vooral de beter opgeleiden – zijn vertrokken. In hoofdzaak omdat er geen werk meer is, als gevolg van de dalende werkgelegenheid, onder meer in de landbouw(gerelateerde) domeinen. In de woorden van Thissen (2013): er is sprake van een 'ontjonging' van het platteland. Onder andere daardoor is hun (relatief) autonoom functioneren verdwenen (Thissen e.a., 2001), waardoor de bewoners sterk autoafhankelijk zijn geworden. Levensnoodzakelijke functies zijn verdwenen, als gevolg van schaalvergroting (Thissen e.a., 2001). Vaak is er noch bakker, noch slager noch kruidenier aanwezig.

Feit is dat de *voorzieningsarmoede* van zowel de suburbane gebieden als de (meeste) dorpen sterk contrasteert met de functierijkdom van de meeste grote en kleine steden. Het begrip 'functie' heeft hier de breedst mogelijke betekenis. Het betreft niet alleen de afwezigheid van de broodnodige winkels, maar ook de afwezigheid van vrijetijdsactiviteiten en administratieve diensten van overheden en instellingen zoals bijv. de mutualiteit of verenigingen.

Dit contrast en vooral het ontbreken van functies en voorzieningen om bij een dalende mobiliteit in te voorzien, trok onze aandacht. Die aandacht ging in hoofdzaak uit naar 'levenskwaliteit': **kan 'ageing well⁴ in place' in het buitengebied in de veronderstelling dat op een bepaald ogenblik de mobiliteit kan afnemen?** Maar onze bezorgdheid komt ook voort uit een kwantitatief perspectief. Het gaat immers over behoorlijk grote aantallen. Ook al is Vlaanderen sterk verstedelijkt, de helft tot twee derden van de Vlamingen leeft buiten de centrumsteden. Of: heel wat ouderen in Vlaanderen leven niet in steden en in de toekomst zullen dat er, als gevolg van de toenemende vergrijzing en verzilvering, in absolute aantallen nog meer zijn. De vraag stelt zich bijgevolg of er – gegeven de beleidskeuze voor 'ageing in place' – voldoende kwalitatieve zorg naar die ouderen gebracht zal kunnen worden.

Voorliggend onderzoek kadert zoals gesteld in het Platform voor Plattelandsonderzoek. Het vertrekt van de volgende onderzoeksvraag: **"Zijn rurale gebieden geschikte plaatsen om oud te worden?"** Omdat onderzoek naar de geografie van de vergrijzing en de gevolgen ervan in ons land nog nauwelijks aan bod is gekomen, zien we voorliggend onderzoek als een hypothesen-vormend pilootonderzoek met agendasetting als finaliteit.

³ Golant, publicerend in 2015, wijst erop dat wat op dit moment aan het gebeuren is, slechts de voorbode van de veroudering van de suburbane bevolking is omdat straks de "truly suburban generation", nl. zij die niet uit de steden zijn gekomen maar zijn opgegroeid in de suburb, in die suburb oud zullen worden, en naar alle verwachtingen de suburb niet zullen verlaten omdat ze tevreden zijn met de wijze waarop ze wonen (Golant, 2015: 47).

⁴ De cruciale toevoeging 'well' komt van Smetcoren (2016).

Voorliggend onderzoek vertrekt van de volgende insteken:

- 1 Met ouder worden, kan de mobiliteit afnemen waardoor het belang van de woning en de onmiddellijke woonomgeving toeneemt. Vaak gaat dit ook samen met een toenemende zorgnood. Met de kennis dat in heel wat dorpen en gehuchten in het buitengebied nauwelijks tot geen **basisvoorzieningen** aanwezig zijn, stelt zich bijvoorbeeld de vraag hoe minder mobiele ouderen aan levensmiddelen komen of bij dokter en apotheker geraken.
- 2 Deze vraagstelling wordt aangescherpt doordat het Vlaamse beleid ervoor kiest om ouderen zo lang mogelijk in hun vertrouwde woning en omgeving te laten wonen. Bovendien zijn volgens de Vlaamse overheid de informele zorgpartners (partner, kinderen, burenen, vrijwilligers) in eerste instantie verantwoordelijk bij zorgnoden. Dat leidt tot de uitbreiding van voornoemde vraag: zijn er in het buitengebied voldoende mensen en organisaties om de **informele zorg** op te nemen? (cf. Bevan & Croucher, 2006; Vermeij, 2016).
- 3 Binnen de **formele zorg** domineert de thuiszorg en -verpleging. Deze vorm van zorg is per hoofd duurder in het buitengebied simpelweg omdat er grotere afstanden moeten worden afgelegd en de ouderen er meer verspreid wonen (Lowe & Speakman, 2006; Commission for Rural Communities, 2012; Sommer, 2017). In de wetenschap dat thuisverpleging en -zorg een knelpuntberoep is – en naar alle waarschijnlijkheid zal blijven (Verté, 2017) – en de groei van de zorgbudgetten de noden niet volgen, stelt zich ook de vraag of de formele zorg de noden op het platteland zal kunnen ledigen. O.a. Shucksmit⁵ wijst hier op: *“rural areas are often among the first to suffer when cuts are made to key services”* (in: Commission for rural communities, 2012). Deze probleemstelling weegt in België en Vlaanderen overigens zwaarder door als gevolg van de keuzevrijheid van zorgpartners waardoor de trajecten van verschillende verzorg(sters) en verple(e)g(sters) die tot verschillende aanbieders behoren⁶ elkaar doorkruisen. Dat is op twee wijzen weinig efficiënt. Eén, omdat de kans bestaat dat verschillende zorgaanbieders op hetzelfde moment ongeveer dezelfde trajecten rijden naar twee naast elkaar wonende ouderen. Twee, omdat de kans om schaalvoordelen te creëren – bijv. één verzorger verzorgt meerdere patiënten – daardoor gemist wordt. Met andere woorden: de combinatie van de ruimtelijke spreiding en de vrije keuze van zorgaanbieder houdt een hoge(re) kost in.
- 4 **Aangepast wonen in meer compacte en goed uitgeruste en ontworpen omgevingen draagt bij tot ‘ageing well in place’**. Dat om twee redenen. Eén, dergelijke omgevingen bieden het ruimtelijke kader voor ouderen om actief te zijn. Ze kunnen er worden verleid om zowel fysiek als sociaal ‘uit hun kot’ te komen. Dat is goed voor hun gezondheid (we komen erop terug). Twee, wanneer ouderen dichterbij elkaar wonen, kan de noodzakelijke zorg efficiënter zijn en is er meer tijd en middelen om zorg te bieden.

⁵ Reactie op rapport van de Commission for Rural Communities. “Elderly people living in rural areas are facing social isolation, study shows”. Op website Psys.org: <https://phys.org/news/2012-09-elderly-people-rural-areas-social.html>, geraadpleegd op 11 augustus 2017.

⁶ Volgens het Agentschap Zorg en Gezondheid zijn er in Vlaanderen en Brussel maar liefst 191 erkende diensten voor thuisverpleging. Het gaat dan weliswaar ook om regionale afdelingen van eenzelfde organisatie. Daarnaast zijn er 109 diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-thuiszorg>.

sterkste impact hebben op het platteland. Een meer diepgaand onderzoek naar de situatie op het platteland is dan ook noodzakelijk.

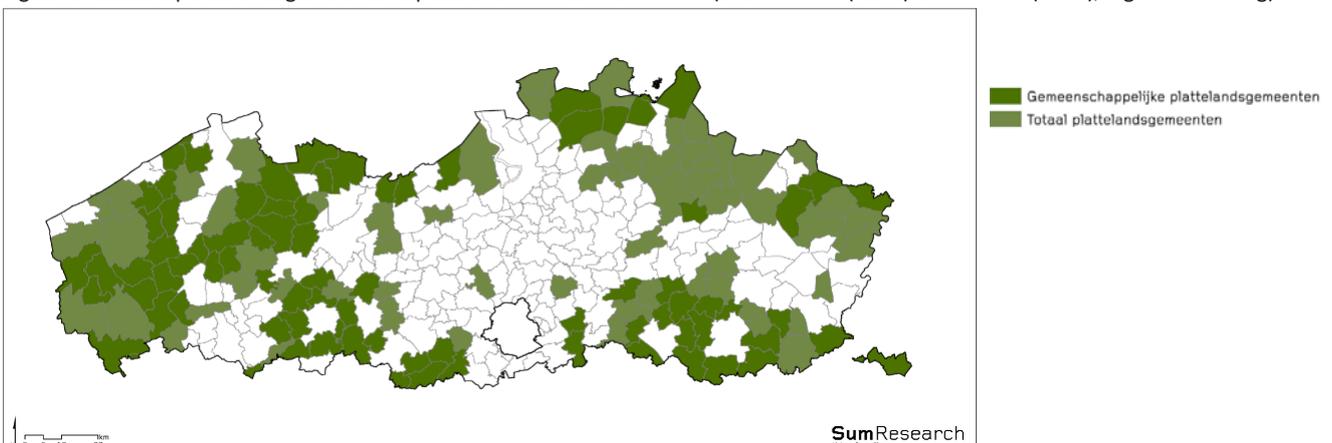
2.2 VERGRIJZING OP HET PLATTELAND

In het tweede hoofdstuk van de studie wordt een inschatting gemaakt van de vergrijzing op het platteland. Een eenduidige definitie en afbakening van 'het platteland' bestaat niet, in het kader van deze studie opteren we er voor om te vertrekken van de afbakeningen die zijn genomen in het Vlaams Programma voor Plattelandsontwikkeling III (PDPO III) en de Vlaamse Regionale Indicatoren (VRIND).

- Binnen de PDPO III afbakening zijn er 129 gemeenten, het gaat over gemeenten die maximum 350 inwoners/km² of 15% bebouwde ruimte hebben.
- Binnen de VRIND wordt er een verfijning doorgevoerd van het buitengebied dat geselecteerd is in het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen. Het RSV vormt de basis voor de ruimtelijke ordening in Vlaanderen waardoor het nuttig is om deze ook op te nemen.

De afbakening van het platteland levert op die manier 146 gemeenten op, waarvan 85 gemeenten zowel deel uitmaken van PDPO III als van de plattelandsgemeenten uit VRIND (figuur 3).

Figuur 3: Selectie plattelandsgemeenten op basis van PDPO III en VRIND (Bron: VRIND (2014) en PDPO III (2015), eigen bewerking)



In 2014 woonden zo'n 450.000 60 plussers op het platteland, dit aantal neemt volgens de prognoses van de Studiedienst van de Vlaamse regering toe tot 615.000 in 2030, of een toename van 36,1%. Deze toename ligt hoger dan het Vlaamse gemiddelde (+30,7%) en een stuk hoger dan de toename die in de centrumsteden is vast te stellen (+20,7%), zie tabel 1.

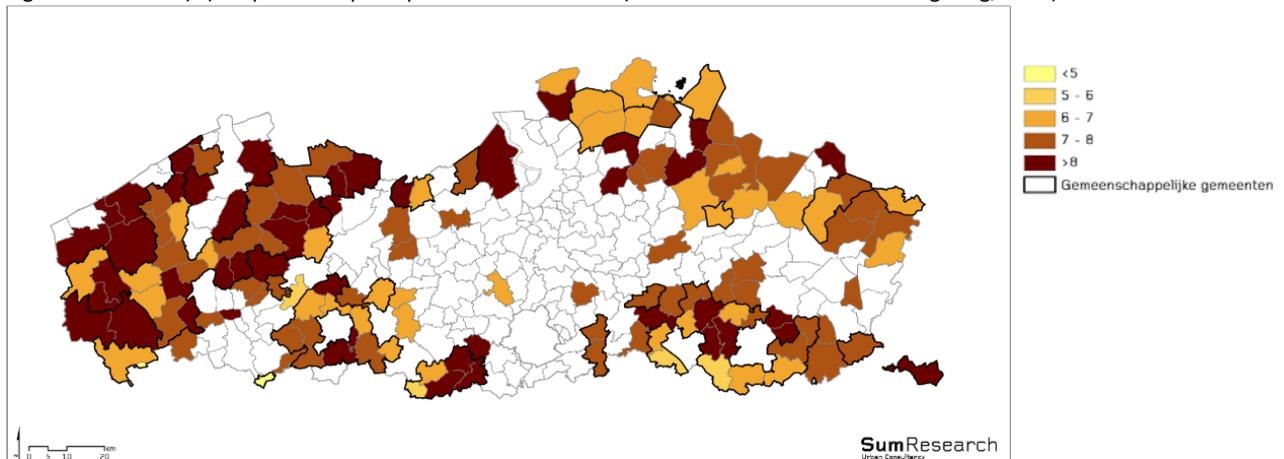


Tabel 1: Platteland, bevolkingsprognoses voor verschillende leeftijdsgroepen naar relatief aantal, 2014-2030

	Platteland 2014	Platteland 2030	Centrumsteden 2014	Centrumsteden 2030	Vlaanderen 2014	Vlaanderen 2030
0-19	21,4	20,5	21,8	22,6	21,7	21,4
20-59	53,2	46,4	54,3	50,6	53,2	47,6
60-79	19,8	25,4	18,0	20,4	19,4	23,7
80+	5,5	7,7	5,9	6,3	5,6	7,3
Totaal 60+	25,3%	33,1%	23,9%	26,8%	25,1%	30,9%

(Bron: Studiedienst Vlaamse Regering, 2015)

Figuur 4: Aandeel (%) 80-plussers op het platteland anno 2030 (Bron: Studiedienst Vlaamse Regering, 2015)



De plattelandsgemeenten in het westen kennen een hoger aandeel 80 plussers, de hoogste aantallen zijn terug te vinden in West- en Oost-Vlaanderen. De oostelijke plattelandsgemeenten hebben duidelijk een jongere bevolking met aandelen onder de 5 %. Zij zullen de vergrijzing pas op een later moment ten volle voelen (figuur 4). De gemeenten die zowel deel uitmaken van PDPO III als van de plattelandsgemeenten uit VRIND zijn met zwart omlijnd.

Aan de hand van vier demografische indicatoren (tabel 2) kunnen we de vergrijzing op het platteland nog beter inschatten.

Tabel 2: Demografische indicatoren Platteland 2014-2030 (Bron: Studiedienst Vlaamse Regering, 2015)

Indicatoren	2014	2030	Evolutie
Verouderingscoëfficiënt (60 plus t.o.v. 0-19 jaar)	118,2	161,7	+43,5
Grijze druk (60 plus t.o.v. 20-59 jaar)	47,6	70,1	+23,7
Familiale zorgindex (80 plus t.o.v. 50-59 jaar)	41,3	67,8	+26,5
Interne vergrijzing (80 plus t.o.v. 60 plus)	21,8	23,3	+1,6

De verouderingscoëfficiënt drukt de mate uit waarin ouderen wegen op de jongere bevolking. In 2014 waren er voor 100 jongeren zo’n 118 ouderen op het platteland. In 2030 neemt deze toe tot 162, wat aanzienlijk hoger is

3 OVER OUDER WORDEN

Het denken over het leven als oudere is de afgelopen decennia sterk gewijzigd. Werd de oudere – ‘bejaarde’, ‘senior’ – lang gezien als een passief iemand wiens (sociaal) leven voorbij is, dan zien we de oudere vandaag als een actief iemand die nog een volwaardig leven kan leiden.

3.1 DISENGAGEMENT THEORY (DT)

Lange tijd domineerde op het ouder worden de visie van wat Golant (2015) omschrijft als de ‘*disengagement theory*’ (DT). Deze visie houdt in dat ‘ouderen’ verschillen van anderen, de niet-ouderen. Ze zijn fysiek minder sterk of actief, ervaren een achteruitgang in hun mentale mogelijkheden en ze verminderen de breedte van hun sociale relaties waardoor ze in kleinere sociale cirkels frequenter en in hoofdzaak contacten hebben met nabije familieleden en vrienden. Ze gaan minder naar sociale ontmoetingen en nemen minder verantwoordelijkheden op. Ze zitten minder ‘in’ de wereld. Ze zijn meer introspectief, teruggetrokken, introvert. Volgens de DT betreft dit een vrijwillige terugtrekking, omdat ouder worden biologisch natuurlijk en onvermijdelijk is. Wat zich voordoet, is bijgevolg een ‘normale’ reactie, eerder dan een pathologisch of afwijkend antwoord.

3.2 NEW GERONTOLOGISTS (NG)

Met de opkomst van de ‘New Gerontology paradigm’ verandert de kijk op veroudering. Volgens de ‘*New Gerontologists*’ (NG) zijn er geen gepredetermineerde biologische ontwikkelingen die bepalen hoe we verouderen (zie ook Westerdorp, 2014; Verburg, 2015; Maier, 2017). De optimistische boodschap van de NG is dat het niet hoeft om als oudere ziek en invalide te worden. Als men de juiste dingen doet en zijn persoonlijke verantwoordelijkheid opneemt, dan kan men ‘aanvallen’ die (vroeger) gepaard gingen met verouderen, pareren en sommige zelf omkeren. Niet ‘succesvol’ verouderen is in hun ogen de eigen fout. Dus: eet correct, oefen, vermijdt stress, ga regelmatig naar de controle, doe hersengymnastiek; dan blijft men goed. Het idee wordt geopperd dat we de kwaliteit van ons leven kunnen blijven controleren en dat we daardoor reële keuzes kunnen maken over hoe we willen leven.

Succesvol verouderen omvat volgens de NG de volgende 3 elementen: (1) vermijden van ziekte en invaliditeit, (2) behoud van actief mentaal en fysiek functioneren, en (3) actief blijven.

Volgens de NG is het bovendien nooit te laat om te beginnen: “*The frailty of old age is largely reversible. Most older people, even the very old and weak, have the capacity to remarkably increase their muscle strength, balance, walking ability, and overall aerobic power*”. Meer zelfs: “*Older people can significantly improve their short-term memory by making lists and training their memory with practice games*” (in Golant, 2015).

Oudere mensen moeten, in de redenering van de NG, na pensionering, aangepaste, werkvervangende activiteiten doen en manieren zoeken om hun werkgerelateerde vriendschappen te behouden of te vervangen. *Na het opvoeden van de kinderen en het werk wordt immers nog nauwelijks iets van ouderen verwacht.* Het uitgesproken advies van niet-ouderen aan ouderen is dan ‘take it easy’, wat betekent: ‘doe weinig, amuseer je’. Heel wat oudere mannen en vrouwen doen volgens de NG beter dan dat: ze vinden nieuwe vrienden, vervangen werk deels door vrijwilligerswerk, onderhouden hun conditie en genieten van het toegenomen aanbod aan vrijetijdsactiviteiten. Het doel van de NG is om meer mensen succesvol ouder te doen worden.

De ‘new gerontologists’ tonen aan (in Golant, 2015):

- dat er een sterk verband is tussen het doen van fysieke activiteiten en fysieke en mentale aandoeningen, invaliditeit en overleven;
- dat er een positieve relatie is tussen bepaalde activiteiten en de cognitieve status van ouderen;
- dat ouderen die meer geëngageerd zijn in een veelheid van vrijetijds-, cognitieve en fysieke activiteiten beter scoren op cognitieve oefeningen dan minder geëngageerde ouderen;
- dat het totale aantal productieve activiteiten van ouderen (werk, formeel en informeel vrijwilligerswerk, zorg) gerelateerd is met het zelfgerapporteerde welgevoelen.

In een context waar de opportuniteiten hiertoe ontbreken zal de vergrijzing bijgevolg veel harder toeslaan en tot een veel lager niveau van levenskwaliteit leiden.

Maar, niet alle ouderen worden op dezelfde manier oud. Het NG-paradigma en de erbij aansluitende uiteenzettingen over succesvol ouderen worden, zijn niet van kritiek gespeend. Onder andere omdat de NG sterk focussen op individuele indicatoren of variabelen als maatstaf voor fysieke of mentale gezondheid. Ze keken/kijken naar demografische indicatoren (inkomen, ras, etniciteit, leeftijd), fysieke gezondheid, functionele mogelijkheden, cognitief functioneren en zintuigelijke vaardigheden van oudere volwassenen, een perspectief dat volgens Golant (2015: 7) belangrijke implicaties heeft wanneer ze naar de praktijk wordt vertaald. Wanneer mensen advies kregen/krijgen over ‘succesvol verouderen’, betreft dat het gebruik van gepaste medicijnen tegen allerlei kwalen en kwaaltjes, het nemen van vitamines, de juiste voeding, regelmatig oefenen, het immuunsysteem versterken e.d.

Een eerste punt van kritiek betreft de negatie van bepaalde realiteiten: ook al leven mensen langer gezond, voor velen wordt verouderen op een bepaald moment toch een last. Golant wijst er voor de VS op dat van de 65-plussers 70% uiteindelijk wel een of andere vorm van lange termijnzorg nodig zal hebben en dat op een bepaald moment zelfs de meest proactieve ouderen een afname en verlies ervaren dat effect heeft op hun fysieke en mentale gezondheid, mobiliteit en cognitief functioneren. En sommigen worstelen al vroeg⁷ met gecompliceerde gezondheidsproblemen en kunnen niet zonder hulp. Vaak gebeuren kwalijke dingen die zich buiten de controle van de oudere situeren. Dikwijls is dat de prijs van het langer leven (cf. Van de Ven, 2014).

Een tweede kritiek betreft de socio-economische dimensie. NG negeren de conditie van de minder draagkrachtigen die, wanneer ze jong(er) waren, minder kansen en middelen hadden om zogenoemde ‘gezonde

⁷ Vervotte e.a. (2015) wijzen erop dat 50 à 70% van de 70-plussers aan meer dan 1 ziekte tegelijk lijden. Verté (2017) benadrukt dat vanaf de leeftijd van 82 de zorgnood sterk toeneemt. Zie voor een meer omstandige analyse van de ‘frailty’ problematiek De Witte (2017), die vaststelt dat 23% van de 60-plussers ernstig en 33% hoog kwetsbaar (‘frail’) is.

gewoonten' aan te nemen⁸. NG 'vergeten' eveneens de effecten van mensen die op oudere leeftijd in financiële moeilijkheden zijn gekomen en die daardoor geen toegang hebben tot (gezondheids)zorg van hoge kwaliteit⁹. Dardas (2017) wijst er in dit verband op dat zorg voor ouderen uit de lagere inkomensgroepen geen echte keuze is. Ze hebben immers de middelen niet om die zorg in te kopen.

Als gevolg van achteruitgang en verlies hebben gerontologen al langer erkend dat ouderen vaak geen actief en gezond leven (kunnen) leiden tot ze sterven. Dat leidt ertoe dat er *grosso modo* twee brede groepen 'ouderen' zijn (Golant, 2015). Een eerste groep betreft zij die nog jaren een behoorlijk compleet leven kunnen leven; met andere woorden, zijn of haar dagelijkse activiteiten nog kan uitvoeren zonder noemenswaardige beperkingen. De tweede groep heeft een aantal jaren te maken met belangrijke beperkingen en dit zowel fysiek als cognitief. Op deze 'segmenten' zijn vaak verschillende labels gekleefd: 'young-old' versus 'old-old' (Funderburck, 2008; Simpson, 2015), actieve versus afhankelijke ouderen, 'third age' vs 'fourth age' ouderen, met een ruwe scheidingslijn – een exacte leeftijd valt daar niet op te kleven – rond het 80ste levensjaar.

3.3 ENVIRONMENTAL GERONTOLOGY

Golant (2015: 8) benadrukt dat de boodschap van de NG niet verkeerd is, maar dat ze onvolledig is. Het is nodig om, zo vindt hij, in de discussies ook de bevindingen van een nieuwe branche van de gerontologie mee te nemen, namelijk deze van de 'environmental gerontology' (EG). De focus van de EG is *"to understand and predict how the residential and care environments occupied and used by older adults influence their physical and psychological well-being, and their mission is to find solutions that will optimize the fit or congruence between ageing people and the places they live"* (Golant, 2015: 8).

EG stelt dat de pleitbezorgers van de NG verkeerdelijk veronderstellen dat mensen ouder worden in een situationeel, contextueel en ruimtelijk vacuüm. We hernemen het cruciaal citaat: *"It is as if the dwellings, buildings, neighbourhoods, communities, and regions in which they live and their built, natural, social, organizational, and political environment make little difference in whether they enjoy their lives, feel good about themselves, live independently, and achieve healthy lifestyles"* (Golant, 2015: 8).

Het zijn niet alleen de EG die erop wijzen dat de plaats waar iemand verblijft van belang is voor het actief ouder worden. Zorgverstrekkers wijzen erop dat de wijze waarop ouderen wonen (s.l.) van cruciale invloed is op hun levenskwaliteit (Diez Roux, 2002; Kawachi & Berkman, 2003). En dan verwijzen ze naar de aan- of afwezigheid van toegang tot gepaste voeding, betrouwbaar vervoer en adequate huisvesting.

Er is tot slot nog een belangrijk verschil tussen de EG en de NG. Formuleren laatstgenoemde vooral nogal eenzijdige passe-partout oplossingen – bewegen, gezond eten,... –, dan vinden EG dat er voor ouderen meerdere ruimtelijke wegen - 'environmental pathways' - zijn om een goed leven te leiden en competente en meedogende

⁸ "Wie hoger onderwijs gevolgd heeft (cijfers berekend voor mannen die net 50 geworden zijn), wordt gemiddeld 84 jaar en blijft gemiddeld tot zijn 72^{ste} in goede gezondheid. Wie hoger middelbaar onderwijs gevolgd heeft, sterft gemiddeld vier jaar vroeger (op 80) en leeft maar tot 68 jaar goed gezond. Wie lager middelbaar onderwijs volgde, wordt maar 78 jaar en leeft maar tot zijn 66^{ste} in goede gezondheid. En wie geen school gelopen heeft, sterft negen jaar eerder dan de hooggeschoolde (op 75 jaar) en zijn gezonde levensjaren zitten er gemiddeld al op als hij 63 is" (Tegenbos, 2017).

⁹ Al zal dit ook in België spelen, toch is de kwaliteit van de zorg minder afhankelijk van de prijs omdat de gezondheidszorg in sterke mate ontkoppeld is van het inkomen (door de universele gezondheidszorgverzekering met bijkomende bescherming voor personen met een laag inkomen).

AiP is voor de meerderheid de *normaliteit* en ouderen vertonen een “*staying-put behaviour*” (Golant, 2015; zie ook Meeus & De Decker, 2015), ook al treden er verstoringen op. *Staying-put* gedrag speelt vooral bij eigenaars. Golant (2015) wijst erop dat dat overwegend geldt voor **rurale eigenaars**, maar hij wijst ook op de specificiteit van de suburbs, waar al grote groepen 65-plussers wonen.

Golant (2015) benadrukt dat het *staying-put* gedrag doorgaans positief geïdentificeerd wordt – “*mensen willen...*” –, maar hij wijst er ook op dat ‘blijven’ vaak te maken heeft met het ontbreken van (betaalbare) *alternatieven*. Behoorlijk wat ouderen zitten klem omdat er geen relocatiealternatief is of omdat ze de middelen niet hebben om te verhuizen, niettegenstaande ongemakken met woning en/of buurt toenemen.

Het idee leeft dus dat mensen in hun woning en woonomgeving wensen te blijven, ook al ervaren ze een terugval in gezondheid en functioneren. Het vaak gebruikte argument is dat ze dat doen omdat ze dan controle hebben over wie de zorg levert (Golant, 2015: 62). Ze verwachten ook om zo een meer gepersonaliseerde behandeling te krijgen, wat niet zou gebeuren wanneer wordt verhuisd naar een andere omgeving, zo denken ze.

Golant (2015: 62) stelt dat AiP best kan, als aan volgende **voorwaarden** wordt voldaan (zie ook WHO, 2007):

- 1 ouderen leven in een woning die aangepast is of kan worden (bijvoorbeeld aanbrengen handgrepen, verbetering verlichting, verbeteren toegang, toegankelijke toiletten en badkamer...);
- 2 ouderen hebben op zijn minst één toegewijd familielid om hen, indien nodig, de klok rond bij te staan. Deze persoon woont in de buurt;
- 3 ouderen wonen op plaatsen waar (betaalbare) thuis- en gemeenschapszorg voorhanden is;
- 4 ouderen gebruiken leeftijds- of gezondheidsvriendelijke gebouwen, buurten en gemeenschappen die hun oudere bewoners een variëteit van infrastructures en diensten aanbieden.

3.3.3 Als AiP fout loopt...

“(...) by now, ageing in place, unrealistic for some, scary or unsafe for others and potentially very isolating, has become so entrenched as the right way to live out one’s life that not being able to pull it off seems a failure, yet another defeat at a time when defeats are all too plentiful” (columnist Gross, gecit. door Golant, 2015: 63).

Vrijwel alle stakeholders – professionals, overheden, praktijkmensen, media enz. – communiceren de mantra van AiP. Oudere volwassenen worden overspoeld met de boodschap dat ze met hun leeftijd en de gerelateerde gezondheidsproblemen moeten omgaan in hun vertrouwde woningen en omgevingen. Van alternatieven worden stereotypen gemaakt (cf. de gemediatiseerde dossiers over rust- en verzorgingstehuizen). Familieleden worden bekritiseerd wanneer ze hun ouderen toelaten om te verhuizen naar iets dat maar naar ‘een rusthuis’ neigt. Desalniettemin – Golant refereert aan de Amerikaanse situatie – circuleert op het internet een ontelbare reeks uitspraken van familieleden die stellen het niet aan te kunnen, die zich onverantwoordelijk voelen en schuldig omdat ze hun vader of moeder in een rusthuis hebben ‘moeten’ steken.

////////////////////////////////////

4 VISIES OP OMGEVINGEN OM OUDER TE WORDEN

Het idee leeft dat in een niet zo ver verleden wonen op oude leeftijd gelijk stond met ofwel inwonen bij een van de kinderen ofwel verblijven in het ouderlingentehuis, al zal in de realiteit wellicht een meerderheid van de ouderen thuis zijn blijven wonen. Zowel de feitelijke woonsituatie als het denken over wonen op oudere leeftijd lijkt/is sterk gewijzigd. We haalden het hierboven al aan.

In onze zoektocht naar kapstokken voor een beleid voor ouderen op het platteland, stoten we op een nauwelijks overzienbare hoeveelheid van wat we gemakshalve als ‘to do’-lijstjes of lijstjes van goede praktijken kunnen omschrijven. We maakten een selectie. Maar eerst vatten we de krachtlijnen van het Vlaamse beleid samen (4.1). Daarna gaan een selectie van inspirerende voorbeelden (4.2), zoals de ideaaltypische lijst van de World Health Organisation (4.2.1). Nadien bespreken we de Deense aanpak (4.2.2) die berust op twee pijlers, nl. (1) een bewustmaking dat ouder worden impact kan en zal hebben op het functioneren en (2) de inplanting van kleinschalige woonzorgcentra waarin het wonen centraal staat. Daarna bekijken we de ‘buurtgerichte zorg’ (4.2.3). Vertrekend van de vaststelling dat in ons land een paradigmashift nodig is (Verté, 2017), hebben een aantal deskundigen de koppen bij mekaar gestoken om een vernieuwend zorgmodel uit te tekenen. Voor ons is belangrijk dat een territorium, (buurt of wijk) centraal staat. Na de buurtgerichte zorg bekijken we nog het woonzorgzone-concept van de Stichting Architectuuronderzoek Gebouwen Gezondheidszorg of STAGG (4.2.4).

4.1 HET BELEID VAN DE VLAAMSE REGERING

4.1.1 Wonen en ouder worden in relevante beleidsnota's

We bekeken de relevante beleidsdocumenten van de twee laatste Vlaamse regeringen, nl. de regering Peeters II (2009-2014)¹⁰ en de regering Bourgeois (2014-2019)¹¹. Zowel in de beleidsverklaringen van beide regeringen als in de relevante documenten van de verantwoordelijke minister (Welzijn), ligt de nadruk heel sterk op ‘ageing in place’. De beleidsnota's van de minister verantwoordelijk voor Wonen en Ruimtelijke Ordening schenken slechts heel beperkt aandacht aan de gevolgen van de vergrijzing voor hun beleidsdomein.

4.1.1.1 Beleidsdomein Ruimtelijke Ordening/Omgeving

In de beleidsbrief Ruimtelijke Ordening van 2009 vermeldt minister F. Muyters heel kort het ageing in place-idee. Omdat ouderen vaker zelfstandig willen wonen, is het belangrijk te beschikken over een aangepaste, levensbestendige woning en aangepaste woonomgeving met de nodige voorzieningen, openbaar vervoer en openbaar groen (Muyters, 2009). De opvolgster van Muyters, J. Schauvliege, heeft noch in haar beleidsnota noch in haar beleidsbrieven, aandacht voor de link tussen ruimtelijke ordening en vergrijzing (Schauvliege, 2014, 2015, 2016).

¹⁰ De regeringsverklaring; de beleidsnota's van de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wonen en Ruimtelijke ordening; de beleidsbrief van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; het ontwerp Vlaams ouderenbeleidsplan (2010) en het ontwerp woonbeleidsplan (2012) en de beleidsnota Ruimtelijke Ordening (2009).

¹¹ De regeringsverklaring (2014); de septemberverklaring (2014); de beleidsnota's voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; Wonen en Omgeving.

4.1.1.2 Beleidsdomein Wonen

In 2012 vermeldt minister van Wonen F. Van den Bossche het belang van de toegankelijkheid van woningen en woonomgevingen. Het gaat dan om de bereikbaarheid van voorzieningen en alternatieve woonvormen zoals kangoeroewonen. Enigszins in tegenspraak met regeringsverklaringen wordt het move-in-time-idee vermeldt. De minister stelt dat tijdig verhuizen voordelen biedt: *“De oudere krijgt een aangepaste woning en dus de kans om langer zelfstandig te wonen. En zijn huis komt vrij voor een gezin”* (Van den Bossche, 2012: 3).

In de beleidsnota van minister L. Homans (2014) is er geen specifieke aandacht voor ouderen. De beleidsnota uit 2014 blijft beperkt tot de vaststelling dat de vergrijzing een toenemende vraag naar geschikte woningen genereert. In de daaropvolgende beleidsbrieven (2015, 2016) vinden we geen verwijzingen terug.

4.1.1.3 Beleidsdomein Welzijn

In zowel de regering Peeters II als Bourgeois is J. Vandeurzen minister van Welzijn en bevoegd voor het ouderenbeleid. De minister is een sterk pleitbezorger van de ageing in place-gedachte. Het is volgens de minister dan ook fundamenteel om ouderen te ondersteunen in hun thuissituatie. Dit betekent dat de informele zorg van essentieel belang is. De minister wil mantelzorgers goed informeren en vrijwilligers professioneel omkaderen (Beleidsnota, 2009; Beleidsbrief, 2010). In de Beleidsnota 2014 heeft Vandeurzen het ook over buurtgerichte hulp en zorg. Opnieuw krijgen vooral mantelzorg en informele hulp een vooraanstaande plaats. Het is de bedoeling dat ouderen die een mantelzorger ontvangen, een financiële vergoeding kunnen krijgen. De minister wil verder ook meer vrijwilligers op de been krijgen. In de nota benadrukt de minister dat hij in eerste instantie een beroep wenst te doen op de informele hulp en slechts in tweede instantie op de formele.

Om de groeiende groep thuiswonende ouderen te verzorgen belooft de minister de thuiszorg een groei in het urencontingent¹² (Beleidsnota, 2009; beleidsbrief, 2010). Hij herhaalt die belofte in zijn beleidsnota van 2014¹³.

Passend in de beleidskeuze om de zorg uit de instellingen te halen en in de maatschappij te plaatsen, kondigt Vandeurzen in zijn beleidsnota van 2014 besparingen aan in de residentiële zorg (woonzorgcentra). Er komt bovendien een erkenningskalender¹⁴ waarbij “de aanbodontwikkeling in de residentiële ouderenzorg wordt afgestemd op de beschikbare budgettaire ruimte” en de VIPA-toelage¹⁵ wordt beperkt. Dit kadert in de visie dat woonzorgcentra voorbehouden moeten worden voor zwaar zorgbehoevende ouderen, met als gevolg dat ouderen met een lagere zorgbehoefte zo lang mogelijk thuis moeten blijven, ondersteund door informele zorg en thuiszorg.

¹² Het urencontingent is het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg voor de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. De regering legt jaarlijks het urencontingent vast. Vervolgens verdeelt de bevoegde minister die uren tussen de erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/urencontingent-gezinszorg>

¹³ Zie ook Rapport E2: Vergrijzing op het platteland. Bevoorrechte getuigen aan het woord.

¹⁴ De erkenningskalender voor woonzorgcentra is ingevoerd op 1 januari 2015 en is volledig ingevuld tot en met eind 2018. Met de kalender plant de Vlaamse Overheid hoeveel woongelegenheden er elk jaar kunnen bijkomen. Er kunnen geen woongelegenheden bijkomen die niet in de erkenningskalender zijn ingepland. Zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/de-erkeningskalender-voor-woonzorgcentra-en-centra-voor-kortverblijf>

¹⁵ Een toelage van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) voor de bouw of aankoop van voorzieningen uit de gezondheids- en welzijnssector. Met uitzondering van de lokale en regionale dienstencentra kunnen er vanaf 1/1/2015 geen nieuwe aanvragen meer ingediend worden bij VIPA. Zie: <https://www.vlaanderen.be/nl/contact/adressengids/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/departement-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/vipa>

Ook woningaanpassingen kunnen ervoor zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven. De minister denkt hierbij aan het stimuleren van ICT-toepassingen, betaalbaar en energievriendelijk wonen (Ontwerp Vlaams ouderenbeleidsplan, 2010).

En last but not least, minister Vandeurzen wijst erop dat ook een aangepaste woonomgeving van belang is om *ageing in place* mogelijk te maken. Dat lezen we zowel in de beleidsdocumenten van de eerste als de tweede legislatuur (Beleidsnota, 2009; Beleidsbrief, 2010). In de beleidsnota van 2014 omschrijft Vandeurzen wat een goede woonomgeving is: *“Een kwaliteitsvolle woon- en leefomgeving bestaat uit een toegankelijke, levensloopbestendige ruimte en wijken met nabije, bereikbare en beschikbare basisvoorzieningen, gerealiseerd in flexibele, multi-inzetbare gebouwen en gekaderd in een sociaal aanvaardbaar beleid van stads- en dorpsvernieuwing. (...) Door het kwaliteitsvol invullen van de beschikbare ruimte kunnen we de participatie van zorgbehoevenden aan de samenleving verhogen, de nabijheid en toegankelijkheid van de diensten verzekeren, en de sociale cohesie en een gezonde levensstijl initiëren en promoten.”*

Naar aanleiding van de overheveling van een groot aandeel bevoegdheden in de ouderenzorg naar Vlaams niveau, werd begin 2016 een conceptnota¹⁶ goedgekeurd. Vandeurzen schetst er het gewenste beleid en de nodige maatregelen. De vermaatschappelijking van de zorg¹⁷ blijft een van de steunpilaren. Nog uitdrukkelijker dan voorheen staat de “vraaggestuurde zorg” centraal. Het gaat hierbij om persoonsgerichte zorg, waarbij keuzevrijheid voor een zorgverstrekker essentieel moet worden. Het resulteert in het persoonsvolgend financieringssysteem¹⁸. De conceptnota schrijft verder aan hetzelfde verhaal van de vorige beleidsdocumenten: zo lang mogelijk in de huidige woning blijven, ondersteund door in eerste instantie informele en nadien professionele zorg. De nota wijst eveneens op het belang van een veilige en toegankelijke woonomgeving.

4.1.2 Organisatie van de zorg

In deze sectie bekijken we wat er voor (hulpbehoevende) ouderen aan ondersteuning en voorzieningen aanwezig is. We gaan met andere woorden na wat het beleid in de praktijk betekent. Twee zaken zijn belangrijk: ofwel wonen de ouderen thuis en worden ze (eventueel) ondersteund door thuishulp, ofwel wonen ze in een residentiële zorgvoorziening. Dit hoofdstuk wordt dan ook onderverdeeld in twee delen: het aanbod van de residentiële ouderenzorg en dat van de thuiszorg. Voor beiden bespreken we de “wat, wie, hoe” en de belangrijke tendensen.

De residentiële zorg begint met een bespreking van de erkende zorgvoorzieningen. Verder gaan we in op de aanbieders van die residentiële zorg. Het gaat hier om drie groepen: openbare, semiprivate en private organisaties. Tot slot bespreken we enkele belangrijke tendensen in het aanbod. Zo zien we, ten eerste, dat de programmatie verouderd is. Ten tweede blijkt de erkenning van woonzorgcentra beperkter. Ten derde

¹⁶ Vandeurzen, J. (2016). Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en Integraal. Visie en veranderagenda.

http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/160205_Conceptnota_Vlaams%20welzijns-%20en%20zorgbeleid%20voor%20ouderen_0.pdf

¹⁷ Volgens de Vlaamse Overheid is de vermaatschappelijking van de zorg “het streven om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen.” Critici zien in de vermaatschappelijking van de zorg een besparingsmaatregel: professionele hulp vervangen door de kosteloze hulp van vrijwilligers en mantelzorgers.

¹⁸ De persoonsvolgende financiering houdt in dat meerderjarige personen met een zorgvraag een budget ontvangen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) om zich van zorg te voorzien. Er is een basisondersteuningsbudget voorzien voor personen met een beperkte zorgnood. En een persoonsvolgend budget voor personen die door hun handicap intensieve of frequente ondersteuning nodig hebben. Zie: <https://www.vaph.be/pvf>

vermelden we de limieten op het VIPA-fonds en een vierde tendens gaat over de zorgverzekering in de woonzorgcentra.

Het tweede deel van dit hoofdstuk gaat over de thuiszorg. We bespreken eerst de verschillende soorten thuiszorg. Dan gaan we over naar de verschillende aanbieders. Ten derde bespreken we de programmatie, waar de gezinszorg, net zoals de woonzorgcentra, mee te maken krijgt. Tot slot keken we of er belangrijke tendensen waren die een invloed kunnen hebben op het aanbod. De inkrimping van de programmatie van de te presteren uren gezinszorg is daar een voorbeeld van.

4.1.2.1 Residentiële zorg

4.1.2.1.1 Voorzieningen

Een residentiële ouderenvoorziening is een voorziening waar een oudere tijdelijk of permanent kan **verblijven als bewoner**. De Vlaamse Overheid erkent volgende voorzieningen: woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, dagverzorgingscentra voor palliatieve verzorging, serviceflatgebouwen & woningcomplexen met dienstverlening en groepen van assistentiewoningen¹⁹.

Een **woonzorgcentrum**, het vroegere rusthuis, biedt permanente opvang en verzorging aan ouderen. Het gaat van huishoudelijke hulp en hulp bij dagdagelijkse taken tot (lichaams)verzorging, verpleging, reactivatie en animatie. Bewoners hebben een eigen kamer, maar er zijn ook gemeenschappelijke ruimtes. De bewoners en hun bezoek kunnen in- en uitgaan gaan wanneer ze dat willen. De meeste woonzorgcentra beschikken over **"RVT-erkenningen"**. Die zijn bedoeld voor zwaar zorgbehoevende ouderen, die er een intensieve verzorging genieten. Helaas zijn er te weinig RVT-erkenningen om aan alle zwaar zorgbehoevende bewoners een RVT-omkadering te kunnen bieden. De woonzorgcentra verschillen in prijs en beschikbare faciliteiten. Elk woonzorgcentrum heeft een eigen afsprakennota met huisregels. Aan een woonzorgcentrum kan een centrum voor kortverblijf, een dagverzorgingscentrum of serviceflats en groepen van assistentiewoningen verbonden zijn.

Een **centrum voor kortverblijf** (CVK) biedt tijdelijke verzorging en opvang aan, 's nachts en overdag, of enkel 's nachts. De verblijfperiode is beperkt tot 60 opeenvolgende dagen en maximaal 90 dagen per jaar. CVK's zijn verbonden aan woonzorgcentra en de dienstverlening is er grotendeels hetzelfde. Het is een schakel tussen thuis wonen met verzorging en een permanent verblijf in een assistentiewoning of woonzorgcentrum. Een CVK is bedoeld voor ouderen waarvan de mantelzorger op reis is, ziek is of een adempauze nodig heeft.

Een **dagverzorgingscentrum** (DVC) biedt, overdag, tijdelijk de opvang en zorg die de mantelzorgers of thuisverplegers normaal bieden. Een DVC biedt verzorging, verpleging, sociale activiteiten, een warme maaltijd en vervoer van en naar huis aan. Er zijn drie soorten: een "gewoon" waarbij een prijs betaald wordt voor een (halve) dag; een DVC uitgebaat door een thuiszorgdienst, waar per uur betaald wordt; en een DVC uitsluitend voor gebruikers met een chronische aandoening, met (halve) dagprijs. Een **dagverzorgingscentrum voor**

¹⁹ De voorzieningen zijn geïnventariseerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Overheid. Het hele aanbod van de ouderenzorg, met alle bijhorende voorwaarden is terug te vinden op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/ouderenzorg>.

palliatieve verzorging biedt dezelfde diensten aan. Mensen met een levensbedreigende aandoening kunnen er een halve of een hele dag heen.

Serviceflats en assistentiewoningen²⁰, tot slot, bieden een individuele flat, waar ouderen zelfstandig wonen. Een flat heeft minstens een leefruimte, keuken, slaapkamer, toilet en badkamer. De woning is aangepast en veilig: er zijn nauwelijks trappen en er is een oproepsysteem. Bewoners kunnen, indien gewenst, een beroep doen op gemeenschappelijke diensten zoals poetshulp, warme maaltijden of thuisverpleging.

Een **voorwaarde** om gebruik te maken van de residentiële ouderenzorg is de leeftijd van 65²¹ bereikt hebben. Verder dient de residentiële zorg voor ouderen die (tijdelijk – bijv. in het geval van CVK's of DVC's) niet meer thuis kunnen wonen. Voor een toetreding tot een woonzorgcentrum is het de bedoeling alle andere opties uitgeput te hebben. Het is, volgens het Agentschap Gezondheid en Zorg, de meest verregaande schakel in een hele keten van ouderenzorg. Die begint bij verzorging thuis via allerlei vormen van thuiszorg, en gaat via tussenformules zoals dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf of groepen van assistentiewoningen over naar de permanente opvang en verzorging in een woonzorgcentrum en rust- en verzorgingstehuis.

4.1.2.1.2 Aanbieders

Er zijn drie groepen aanbieders actief in de woonzorgsector: de openbare sector of het OCMW, goed voor een derde van de bedden; de private-non-profit sector (dit zijn de vzw's) en de private-for-profit sector.

In Vlaanderen zijn er 71.611 woongelegenheden in woonzorgcentra (peiling uit 2014 door het Agentschap Zorg en Gezondheid). 24.408 daarvan zijn in handen van de openbare sector. 37.906 worden uitgebaat door de vzw-sector en 9.297 door de private sector. Met 13% van het aantal woongelegenheden blijft de private sector vrij klein, tegenover de vzw's (53%) en de openbare sector (34%).

Belangrijk hierbij zijn de evoluties, weergegeven in tabel 3. De voorbije vijf jaar is de private sector sterker uitgebreid dan de private-non-profit en de publieke sector. Tijdens de periode 2009-2014 is er bijna een stagnatie in de openbare sector (stijging van 1,50%). De plaatsen in de vzw-sector stegen met 12,77%. De sterkste stijging was waar te nemen in de private sector: 22,75%. In absolute aantallen gaat het om een stijging van 6.376 woongelegenheden in Vlaanderen, op vijf jaar tijd. 360 in de openbare sector, 4.293 door de vzw's en 1.723 door de private sector.

De cijfers van de voorbije tien jaar zijn nog opmerkelijker. Aangezien de openbare sector de voorbije tien jaar slechts een stijging van 0,64% in woongelegenheden optekent, wordt duidelijk dat de groei van het aantal woongelegenheden de verantwoordelijkheid is van de (semi-)private sector. De semi-private sector groeit met 27,93% en de private sector met 16,02%. Die stijging van 0,64% in de openbare sector in de periode van 2004-2014 betekent zoveel als een stijging van 156 woongelegenheden op tien jaar tijd. In de semi-private sector gaat het om 8.275 nieuwe woongelegenheden en in de private sector 1.284.

²⁰ De groepen van assistentiewoningen zijn sinds 1 januari 2013 de opvolgers van de serviceflatgebouwen. Zie <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Ouderenzorg/Specifieke-regelgeving-assistentiewoningen/>

²¹ Binnen de regelgeving wordt een oudere gedefinieerd als een persoon ouder dan 65 jaar. Binnen de verschillende zorgvormen zijn echter ook mogelijkheden voorzien om jongere personen op te nemen, nl. max 10% in een woonzorgcentrum, max 25 % voor een groep van assistentiewoningen. Het opname- en ontslagbeleid wordt volledig bepaald door de voorzieningen zelf, voor zover dit niet in tegenspraak is met de erkenningsvoorwaarden.



Tabel 3: Vlaanderen, aangroei aanbod plaatsen woonzorgcentra 1989-2014.

totaal (excl. Brussel)	VLAANDEREN	wgl. aangroei 2014 tav 1989	% aangroei 2014 tav 1989	wgl. aangroei 2014 tav 2004	% aangroei 2014 tav 2004	wgl. aangroei 2014 tav 2009	% aangroei 2014 tav 2009
		23.329	48,32	9.715	15,70	6.376	9,77
openbaar		3.798	18,43	156	0,64	360	1,50
vzw		16.682	78,60	8.275	27,93	4.293	12,77
privaat		2.849	44,18	1.284	16,02	1.723	22,75

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid.

4.1.2.1.3 Tendensen

We overlopen enkele tendensen en bezorgdheden: zo blijkt de programmatie verouderd, werd er een tussenstap toegevoegd aan erkenningen van woonzorgcentra en werd de VIPA-financiering afgeschaft. Verder beschrijven de evolutie naar hoge zorgprofielen.

4.1.2.1.3.1 Verouderde programmatie

Het huidige rekenmodel voor programmatie voorziet één woongelegenheid per honderd ouderen in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar. Voor 75-79 jaar zijn dat er 4 per 100, 12 voor 80-84, 23 voor 85-89 en 32 voor 90 en ouder. Minister Vandeurzen erkent dat het systeem verouderd is. “De huidige programmatieberekening houdt immers geen rekening met een integrale benadering van de verschillende zorgvormen, noch met de beschikbaarheid van mantelzorg, nieuwe zorgorganisatiemodellen, technologische evoluties of innovaties in de zorg” (Vandeurzen, 2015).

4.1.2.1.3.2 Tussenstap in erkenning

Wanneer er op basis van de genoemde programmatie beschikbare programmatieruimte is in een bepaalde gemeente, kon een initiatiefnemer een **voorafgaande vergunning** verkrijgen en kon hij – tot vóór december 2013 - starten met de bouw van een woonzorgcentrum met garantie op erkenning en RIZIV-financiering.^{22, 23} Om budgettaire redenen heeft de Vlaamse overheid op 20 december 2013 een schakel tussen de voorafgaande vergunning en de erkenning gezet, nl. de **erkenningskalender**.

Initiatiefnemers met een voorafgaande vergunning voor nieuwe capaciteit moeten vóór 1 januari van het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar dat ze effectief willen openen, het agentschap informeren over wanneer ze de voorafgaande vergunde capaciteit in gebruik neemt (= aanvraag van een erkenningskalender). Het aantal

²² Vanwambeke, P. (2015, 16 Juni). Interview door Pascal De Decker & Emma Volckaert. OCMW-secretaris Maldegem, Maldegem.

²³ Dekeyser, J. (2015, 5 Augustus). E-mail: Voorafgaande vergunningen. Sectorverantwoordelijke ouderenzorg, Agentschap Zorg en Gezondheid, Brussel.



woongelegenheden in woonzorgcentra in Vlaanderen kan momenteel dus enkel nog uitbreiden indien de voorafgaande vergunning voordien bekomen werd en indien men reeds een erkenningskalender ingediend had. Projecten die enkel verbouwing of vervanging van bestaande capaciteit betreffen, vallen niet onder de erkenningskalender.

4.1.2.1.3.3 VIPA

Een andere mogelijke belemmering in de bouw van toekomstige woonzorgcentra is de beëindiging van de financiering vanuit het Vlaams Infrastructuurfonds Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). Initiatiefnemers kunnen de realisatie van een woonzorgcentrum en/of centrum voor kortverblijf niet langer financieren via de klassieke VIPA-financiering.^{24, 25} Er wordt geopteerd om, in dialoog met de sector residentiële ouderenzorg, een forfaitair systeem te ontwikkelen, binnen de beschikbare budgettaire marges.

4.1.2.1.3.4 Evolutie naar (enkel) hoge zorgprofielen

Behalve de afschaffing van de financiering vanuit het VIPA en de invoer van de erkenningskalender, waardoor woonzorgcentra enkel gebouwd kunnen worden wanneer het Vlaamse budget dat toelaat, is er nog een andere tendens die de uitgaven van de Vlaamse Overheid inperkt, namelijk de 'uitsluiting' van ouderen met (te) lage zorgprofielen in de woonzorgcentra. Zoals eerder vermeld, zijn woonzorgcentra bedoeld voor ouderen die niet meer thuis kunnen wonen en waarvoor de andere schakels in de keten van ouderenzorg niet meer toereikend zijn. Dit heeft als gevolg dat (1) de verblijven korter zijn geworden, gemiddeld anderhalf jaar²⁶, en dat (2) mensen met lichtere zorgprofielen er niet in terecht kunnen.

4.1.2.2 Zorg en verpleging

Thuiszorg omvat onder meer de gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de thuisverpleging. Onder gezinszorg verstaan we: persoonsverzorging, hulp in het huishouden, psychosociale en pedagogische ondersteuning en beperkte hulp bij de schoonmaak²⁷. Aanvullende thuiszorg omvat vooral schoonmaak en in sommige gevallen oppashulp en de uitvoer van karweitjes (vb. reparaties, schilderen). Thuisverpleging gebeurt door verpleegkundigen. Een verpleegkundige kan medicijnen of inspuitingen toedienen, wonden verzorgen, palliatieve zorgen verlenen, enz²⁸.

Verder zijn er nog de diensten voor logistieke hulp die zorgen voor de schoonmaak en hulp bij karweitjes – diensten die de gezinszorg en aanvullende thuiszorg ook aanbieden – ; de diensten voor oppashulp, waarbij vrijwilligers de ouderen gezelschap bieden; de diensten voor gastopvang, waarbij een gastgezin vrijwillig een zorgbehoevende opvangt; de lokale dienstencentra die in eerste instantie inzetten op preventie (behoud zelfredzaamheid) en op het onderhoud en de uitbouw van een sociaal netwerk (tegengaan sociaal isolement)

²⁴ Vanwambeke, P., interview. Zie eerder.

²⁵ De Meester, D. (2015, 16 April). Interview door Emma Volckaert. Directeur woonzorgcentrum Drogen, Drogen.

²⁶ Het Agentschap Zorg en Gezondheid beschikt niet over recente cijfers van de gemiddelde verblijfsduur in woonzorgcentra. Maar Volgens Katrien Schryvers (Vlaams parlementslid voor CD&V, commissie Welzijn) bedroeg de gemiddelde verblijfsduur eind december 2016 anderhalf jaar. Het laatste decennium is de verblijfsduur gedaald van 5 naar 1,5 jaar (mailverkeer met Mettepenningen, E., 6 oktober 2017).

²⁷ Voor een volledige opsomming, zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/wat-voor-hulp-kunt-u-krijgen-bij-gezinszorg>

²⁸ Zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg/diensten-voor-thuisverpleging>

en de regionale dienstencentra en de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds waar men terecht kan voor informatie en advies, begeleiding woningaanpassing. Ook dienstenchequebedrijven kunnen een deel van deze zorg aanbieden (boodschappen doen, poetsen).

4.1.2.2.1 Vele spelers

Op de thuiszorgmarkt zijn er vele spelers actief. Het omvat een breed gamma van uiteenlopende vormen van hulp- en dienstverlening. De doelstelling van die hulp- en dienstverlening is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, en daar verzorgd kunnen worden. Thuiszorg wil er ook voor zorgen dat mensen (sneller) naar huis kunnen terugkeren, bijvoorbeeld na een opname in het ziekenhuis, om daar verdere hulp te krijgen. Thuiszorg is er voor iedereen: jong of oud, gezinnen met kinderen of alleenstaande ouderen...

Er is in Vlaanderen een ruim en divers aanbod aan voorzieningen die verschillende vormen van verzorging en hulp bij de mensen thuis aanbieden. Dat gaat van hulp bij het huishouden tot lichaamsverzorging en verpleegkundige zorg.

De openbare diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg worden voornamelijk gerund door het OCMW, al doen zorgbedrijven hun opmars (zie Antwerpen²⁹, Roeselare³⁰ en het Meetjesland³¹). De openbare diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg presteerden in 2014 bij benadering 1,78 miljoen van de 16,4 miljoen uren gezinszorg, dit is een aandeel van bijna 11%. Het gaat hier steeds over de uren gezinszorg, niet over de verpleging.

De private diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg namen de andere – bij benadering - 14,6 miljoen uren voor hun rekening. De meeste private diensten ontstonden vanuit een bepaalde ideologie. Zo moeten 'Familiehulp', 'Familiezorg', 'Landelijke Thuiszorg' en 'Wit-Gele Kruis van Vlaanderen-Beter Thuis' binnen de Christelijke zuil gesitueerd worden. Binnen de liberale zuil is er 'Solidariteit voor het Gezin' en de Socialistische Mutualiteiten hebben 'Thuishulp/De Voorzorg' binnen hun organisatie (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015). Genoemde organisaties waren in 2014 goed voor ongeveer 12,5 van de 16,4 miljoen uren gezinszorg. De christelijk geïnspireerde organisaties hebben hierbij het grootste marktaandeel met ongeveer 9,3 miljoen uren gezinszorg (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015)³². De verdeling van de gezinszorg is weergegeven in figuur 5.

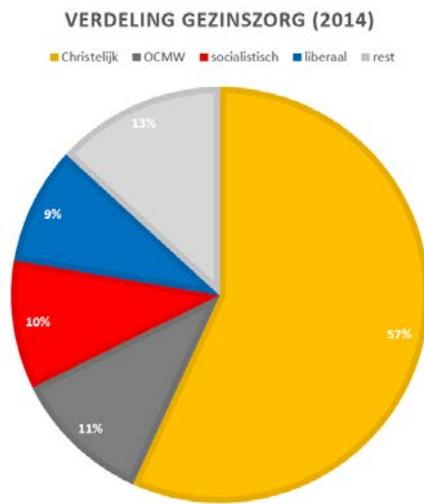
²⁹ www.zorgbedrijf.antwerpen.be

³⁰ www.ocmw-roeselare.be

³¹ Eind 2014 kondigden de OCMW's van Evergem, Maldegem en Nevele de wil tot samenwerking aan onder de noemer 'Zorgbedrijf Meetjesland'. Zie: http://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20141218_01436809 en <http://www.ocmwmaldegem.be/alle-nieuwtjes/265-ocmw-s-van-evergem-maldegem-en-nevele-gaan-samenwerken>

³² Eigen berekening en tevens een schatting. De concrete cijfers zijn per organisatie terug te vinden op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmaciifers_thuiszorg/

Figuur 5: Vlaanderen, verdeling van de gezinszorg.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid (data) en eigen berekeningen.

4.1.2.2.2 De programmatie

De gezinszorg en aanvullende thuiszorg wordt voorzien van een maximum aantal gesubsidieerde uren. Het gaat hier over de persoonsverzorging en huishoudelijke hulp die verstrekt worden door de erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. De programmacijfers worden per provincie en per gemeente vastgelegd. Per inwoner van de leeftijdsgroep tot 59 jaar wordt 0,62 uur per jaar voorzien. Voor de groep van 60 tot en met 64 jaar 1,68 uur; 65 tot en met 74: 4,58 uur; 75 tot en met 84: 17,5 uur en vanaf 85 jaar: 40 uur per jaar per inwoner. Voor de berekening van de programmacijfers van een bepaald jaar wordt uitgegaan van de bevolkingsprojecties voor het jaar erop.

4.1.2.2.3 Inkrimping urencontingent

Eerder, in de beleidsanalyse, stelden we vast dat zowel de regeringsverklaring als de beleidsnota van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, uitging van een groei in de programmatie of het aantal subsidieerbare uren gezinszorg. Tot 2014 was er een continue stijging van het aantal gesubsidieerde uren waar te nemen. Maar in 2015 daalde het aantal uren en ook in 2016 zet de dalende trend zich verder en zijn er dus minder middelen en minder beschikbare uren in de gezinszorg. In 2017 is er sprake van een beperkte groei, weliswaar nog onder het niveau van 2015³³. Die besparingen baren de diensten zorgen, zoals te lezen is in rapport E2: bevoorrechte getuigen aan het woord.

³³ De cijfers: 2013: 17.323.914 uren; 2014: 17.633.631; 2015: 17.420.313; 2016: 17.234.574; 2017: 17.307.714 (zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/urencontingent-gezinszorg>)

De diensten proberen het beperkte urencontingent te omzeilen met een zogenaamde taakuitzuivering. Dat houdt in dat ze de uren die normaal gedefinieerd staan als 'gezinszorg' een ander label geven, zodat het niet meer tot het urencontingent behoort. Die uren worden dan gepresteerd door iemand van de poetsdienst en/of gecategoriseerd als aanvullende thuiszorg ^{34, 35}.

³⁴ Vanhees, M. (2015, April 13). Interview door Emma Volckaert. Directeur Zorg, Landelijke Thuiszorg, Wijgmaal.

³⁵ Hespel, J. (2015, April 20). Interview door Emma Volckaert. Directeur Thuiszorg, Socialistische Mutualiteiten, Brussel.



4.2 OP ZOEK NAAR INSPIRATIE

Wat is een goed ouderenbeleid dat rekening houdt met wonen en ruimtelijke orde(ning)? We vertrekken hiervoor van een aantal bestaande kaders die enerzijds relevant zijn omdat ze internationaal toonaangevend zijn en anderzijds inspirerend kunnen zijn voor de Vlaamse ruimtelijke en demografische context. Deze modellen hebben ons geïnspireerd in de opbouw van een eigen ruimtelijk model, een model dat we hebben afgetoetst in ons casestudyonderzoek en dat wordt voorgesteld in hoofdstuk 5.2 resultaten van het ruimtelijk onderzoek. Dit betreft achtereenvolgens de voorstellen van de WHO, het Deense model, de buurtgerichte zorg en het STAGG-model.

4.2.1 WHO en leeftijdsvriendelijke steden

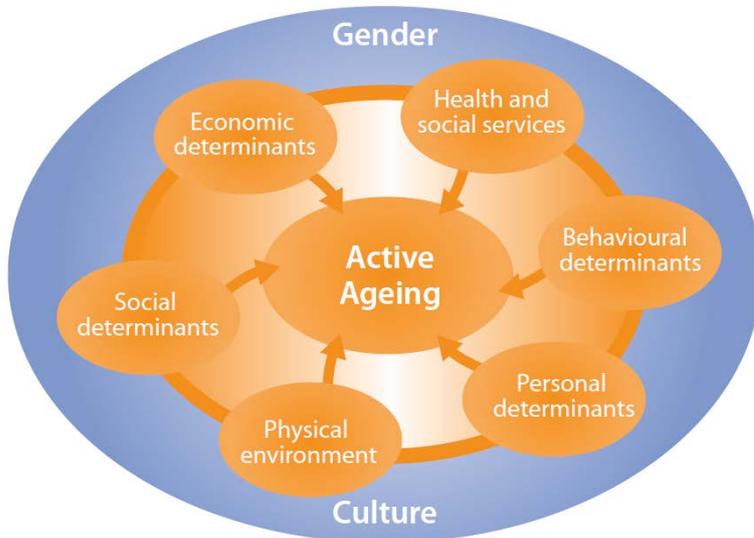
Hoger somden we al de voorwaarden op die vervuld moeten zijn om thuis volwaardig ouder te worden. De WHO heeft een blauwdruk gemaakt die daar concreet gestalte aan geeft. Vertrekkend vanuit de vaststelling dat de veroudering van de bevolking en de verstedelijking twee trends zijn die zich op heel wat plaatsen in de wereld voordoen, besliste de WHO (2004) om “*a guide*” met checklist voor leeftijdsvriendelijke steden te maken. Leeftijdsvriendelijke steden moedigen actief ouder worden aan door in te zetten op gezondheid, participatie en veiligheid. In een leeftijdsvriendelijke stad maken beleid, voorzieningen, omgevingen en structuren ‘active ageing’ mogelijk door:

- de erkenning dat ouderen capaciteiten en mogelijkheden hebben,
- te anticiperen en reageren op leeftijdsgerelateerde noden en voorkeuren,
- het respecteren van beslissingen en leeftijdgebonden keuzes,
- het beschermen van de meest kwetsbaren,
- de promotie van de inclusie van ouderen in alle domeinen van het sociale leven.

Actief ouder worden hangt af van een veelheid van invloeden en determinanten. Ze betreffen zowel materiële condities (woning, woonomgeving,...) als sociale factoren. Ze bepalen – vaak in een samenspel met elkaar – hoe mensen ouder worden (Figuur 6).

////////////////////////////////////

Figuur 6: Determinanten van actief ouder worden volgens de WHO.



Bron: WHO (2007).

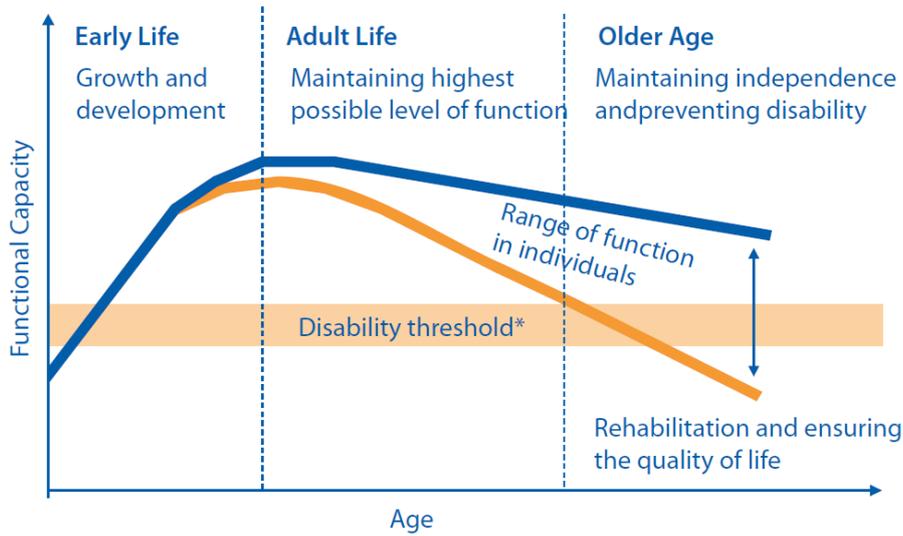
De WHO wijst erop dat deze determinanten vanuit een volledige levensloop moeten worden benaderd. Dat wordt geïllustreerd in figuur 7, die aantoont dat de functionele mogelijkheden toenemen tijdens de kindereenjaren, pieken wanneer mensen volwassen zijn en daarna eventueel verminderen. De mate van afname hangt af van de levensstijl, maar ook van de sociale, omgevings- en economische factoren. De WHO wijst erop dat de snelheid van achteruitgang beïnvloed en zelfs omgebogen kan worden door individueel handelen en beleidsmaatregelen, zoals **het creëren van leeftijdsvriendelijke omgevingen**.

Omdat *active ageing* een levenslang proces is, moet een leeftijdsvriendelijke stad meer dan oké zijn voor de ouderen. Drempelvrije gebouwen en straten verbeteren ook de mobiliteit en onafhankelijkheid van anderen. Veilige buurten laten kinderen, jongeren en ouderen toe om zich buiten te begeven voor fysieke en sociale activiteiten. Families ervaren minder stress wanneer hun oudere leden de gemeenschapsondersteuning en gezondheidszorg krijgen die ze nodig hebben. De omgeving profiteert van het werk – vrijwillig of tegen een vergoeding – dat de ouderen doen. En finaal profiteert ook de lokale economie van de bestedingen van de oudere consumenten.

De WHO checklist, die is toegevoegd in bijlage 2, is opgebouwd rond 8 topics (figuur 8).

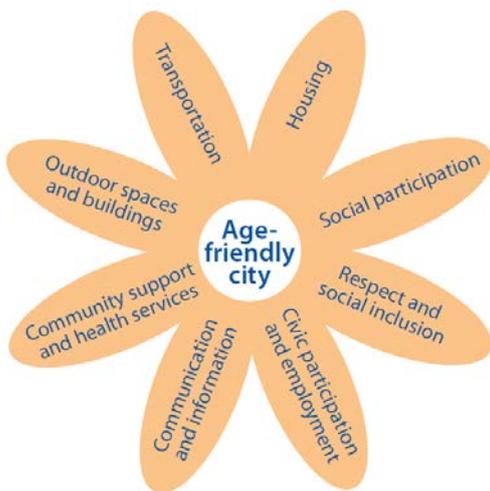
- 1 Leeftijdsvriendelijke buitenruimten en gebouwen,
- 2 Leeftijdsvriendelijk vervoer,
- 3 Leeftijdsvriendelijke woningen,
- 4 Sociale participatie,
- 5 Respect en sociale inclusie,
- 6 Burgerparticipatie en tewerkstelling,
- 7 Leeftijdsvriendelijke communicatie en informatie,
- 8 Gemeenschaps- en gezondheidsdiensten.

Figuur 7: Maintaining functional capacity over the life course.



Bron: WHO (2007).

Figuur 8: WHO Age-friendly city topic areas.



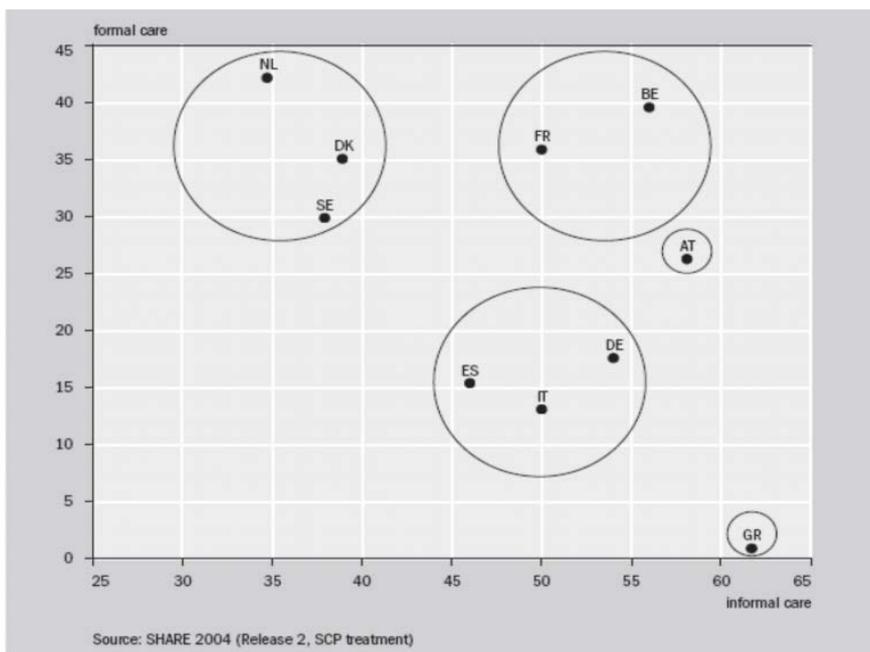
Bron: WHO (2007).

4.2.2 Het Deense model³⁶

België en Denemarken lijken qua geografisch profiel sterk op elkaar. Op het eerste gezicht blijkt dit niet zo in absolute aantallen. In 2016 waren er 11,3 miljoen Belgen en 5,6 miljoen Denen. In procenten uitgedrukt zien we meer gelijkenissen. In België zijn er 13,3% inwoners in de leeftijdsklasse 55-64 jaar, in Denemarken 12,4%. 19% van de Belgen is ouder dan 65 jaar. In Denemarken is dit 18,4%. De afhankelijkheidsratio, de verhouding tussen de niet-beroepsactieve bevolking (65+) en de actieve bevolking (15-64) is bijna hetzelfde, 28,4% voor België en 28,5% voor Denemarken (<http://www.indexmundi.com>).

Uit cijfers van SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) in 2004, blijkt dat Denemarken heel wat meer inzet op formele zorgverlening en minder op informele zorg. In België was er een meer evenwichtige verhouding tussen beiden: hoge formele en informele zorgverlening (figuur 9). Laat het huidige Vlaamse beleid nu net focussen op (nog) meer informele zorgverlening, ondersteund door formele zorg. Een volledige analyse van het Deense woonmodel ligt niet in de scope van dit onderzoek maar bovenstaande bevindingen zijn redenen genoeg voor een korte analyse van het Deense woonmodel.

Figuur 9: Formele hulp in relatie tot informele hulp in een aantal Europese landen



Bron: Vandekerckhove e.a. (2013)

³⁶ Uit Vandekerckhove e.a. (2014).



toegankelijkheid, ook voor handbewogen rolstoelen en een toegankelijke sanitaire ruimte. De meest gangbare woningen hebben een oppervlakte van 67 vierkante meter³⁷.

Dit alles werd ondersteund door bewustwordingscampagnes. Vanaf 1998 werden de Denen regelmatig geconfronteerd met de slogan “*moving in time*” in plaats van “*staying put*”. Wat bleek, veel Denen tussen de 55 en 75 jaar willen verhuizen naar een passende woning en een bepaald percentage is zelfs te vinden voor groepswonen. Het hoeft ons niet te verbazen dat het aanbod groepswonen in Denemarken ook veel groter is dan bij ons.

Concluderend kunnen we stellen dat Denemarken geanticipeerd heeft op zijn ouder wordende bevolking. Er zijn alternatieven voor de bestaande woningen, ze zijn kleinschalig en in de wijk verankerd. De zorgverstrekking is transparant en een grote verantwoordelijkheid ligt bij de gemeente die ook moet zorgen voor de regie en de kwaliteitsopvolging. Doe daar een bewustwordingscampagne bij en er ontstaat een ideale mix die aanzet tot *ageing well in place*.

4.2.3 Buurtgerichte zorg in zorgzame buurten³⁸

Het zorg- en welzijnslandschap in Vlaanderen staat voor ingrijpende veranderingen, waaronder de demografische evoluties en budgettaire beperkingen die met organisatorische uitdagingen gepaard gaan. Die veranderingen hebben een zekere *sens of urgency*. Daarom hebben een aantal mensen uit de zorg- en welzijnssector nagedacht over mogelijke antwoorden hierop. Ze kwamen uit bij ‘buurtgerichte zorg’, een aanzet voor een model dat vertrekt van het idee dat mensen in hun huis blijven, met een rolverdeling tussen verschillende actoren. Het is een visietekst die tot stand kwam door een gesprek onder leiding van gerontoloog Dominique Verté met verschillende woonzorgactoren, zoals verantwoordelijken van OCMW’s, dienstencentra, VVSG en Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

De bedoeling van de brochure is:

- stil staan bij wat hulp- en zorgbehoevenden in hun dagelijks leven nodig hebben, en hoe die nood best kan gelenigd worden,
- met de zorg- en welzijnssector op lokaal vlak een adequate aanpak ontwikkelen, vanuit een gemeenschappelijke visie,
- nagaan wat de bijdrage van alle betrokken partijen daarin kan zijn.

Dat ‘elke hulp- en zorgvraag een passend antwoord moet krijgen’ is met deze tekst niet opgelost. Deze tekst is in de ogen van de auteurs een aanzet om daar samen werk van te maken. De auteurs geven een kader mee waarbinnen concrete acties opgezet kunnen worden. De brochure vormt, met andere woorden, de aanzet voor een concreter model waarbinnen de informele en formele zorg fungeren. Om dat op een efficiënte manier te doen, moeten bepaalde gebieden of buurten afgebakend worden. Op die manier kan hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar blijven.

³⁷ Op de PROF 5.0 themadagen stelde Van Hoof (2016) van de Fontys Universiteit in Tilburg, dat 60m²de standaardkamer wordt.

³⁸ Becaert, Denys, e.a. (2016).



In een zorgzame buurt zijn de voorwaarden vervuld opdat ouderen en zorgbehoevenden comfortabel in hun huis of vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Het is een buurt waar jong en oud samen leven, waar bewoners elkaar kennen en helpen, waar zorgbehoevende personen en mantelzorgers ondersteuning krijgen en waar zorggarantie en zorgcontinuïteit geboden wordt.

Buurtgerichte Zorg wil de best mogelijke hulp en zorg bieden aan iedereen in de buurt: ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen, kwetsbare groepen. Daartoe richt het zich tot iedereen in de buurt. Buurtgericht Zorg...

- is vooral een sociaal model dat het welzijn van alle buurtbewoners en de versterking van de sociale cohesie beoogt,
- stimuleert de aanpassing van woningen en openbare ruimte, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen,
- bundelt alle krachten op lokaal vlak om de best mogelijke hulp en zorg te bieden. Dit kan enkel mits een goede samenwerking tussen alle professionele actoren, samen met de informele zorgverleners: burens, vrijwilligers en mantelzorgers.

Elke buurt in Vlaanderen is anders qua omvang, sfeer, bewoners, rijk of arm, aantal voorzieningen, enzovoort. Buurtgerichte zorg ent zich op die *lokale context*. Het wordt de taak van de lokale *buurtzorgregisseur* om de samenwerking tussen alle partners te bevorderen, zodat alle zorgbehoevenden in de buurt de zorgen krijgen die ze nodig hebben. Dit houdt initiatieven in op vlak van detectie, toeleiding, aanbodontwikkeling, afstemming en samenwerking tussen alle actoren op het terrein, communicatie en informatie, ondersteuning van de informele zorgverstrekkers, ICT-ondersteuning, enzovoort.

Kort op de bal spelen, preventief werken, tijdige detectie, individuele zorgbegeleiding, versterking van de informele zorg, en een goed volgsysteem maken de hulp- en zorgverlening financieel gunstiger. Samenwerking tussen professionele en informele zorgverleners is bovendien kostenbesparend. Als mensen langer thuis blijven wonen, zal de toename van het aantal woonzorgbedden minder snel moeten stijgen. Wie inzet op buurtgerichte zorg en preventief werkt, realiseert belangrijke besparingen in de residentiële zorg.

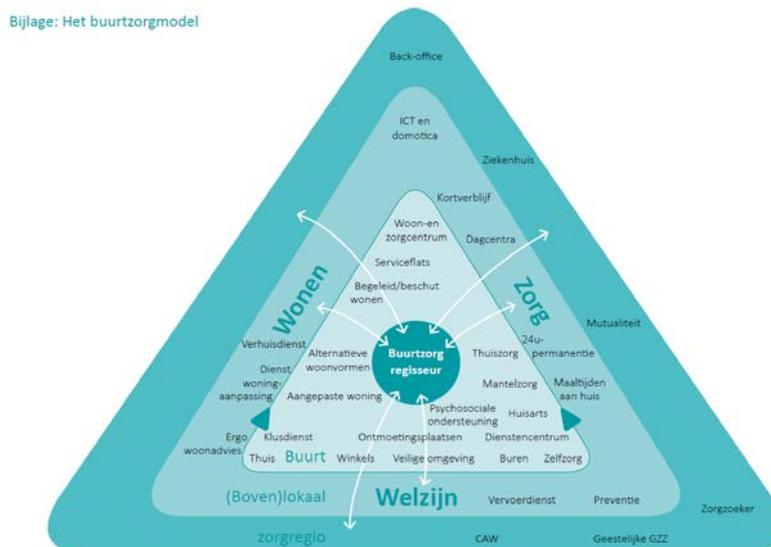
Een transitie naar buurtgerichte zorg vraagt echter een investering en mogelijks een verschuiving van de financiële aansturing door de overheid. Investeren in buurtgerichte zorg betekent ook dat terugverdieneffecten op middellange- en lange termijn in rekening moeten gebracht worden. Maar een dergelijke transitie mag echter niet alleen gemotiveerd zijn vanuit de economische aspecten van de zorg, zoals het verhogen van de effectiviteit en de efficiëntie van de meer geïntegreerde zorg- en dienstverlening; het moet ook en in het bijzonder een impact hebben op de kwaliteit van leven.

Om gelukkig thuis te kunnen blijven wonen, moet de woning van een zorgbehoevende aangepast zijn aan zijn of haar noden. Dat vergt een waaier aan voorzieningen, zoals...

- hulp bij het onderhoud van de eigen woning, klusdienst ...,
- steun om de eigen woning aan te passen (levenslang wonen, aanpassingen in overleg met een ergotherapeut),



Figuur 10: Het buurtzorgmodel



Bron: Becaert, Denys e.a. (2016)

4.2.4 Woonzorgzones in het STAGG-model³⁹

Interessant is dat in een publicatie van de Stichting Architectuuronderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) met betrekking tot het concept van de woonzorgzone, onderscheid wordt gemaakt tussen een plattelandsscenario en een stedelijk scenario. Uitgangspunt voor de woonzorgzone is een toekomstscenario voor wonen en zorg, uitgaande van een wijk of dorp met 10.000 inwoners. In het STAGG-scenario wordt gerekend met ongeveer 500 mensen per 10.000 inwoners die een combinatie van wonen en zorg nodig hebben. Een gebied van 10.000 inwoners biedt daarmee voldoende draagvlak voor het organiseren van wonen en (intensievere) zorg. Een wijk van deze omvang wordt normaal verdeeld in een aantal herkenbare buurten.

4.2.4.1 Organisatie van zorg- en dienstverlening

In de intramurale gezondheidszorg is het aanbod van wonen, zorg en welzijn met elkaar verweven in één pakket. In het STAGG-model wordt dat pakket opgesplitst in afzonderlijke functies. Binnen deze indeling onderscheidt de STAGG (figuur 11):

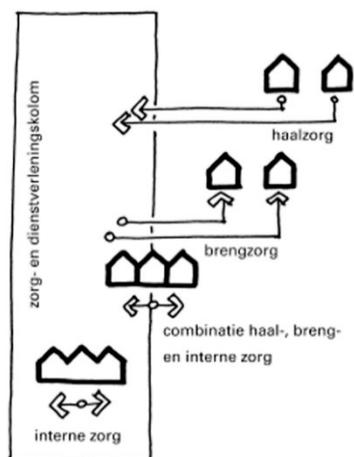
- functies die worden gehaald⁴⁰ door de gebruiker. Hierbij is de bereikbaarheid vanuit het standpunt van de senior belangrijk;

³⁹ Glaser e.a. (2001) & Heuvelink & Singelenberg (2000).

⁴⁰ Voorbeelden van 'haalfuncties' zijn boodschappen doen, recreatieve activiteiten, revalidatie en het onderhouden van sociale contacten...

- functies die worden gebracht⁴¹ door de aanbieder. Hierbij is de bereikbaarheid vanuit het standpunt van de dienstverlener belangrijk.
- functies die intern worden geleverd. Hierbij bevinden aanbieder en klant zich op dezelfde plek⁴².

Figuur 11: Organisatie van zorg- en dienstverlening



Bron: STAGG

Deze opsplitsing van wonen, zorg en dienstverlening vormt de basis voor het STAGG-model. Vanuit dit model zijn de verschillende functies flexibel en vraag-gestuurd in de wijk te organiseren. Om mensen in staat te stellen zelfstandig te blijven wonen, moeten de volgende voorzieningen aanwezig zijn:

- één of meer voorzieningen waar haalfuncties zijn ondergebracht,
- een centraal loket, waar brengfuncties worden gecoördineerd,
- een voorziening waar zorg en dienstverlening intern worden geleverd.

4.2.4.2 Organisatie van wonen en woonomgeving

Zoveel mogelijk woningen in de woonzorgzone moeten aanpasbaar zijn voor mensen met een handicap en bijgevolg ook voor ouderen met mobiliteitsproblemen. Kleinschalige woonzorgvoorzieningen verdienen de voorkeur boven grootschalige categoriale voorzieningen. Ze zijn beter aan verschillende doelgroepen aan te passen en bevorderen de integratie. Voor bepaalde groepen in de woonzorgzone gelden extra eisen ten aanzien van het wonen en de woonomgeving.

Binnen elke zone zullen er personen zijn die intensieve ondersteuning nodig hebben. Deze ondersteuning (hulp bij algemene dagelijkse activiteiten) moet binnen handbereik zijn, maar is niet specialistisch van aard. Omdat

⁴¹ Voorbeelden van 'Brengfuncties' zijn zorgverlening, woningonderhoud, klussen in en om de woning, maaltijdservice, alarmering en boodschappendiensten...

⁴² Bijvoorbeeld langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht.

deze gebruikers minder mobiel zijn, moeten ze in de onmiddellijke nabijheid van hun woning terecht kunnen voor hun dagbesteding, sociale contacten, reactivering en revalidatie, recreatieve en culturele activiteiten.

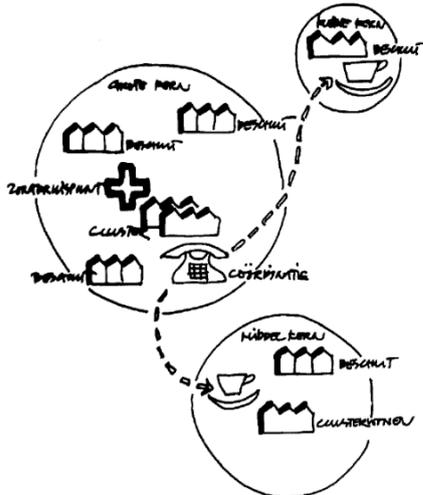
Ook zullen er binnen elke zone personen zijn die zorg en toezicht nodig hebben. Deze mensen zijn vrijwel niet mobiel en zijn voor hun behoeften dus aangewezen op interne levering.

Een geschikte woonvorm ontstaat door woningen voor deze categorieën te clusteren in de onmiddellijke nabijheid van de voor hen relevante functies.

4.2.4.3 Stedelijk en plattelandsscenario

STAGG heeft voor de stad en het platteland een verschillend scenario uitgewerkt. Het scenario 'platteland' gaat uit van een landelijk gebied dat een conglomeraat van kleine dorpskernen bevat met een aantal daarbuiten verspreid liggende woningen. Kenmerken zijn lage bebouwingsdichtheid, beperkt openbaar vervoer, beperkte aanwezigheid van voorzieningen als winkels, ziekenhuis en bibliotheek (figuur 12).

Figuur 12: Het STAGG-scenario voor het landelijk gebied



Bron: STAGG

Op het platteland is een goede bereikbaarheid van haalfuncties (dagopvang, recreatie, sociale contacten) van vitaal belang. Elke dorpskern zou eigenlijk zijn eigen gemeenschapshuis of activiteitscentrum moeten hebben. In de grootste kern bevindt zich het coördinatiepunt. Dat kan verbonden zijn met een zorgkruispunt en functioneert tevens voor de kleinere kernen. In de kleine kernen wordt periodiek spreekuur gehouden. Daar is

ook 24-uurs zorg beschikbaar, ondergebracht bij de beschutte⁴³ - en de clusterwoningen⁴⁴. Specialistische zorg wordt geboden door het zorgkruispunt in de grootste kern of door een zorgvoorziening (ziekenhuis, revalidatiecentrum, specialistisch verpleeghuis) in de regio.

Het oorspronkelijke STAGG-scenario heeft betrekking op een grootstedelijk gebied. Een stad waar een veelvoud van 10.000 inwoners gevestigd is. Kenmerken zijn hoge bebouwingsdichtheid, goed en uitgebreid openbaar vervoersnetwerk, grote diversiteit aan voorzieningen als winkels, horeca, medische verzorging, culturele voorzieningen in een centrum met daarnaast kleinschalige voorzieningen op wijkniveau en een beperkt gevoel van sociale veiligheid.

⁴³ Een initiatief voor beschut wonen (IBW) begeleidt mensen met psychische problemen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Een IBW biedt hen een woonvorm waar ze begeleiding krijgen. Dat kan in groepsverband of individueel.

⁴⁴ **Clusterwonen** is een vorm van kleinschalig groepswonen met zorgruimten en rond-de-klok aanwezigheid van ondersteunend personeel.



5 ONDERZOEKSRISULTATEN⁴⁵

De aanleiding voor voorliggend onderzoek was dubbel: (1) de vaststelling dat de (dubbele) vergrijzing zich verhoudingsgewijs sterker doorzet in niet-stedelijke gebieden en (2) het quasi volledig ontbreken van het wonen in de breedste betekenis van het woord in beleidsaspiraties m.b.t. de vergrijzing. Voorliggend onderzoek doet de verkenning. Dat is relevant vanuit een academisch oogpunt (kennisverzameling), maar ook maatschappelijk omdat zich de vraag stelt of het platteland wel een goede plek is om ouder te worden. Die relevantie kan niet onderschat worden omdat het beleid de ouderenzorg in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg in grote mate wil terugbrengen naar de nabije ‘vertrouwde’ omgevingen (buurten) waarin mensen leven. De vraag stelt zich of er op het platteland voldoende densiteit aan mensen, activiteiten en voorzieningen is, om er als oudere kwalitatief te kunnen leven. Die vraag naar densiteit is pertinent omdat Nederlands onderzoek vaststelt dat er in plattelandsregio’s enerzijds te weinig mensen zijn om die vermaatschappelijking te dragen (geciteerd door Vermeij, 2016) en anderzijds de zorgkosten op het platteland per inwoner het hoogst zijn (cfr. Volkskrant).

In wat volgt, vatten we de bevindingen samen. Dit betreft allereerst de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Daarna komen deze van het ruimtelijk onderzoek aan bod.

5.1 RESULTATEN VAN HET KWALITATIEF ONDERZOEK

Zoals uit bijlage 1 blijkt, werd voor het kwalitatieve luik gebruik gemaakt van verschillende methodes. Voor de gedetailleerde bevindingen verwijzen we naar de afzonderlijke rapporten. We vatten de voornaamste bevindingen samen. Achtereenvolgens gaan we in op:

- De woning,
- De informele zorg en mantelzorg,
- De thuiszorg,
- Alternatieve woonvormen,
- Andere woonzorgformules,
- De woonomgeving
- Sociale controle en eenzaamheid.

In acht verschillende landelijke kernen vonden 41 interviews plaats. In de Westhoek gingen de interviews door in deelgemeenten van Poperinge en Alveringem, in de Kempen was dat in deelgemeenten van Mol en Geel. De leeftijden van de respondenten liepen sterk uiteen: van de eerder jonge zestigers, tot negentigers. De oudste persoon was 93 jaar. In totaal spraken we 22 mannen en 33 vrouwen (sommige interviews waren per koppel). Op een uitzondering na, waren alle respondenten eigenaar van de woning.

Een groot aantal respondenten oefende vroeger een beroep uit waarbij fysieke arbeid vereist is, zoals mecaniciens, fabrieksarbeider, bouwvakker, installateur, wegenarbeider, stukadoor en – in het geval van de

⁴⁵ Voor de gehanteerde methodologie: zie bijlage 1.

Westhoek – landbouwer. Een aantal vrouwelijke respondenten was huisvrouw. Andere respondenten waren vroeger actief in het onderwijs (van kleuterleidster tot leraar lichamelijke opvoeding en docent aan de hogeschool). Andere beroepen waren: zustermissionaris, verzorger bij een thuiszorgdienst, gemeentesecretaris, militair en verpleegkundige. Een aantal respondenten uit de Kempen was vroeger actief in de sector rond kernenergie, die aanwezig is in Mol.

De respondenten zijn gecontacteerd op basis van lijsten die we van de dienst bevolking van de respectievelijke gemeenten ontvingen. Uit het bevolkingsregister selecteerden we willekeurig een aantal 60-plussers, die we telefonisch contacteerden, met de vraag tot deelname voor een interview. Deze methode heeft, hoewel het een zekere representativiteit garandeert, ook nadelen. Zo stonden sommige ouderen weigerachtig ten aanzien van een gesprek met een vreemde, die ze enkel via de telefoon hadden gehoord. Enkele ouderen belden de afspraak ook af, net voor die gepland stond. De mogelijkheid bestaat dat we op die manier de eerder schuchtere ouderen niet hebben kunnen bevragen.

5.1.1 De woning

In wat volgt bespreken we de betaalbaarheid van de woning bij ouderen en de verschillen in eigenaarsstatuut; de aangepastheid van de woning en de bereidheid tot aanpassingen en, tot slot, de verhuisgeneigdheid.

5.1.1.1 Betaalbaarheid

Het Grote Woononderzoek uit 2013 (GWO) stelt vast dat ongeveer 75% van de ouderen eigenaar is van de woning. Ze hebben nauwelijks betaalbaarheidsproblemen. Er zijn daarentegen grote betaalbaarheidsproblemen voor private huurders en eerder beperkte betaalbaarheidsproblemen voor sociale huurders. Een derde van de private huurders ouder dan 65 komt na het betalen van de naakte woonkosten in de armoede terecht. Bij eigenaars is dat slecht 4,5%. Desalniettemin wijzen ook eigenaars-respondenten erop dat het hebben van wat spaargeld essentieel is om in het onderhoud en de aanpassing van de woning te voorzien (zie al De Decker, 2013; zie ook Vanaken, 2016-2017).

Ook ons eigen onderzoek bracht in eerste instantie weinig betaalbaarheidsproblemen aan het licht. Bijna alle respondenten uit de Westhoek en alle respondenten uit de Kempen zijn eigenaar van een woning. De ouderen vrezen echter wel betaalbaarheidsproblemen in de residentiële ouderenzorg, mochten ze er ooit naar toe moeten. Die angst blijkt niet onterecht, de gemiddelde maandprijs voor een verblijf in een woonzorgcentrum is 1.677 euro⁴⁶. Terwijl een eerstelijnerpensioen op een gemiddelde van 1.220 euro per maand uitkomt⁴⁷.

⁴⁶ Gemiddelde dagprijs (55,14 euro) x 365 dagen /12 maanden. Zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>

⁴⁷ http://statbel.fgov.be/nl/modules/digibib/arbeidsmarkt_levensomstandigheden/1498_atlas_belge_des_pensions_2010.jsp

Figuur 13: Chateau d'hamont



Bron: <http://www.chateaudhamont.be/>

5.1.5 Woonomgeving

5.1.5.1 Veilig mobiel kunnen zijn

De woonomgeving is niet altijd voorzien op de uitdagingen die een vergrijzende bevolking met zich meebrengt. Zo is de openbare weg op heel wat plaatsen in Vlaanderen niet uitgerust voor rolstoel- of scootergebruikers. Voet en fietspaden – als deze al aanwezig zijn – bevinden zich ook niet altijd in de beste staat waardoor ze vooral voor mensen met een verminderde mobiliteit moeilijker begaanbaar blijken. Zo stelt Cool (masterproef 2016-2017) in het studiegebied Westhoek vast dat het parcours naar voorzieningen niet alleen te lang is, maar bovenal vol obstakels zit. Bijgevolg is dit niet geschikt voor wandelstokken, rollators, rolstoelen, scooters en schrikt het ouderen af om mobiel te zijn.

Voor de toegankelijkheid van de voetpaden kwam in ons eigen onderzoek aan bod. De hellingsgraad vormt voor de ouderen een probleem. In dorpskernen waar de straat werd versmald, rijden voertuigen soms over het voetpad. De fietspaden zijn vaak niet beschikbaar, of liggen te weinig afgescheiden van de straat, waardoor ouderen er zich onveilig voelen.

Een toegankelijke woonomgeving is nochtans van groot belang. Golant (2015) verklaart dat een gehinderde mobiliteit en een gebrek aan activiteit nadelige gevolgen heeft op de gezondheid.





Bron: M. Cool (2017)

5.1.5.2 Voorzieningen

De afbouw van het aantal winkels is al langer gekend (Thissen, 2015 voor de Westhoek). Voorzieningen en werkgelegenheid concentreren zich steeds meer in de grotere kernen en (centrum)steden, wat Thissen als ‘regionalisering’ omschrijft. De voormalige autonome dorpen, dorpen waar de bewoners ook werk en ontspanning vinden en waaraan men een identiteit ontleent, hebben nu enkel nog een woonfunctie. Het worden residentiële dorpen. Bijgevolg vergroten de afstanden naar voorzieningen.

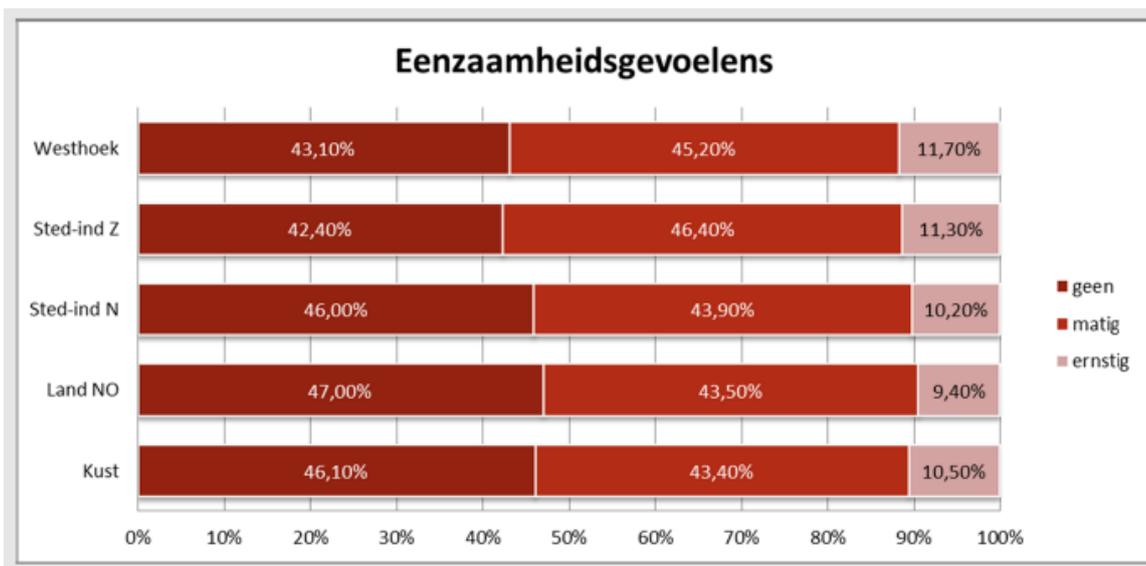
Het Grote Woononderzoek stelt vast dat in niet-stedelijk gebied slechts iets meer dan de helft van de bewoners de meeste voorzieningen op wandelafstand heeft. In stedelijk gebied is dat driekwart. Ouderen ervaren volgens de BAS vooral een gebrek aan kruidenierszaken (40% van de Vlaamse ouderen heeft geen kruidenierszaak in de buurt). Vooral in de Kempen zijn geen kleine voedingswinkels meer te vinden. Volgens Cant, Vanoutrive en Verhetsel (2014) is dat een gevolg van de suburbane ontwikkelingen in de Kempen, waarbij grote supermarkten gepland werden en men veronderstelde dat de bewoners een auto ter beschikking hadden om te winkelen. Dat heeft verregaande gevolgen. Volgens Farber & Shinkle (2011) woont een beduidend deel van de (Amerikaanse) ouderen dan ook in ‘*food deserts*’, plaatsen waar voedingswinkels afwezig zijn (in Golant, 2015).

Ook in ons onderzoek missen de ouderen voornamelijk lokale winkels. Aangezien de buurtwinkel verdwijnt, gaan de ouderen naar de grotere, vaak verderop gelegen supermarkten. Toch zijn er ook alternatieven. Sommige winkels nemen ‘hybride’ vormen aan, waarbij de slager bijvoorbeeld ook conserven, groenten en beleg verkoopt. Daarnaast zijn er ook mobiele winkels, die naar de kernen worden gestuurd. Of boodschappen worden aan huis geleverd. Maar in echt landelijke gebieden blijken dergelijke systemen nog moeilijk haalbaar (Westhoek) en bovendien heeft men de indruk dat waar het wel aanwezig was (Kempen) dit niet gewaarborgd is. Zo doet de lokaal bekende Peeters Goovers-*kar*, een lokale supermarktketen die ook een mobiele dienst heeft, niet meer alle kernen aan. De ouderen missen verder ook cafés, vaak ook uit nostalgische overwegingen. Het bracht leven in het dorp. Een functie die ook de scholen en de aanwezigheid van kinderen kunnen vervullen. Daarnaast missen ze ontspanningsmogelijkheden en polyvalente ruimtes.

appartement wonen, meer geïsoleerd lijken te leven dan wie in een eengezinswoning leeft. In de categorie 75-tot 79-jarigen is het gevoel van sociaal isolement het laagst.

De Belgian Ageing Studies hebben het over 55,7% eenzaam: 43% is matig en 12,5% is ernstig eenzaam. In de Westhoek, een van onze onderzoeksgebieden, ervaart 57% van de ouderen matige tot ernstige eenzaamheidsgevoelens (zie figuur 14).

Figuur 14: West-Vlaanderen, eenzaamheidsgevoelens onder 60-plussers



Bron: Soete (2017) op basis van de Belgian Ageing Studies

De afname van de mobiliteit kan een oorzaak zijn van isolatie en eenzaamheid. Enerzijds wordt vrienden bezoeken moeilijker. Anderzijds komen vrienden minder vaak op bezoek. Ze voelen zich niet meer comfortabel bij iemand die niet meer kan participeren in dagelijkse activiteiten (Golant, 2015).

In ons onderzoek worden de respondenten voornamelijk geconfronteerd met eenzaamheid na het overlijden van de partner. In de Westhoek interviewden we ook ouderen die samenwoonden met de ouders. In die gevallen was het overlijden van de ouders een zware klap. Ze verklaren dat hun sociaal netwerk eerder beperkt was, gezien de continue zorg voor de ouders. Tot slot is ook de pensionering een moment waarop ouderen eenzaamheid kunnen ervaren. Ze spreken van een 'zwart gat' en een gebrek aan sociale contacten na het stopzetten van het werk.

Peilen naar eenzaamheid is overigens geen gemakkelijke opdracht. Men praat er niet graag over en men geeft niet snel toe eenzame momenten te kennen. Vermoedelijk wordt de reële eenzaamheid dan ook onderbelicht. Zo maken de respondenten bijvoorbeeld melding van de verborgen eenzaamheid bij hun leeftijdsgenoten, die zij via hun lidmaatschap bij ouderenverenigingen trachten op te sporen.

5.1.8 Verschil casegebieden Westhoek en Kempen

De resultaten zoals weergegeven in 5.1.1 tot en met 5.1.7, gelden in het algemeen zowel voor de ouderen die we spraken in de Westhoek als voor de ouderen in de Kempen. Er zijn echter ook regionale verschillen merkbaar. Dit onderzoek stelt ons in staat om de woon- en zorgsituatie van ouderen in landelijke cases, zijnde een aantal deelgemeenten van Poperinge, Alveringem en Vleteren in de Westhoek te vergelijken met de woon- en zorgsituatie van ouderen uit deelgemeenten van Geel en Mol in de Kempen, waar nevelstad en woonlinten centraal staan. De cases in de Kempen verschillen van de Westhoek in die zin dat de deelgemeenten nog steeds als 'landelijk' kunnen omschreven worden, maar op het gebied van bevolkingsdichtheid en voorzieningen al iets meer neigen naar de typologie 'suburbaan'. De vraag is of deze verschillen op het gebied van ruimte en woonomgeving ook een invloed hebben op het dagdagelijkse leven van ouderen op het platteland in beide gebieden.

Ten eerste stellen we vast dat de **afstand tot de kinderen** voor de respondenten uit de Westhoek beduidend groter is dan die voor de respondenten uit de Kempen. De hoogopgeleide kinderen uit de Westhoek keerden na de studies vaak niet terug naar de regio ('brain drain'), maar ook de laagopgeleiden gingen verderop werk zoeken. Dit contrasteert met de Kempen, waar alle respondenten kinderen hebben die in de nabije omgeving (binnen de 20 kilometer) wonen. De Kempen biedt werkplaatsen voor zowel laagopgeleiden (zoals de tewerkstelling rond het Albertkanaal), als hoogopgeleiden (zoals het studiecentrum voor kernenergie in Mol). En ondanks het feit dat de Westhoek het economisch zeker niet slecht doet de laatste jaren, lijkt de uitstroom van potentiële werkkrachten niet meteen te minderen⁵⁰. De nabijheid van kinderen is cruciaal in een context waar het beleid een grote nadruk legt op het belang van mantelzorg. En waarbij ouderen geacht worden eerst de zogenaamde informele zorg aan te spreken, alvorens op de formele zorg een beroep te doen. Net doordat de kinderen van onze respondenten in de Kempen allen binnen een redelijke afstand wonen, lijkt de onaangepastheid van de woning en woonomgeving een minder groot en minder acuut probleem te vormen in het geval van een toenemende zorgvraag. De ouderen voelen zich immers gesteund door de (potentiële) zorg van de kinderen indien nodig⁵¹. Vele Kempische respondenten zien de kinderen op zeer regelmatige basis (vaak dagelijks) en ontvangen indien nodig ook al hulp van de kinderen. Bij de ouderen in de Westhoek is deze zorg veel minder 'nabij', en dit zowel in de letterlijke als figuurlijke zin van het woord. De kans op sociale (denk aan eenzaamheid), maar ook fysieke (denk aan valpartijen in huis) drama's lijkt voor vele ouderen in de Westhoek dan ook net iets reëler te zijn dan voor de ouderen in de Kempen.

Ten tweede speelt **het voorzieningenniveau in de (directe) woonomgeving** van ouderen een rol. Zowel in de Kempen als in de Westhoek is er sprake van een verschraling van het voorzieningenaanbod in de kleinere kernen. Toch is het aanbod in bepaalde landelijke kernen in de Westhoek beduidend beperkter dan in de Kempen. We mogen ons echter niet blind staren op dit verschil. Bij een afname van de persoonlijke mobiliteit wordt de actieradius sterk beperkt. Het ruimtelijk onderzoek houdt het op een straal van 500 meter waarbinnen de dagelijkse voorzieningen bereikbaar zouden moeten zijn. We kunnen stellen dat bepaalde monofunctionele verkavelingen in de Kempen, net als de landelijke Westhoek-cases, hier niet aan voldoen en de voorzieningen dus hoe dan ook niet bereikbaar zijn voor ouderen die slecht te been zijn. Mobiele oplossingen zoals een mobiele

⁵⁰ Op 24/02/2017 verscheen in de krant De Standaard het artikel "Gezocht: nieuw volk voor de Westhoek" (Vantighem, 2017; laatst online geraadpleegd op 18/12/2017) waarin wordt beschreven hoe de ondernemersgraad hoger, en werkloosheidsgraad lager ligt dan het Vlaamse gemiddelde. Vacatures geraken echter moeilijk ingevuld en dit (deels) omwille van de uitstroom van de beroepsactieve bevolking.

⁵¹ Niettegenstaande dat heel wat ouderen aangaven de kinderen niet te willen 'belasten'.



5.2 RESULTATEN VAN HET RUIMTELIJK ONDERZOEK

5.2.1 Voorstel: Woonzorgnetwerken in woonzorgregio's

De WHO checklist laat uitschijnen dat het optimale woonzorgmodel voor ouderen zich in de steden situeert. In steden is het aanbod aan voorzieningen en de mogelijkheid tot activiteiten immers hoger. Door de compactheid is de bereikbaarheid er bovendien beter, ook al omdat het openbaar vervoer er meer en dener aanwezig is. De afstanden zijn er korter en veel zaken zijn te voet bereikbaar.

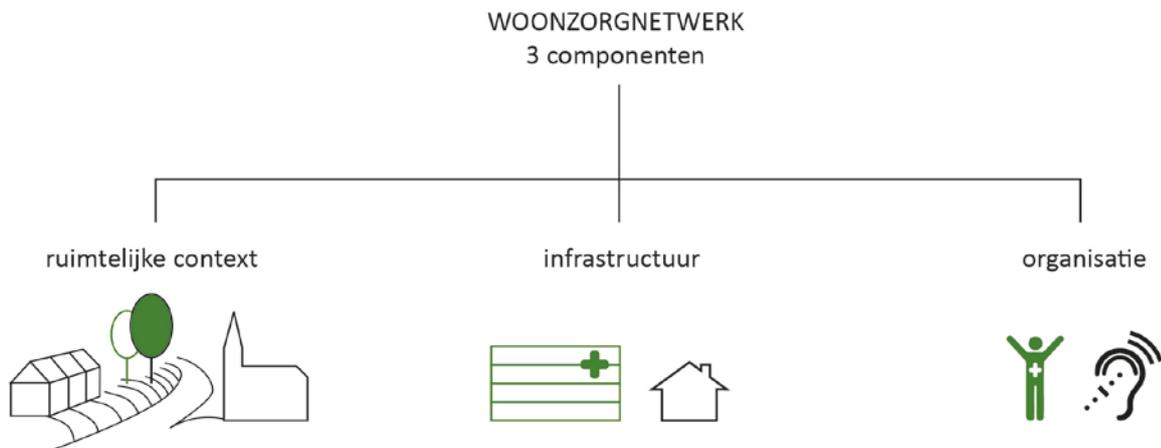
Gaat de WHO-checklist overduidelijk uit van ouder worden in een stad, dan vult het buurtgerichte zorgmodel niet echt in wat een buurt is en negeert ze, doordat het begrip vrij abstract wordt gehouden, ons inziens twee elementen. Een eerste betreft – uiteraard gegeven de insteek van dit onderzoek – de ligging van de buurt en de (vast)stelling dat niet elk gebied geschikt is om buurtgerichte zorg uit te rollen. Daarnaast stelt zich ook de vraag of in de buurten, gegeven de schaalvergroting en individualisering, voldoende capaciteit aanwezig kan/zal zijn om de noodzakelijke taken te doen (zie verder).

In Vlaanderen wonen immers heel wat ouderen buiten de steden, in verspreide dorpen, in linten, in verkavelingen of helemaal geïsoleerd in de open ruimte. Om een ruimtelijk antwoord te kunnen bieden aan de vergrijzing in Vlaanderen is **een aangepast zorgmodel** nodig; we noemen het verder het **'woonzorgnetwerk'**. Het woonzorgnetwerk is geïnspireerd op het onderzoek naar blauwdrukken, waarbij het Deense model, welke pleit voor kleinschalige zorginitiatieven, als basis gebruikt werd. Vertrekkende van de basisgedachte dat niet elke plek op het platteland over basisvoorzieningen kan beschikken, is er verder nood aan differentiatie. Er moeten bijgevolg keuzes gemaakt worden om te bepalen waar het dan wel of niet wenselijk is om zorginfrastructuren te voorzien. **De keuze zal gekoppeld worden aan de ruimtelijke context van een bepaalde plek.** Vooraleer we dit aftoetsten aan de werkelijkheid/praktijk, in de case Westhoek en de case Kempen, wordt het concept woonzorgnetwerk in dit hoofdstuk conceptueel toegelicht.

Ook de 'World Health Organization' toont aan dat er niet enkel ingezet moet worden op de zorgsector zelf om leeftijdsvriendelijke omgevingen te realiseren. Om die veelheid aan factoren te kunnen integreren wordt het concept van het woonzorgnetwerk uit drie componenten opgebouwd. De drie componenten staan met elkaar in verband (figuur 15):

- de ruimtelijke context bevat het type gebied (stedelijk gebied, woonkern,...), het aantal inwoners, de bereikbaarheid (openbaar vervoer, ligging ten opzichte van een stedelijk gebied,...), het aantal en type voorzieningen. Deze component is in grote mate bepalend voor de factoren mobiliteit en publieke ruimte (uit de WHO's checklijst);
- de infrastructuur van de woonzorg behelst alle typen voorzieningen/infrastructuren van de reguliere zorg: ziekenhuis, woonzorgcentrum, woonvormen, dagverblijven,... Deze infrastructuren zijn al dan niet onderling gelinkt;
- de organisatie van de woonzorg betreft de interacties tussen de zorgbehoevende en de zorgsector. Deze component speelt in op de sociale factoren van de WHO's checklijst.

Figuur 15: Drie componenten van het woonzorgnetwerk concept

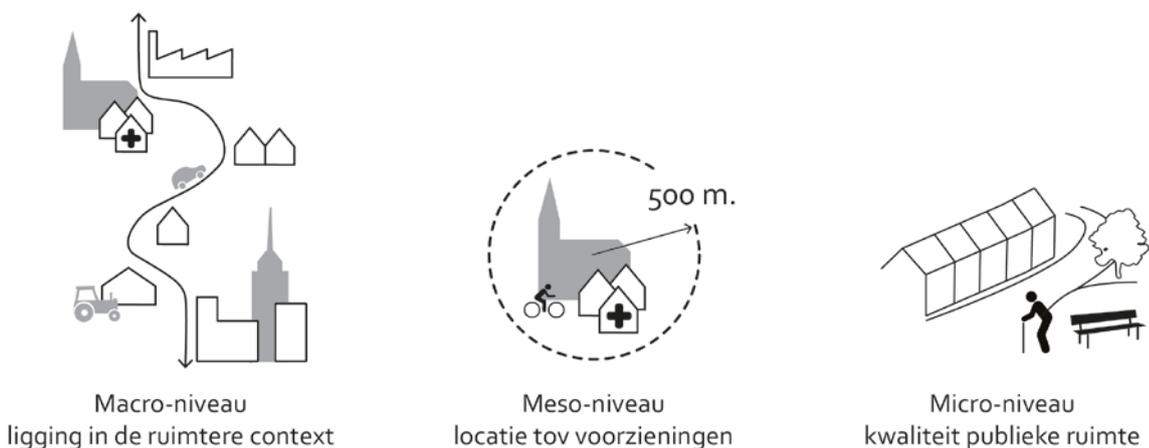


Bron: Atelier Romain

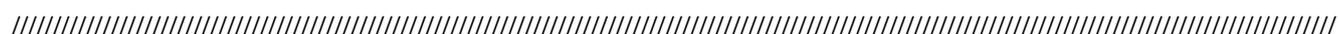
5.2.1.1 De ruimtelijke context van het woonzorgnetwerk

Uit ons onderzoek komt het belang van de geografische of ruimtelijke context duidelijk naar voor. Ze is niet alleen bepalend voor de actieradius van de ouderen (bijvoorbeeld als de mobiliteit daalt), maar ook voor de leefbaarheid van het type woonzorginfrastructuur en de organisatie van het netwerk. De ruimtelijke context kan op verschillende niveaus bekeken worden (figuur 16): op macro-niveau wordt een gebied gekenmerkt in functie van haar betekenis binnen een gemeente of provincie, op meso-niveau wordt het gebied zelf onderzocht naar bereikbaarheid en voorzieningenaanbod, op micro-niveau wordt de kwaliteit van de publieke ruimte onder de loep genomen.

Figuur 16: Ruimtelijke context van het woonzorgnetwerk in drie niveaus



Bron: Atelier Romain



5.2.1.1.1 Macro-niveau

Binnen het woonzorgnetwerk wordt er een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende ruimtelijke contexten op macroniveau (grote schaal)(figuur 17):

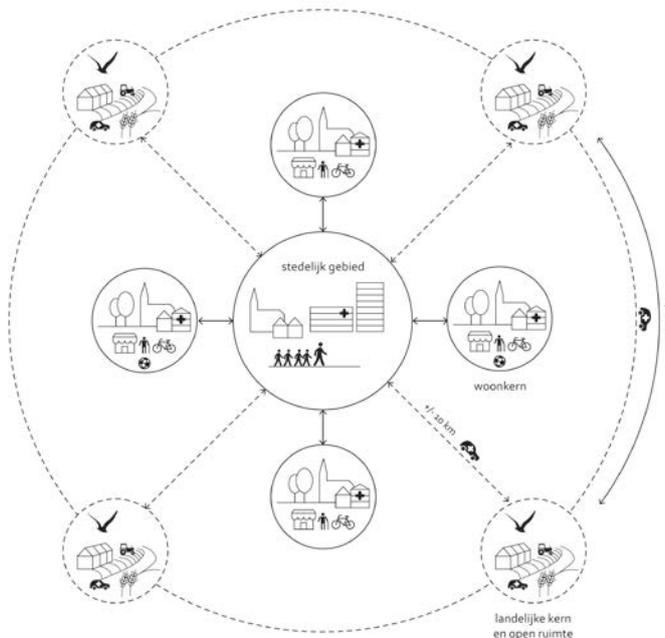
- het stedelijk gebied heeft met haar goed uitgeruste kernen een regionaal verzorgende rol voor het bredere ommeland,
- een woonkern is structurerend voor wonen in buitengebied en heeft een lokale verzorgende rol,
- overige woonconcentraties, verder landelijke kernen genoemd, en de verspreide bebouwing in de open ruimte kunnen slechts een basis verzorgende rol opnemen.

Zo zal een stedelijk gebied met ongeveer 10.000 inwoners (cf. Poperinge of Meerhout) dat goed bereikbaar is via openbaar vervoer en zowel dagelijkse als periodieke voorzieningen bevat, een draagvlak hebben dat groot genoeg is voor een woonzorgcentrum.

In een matig uitgeruste woonkern is de kritische massa aan inwoners te gering voor het optimaal runnen van een woonzorgcentrum. De lokale verzorgende rol speelt zich via het bestaan van een apotheek en/of de aanwezigheid van een ontmoetingscentrum.

In de landelijke kernen en voor de verspreide bebouwing in de open ruimte kan er geen vaste zorginfrastructuur voorzien worden. Hiervoor is het aantal inwoners te gering, de bereikbaarheid te laag en ontbreken de dagelijkse voorzieningen in de directe nabijheid (met andere woorden, te voet haalbaar). Voor de ouderen die toch thuis wensen te blijven is thuiszorg de huidige oplossing.

Figuur 17: Woonzorgnetwerk op macroniveau



Bron: Atelier Romain



alternatieven, gelegen op verschillende locaties. Samen vormen deze alternatieven een netwerk van woonzorgtypologieën om een juist antwoord te bieden aan de nood van ouderen.

Hieronder worden de verschillende infrastructuren van groot naar klein toegelicht (zie figuur 22 verderop).

5.2.1.2.1 Ziekenhuis

Het ziekenhuis is de centrale plaats voor verzorging. Elk onderdeel van het woonzorgnetwerk is er rechtstreeks mee verbonden. De infrastructuur van het ziekenhuis wordt hier niet verder besproken gezien het bredere karakter van de zorg (vergrijzing is er slechts een klein onderdeel van).

5.2.1.2.2 Woonzorgcentrum

Het woonzorgcentrum annex zorgkruispunt is de overkoepelende infrastructuur die alle ondersteuning organiseert. Het centrum groepeerde verschillende woonvormen: grootschalig, middelgroot en kleinschalig. Een intramurale zorg voor de meest hulpbehoevende (voormalig rust- en verzorgingstehuis) is voorzien voor senioren die niet meer zelfstandig kunnen wonen. Ze hebben wel een eigen woning/studio. Dit type woonvorm vereist een continue aanwezigheid van een zorgploeg en daardoor slechts haalbaar vanaf ongeveer 80 kamers/studio's.

5.2.1.2.3 Lokaal dienstencentrum

Het lokaal dienstencentrum is een lokale fysieke hub die ondersteuning krijgt van een woonzorgcentrum. Het heeft als doel om bewoners die thuis wonen zelfstandig en kwaliteitsvol thuis te laten leven. Hiervoor werkt het dienstencentrum op verschillende vlakken: het biedt verzorging aan (kapper, wassalon,..), het geeft advies (welk type zorg bestaat er, welke organisaties,...), het brengt mensen samen door het organiseren van activiteiten en middagmaaltijden.

5.2.1.2.4 Dagverblijf en nachtverblijf/nachtzorg

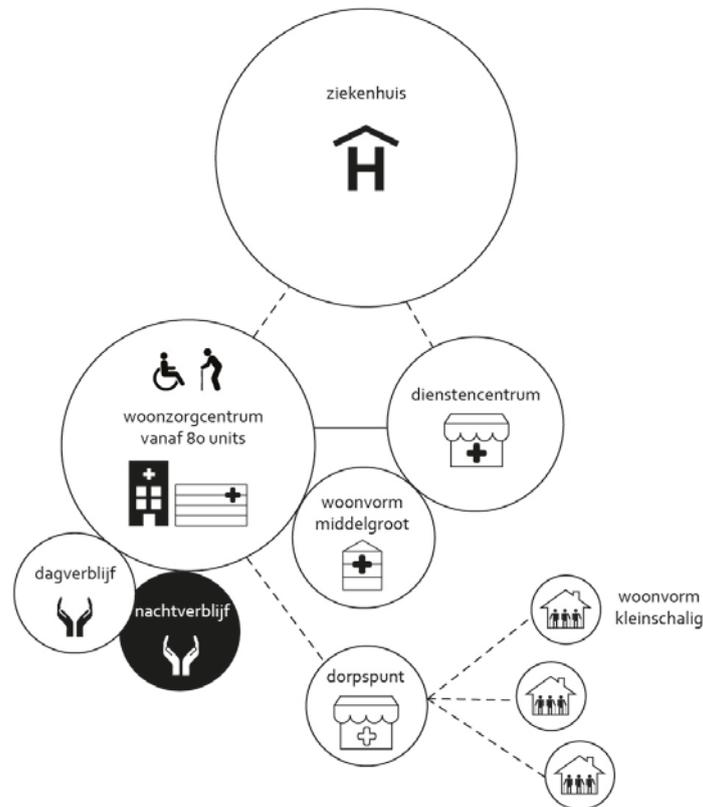
Het dagverblijf is een opvang voor hulpbehoevende overdag. Nachtverblijf is volgens de deelnemers van de workshop in de Westhoek dd. 11.03.2016 even belangrijk als dagverblijf. Het voordeel van nachtverblijf is dat de ouderen overdag nog in de vertrouwde omgeving kunnen zijn en zo een thuisgevoel hebben. Sommige ouderen combineren nacht- en dagopvang en zijn enkel in het weekend thuis (dan is die opvang er niet). Dit wordt soms gedaan in afwachting van een opname in het woonzorgcentrum.

5.2.1.2.5 Dorpspunt

Het dorpspunt is een verzamelplaats van kleine basisdiensten op één plaats. Door het verdwijnen van winkels en openbare dienstverlening in de dorpen is het dorpspunt een oplossing om de kern te voorzien van de dagelijkse voorzieningen: het is zowel een buurtwinkel voor lokale producenten, een afhaalplek voor online-bestellingen, een ontmoetingsplek waar men kan binnenlopen voor een praatje en een mobiliteitshub. Verder



Figuur 22: Woonzorgvormen



Bron: Atelier Romain

5.2.1.3 De organisatie van het woonzorgnetwerk

De workshop in Poperinge⁵² leerde dat weinig senioren geneigd zijn hun woning te verlaten om hulp te zoeken. Er is nood aan een zorgcoach die van deur tot deur gaat om actief hulpbehoevenden op te zoeken.

De "heilige drievuldigheid van het woonzorgnetwerk" is het organisatieplatform (figuur 23). Hierbij is de samenwerking en overleg tussen volgende drie actoren van essentieel belang:

- de netwerkcoördinator en zorgcoach zijn de spilfiguren van het netwerk. Ze nemen het beheer en de werking van het netwerk als een professionele taak op zich. De netwerkcoördinator zorgt voor de organisatie van het netwerk (top-down) terwijl de zorgcoach vanuit de ouderen vertrekt om de hulp op maat te organiseren (bottom-up), eventueel kan de huisarts opgeleid worden om als permanente doorverwijzer te functioneren,
- het regulier zorgaanbod is het bestaande aanbod van zorg-, woon- en welzijnsdiensten,

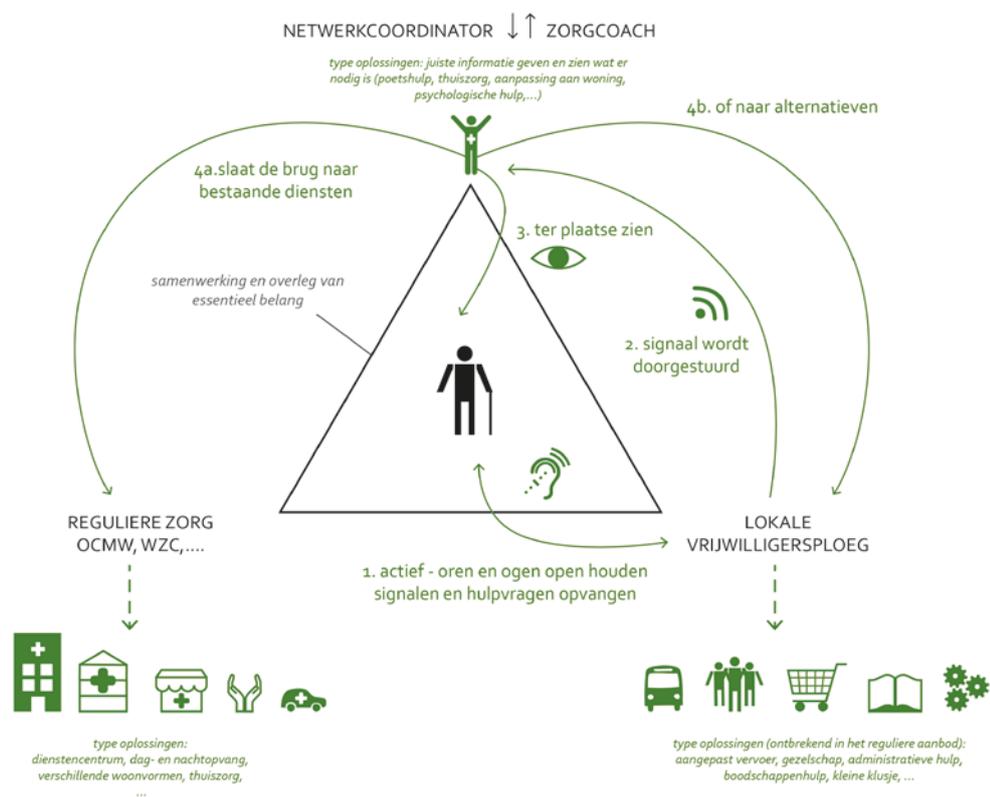
⁵² Op 11.03.2016 vond er in het Sociaal Huis in Poperinge een workshop plaats met als doel de tussenresultaten van het ruimtelijk onderzoek af te toetsen. De workshop werd bijgewoond door stedenbouwkundigen, zorgactoren en verantwoordelijk van de OCMW's en gemeenten van Poperinge, Alveringem en Vleteren.

- de lokale vrijwilligersploeg of het lokaal netwerk van verenigingen en sleutelfiguren betekenen een meerwaarde daar waar het reguliere zorgaanbod aangevuld kan worden.

De lokale vrijwilligersploeg en het lokaal netwerk van verenigingen en sleutelfiguren vervullen in de eerste plaats een signaalfunctie. Ze sporen (1) de zorgbehoevenden actief op en (2) signaleren dit aan de zorgcoach. Tegelijk werkt dit slechts aanvullend. Waar mogelijk dienen vrijwilligers en lokale netwerken te worden ingeschakeld, maar desalniettemin bepleiten we de structurele inschakeling van professionals (zorgcoach).

De zorgcoach neemt dan contact op met de zorgbehoevende en gaat liefst ter plaatse (3). Hij slaat de brug naar bestaande, reguliere zorg- en welzijnsdiensten (4a). Indien er geen oplossingen zijn binnen de reguliere zorgdiensten maakt hij de link met de lokale vrijwilligersploeg of met het lokaal netwerk van verenigingen en sleutelfiguren (4b). Dit gaat dan bijvoorbeeld over een aangepast vervoer, gezelschap, administratieve hulp, boodschappenhulp, kleine klusjes,... De zorgcoach maximaliseert de informatie-uitwisseling tussen de zorgbehoevenden en het bestaande zorgaanbod.

Figuur 23: Organisatie van het woonzorgnetwerk



Bron: Atelier Romain

‘infrastructuren’ inherent aan elkaar gekoppeld zijn worden ze samengenomen onder de noemer ‘netwerk van infrastructuren volgens de ruimtelijke context’.

5.2.2.1 Een netwerk van infrastructuren volgens de ruimtelijke context

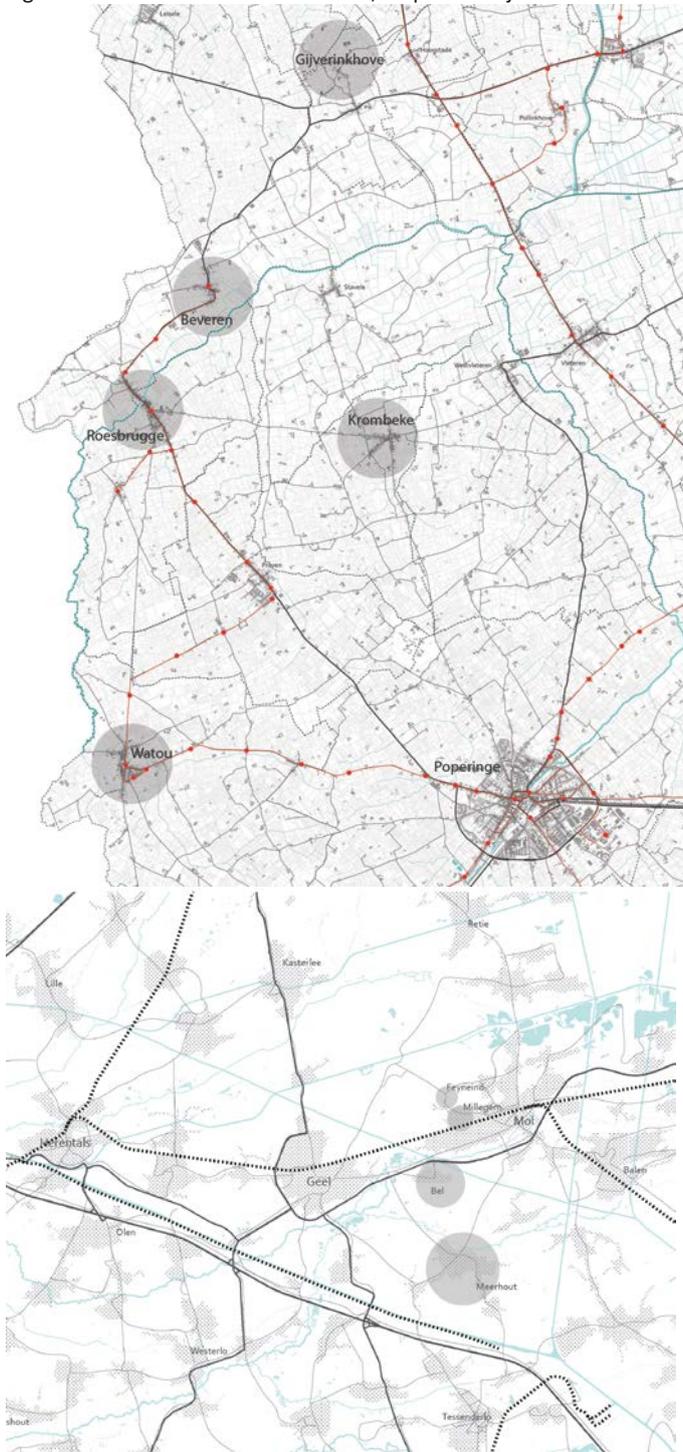
Uit het ruimtelijk onderzoek van de acht gebieden blijkt dat de categorieën vanuit het ruimtelijk beleid (provinciaal structuurplan/PRS) niet de basis mogen zijn voor het al dan niet voorzien van woonzorginfrastructuren. Bijvoorbeeld in de Westhoek wordt Proven volgens het PRS geselecteerd als hoofddorp en Watou als woonkern terwijl beide kernen een gelijkaardig voorzieningenaanbod hebben en dat hun aantal inwoners in dezelfde grootteorde ligt. Vanuit het woonzorgnetwerkconcept horen beide kernen bijgevolg tot eenzelfde groep. In de Kempen bleek dat er nood is aan differentiatie binnen een categorie zelf. Daar waar het centrum van een dorp met voldoende dagelijkse voorzieningen wel een goede locatie is voor woonzorginfrastructuur, komt een verkaveling die enkele kilometers verder ligt niet meer in aanmerking voor een woonzorginfrastructuur omdat de afstand tot dagelijkse voorzieningen groter is dan de haalbare wandelafstand van 500 m voor ouderen (zie hoger het woonzorgconcept, mesoniveau).

We komen tot de conclusie dat er vier functionele groepen (zie figuur 26) kunnen voorgesteld worden waarbij de ruimtelijke context (rekening houdend met het macro- en mesoniveau) gekoppeld wordt aan de mogelijkheid tot woonzorginfrastructuren:

- In een eerste functionele groep worden de kernen ondergebracht die goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer en beschikken over een uitgebreid aanbod aan dagelijkse en periodieke voorzieningen. Ter illustratie: de kernen van Poperinge en Meerhout voldoen aan deze criteria. Deze eerste groep functioneert als hart van het woonzorgnetwerk, hier worden best alle typen woonzorginfrastructuren voorzien,
- De bereikbare (met het openbaar vervoer) kernen met een goed aanbod aan dagelijkse voorzieningen worden in een tweede groep ondergebracht. De kernen van Millegem en Bel behoren tot deze groep. Onder kern wordt een gebied verstaan met een straal van 500 meter rond het dorpscentrum. Deze groep komt in aanmerking voor middelgrote en kleinschalige woonvormen voor kwetsbare senioren,
- Een derde groep bestaat uit gebieden/locaties die een beperkt aanbod aan dagelijkse voorzieningen hebben binnen een straal van 500 meter. Enkele voorbeelden hiervan zijn landelijke kernen of woonwijken en verkavelingen die binnen een straal van 500 meter van het centrum liggen van een kern met dagelijkse voorzieningen. Enkele woonwijken van Meerhout en Millegem behoren tot deze groep, alsook de landelijke kernen van Proven, Watou, Roesbruggen, Gijverinkhove, Krombeke en Beveren. Hier worden kleinschalige woonvormen aanbevolen in combinatie met een dorpspunt en zorgcoach,
- Verkavelingen, woonwijken, linten en geïsoleerde woningen in de open ruimte die verder dan 500 meter verwijderd zijn van een kern met dagelijkse voorzieningen worden ondergebracht in een vierde groep. De linten in de case Meerhout en de case Feyneind behoren tot deze groep. Hier dienen woonzorgvormen niet gestimuleerd te worden. Net zoals in de drie andere groepen, kan hier de zorgcoach van deur tot deur langsgaan om actief hulpbehoevenden op te zoeken.



Figuur 24-25: Locaties uit casestudies, respectievelijk Westhoek en Kempen



Bron: Atelier Romain



Indien er rekening gehouden wordt met het concept 'woonzorgnetwerk', met de voorgestelde ontwerpprincipes voor de inrichting van de publieke ruimte en met andere sociale factoren is het volgens ons mogelijk om op ruimtelijk vlak een kwalitatieve vergrijzing aan te bieden op het platteland.

Figuur 26: Type infrastructuur in overeenkomst met type plattelandsgebied

		Type plattelandsgebied				
		Goed bereikbare kern met OV met groot aanbod aan dagelijkse en periodieke voorzieningen	Bereikbare kern met OV met een goed aanbod aan dagelijkse voorzieningen	Gebied met een beperkt aanbod aan dagelijkse voorzieningen binnen een straal van 500m	Gebied dat verder gelegen is dan 500m van een kern met dagelijkse voorzieningen	
Type infrastructuur	woonzorgcentrum, dagverblijf, nachtverblijf	niet zelfstandige senioren	✓	✗	✗	✗
	dienstencentrum	kwetsbare senioren	✓	✗	✗	✗
	woonvormen	middelgrote woonvorm voor kwetsbare senioren	✓	✓	✗	✗
		kleinschalige woonvorm voor valide ouderen	✓	✓	✓	✗
	dorpspunt	zelfstandige senioren	✓	✓	✓	✗
	thuiszorg en zorgcoach	zelfstandige senioren	✓	✓	✓	✓

voorbeelden

Poperinge, Meerhout

Millegem, Bel

Watou, Proven, Gijverinkhove, Krombeke, Beveren en enkele woonwijken van Meerhout en Millegem

open ruimte, linten van Meerhout en Feyneind

Bron: Atelier Romain



5.2.2.2 Organisatie van het woonzorgnetwerk

Uit de verschillende interviews blijkt dat er al tal van initiatieven bestaan die zich kunnen terugvinden in het component 'organisatie' van het woonzorgnetwerk. Het schema werd tijdens workshops met de deelnemers besproken en aangepast waar nodig.

In de Westhoek werkt (onder andere) de dorpsdienst NESTOR aan sociale cohesie. In elk dorp zijn er minimum drie vrijwilligers die fungeren als aanspreekpunt. In totaal telt NESTOR 250 vrijwilligers. We moeten wel opmerken dat het merendeel van de vrijwilligers 60-plussers zijn waardoor er een tekort is aan jongere vrijwilligers om bijvoorbeeld kleine klusjes te doen. Dorpsdienst NESTOR situeert zichzelf op twee vlakken binnen het schema: als netwerkcoördinator en als lokale vrijwilligersploeg.

In de Westhoek is ook een zorgcoach aan het werk. Ze ziet zichzelf als netwerkcoördinator binnen het schema van het woonzorgnetwerk. 'Zorgcoach Mesen-Heuvelland' is een impulsproject van Solidariteit voor het Gezin dat ondersteund wordt door de provincie West-Vlaanderen. De zorgcoach is in dienst van Solidariteit voor het Gezin maar neemt een neutrale functie in. Ze zal, naar eigen zeggen, de diensten van haar organisatie niet extra promoten en de cliënt een vrije keuze laten. Als zorgcoach maakt ze de senioren wegwijs in de zorgsector en stemt hulp op elkaar af. Ze geeft aan dat informele zorg zeer belangrijk is. In elk dorp gaat ze op zoek naar sleutelfiguren, naar mensen die bijvoorbeeld brood kunnen halen voor ouderen, waarbij ouderen in ruil voor die dienst eens op zijn/haar kindjes passen.

De deelnemers van de workshops waren aangenaam verast om een heldere structuur te zien waar ze zichzelf in kunnen terugvinden. Er is met andere woorden duidelijk nood aan een betere overkoepelende organisatiestructuur indien men vergrijzing op het platteland op een kwalitatieve manier wil organiseren.

6 BELEIDSVORSTELLEN

6.1 PLAATSBEPALING VAN DE VORSTELLEN

“In Vlaanderen zitten we bijvoorbeeld met die afschuwelijke lintbebouwing langs steenwegen: hoe kan een ouder mens daar blijven wonen als hij niet meer goed te been is? Dan kan hij niet eens meer veilig de steenweg oversteken om een vriend te bezoeken of een boodschap te doen. Bij zulke hinderpalen staan we veel te weinig stil. Als we willen dat iedereen zich in onze samenleving kan integreren – wat al beter klinkt dan ‘vermaatschappelijking van de zorg’ – moeten we er onder meer voor zorgen dat er genoeg buurtwinkels zijn, bussen en trams rijden en activiteiten worden georganiseerd” (Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro in Knack, 18 okt. 2017).

Het doel van een ouderenbeleid is mensen zo kwalitatief mogelijk ouder te laten worden (*‘to age successful’*). *“Successful ageing is defined as the ability to maintain low risk of disease or disability, high mental and physical function, and active engagement with life”* (Lund, 2008). Zoals hoger al aangehaald, is het, om succesvol ouder te worden, absoluut noodzakelijk dat **de bronnen** daartoe op een bereikbare afstand aanwezig zijn. Bronnen zijn dan enerzijds winkels en gezondheidszorg en anderzijds verrijkende faciliteiten zoals familie, vrienden, activiteiten of een ontmoetingsruimte (Lawton, 1977). Ons onderzoek toont, net als ander onderzoek (o.a. De Witte e.a., 2012; Smetcoren, 2016), aan dat die bronnen er voor heel wat ouderen op het platteland niet zijn. Wat vragen doet rijzen bij de prioriteit van de Vlaamse overheid om zolang mogelijk thuis te laten wonen, *‘to age well in place’*.

De gedachte achter AiP is *“dat zelfstandig wonen in een vertrouwde omgeving een positieve invloed heeft op het welzijn van ouderen en bijdraagt aan een ‘goede’ oude dag. (...) Onderzoek laat zien dat de meeste mensen inderdaad gehecht zijn aan hun zelfstandigheid en dat ze het liefst in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. (...) Tegelijkertijd worden veel ouderen geconfronteerd met een afnemende gezondheid en met beperkingen in het functioneren die hun zelfredzaamheid aantasten. Of zij zelfstandig kunnen blijven wonen, hangt niet alleen samen met hun gezondheidssituatie, maar ook met andere zaken, zoals de steun die in hun eigen omgeving beschikbaar is”* (Machielse, 2016). Machielse benadrukt dat in de huidige beleidscontext [van de participatiesamenleving in Nederland] sociale steun vanuit het eigen netwerk zelfs wordt verondersteld. Met het ouder worden, neemt de omvang van het netwerk weer af. Dierbare personen uit het netwerk overlijden, anderen worden ziek en verhuizen (noodgedwongen) naar een zorginstelling. Lichamelijke beperkingen en afnemende mobiliteit maken het ook lastiger om bestaande contacten te onderhouden; omdat mensen elkaar bijvoorbeeld fysiek niet meer kunnen bezoeken (Machielse, 2016).

Voorliggend onderzoek had als doel na te gaan in welke mate het Vlaamse platteland geschikt is om op een kwalitatieve manier ouder te worden. Om dit na te gaan werd een mix van methoden gebruikt (bijlage 1). De conclusie kan niet anders zijn dan dat AiP op het platteland voor velen niet evident is. Ook al zal ouder worden op het platteland voor velen, omwille van hun eigen positieve gezondheidstoestand, niet problematisch zijn, voor vele anderen is en zal dit niet haalbaar zijn. Dit laatste volgt uit een combinatie van factoren. In de eerste plaats houdt het verband met de gezondheid: de mobiliteit is dermate afgenomen dat autonoom zelfstandig



leven niet meer mogelijk is. Derhalve is men aangewezen op zijn onmiddellijke omgeving voor wat men in het jargon 'informele zorg' noemt. Partner, kinderen, familie, buren en vrijwilligers zouden dan ten dienste moeten staan. We hebben aangetoond dat dit niet evident is of zal zijn omdat (1) kinderen niet noodzakelijk nog in de buurt wonen (al verschilt dit van streek tot streek), (2) de relaties van de buren eerder oppervlakkig zijn en/of (3) te weinig mensen in de buurt wonen om hulp te verlenen. We moeten daarbij benadrukken dat onze respondenten (meer dan waarschijnlijk) niet de meest kwetsbaren of 'onmondigen' zijn.

Succesvol ouder worden gaat samen met actief ouder zijn. Actief zijn hangt deels af van de betrokkene: hij of zij bepaalt of hij of zij gaat wandelen of niet; of hij of zij een cursus *skypen* gaat volgen of niet; of hij of zij aan buurtwerk doet. Actief zijn hangt echter ook af van de verleiding om het te zijn. De ouderen moeten uit 'hun kot' gelokt worden. Zijn er met andere woorden voldoende interessante dingen in de buurt te doen om naar toe te gaan, om fysiek (wandelen; fietsen; turnen) en cognitief (leren skypen) actief te zijn? We hebben vastgesteld dat dit niet zo is. Tal van respondenten benadrukken dat er in de omgeving weinig tot niets (meer) te doen is; ze missen cafés en jonge mensen. Komt daar op het platteland uiteraard de factor afstand bij – heel wat ouderen wonen ver van mekaar en/of ver van een centrum –, ook de inrichting van de omgeving – vaak vol met obstakels – nodigt niet uit om met een hulpmiddel mobiel te zijn.

Eerder verwezen we al naar de stelling van gerontoloog D. Verté dat verder doen zoals we bezig zijn geen optie is en dat inzake ouderenbeleid een paradigmashift nodig is. Wanneer we **een geografisch/ruimtelijk perspectief** als extra laag toevoegen en m.a.w. de notie 'afstand tot' in rekening brengen, kunnen we inderdaad enkel beamen dat een drastische **beleidsverschuiving** zich opdringt. Bekeken vanuit 'wonen in context' houdt dit in dat we pleiten voor een beleid dat AiP als dominant beleidsparadigma inruilt voor MiT: '**moving in time**'. De creatie van **woonzorgnetwerken binnen woonzorgzones** is daarbij het ruimtelijk en organisatorisch kader. De woonzorgzones (Vogels, 2014; Deloddere, 2016; Becaert, A., Denys e.a., 2017) zijn de geografisch afgebakende zones waarbinnen een woonzorgnetwerk wordt uitgebouwd. Een woonzorgnetwerk bestaat uit een veelheid (netwerk) van woonzorgformules en zorgt ervoor dat ook zij die niet willen/kunnen verhuizen ondersteund worden (zie hoger).

Dit voorstel volgt uit een combinatie van een, naar onze mening, realistische inschatting van bepaalde toekomstige ontwikkelingen met opportuniteiten die *active ageing* biedt. De **opportuniteiten** zijn velerlei. In de eerste plaats betreft dit de mensen zelf. Een heel groot aandeel van de mensen die met pensioen gaan verkeren nog in goede gezondheid en leiden een behoorlijk actief leven. Dit is onder onze respondenten niet anders. Het is dan ook aangewezen deze periode te gebruiken om naar een aangepaste woning en woonomgeving te verhuizen. Verhuizen is dan '*active ageing*'. Enerzijds is het fysiek nog mogelijk, maar anderzijds kan het ook positieve cognitieve effecten hebben. Men moet zich installeren, een nieuwe omgeving ontdekken en nieuwe relaties aangaan, wat goed is voor de cognitieve gezondheid (o.a. in Golant, 2015). Onderzoek toont trouwens aan dat verhuizers vaak heel tevreden zijn dat ze verhuisd zijn (zie bijv. Vandekerchove e.a., 2014) en dat aanpassingsproblemen doorgaan snel weer verdwijnen (Löfqvist e.a., 2013). Verhuizen hoeft dus helemaal geen schrikbeeld te zijn. Integendeel, respondenten die het gedaan hadden, geven aan dat ze het veel eerder hadden moeten doen.

Daarnaast heeft verhuizen ook tal van andere voordelen. Verhuizen naar een compacte en aangepaste omgeving (buurt), waar de wandelafstand de norm is (cf. Congress of New Urbanism & E. Talen, 2013; Gehl, 2016) en waar de openbare ruimte kwalitatief en aangepast is ingericht, betekent verhuizen naar een plaats waar mensen en voorzieningen in nabijheid aanwezig en bereikbaar kunnen of zullen zijn. Met andere woorden, de kans dat de

elementaire voorzieningen op wandelafstand zijn, is groter, evenals de kans dat er een variëteit aan activiteiten is. Bovendien biedt wonen in een meer compacte, voorzieningenrijke omgeving een beter ruimtelijk kader tegen sociale isolatie en eenzaamheid. Ook al kan men niemand dwingen om te participeren, in een goed uitgeruste, compacte omgeving (zie bijvoorbeeld figuur 28) is de verleiding om het huis uit te komen in elk geval groter dan wanneer men in een uitgestorven dorp, een woning ‘te velde’ of een woonlint woont. En wonen in een aangepaste woning betekent dat men, bij afnemende mobiliteit of toenemende zorgnood, niet gedwongen naar bijvoorbeeld een WZC hoeft te verhuizen. Moving in time is verhuizen als keuze om een gedwongen verhuizing naar een WZC – als het niet anders meer kan – te vermijden.

Figuur 28: Assistentiewoningen op de grote markt in Poperinge⁵³.

36 nieuwe assistentiewoningen achter gevel Belfort

31/03/2016 om 06:59 door ptb - [Print](#) - [Corrigeer](#)



MiT naar een aangepaste, compacte omgeving biedt ook meer kans op betere zorg. Vooreerst voor de informele zorg. Compactheid, zoals hoger aangehaald, betekent dat de afstand verkleint en dat dus de inspanningen, voor zij die bij de informele zorg betrokken zijn, kleiner zijn; om boodschappen te doen, om iemand naar de dokter te voeren, of om een kop koffie op het nabije plein te gaan drinken. De mantelzorger kan te voet of per fiets naar de winkel; de buurtnetwerker kan gemakkelijker binnen springen. En dit in een kader waarin de risico's die

⁵³ http://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20160330_02210544

met ouder worden gepaard gaan (bijvoorbeeld vallen) verminderen. Compactere wonen heeft ook voordelen voor de formele zorg. Wanneer de klanten op kortere afstand van mekaar wonen, kan immers heel veel verplaatsingstijd uitgespaard worden; middelen (tijd, geld) die aan andere en/of betere zorg gespendeerd kunnen worden. Het is 'naar de zorg toe' gaan wonen i.p.v. de zorg bij de zorgbehoevende thuis te brengen.

Een **realistische insteek** volgt uit de veronderstelling dat bepaalde ontwikkelingen niet (onmiddellijk) gekeerd kunnen worden. (Een aantal) plattelandsregio's worden al langer gekenmerkt door het verdwijnen van voorzieningen en activiteiten. Ook jongvolwassenen keren er minder vaak dan vroeger terug na het beëindigen van hun opleiding. Gegeven de aanhoudende schaalvergroting en de concentratie van de tewerkstelling in (klein)stedelijke centra, mag aangenomen worden dat wie en wat vertrokken is, niet (onmiddellijk) terugkomt. Met andere woorden, een realistisch beleid vertrekt van de vaststelling dat voorzieningsarme regio's voorzieningsarm zullen blijven en dat de kans op een herpopulatie door jongvolwassenen en dus kans op *informele zorg*⁵⁴ kleiner is.

Een realistische insteek vertrekt ook van vaststellingen met betrekking tot de *formele zorg*. We stellen een centralisatietendens vast (beleid minister M. De Block, zie Byl, 2017). Dit is een gevolg van zowel de stijgende kosten van de dure (hoog)gespecialiseerde zorg⁵⁵, een (verwachte) toename aan zorg door o.a. de verdere vergrijzing en de beperkte middelen die de overheid vrij wil of kan maken. Voor afgelegen regio's heeft dit als consequentie dat de afstand naar gespecialiseerde zorg zal toenemen, waarvan het platteland het eerste slachtoffer wordt (zie hoger). Verder is er de vaststelling dat de zorgberoepen knelpuntberoepen zijn en dit vermoedelijk – om een veelheid van redenen – zullen blijven⁵⁶. De combinatie van beide is dat we vanuit een geografisch perspectief het beschikbare kapitaal (mensen, tijd, geld) zo efficiënt mogelijk moeten inzetten. Ook al vergt een geografische analyse van de zorgsector en zorgnoden nog verder onderzoek, de combinatie van deze vaststellingen met de vaststellingen van voorliggend onderzoek is dat de globale geografie van wonen en zorg dient te veranderen. Concreet houdt dit in dat gespecialiseerde instellingen (WZC, geriatrie afdelingen van ziekenhuisnetwerken, dagcentra...) strategisch ingepland moeten worden. Dit houdt ook in dat we ons eigenlijk niet kunnen permitteren dat de verschillende thuiszorg- en thuisverplegingsverstrekkers met hun auto's kriskras door het Vlaamse landschap rijden om alles en iedereen overal te bedienen (zie hoger). De vrijheid van zorgkeuze zoals die vandaag ruimtelijk (niet) georganiseerd is, lijkt haar grenzen te hebben bereikt, zeker bij gelijkblijvend budget.

⁵⁴ Ook: ouders willen hun drukbezette kinderen niet ten laste zijn (zie al De Decker, 2013).

⁵⁵ De bereikbaarheid/tekort aan hoogespecialiseerde zorg was ook een bezorgdheid van pensioenmigranten naar de kust (Vandekerckhove e.a., 2015).

⁵⁶ Verté (2017) stelt dat, zeker als de economie aantrekt, het een weinig aantrekkelijk beroep is, wegens laag loon, onregelmatige uren en dus moeilijk combineerbaar met gezinsleven. Bovendien is het werk zwaar psychisch belastend.

- inschakeling ICT, domotica,...
- (her)inrichting van het publiek domein op een leeftijdsvriendelijke manier (voetpaden gescheiden van verkeer; kruispunten, pleinen... wandel-, rollator-, rolstoel- en scooter-vriendelijk),
- stimuleren van de uitbouw van een aanbod van mobiele voorzieningen op alle levensdomeinen, (of) de uitbouw van dorpspunten met alle voorzieningen, die op voldoende tijdstippen open zijn (cf. VLM dorpspunt Roesbrugge of DORV in Duitsland⁵⁷),
- organisatie van activiteiten of mensen naar activiteiten brengen.

Meerwaarde

- beter wonen en betere levenskwaliteit door aanwezigheid van basisvoorzieningen, een sociale en fysieke omgeving die uitnodigt om actief te zijn,
- waarbij we vermijden dat een omschakeling van benadering ervoor zorgt dat mensen tussen twee systemen vallen.
- Tijdige detectie en aangepaste woningen betekenen minder ongevallen,
- verminderen van de sociale isolatie en eenzaamheid.

6.3 VORMGEVEN AAN EEN AANGEPAST DORPENBELEID

6.3.1 Tussenvormen tussen de eigen woning en het woonzorgcentrum

Tijdens deze studie kwam duidelijk een gebrek aan intermediaire woonvormen - die nog geen woonzorgcentra zijn, maar wel een hogere graad van ondersteuning bieden - naar voor. In landelijke kernen blijkt het een uitdaging om dit type woonvormen te realiseren. Vandaag worden deze immers stevast gekoppeld aan bestaande woonzorgcentra en deze bevinden zich zelden in deze dorpen.

Toch heeft het onderzoek net aangetoond dat deze intermediaire woonvormen een langer en kwalitatiever zelfstandig leven kunnen bieden. Immers door het ontbreken ervan blijft men langer in de eigen - en doorgaans onaangepaste - woning wonen, wat tot een lagere levenskwaliteit en grotere sociale isolatie en eenzaamheid leidt. Het is dus de opdracht om binnen een breder netwerk aan woonzorgactoren lokale aangepaste infrastructuur aan te bieden. Hierbij komen drie aandachtspunten naar voor:

- Ten eerste is de nabijheid van voorzieningen en ontmoetingsmogelijkheden cruciaal. Het gaat hierbij immers om senioren die nog grotendeels zelfstandig kunnen wonen en dus in hun woonomgeving (binnen een actieradius van 500m) lokale voorzieningen en sociale contacten nodig hebben.
- Ten tweede een toegankelijke woonomgeving. Omwille van een verminderde mobiliteit is de actieradius beperkt en moet er op alle aspecten van omgevingsaanleg dan ook gewaakt worden op (rolstoel)toegankelijkheid.
- Ten derde is kleinschaligheid in deze kernen nog meer een aandachtspunt. Eén van de grootste drempels voor een verhuisbeweging naar een aangepaste woonvorm is het gevoel van in een instelling te wonen.

⁵⁷ Rijnlander Heinz Frey lanceerde in 2003 [DORV](http://www.dorpenbeleid.be), een veelzijdige combinatie van duurzaam winkelen en dienstverlening op maat . Door de 'buurtkruidenier-met-computer' kunnen Duitse dorpen hun ontmoetingsplaatsen behouden. Frey kreeg het idee in zijn geboortedorp. Barmen, bij Aken, zag acht kruidenierszaken, een bakker, twee slaggers, de lokale bank en verschillende restaurants verdwijnen. Ineens waren de 1300 dorpelingen ook hun plekjes voor een korte dagelijkse babbel kwijt. DORV is nu al actief in vijftig dorpen en verlegt ondertussen zijn activiteiten ook naar stadswijken en treinstations. Zie: <http://www.dorpenbeleid.be/winkelhouder-redt-dorp>

7 BIBLIOGRAFIE

- Becaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., Plas, G., Peeters, T., Sablon, W., Teugels, H., Thijs, F., Tomsin, W., Verhoeven, I., Vervaeet, C., Verté, D. (2016) *Buurtgerichte Zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*. Brussel: VVDC & Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- Bevan, M. & K. Crouch (2006) Delivering services for older people in rural areas. In Lowe, P. & L. Speakman (eds) *The ageing countryside. The growing older population of rural England*. London: Age Concern England: 147-163.
- Bourgeois, G. (2016) *Toespraak Vlaamse klimaat- en energietop*, 16 nov. gedownload op 31 okt. 2017 van <http://www.geertbourgeois.be/nieuws/toespraak-vlaamse-klimaat-energietop-te-gent>.
- Burton, E. & Mitchell, L. (2006) *Inclusive urban design streets for life*. Oxford: Architectural Press.
- Byl, R. (2017) Het ideale ziekenhuis, *Trends*, 2 nov.: 27-32.
- Carstens, D. (1985) *Site planning and design for elderly: Issues, guidelines and alternatives*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Cant, J., Vanoutrive, T. & A. Verhetsel (2014) *De bereikbaarheid van voedselwinkels in het Vlaamse gewest*. Antwerpen: Rapport voor het Steunpunt Ondernemen en Regionale Economie.
- Cès, S. e.a. (2016) *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol. Data-onderzoek*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Claessens, B., Vlerick, E. & P. De Decker (2009) *Op zoek naar de betekenis van wonen*. Rapport voor het Steunpunt Beleidsgericht onderzoek 2007-2001 Ruimte & Wonen.
- Commission for rural communities (2012) *Older people in rural communities facing social isolation*. Newcastle: Press Office Newcastle University. Gedownload op 8 nov. 2017 van <http://www.ncl.ac.uk/press/news/legacy/2012/09/olderpeopleinruralareasfacingsocialisolation.html>
- Congress of New Urbanism & E. Talen (2013) *Charter of the New Urbanism*, 2nd version. Columbus (Ohio): McGraw-Hill.
- Cool, M. (2016-2017) *Ageing in place op het platteland. Over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen, case Westhoek*. Masterproef Stedenbouw en Ruimtelijke Planning. Gent: KU Leuven Faculteit Architectuur.
- Cneut, C., Houthaeye, R., Durgun, S., De Rycke, P., De Decker, P., Loopmans, M., Claessens, B., De Bevere, S., De Geyter, X., Schmitz, D. & Y. Igodt (2007). (Her)bruik van de bestaande woningvoorraad in de klassieke woonwijken uit de jaren 1960-1980. Een verkennend onderzoek naar de ruimtelijke mogelijkheden en de uitdagingen voor het ruimtelijke beleid. Gent: Grondmij/Hogeschool Gent/WES/XDGA m.m.v. de KU Leuven in opdracht van de Vlaamse overheid, Departement RWO, Afdeling Ruimtelijke Planning.
- Scharf, T. & B. Bartlem (2006) *Rural disadvantage. Quality of life and disadvantage amongst older people – a pilot study*. Centre for Social Gerontology, Keely University for Commission for Rural Communities.
- Dardas, A. (2017) *Multi-Quantitative Analysis of Caregiver-Employees' Travel Behavior*, presentation at the AAG Annual Conference, Boston, 9 April.
- De Decker, P. (2013). *Eigen woning: geldmachine of pensioenplan?* Antwerpen: Garant.
- De Decker, P., Meeus, B., Pannecoucke, I. & J. Verstraete (2014). *De moeilijke oversteek. Wonen na verblijf in de bijzondere jeugdzorg, gevangenis en psychiatrie*. Antwerpen: Garant.

- De Decker, P., Vandekerckhove, B., Volckaert, E., Schillebeeckx, E., De Luyck, N. & N. De Witte (2015) Wonen op een onaangepaste plek: de vergeten dimensie van de vergrijzing. *Ruimte & Maatschappij* 6 (4): 1-8.
- De Decker, P., Vandekerckhove, B., Volckaert, E., Wellens, C. & E. Schillebeeckx (2017) Thuisverpleging rijdt 15 keer per dag de wereld rond. *Knack.be*, 7 nov.
- Degadt, P. (2017) 'Zorg is geen product dat je in de supermarkt kun kopen'. Interview in *Knack*, 18 okt. : 25-30.
- Delodder, M. (2016) *Een woonzorgzone loont ! Brugge* : Vanden Broele.
- De Swert, G. (2011) *Het pensioenspook*. Antwerpen: EPO.
- De Tijd*, artikelenreeks over de woonzorgcentra, 23-31 mei.
- De Witte, N. (2017) *Multi dimensioneel screenen naar kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen: het Comprehensive Frailty Assessment Instrument (CFAI)*. REVA-lezing, Gent, 20 april.
- De Witte, N., Smetcoren, A.-S., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Kardol, T. & D. Verté (2012). *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*. Brugge: Vanden Broele.
- Dreier, P., Mollenkopf, J. & T. Swamstrom (2004) *Place matters*. Lawrence (KANSAS): University Press of Kansas.
- Farber, F. & D. Shinkle (2011) *Ageing in place*. Washington: AARP Public Policy Institute.
- Funderburck, B. (2008) *Regret and Successful Aging among the old-ord*. Los Angeles: University of California.
- Gehl, J. (2016) *Steden voor mensen*. Brugge: Vanden Broele.
- Glaser M., Harkes D. & J. Singelenberg J. (2001) *De woonzorgzones; innovatieprogramma Wonen en Zorg*. Rotterdam/Utrecht: SEV/NZIW.
- Golant, S.M. (2015) *Ageing in the right place*. Baltimore/London: Health Professions Press.
- Het Laatste Nieuws* (2013) Artikelenreeks over de toestand in de Vlaamse rusthuizen, 18 -23 mei 2013.
- Hautekeur, G. & Viaene, S. (2011). *Armoede en Sociale uitsluiting op het platteland*. Opgehaald van Samenlevingsopbouw Vlaanderen: <http://www.vvsg.be/stadenplatteland/Documents/armoede-en-sociale-uitsluiting-op-het-platteland1.pdf>.
- Heuvelink, J.J.W. & J.P.J. Singelenberg (2000) *Verblijven of wonen, zorg voor een ieder*. Amsterdam: Stichting Architectuuronderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, 2^e druk.
- Homans, L. (2014). *Beleidsnota 2014-2019: Wonen*. Opgeroepen op Januari 13, 2015, van Vlaanderen.be: <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-wonen-1>
- Hunt, M.E. & G. Gunter-Hunt (1985). Naturally occurring retirement communities. *Journal of Housing for the Elderly* 3 (3/4) 3-21.
- Janssens, Ph. (2015). *Het is zo logisch... Over de evolutie van de woningprijzen*. In De Decker, P., Meeus, B., Pannecoucke, I., Schillebeeckx, E., Verstraete, J. & E. Volckaert (red.) *Woonnood in Vlaanderen*. Feiten/mythen/voorstellen. Antwerpen: Garant: 71-82.
- Koning Boudewijnstichting (2017) Zoom: De levenskeuzes van 60-plussers. Gedownload op 7 okt van https://www.kbs-frb.be/nl/~/_media/Files/Bib/Publications/2017_ZOOM_ouderenNL.pdf
- Krout, J.A. & K.M. Hash (2015) *What is rural? Introduction to aging in rural areas*. In Hash, K.M., Jurkowski, E.T. & J.A. Krout (eds) *Aging in rural areas. Policies, Programs, and Professional Practice*. New York: Springer: 3-22.
- Lansperly, S. (2002). Aging in place. In Ekerdt, D.J. (ed). *Encyclopedia of aging*. <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3402200026.html>
- Lawton, M.P. (1977) *The impact of the environment on ageing and behavior*. In Birren, J. & K. Schaic (eds) *Handbook of the psychology of ageing*. New York: Van Nostrand: 276-301.
- Löfqvist, C. e.a. (2013) *Voices on Relocation and Aging in Place in Very Old Age—A Complex and Ambivalent Matter*. *The Gerontologist* (2013) 53 (6): 919-927.

- Lowe, P. & L. Speakman (2006, eds.) *The ageing countryside. The growing older population of rural England*. London: Age Concern England.3
- Lund, J. (2008) *Effects of environment and lifestyle of ageing*. Chicago (Ill): MacArthur Foundation on an Aging Society Study.
- Machielse, A. (2016) *Afgezonderd of ingesloten? Over de sociale kwetsbaarheid van ouderen*. Universiteit van de Humanistiek.
- Mahmood, A., Chaudhury, H., Michael, Y. L., Campo, M., Hay, K. & Sarte, A. 2012. A photovoice documentation of the role of neighborhood physical and social environments in older adults' activity in two metropolitan areas in North America. *Social Science & Medicine*, 74: 1180-1192
- Maier, A.B. (2017) *Eeuwig houdbaar. De ongekende toekomst van ons lichaam*. Amsterdam: Prometheus.
- Meeus, B. & P. De Decker (2013). *De geest van suburbia*. Antwerpen: Garant.
- Meeus, B. & P. De Decker (2015). Staying put! The (re)production of dwelling stability in Belgium. *Housing Studies* 30 (7): 1116-1134.
- Muyters, P. (2009). *Beleidnota Ruimtelijke Ordening: Een ruimtelijk beleid voor en op het ritme van de maatschappij*. Opgehaald van Vlaanderen.be: http://www.vlaanderen.be/sites/default/files/documents/22_ruimtelijke.pdf
- Pannecoucke, I. & P. De Decker (2015) *Grote Woononderzoek 2013. Deel 7. Woontevredenheid en woongeschiedenis*. Brussel: Steunpunt Wonen.
- Pannecoucke, I. & P. De Decker (2017) *Woonsituatie en -dynamieken bij ouderen: blijven of verhuizen?* Brussel: Steunpunt Wonen.
- Peersmans, G. & K. Schoors (2012) *De perfecte storm. Hoe de economische crisis de wereld overviel en vooral: hoe er uit geraken*. Gent: Borgerhoff & Lemberigts.
- Schauvliege, J. (2014). *Beleidsnota 2014-2019: Omgeving*. Opgeroepen op Juni 10, 2010, van Vlaamse Overheid: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-omgeving>
- Schokkaert, E. (2017) Besparen in de gezondheidszorg: 'Rokers straffen? Zullen we dan ook skiërs straffen?' Interview in *Knack*, 20 juni.
- Scholliers, M. & J. Vuchelen (2014) *Uw pensioen onder vuur? Vecht terug*. Antwerpen: Pelckmans.
- Scholliers, M. & J. Vuchelen (2016) *Het grote pensioenbedrog. Hoe uw pensioen op drijfzand is gebouwd*. Antwerpen: Van Halewyck.
- Simpson, D. (2015) *Young-Old. Urban utopias of an ageing society*. Zurich: Lars Muller Publ
- Soete, S. (2017) *Ruimte voor ouderen. Vergrijzing aan de kust*. Inleiding bij de voorstelling van de brochure Ruimte voor Ouderen. Inspiratiegids Wonen voor Ouderen. Oostende, 20 mei.
- Sommer, M. (2017) Herverdelingsmachine. Vrij Zicht in *De Volkskrant*, 4 maart.
- Smetcoren, A.S. (2015): *'I'm not leaving!?' Critical perspectives on 'ageing in place'*. Doctoraat Pedagogische Wetenschappen, richting Agogische Wetenschappen, Faculteit Psychologie en Pedagogie, Brussel: VUB.
- Steyaert, J. & J. Knaeps (2016) *Mantelzorg: over wat het is en zou kunnen zijn*. Op 8 nov. Gedownload van <https://sociaal.net/analyse-xl/mantelzorg-is-en-zou-kunnen/>
- Tegenbos, G. (2017) Armoede maakt ons blind voor ongelijkheid, *De Standaard*, 18 okt.
- Thissen, F., Droogleever Fortuijn, J., Strijker, D. & Haartsen, T. (2010). Migration intentions of rural youth in the Westhoek, Flanders, Belgium and the Veenkoloniën, The Netherlands, *Journal of Rural Studies*, 26 (4): 428-436.
- Thissen, F. (2017) *De veranderende verscheidenheid van dorp en stad in Nederland en Vlaanderen, Ruimte & Maatschappij*, 8 (3) 49-69.

- Thissen, F., De Roo, N. & W. Linseele, (2001) Leefbaarheid in de dorpen van West-Vlaanderen, *Ruimte & Planning* 21 (4): 333-345.
- Thissen, F. & M. Loopmans (2013) Dorpen in verandering. *Rooilijn* 46 (2): 80-89.
- Thissen, F., Vandelannoote, S. & N. De Roo (2005) *Evaluatie leefbaarheidsaanpak Westhoek*. Brugge: Provincie West-Vlaanderen.
- Thissen, F., van der Meer, M. (2013) *Dorpen in de grensstreek van de Westhoek. Leefbaarheid en sociale vitaliteit van grensdorpen vanuit het perspectief van jonge bewoners*. Opgehaald van Provincie West-Vlaanderen: https://www.west-vlaanderen.be/overwvl/beleid_bestuur/gebiedsgerichte_werking/streekhuizen/streekhuis_esenkasteel/europa/leader/documents/dorpen%20in%20de%20grensstreek%20van%20de%20westhoek.pdf
- Vanaken, S. (2016-2017) *Op tijd verhuisd? Verhuizen op latere leeftijd in Limburgse plattelandsgemeenten*. Masterproef Stedenbouw en Ruimtelijke Planning. Gent: KU Leuven Faculteit Architectuur.
- Van Akker, M. e.a. (2017) *Kempen Atlas*. Mechelen: Public Space.
- Van Damme, B. (2010) *Het grijze goud*. Brussel: Itinera.
- Van de Cloot, I. (2014) *De rekening moet kloppen. Welke toekomst voor ons pensioen?* Gent: Borgerhoff & Lamberigts.
- Van den Bossche, F. (2009). *Beleidsnota 2009 - 2014: Wonen*. Opgehaald van Vlaanderen.be: http://www.vlaanderen.be/sites/default/files/documents/20_wonen_2009_2014.pdf
- Van den Bossche, F. (2012). *Wonen in Vlaanderen 2050: krijtlijnen van een toekomstvisie*. Opgeroepen op Januari 21, 2015, van Woonbeleidsplan Vlaanderen: <https://www.wonenvlaanderen.be/woonbeleidsplan-vlaanderen/publieksmoment-woonbeleidsplan-van-13-september-2012-0>
- Van den Bossche, F. (2012). *Wonen in Vlaanderen 2050: krijtlijnen van een toekomstvisie*. Brussel: Kabinet van de minister.
- Vanderleyden, L. & D. Moons (2016) *Informeel zorg in Vlaanderen opnieuw onderzocht*. SVR-Webartikel 2015-4.
- Vanderstraeten, L. & M. Ryckewaert (2015) *Het Grote Woononderzoek 2013. Deel 3. Technische woningkwaliteit*. Leuven: Steunpunt Wonen.
- Vandeurzen, J. (2009). *Beleidsnota 2009 - 2014*. Opgehaald van Vlaamse Regering: http://www.vlaanderen.be/sites/default/files/documents/21_wvg_2009_2014.pdf
- Vandeurzen, J. (2010, Oktober 27). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2010-2011, ingediend door de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Opgeroepen op Januari 12, 2015, van Jo Vandeurzen: <http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Beleidsbrief.pdf>
- Vandeurzen, J. (2010, September 21). *Ontwerp Vlaams ouderenbeleidsplan 2010 - 2014*. Opgehaald van Vlaamse Ouderenraad: <http://vlaamse-ouderenraad.be/beleid/algemeen/Vlaams%20Ouderenbeleidsplan.pdf>.
- Vandeurzen, J. (2014). *Beleidsnota 2014-2019 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Opgeroepen op Januari 13, 2015, van Vlaanderen.be: <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>.
- Vandeurzen, J. (2015). *Antwoord op vraag om uitleg over de behoeften van de woonzorgcentra aan minister Jo Vandeurzen*. Opgehaald van Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: <https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/986253/verslag/987264>.

- Vandeurzen, J. (2015), Conceptnota Vlaamse sociale bescherming (VSB). Opgehaald van Jo Vandeurzen: http://www.iovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/conceptnota%20VSB_0.pdf.
- Vander Velken, K. (2017) *De mondige oudere blijft zolang mogelijk thuis*. Lezing PRoF 5.0 themadagen, Poperinge, 14 sept.
- Van de Ven, L. (2014). *Troost. Over ouderdom, zorg en psychologie*. Antwerpen: Garant.
- Van Hoof, J.J. (2016) *The nursing home of the future*. Lezing PRoF 5.0 themadagen, Poperinge, 14 sept.
- Vantyghem, P. (2017). *Gezocht: nieuw volk voor de Westhoek*. Verschenen in De Standaard op 24/02/17 (laatst online geraadpleegd op 18/12/2017).
- Verburgh, K. (2015) *Ouderdom vertragen. Het langer jong-plan*. Amsterdam: Bert Bakker/Prometheus.
- Vermeij, L. (2016) *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen*. Presentation op de conferentie 'De toekomst van het platteland', Havelte, 17 March.
- Verté, D. (2017). *Wijkgerichte zorg*. Lezing PRoF 6.0 & LUCAS themadagen, Poperinge, 13 sept.
- Vervotte, I., Van Tenderloo, P. & J. Meerbergen (2015) Voer het debat over onze ouderenzorg *Opinie in De Tijd*, 30 mei.
- VITO (2016) *Ontwikkelingskansen op van knooppuntwaarde en nabijheid van voorzieningen – syntheserapport*. Mol: Rapport in opdracht van Ruimte Vlaanderen.
- Vogels, <m; (2014) *De rekening van de verzuiling*. Leuven: LannooCampus.
- VRT (2017) Pano reportage 'Undercover in de zorgfabriek', 11 okt.
- Westendorp, R. (2014). *Oud worden zonder het te zijn. Over vitaliteit en veroudering*. Amsterdam: Atlas/Contact.
- Wiebe, I. (2017) *Older adult's mobility practices, experiences and strategies in urban spaces*, presentation at the AAG Annual Conference, Boston, 5 April
- WHO (2007) *Global Age-friendly cities: a guide*. Geneva: World Health Organisation.

Websites

- http://statbel.fgov.be/nl/modules/digibib/arbeidsmarkt_levensomstandigheden/1498_atlas_belge_des_pensi_ons_2010.jsp
- <http://www.ocmwmaldegem.be/alle-nieuwtjes/265-ocmw-s-van-evergem-maldegem-en-nevele-gaan-samenwerke>
- http://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20141218_01436809
- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Ouderenzorg/Specifieke-regelgeving-assistentiewoningen/>
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/ouderenzorg>
- http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmacijfers_thuiszorg/
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg/diensten-voor-thuisverpleging>
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/urencontingent-gezinszorg>
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/wat-voor-hulp-kunt-u-krijgen-bij-gezinszorg>
- <https://phys.org/news/2012-09-elderly-people-rural-areas-social.html>, geraadpleegd op 11 augustus 2017
- <https://www.vaph.be/pvf>
- <http://www.dorpenbeleid.be/winkelhouder-redt-dorp>
- www.ocmw-roeselare.be
- www.zorgbedrijf.antwerpen.be
- www.zorg-en-gezondheid.be

Een eerste is het onderzoek uit 2015 naar de verhuisbewegingen van ouderen naar de kust, in opdracht van de provincie West-Vlaanderen. Daarbij werd gepeild naar de verhuismotieven, de motivatie voor locatiekeuze, de woonwensen, eventuele verhuisintenties en de woon- en zorgverwachtingen. Verder werd gekeken naar de gevolgen van de pensioenmigratie op de woonmarkt en zorgsector in de kustgemeenten en werden beleidsaanbevelingen gedaan. De resultaten zijn terug te vinden in de publicatie “Ook de aangespoelden blijven. Woon- en zorgperspectieven van pensioenmigranten aan de kust” (Vandekerckhove e.a., 2015).

Een tweede onderzoek, ‘Security and insecurity for homeowners in EU member states’ (OSIS), in opdracht van de Europese Commissie, liep van 2003 tot 2006. OSIS omvat enerzijds een analyse van de factoren die een impact hebben op de financiële situatie van huishoudens en de impact op hun positie als huurder of eigenaar. Anderzijds gaat het om hoe huishoudens omgaan met zekerheid en onzekerheid en met de voor- en nadelen van verschillende posities op de woningmarkt.

Een derde onderzoek, ‘Demographic change and housing wealth’ (DEMHOW), liep van 2008 tot 2010. Het onderzoek wou begrijpen hoe woningeigenaars hun oude dag voorbereiden en nagaan wat hun normen, verwachtingen en gedragingen zijn met betrekking tot hun leven na pensionering en hun zorg op oudere leeftijd. DEMHOW onderzoekt bijvoorbeeld op welke manier het financieel vermogen dat in een huis zit, gemobiliseerd kan worden en eventueel als pensioenpijler kan fungeren.

Een laatste studie betreft het woonpadenonderzoek van het Steunpunt Ruimte en Wonen (Claessens e.a., 2009). Op basis van 74 diepte-interviews werd inzicht verworven in de wijze waarop in hoofdzaak middenklassenhuishoudens hun woningpad construeren. Ook al ligt de nadruk op een gedetailleerde reconstructie van het woonpad, de interviews bevatten vragen met betrekking tot plannen voor de toekomst, inclusief wonen op oudere leeftijd.

8.1.1.2 Beleidsanalyse

We analyseren voor dit onderzoek de relevante beleidsdocumenten van twee legislaturen: de Vlaamse regeringen Peeters II (2009-2014) en Bourgeois I (2014-2019). We kijken telkens hoe het beleid staat tegenover ‘wonen’ en ‘ouderen’. We nemen de regeringsverklaringen onder de loep en analyseren de relevante documenten van de beleidsdomeinen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wonen en Ruimtelijke Ordening.

Voor de regering Peeters II gaat het om: de beleidsnota’s van de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wonen en Ruimtelijke ordening. Daarnaast gaat het om: de beleidsbrief van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het ontwerp Vlaams ouderenbeleidsplan (2010) en het ontwerp woonbeleidsplan (2012). Voor de regering Bourgeois vindt een analyse plaats van de regeringsverklaring (2014), de Septemberverklaring (2014) en de beleidsnota’s van de domeinen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; Wonen en Omgeving.

Daarnaast bevat dit onderzoek een analyse van de beleidspraktijk. Het gaat hier om de beschikbare (residentiële) zorgdiensten en de planning en spreiding ervan. Hiervoor wordt voornamelijk een beroep gedaan op de documentatie van het Agentschap Zorg en Gezondheid, te vinden via de website: www.zorg-en-gezondheid.be.

De beleidsanalyse is terug te vinden in [rapport A](#), de verkennende nota.

8.1.1.3 Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatief onderzoek geeft de huidige vergrijzing in Vlaanderen weer, alsook prognoses voor de komende decennia. Het geeft eveneens een beeld van de (toekomstige) vergrijzing op het platteland. Het kwantitatief onderzoek is gebaseerd op data van het Federaal Planbureau, dat tot op arrondissementniveau gaat. Om de Vlaamse gemeenten in beeld te brengen schakelen we over op de prognoses van de Studiedienst van de Vlaamse Regering (SVR). Deze prognoses werden in 2015 geactualiseerd en hebben een horizon tot 2030. Het kwantitatief onderzoek is terug te vinden in [rapport B](#).

De data van de SVR wordt eveneens gebruikt in het vijfde hoofdstuk van [rapport A](#): de geografie van de vergrijzing. Het is data met betrekking tot het aantal en aandeel 60- en 80-plussers in Vlaanderen. De kaarten in het hoofdstuk zijn afkomstig van Geopunt Vlaanderen en zijn gebaseerd op data van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

8.1.1.4 Participatief onderzoek: in het spoor van de zorg

[Rapport E1](#), ‘in het spoor van de zorg’, is gebaseerd op participatief onderzoek. We volgden vijf verpleegkundigen en één zorgkundige die op hun ‘ronde’ ouderen thuis gaan verzorgen. De zes rondes doen zich voor op verschillende landelijke plaatsen in Vlaanderen: drie in de Westhoek, één in het noorden van de provincie Oost-Vlaanderen, één ten zuiden van Gent en één in Haspengouw. We kwamen in totaal bij een zeventigtal ouderen.

Om het comfort van de verpleegkundigen en patiënten niet in het gedrang te brengen, besloten we geen geluidsopnames te maken. Het verslag is bijgevolg gebaseerd op veldnotities. De notities vormen een neerslag van alle bevindingen, oprispingen en standpunten, zowel van de verpleegkundigen als van de ouderen. En in bepaalde gevallen ook van de familie van de ouderen die verzorgd werden.

8.1.1.5 Interviews met bevoorrechte getuigen

Het [rapport E2](#), “Bevoorrechte getuigen aan het woord”, kwam tot stand door interviews met professionals uit de ouderenzorg. Het betreft verantwoordelijken uit verschillende organisaties van de thuiszorg, koepels voor zelfstandige thuisverpleegkundigen, directeurs van woonzorgcentra, directeurs van private residentiële ouderenzorg, de directeur van de Vlaamse Ouderenraad en de secretaris van een OCMW met een overkoepelend ouderenbeleid. Daarnaast haalden we ook informatie uit een focusgroep met zorgprofessionals in de Kempen. De focusgroep vond plaats op 2 juni 2015 bij het OCMW van Geel⁵⁸.

⁵⁸ Aanwezigen: Gil Peeters (Zorgmanager Thuiszorg– Welzijnszorg Kempen); Leen Heylen (Thomas More - Vonk 3); Roger Lemmens (SEL Kempen - KON-tact); Laurette Janssens (Gemeente Kasterlee); Marleen Joris (OCMW-voorzitter Dessel/ schepen sociale zaken Oud-Turnhout).

Het rapport werd voorgelegd aan de respondenten om de juistheid van de citaten te controleren, alsook om opmerkingen te formuleren over de algemene inhoud van het rapport. Een overzicht van de respondenten en hun functie is terug te vinden in tabel 4.

Tabel 4: Respondenten van de interviews met professionals uit de ouderenzorg

Respondent	Functie	Organisatie
Marleen Vanhees	Directeur 'Zorg'	Landelijke Thuiszorg
Dirk De Meester	Coördinerend Hoofd Zorgverlening	Woonzorgcentrum Leiehome Drogen
Jannie Hespel	Adjunct-directeur 'Departement Gezondheid en Welzijn'	Socialistische Mutualiteiten
Lucien Speeckaert	Voorzitter	Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandige Verpleegkundigen
Klaus Van Hoecke	Directeur	Woonzorgcentrum Home Sint-Franciscus vzw, Kluisbergen
Johan Rotsaert	Directeur	Woonzorgcentrum Huize Roborst, Zwalm
Willy Vertongen	CEO/ Voorzitter	Mederi Thuisverpleegkunde / Federale Neutrale Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen
Mie Moerenhout	Directeur	Vlaamse Ouderenraad
Piet Vanwambeke	Secretaris	OCMW Maldegem
Jan Vlaminck	Directeur	Senior Active
Peter Rasschaert	Operations manager	Anima Care
Peter Degadt	Gedelegeerd bestuurder	Zorgnet-Icuro
Klaartje Theunis	Directeur Ouderenzorg	Zorgnet-Icuro
Erwin De Vriendt	Afgevaardigd bestuurder	Solidariteit voor het Gezin

Rapport A, de verkennende nota, werd eveneens voorgelegd aan een groep experts. In twee workshops konden de deelnemers opmerkingen op de inhoud formuleren en aanbevelingen doen. De eerste workshop werd bijgewoond door vertegenwoordigers van ouderenzorgorganisaties⁵⁹; een tweede door vertegenwoordigers van de administraties 'welzijn en gezondheidszorg', 'omgeving' en 'wonen'⁶⁰.

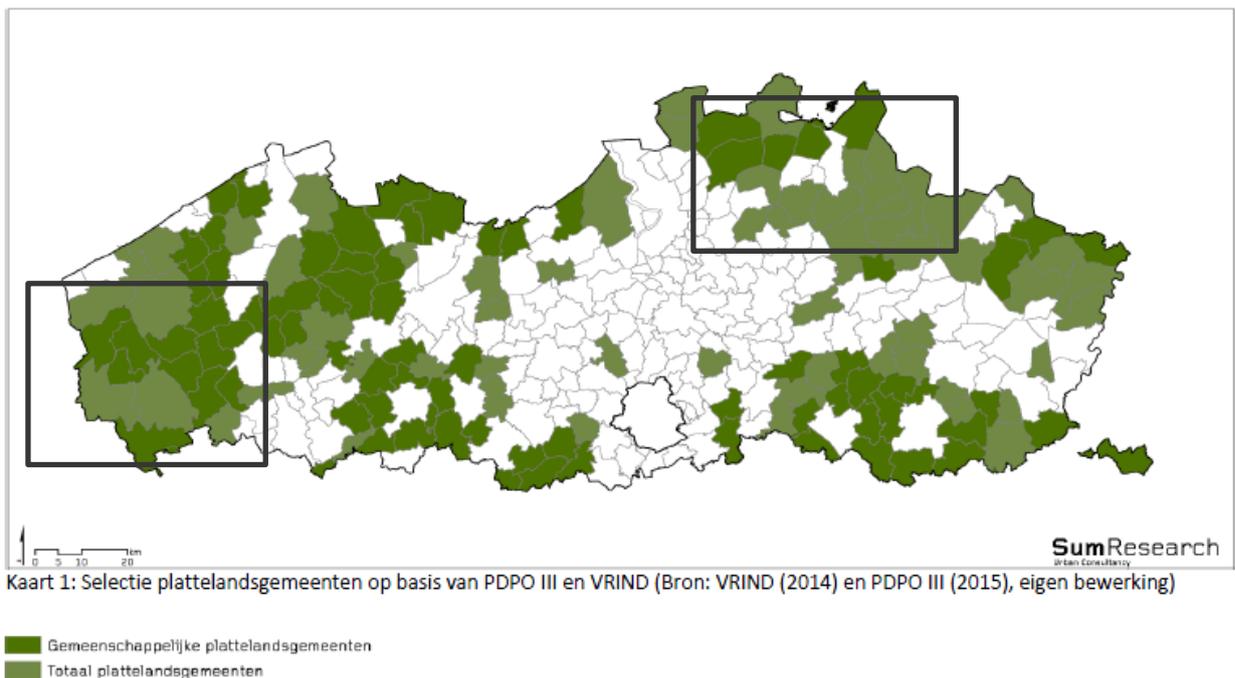
⁵⁹ Brussel, Faculteit Architectuur, 22/10/2015. Aanwezig: Eva Vandegaer (beleidsmedewerker Landelijke thuiszorg – Ons) ; André Sonnevillie (voorzitter van de interne commissie wonen, mobiliteit en veiligheid – Vlaamse Ouderenraad) ; Donaat Van Eynde (Manager Zorgbeleid, Familiehulp), Mie Moerenhout (Directeur Vlaamse Ouderenraad); Rika Verpoorten (Stafmedewerker Woonzorg, VVSG) ; Mathieu Martens (voorzitter van de interne Commissie Welzijn, gezondheidszorg en Zorg – Vlaamse Ouderenraad) ; Clara Van den Broeck (stafmedewerker Financieel-economische thema's OZ – Zorgnet Icuro); Nathalie Sluyts (stafmedewerker advisering voor commissies-Ouderenraad) ; Ingrid Van Deuren (Cel thuisverpleging – Socialistische mutualiteiten); Bram Fret (Belgian Ageing Studies – VUB & Wit Gele Kruis), Sandra Christiaens (regioördinator Vlaams Brabant en Brussel- Solidariteit voor het gezin); Pascal De Decker (HaUS – KUL), Emma Volckaert (HaUS – KUL) & Elise Schillebeeckx (HaUS – KUL)

⁶⁰ Brussel, Faculteit Architectuur, 23/10/2015. Aanwezig: Marie Le Roy (Wonen Vlaanderen – cel onderzoek afdeling woonbeleid); Kaat Tavernier (Wonen Vlaanderen); Sofie Devriendt (Agentschap Zorg & gezondheid – team ouderenzorg, vnl. residentiële ouderenzorg); Isabelle Loris (Ruimte Vlaanderen); Peter Vervoort (Ruimte Vlaanderen); Ann Pisman (Ruimte Vlaanderen); Pascal De Decker (HaUS – KUL), Emma Volckaert (HaUS – KUL) & Elise Schillebeeckx (HaUS – KUL).

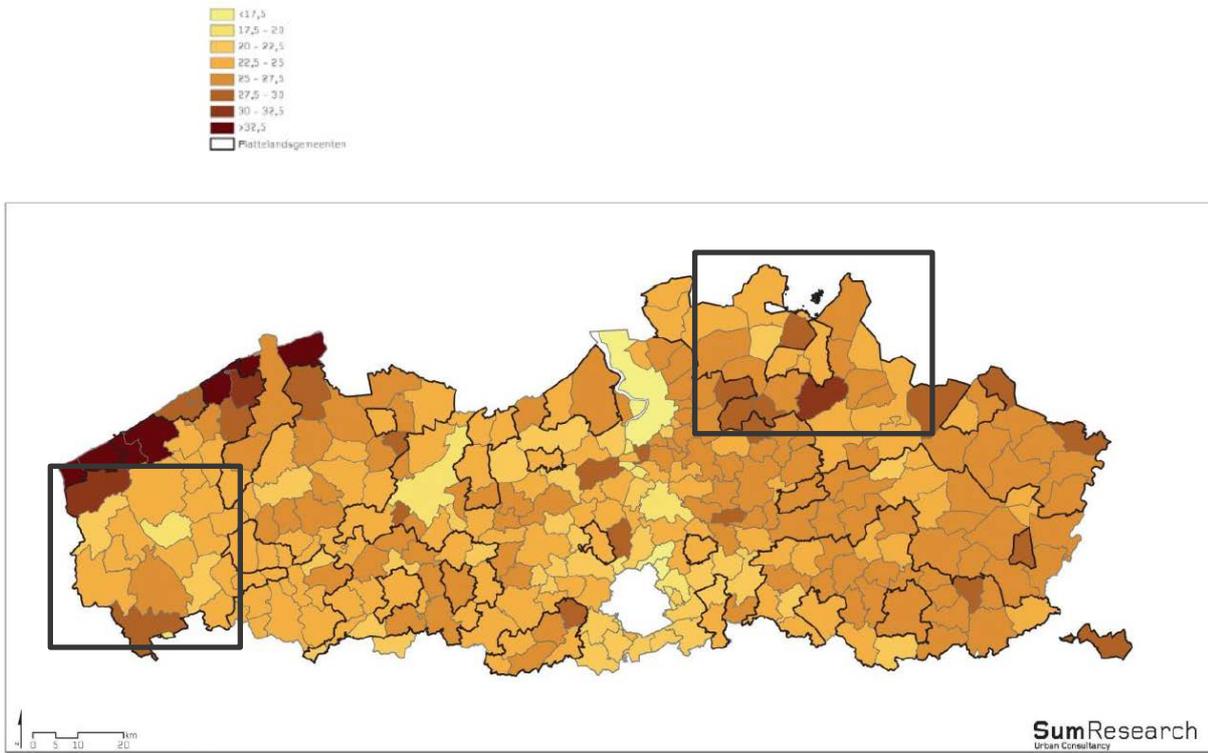
8.1.2 Keuze voor de Westhoek en de Antwerpse Kempen

Wat geldt voor elk onderzoek, geldt ook voor dit onderzoek. Er waren budgettaire en tijdsbeperkingen. Er dienden dus keuzes gemaakt te worden. Gezien de opdrachtgever, betrof het vertrekpunt de erkende plattelandsgemeenten (figuur 29) met een hoog aantal ouderen. We baseerden ons hierbij op het huidige aandeel ouderen, alsook op prognoses (figuur 30). Vervolgens werd beslist om diepte-interviews af te nemen en focusgroepen te organiseren in gemeenten in de Westhoek (dichtbij de grens met Frankrijk) en de Antwerpse Kempen. Deze keuze werd mede bepaald door al bestaande contacten van het onderzoeksteam in beide regio's, maar ook door de specifieke kenmerken en vooral verschillen van beide gebieden. De gemeenten in de Westhoek waren zeer ruraal, dun bevolkt en relatief ver verwijderd van (klein)stedelijke centra. Het is bovendien een werk- en voorzieningsarme regio. De Kempense gemeenten daarentegen zijn - ook al zijn ze landelijk - meer gesuburbaniseerd en zijn – onder andere als gevolg van hun ligging nabij het Albertkanaal en de aanwezigheid van het studiecentrum voor kernenergie (SCK & VITO) – werk- en voorzieningenrijk. Figuur 31 illustreert door middel van de locatie van de bedrijventerreinen de verschillen in werkgelegenheid. Figuur 32 doet dit voor de voorzieningen.

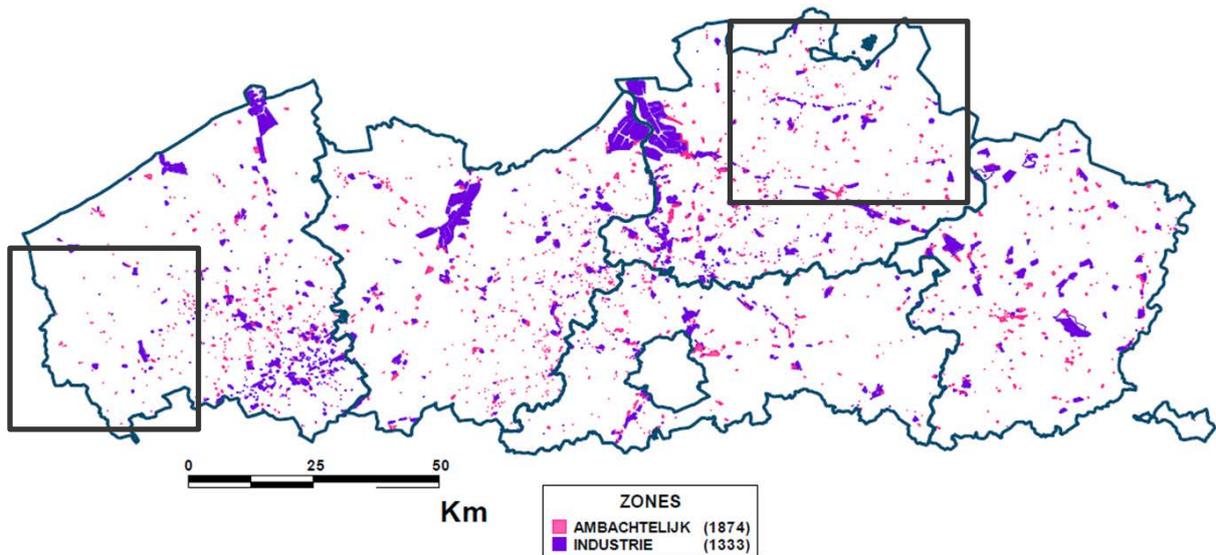
Figuur 29: Selectie plattelandsgemeenten op basis van PDPO III en VRIND. Links is de Westhoek aangeduid, rechts de Kempen.



Figuur 30: Aandeel (%) 60-79 jaar in Vlaanderen anno 2030. Links is de Westhoek aangeduid, rechts de Kempen.

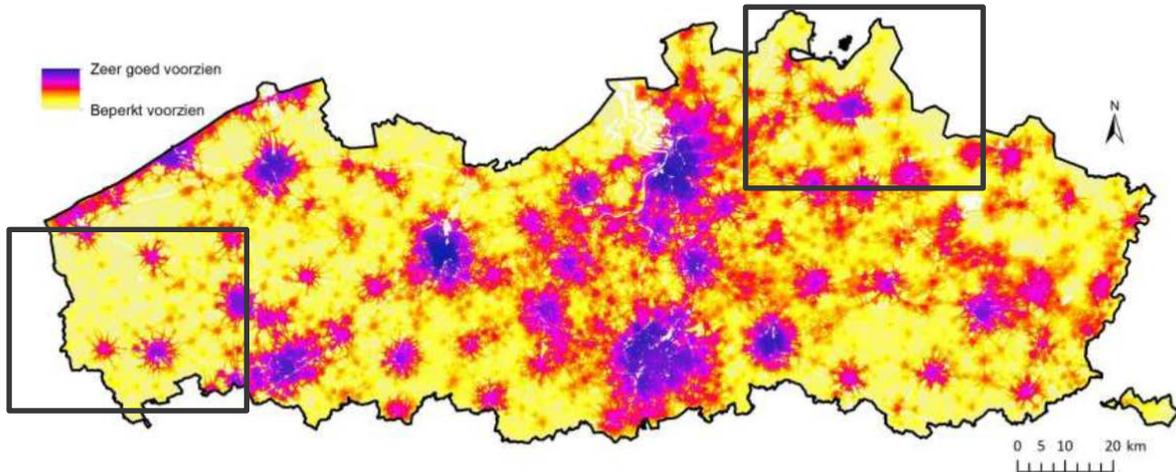


Figuur 31: Locatie van de bedrijventerreinen in Vlaanderen. Links is de Westhoek aangeduid, rechts de Kempen.



Figuur 32: Totaal voorzieningenniveau in Vlaanderen per hectare. Links is de Westhoek aangeduid, rechts de Kempen.

Figuur 10: Totaal voorzieningenniveau in Vlaanderen per ha



8.1.3 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek bestaat uit interviews en focusgroepen. In de Westhoek vonden die eind 2015 plaats, in de Kempen eind 2016. Het gaat in totaal om 41 semigestructureerde diepte-interviews bij ouderen thuis en 3 focusgroepen in drie verschillende woonzorgcentra. In de Westhoek ging het om Woonzorgcentrum 't Hoge in Alveringem en woonzorgcentrum Gasthuis in Poperinge. Beide focusgroepen vonden plaats op 25 november 2015. In de Kempen ging de focusgroep door in woonzorgcentrum De Berk in Meerhout.

De interviews zijn allen gebaseerd op dezelfde topiclijst. Het werken met een aantal afgebakende thema's in plaats van vooraf opgestelde vragen, biedt de respondenten de vrijheid om te vertellen en te reflecteren over de naar voor geschoven topics, maar ook om andere relevante thema's aan te brengen. De topiclijsten kwamen tot stand op basis van eigen eerder uitgevoerd onderzoek bij ouderen in Vlaanderen (De Decker, 2013; Vandekerckhove e.a., 2015), maar ook op basis van werk van auteurs zoals Golant (2015) en De Witte e.a. (2012).

In de Kempen werden de interviews met de ouderen aangevuld met verkennende gesprekken met een aantal experts inzake het thema 'ouderen en wonen'. Het betrof een aantal deskundigen vanuit het gemeentebestuur zoals de betrokken seniorenconsulenten van de gemeenten Mol en Geel, maar ook een aantal sleutelfiguren binnen de gemeenschap zoals een lokale voorzitter van Okra of een lid van de seniorenraad. De interviews vonden plaats tussen 30 september 2016 en 4 januari 2017⁶¹.

⁶¹ De geïnterviewden zijn: Mia Belmans (voorzitster werkgroep wonen seniorenraad Mol), Frans Nys (voorzitter OKRA-Kempen), Karin Verreyt (seniorenconsulente Mol), Guy Van Hoof (directeur ouderenbeleid Mol), Wim Caeyers (OCMW-voorzitter Mol), Guido Cuyvers (gewezen diensthoofd sociale school Geel, lid van de Vlaamse Ouderenraad), Jules Boven (voorzitter seniorenraad Mol), Roger Smets (voorzitter Okra Bel), May Luyckx (seniorenconsulente Geel).

8.1.3.1 Selectiemethode

Voorafgaand aan de interviews, selecteerden we verschillende kernen met een hoog aandeel 60-plussers. In de Westhoek gaat het om volgende landelijke deelgemeenten: Watou, Roesbrugge, Krombeke, Beveren, Gijverinkhove en Oostvleteren. Als aanvulling op de uitgesproken landelijke cases in de Westhoek, kozen we in de Kempen voor deelgemeenten die nog steeds als ‘landelijk’ kunnen omschreven worden, maar die op het gebied van bevolkingsdichtheid en voorzieningen al iets meer neigen naar de typologie ‘suburbaan’. Het gaat hier om de deelgemeenten Bel en Millegem, respectievelijk behorende tot de stad Geel en de gemeente Mol. De focusgroepen in de Westhoek vonden plaats in Alveringem en Poperinge, die in de Kempen in Meerhout.

We schreven de dienst bevolking van de respectievelijke gemeenten aan om de namen en adressen van de 60-plussers uit de kernen te verkrijgen. We ontvingen een extract uit het bevolkingsregister met alle 60- en 80-plussers en namen contact op met willekeurig geselecteerde ouderen. De respondenten werden telefonisch gecontacteerd met de vraag tot deelname voor een interview. Sommige ouderen stonden weigerachtig ten aanzien van een gesprek met een vreemde. We mogen dan ook aannemen dat het de meest mondige ouderen zijn, om K. Vander Velpen (2017) te citeren, die hebben meegewerkt. Wat de impact daarvan is valt niet in te schatten.

8.1.3.2 Steekproef

De interviews in de Westhoek gingen door op zes plaatsen. In Beveren hadden we 5 gesprekken. In Watou, Roesbrugge en Krombeke vonden telkens 4 interviews plaats. In Gijverinkhove en Oostvleteren telkens 2. In de Kempen vonden 11 interviews plaats in Millegem en 9 in Bel. De leeftijd van de respondenten liep sterk uiteen: van de eerder jonge zestigers, tot negentigers. De oudste persoon was 93 jaar.

Omdat sommige interviews dubbelinterviews zijn (met koppels), ligt het aantal respondenten hoger dan het aantal interviews. We contacteerden telkens één persoon. Een eventuele partner was vrij om deel uit te maken van het gesprek. In totaal spraken we 22 mannen en 33 vrouwen. Tijdens de focusgroepen waren vrouwen sterk vertegenwoordigd. In de Westhoek namen 9 vrouwen en 3 mannen deel, verspreid over twee focusgroepen. De leeftijden zijn er niet gekend, maar de gemiddelde leeftijd ligt een stuk hoger dan bij de interviews. De focusgroep in de Kempen bestond uit 1 man en 7 vrouwen. De jongste respondent was 83, de oudste 91.

Een groot aantal respondenten van de diepte-interviews oefende een beroep uit waarbij fysieke arbeid vereist is, zoals mecaniciens, fabrieksarbeider, bouwvakker, installateur, wegenarbeider, stukadoor en – in het geval van de Westhoek – landbouwer. Een aantal vrouwelijke respondenten was huisvrouw. Andere respondenten waren vroeger actief in het onderwijs (van kleuterleidster tot leraar lichamelijke opvoeding en docent aan de hogeschool). Andere beroepen waren: zustermissionaris, verzorger bij een thuiszorgdienst, gemeentesecretaris, militair en verpleegkundige. Een aantal respondenten uit de Kempen was vroeger actief in de sector rond kernenergie die aanwezig is in Mol.

Een overzicht van de respondenten van de diepte-interviews is terug te vinden in tabellen 5 en 6.

Tabel 5: Overzicht van de respondenten uit de Westhoek

Interview n°	Leeftijd	Woonplaats	Geslacht	Voorm. Beroep	Interview n°	Leeftijd	Woonplaats	Geslacht	Voorm. Beroep
1	82&81	Watou	M&V	Schrijverwerker& huisvrouw	12	60-65	Oostvleteren	V	Kleuterleidster
2	82	Watou	V	Huisvrouw ⁶² (Man: garagist)	13	60-80	Roesbrugge	V	/
3	81	Watou	V	Zustermissionaris	14	80	Gijverinkhove	V	Landbouwer
4	81	Watou	M	Koerier	15	Ong. 70	Krombeke	M	Landbouwer
5	69	Roesbrugge	M	/	16	80	Krombeke	V	Landbouwer
6	60-plus&62	Roesbrugge	M&V	Landbouwers	17	80	Beveren	V	/
7	Ong. 70	Krombeke	V	Verzorger (thuiszorg)	18	60-70	Gijverinkhove	M	Militair
8	68	Oostvleteren	M	Gemeente- secretaris	19	80	Beveren	M&V	Landbouwers
9	71	Beveren	V	/	20	83	Beveren	V	Huisvrouw (man: smid)
10	72	Roesbrugge	V	Huisvrouw (man: kolenhandelaar)	21	93	Beveren	V	/
11	77	Krombeke	V	opvoedster					

⁶² Indien de vrouw huisvrouw was, werd naar het voormalig beroep van de partner gevraagd.



De interviews en focusgroepen werden opgenomen en integraal uitgetikt. We vroegen steeds toestemming voor de opname. Eén respondent had liever niet dat het gesprek werd opgenomen. De interviews werden geanalyseerd met behulp van NVivo 11-software.

De kwalitatieve studie van de Westhoek is terug te vinden in het [rapport C1](#). [Rapport C2](#) omvat de kwalitatieve studie van de Kempen.

8.1.4 Ruimtelijk onderzoek

Het ruimtelijk luik maakt de vertaalslag tussen het socio-demografisch luik en de concrete realiteit van de Vlaamse ruimte en ruimtelijke ordening. Het onderzoekt in welke mate het woonbeleid en de ruimtelijk ordening kunnen inspelen op de noden van de vergrijzing op het platteland.

Vooreerst werd er gezocht naar buitenlandse voorbeelden die haalbaar zouden kunnen zijn binnen de Vlaamse context. Volgende vier modellen werden onderzocht: de WHO checklist voor “*agefriendly cities*”, het Deens model, de Buurtgerichte zorg in zorgzame buurten en de Woonzorgzones in het STAGG-model.

Om een ruimtelijk antwoord te kunnen bieden aan de vergrijzing in Vlaanderen bleek snel dat een **aangepast zorgmodel** nodig is. Via ontwerpend onderzoek wordt een generieke oplossing voorgesteld, verder ‘woonzorgnetwerk’ genoemd, die zich zowel op de woningmarkt, de zorgmarkt alsook op het instrumentarium van de ruimtelijke ordening afspeelt.

In het eerste rapport van het ruimtelijk onderzoek, [rapport D1](#), wordt het concept ‘woonzorgnetwerk’ toegelicht en worden de drie onderdelen besproken. Vervolgens wordt het model afgetoetst op twee regio's met verschillende ruimtelijke kenmerken, namelijk de Westhoek in [rapport D1](#) en de Kempen in [rapport D2](#). In elke regio werd het model dieper afgetoetst op de geselecteerde casegebieden, dit zijn de kernen waar de interviews werden afgenomen (zie 3.1 selectiemethode). De casegebieden zijn in samenspraak met de opdrachtgever vastgelegd aan de hand van een aantal kenmerken, zoals de verouderingscoëfficiënt, de grijze druk, de familiale zorgindex en de interne vergrijzing. In de Westhoek wordt de focus gelegd op landelijke cases, in de Kempen wordt vooral gekeken naar suburbane cases.

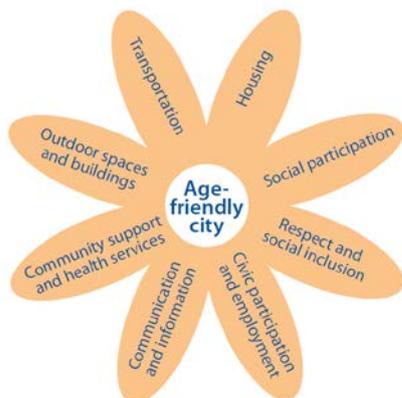
Voor het aftoetsen van het model werd de ruimtelijke context geschetst aan de hand van de Provinciale Ruimtelijke Structuurplannen van respectievelijk West-Vlaanderen en Antwerpen en het Gewestplan Vlaanderen. Een terreinonderzoek werd verricht om de feitelijke situatie in beeld te brengen wat betreft de aanwezigheid van voorzieningen, de bereikbaarheid van de locaties en de kwaliteit van de publieke ruimte. Per casegebied worden er voorstellen geformuleerd voor het voorzien van woonzorginfrastructuren.

Voor het uitwerken van de cases werd ook literatuuronderzoek verricht. Het onderzoek ‘Inclusive urban design streets for life’⁶³ van Burton en Mitchell is de belangrijkste bron geweest. Er worden zes thema's aangehaald waar rekening mee moet gehouden worden voor het ontwerp van oudervriendelijke openbare ruimtes. In het [rapport D2](#) werden er ontwerpprincipes voor een oudervriendelijke ruimte geformuleerd. Ter verduidelijking werden de theoretische principes waar mogelijk vertaald in de casegebieden.

⁶³ Burton, E. & Mitchell, L. 2006. Inclusive urban design streets for life, Oxford, Architectural Press. Carstens, D. 1985. Site planning and design for elderly: Issues, guidelines and alternatives, New York, Van Nostrand Reinhold.

8.2 BIJLAGE 2: CHECKLIST WHO AGE-FRIENDLY CITIES

topic areas



8.2.1 Leeftijdsvriendelijke buitenruimten en gebouwen

Omgeving

- De stad is proper, met afgedwongen regels die lawaai en onaangename geuren op publieke plaatsen vermijden.

Groene ruimten en wandelwegen

- Er zijn goed onderhouden en veilige groene ruimten, met aangepaste schuilplaatsen, toiletten en zitmogelijkheden die gemakkelijk bereikbaar zijn.
- Voetgangersvriendelijke wandelwegen zijn vrij van obstructies, hebben een effen oppervlak en zijn gemakkelijk bereikbaar.
- Er zijn publieke toiletten aanwezig.

Zitplaatsen

- In de buitenruimte zijn zitplaatsen voorhanden, vooral in parken, bij stopplaatsen van openbaar vervoer en in publieke ruimtes; dit met regelmatige intervallen. De zitting is goed onderhouden en veiligheid gegarandeerd.

Voetpaden

- De voetpaden zijn goed onderhouden, effen, niet glad en breed genoeg om met rolstoelen te passeren; de overgangen naar de straat zijn laag.
- De voetpaden hebben geen obstructies (e.g. straatverkopers, geparkeerde auto's, bomen,...).

////////////////////////////////////

- Gedrukte informatie maakt gebruik van voldoende grote letters en de voornaamste boodschap staat in de titel of is vet gedrukt.

Duidelijke taak

- Gesproken en gedrukte informatie gebruikt een eenvoudige taal in korte zinnen.

Geautomatiseerde communicatie en uitrusting

- Telefonische antwoordmachines geven de informatie traag en duidelijk, en zeggen hoe een herhaling kan verkregen worden.
- Gebruikers moeten de mogelijkheid krijgen om met een echte persoon te bellen of de garantie krijgen dat een echte persoon terugbelt.
- Elektronische toestellen zoals mobiele telefoons, radio's, tv's, bank en ticket machines hebben grote knoppen en grote letters.
- Het klavier van bank-, post- en andere diensten is goed verlicht en makkelijk bereikbaar voor mensen van verschillende grootte.

Computer en het internet

- De toegang tot een computer en het internet is breed verspreid.
- Maatgerichte instructies en individuele assistentie is aanwezig.

8.2.8 Gemeenschaps- en gezondheidsdiensten

Toegankelijkheid

- Gezondheids- en sociale diensten zijn goed verspreid in de stad; ze zijn verstandig bij mekaar ingepland en zijn gemakkelijk bereikbaar met alle transportmiddelen.
- Residentiële zorgfaciliteiten, zoals rust- en verpleeghuizen, zijn in de nabijheid van voorzieningen en woongebieden ingepland zodat de bewoners in de gemeenschap ingebed blijven.
- De faciliteiten zijn veilig en volledig toegankelijk voor ouderen met een handicap.
- Er is duidelijke en toegankelijke informatie beschikbaar over gezondheids- en sociale diensten voor ouderen.
- Individuele voorzieningen worden gecoördineerd aangeboden met een minimum aan bureaucratie.
- Het administratief en dienstpersoneel behandelt de ouderen met respect en gevoeligheid.
- De economische barrières zijn minimaal.
- Er is een aangepaste toegang van begraafplaatsen.

Aanbod

- Er is een waaier van gezondheids- en gemeenschapsondersteuning voor de promotie, ondersteuning en verbetering van de gezondheid.

//

- Thuiszorgdiensten hebben een aanbod van gezondheidsdiensten, persoonlijke verzorging en huishoudelijk werk.
- De aangeboden geneeskundige diensten richten zich op de noden en bezorgdheden van de ouderen.
- Medewerkers zijn geschoold en getraind om met ouderen te communiceren.

Vrijwilligers

- Vrijwilligers van alle leeftijden worden aangemoedigd en ondersteund om ouderen te helpen in een brede waaier van gezondheids- en gemeenschapssettings.

Noodplanning en hulp

- Noodplanning wordt uitgewerkt met de ouderen en houdt rekening met de noden en de capaciteiten van de oudere.



VLAAMSE
LAND
MAATSCHAPPIJ

ASSOCIATIE
KU LEUVEN



SumResearch
Urban Consultancy

VLM.be
sum.be
atelierromain.be