



A nalyse en stappenplan lokaal ouderenbeleid: van bedreiging naar opportuniteit

2012/17

31 | 08 | 2012

 MENSEN

 WELVAART

 BESCHERMING

Samenvatting

De uitdagingen voor lokaal ouderenbeleid zijn enorm. Het woord vergrijzing hangt gedurende decennia als het zwaard van Damocles boven ons hoofd. Maar nu is het zover. De getallen van bijkomende zorgnoden voor ouderen die in de eerstvolgende jaren moeten worden ingevuld doen duizelen. Vooral als je weet dat het aanbod nu reeds tekort schiet in volume en dat de gezondheid en het huidige welzijn van onze ouderen voor verbetering vatbaar is. Desondanks is dit besef nog onvoldoende doorgedrongen tot op het lokale niveau. Het is alle hens aan dek. Tezelfdertijd staan de gemeenten onder zware financiële druk. Itinera stelt de uitdagingen helder, met transparante informatie tot op gemeenteniveau. Wil dit zeggen dat alle gemeenten hun schaarse middelen nu volop in de verdere uitbouw en de operationele organisatie van klassieke ouderenzorg moeten steken? Absoluut niet. Enerzijds dienen samenwerking, netwerking, coördinatie, kwaliteitscontrole en steun van gespecialiseerde aanbieders centraal te staan. Anderzijds spelen de gemeenten een cruciale rol in het verruimen van het lokale ouderenbeleid. Preventie via levensstijl, de gebouwde/fysieke en sociale omgeving is de sleutel tot een effectieve oplossing. Itinera formuleert een stappenplan om dat laatste concreet vorm te geven. De huidige sectorale benadering dient overstegen te worden op elk overheidsniveau. De opgelegde uitdaging van lokaal ouderenbeleid zal de aanleiding vormen voor een positieve omwenteling van ons gemeenschapsleven. Dit komt niet enkel ten goede van de oudere, maar van alle generaties.

PIETER VAN HERCK
Senior Fellow Itinera Institute

Inleiding

2012 is het jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen generaties. In de komende decennia zal het aantal 65 plussers wereldwijd bijna verdubbelen. Het aantal 85 plussers zal toenemen met een factor 3,5. Het aantal 100 plussers zal zelfs vertienvoudigen (WHO, 2011). We hadden vele jaren om dit alles voor te bereiden, maar dat hebben we uiteindelijk onvoldoende gedaan (Scarfo, 2011). Er is snel actie nodig, zo niet doet er zich een sterke bedreiging voor de publieke middelen (Kennedy, 2010). De EU stelt heel duidelijk dat er nu actie nodig is. Er is slechts een kleine 'window of opportunity' vooraleer we de volledige effecten van de vergrijzing over ons heen krijgen (EU, 2011). De doelstelling is hierbij meervoudig: de kwaliteit van leven van ouderen verhogen, de duurzaamheid en betaalbaarheid van het zorgsysteem verzekeren, en voor zover als mogelijk, met een slimme strategie ook de economische groei en het algemene welzijn stimuleren.

De behoefte aan ouderenzorg in de nabije toekomst

Laten we eerst stilstaan bij de voorspellingen voor België. Tegen 2025 stijgt het aantal ouderen met een residentiële zorgbehoefte met 32% (KCE, 2011). Dit komt overeen met een totaal van 166.000 residentiële bewoners (177.400 in het slechtste geval). Het KCE berekende dat er vanaf nu tot 2025 elk jaar 1.600 tot 3.500 plaatsen zouden moeten bijkomen in de residentiële zorg. Het getal 1.600 gaat ervan uit dat we een grotere shift naar thuiszorg kunnen realiseren van 50% extra, bovenop de noden van de vergrijzing. Dit wil zeggen dat er in de thuiszorg voor elke twee zorgverleners nog eens een derde zou moeten worden tewerkgesteld, bovenop de

60.000 hulpverleners die we vandaag alleen al in Vlaanderen tekort komen. De sector heeft reeds aangegeven dat dit geen realistisch scenario is (KCE, 2011). De residentiële groeibehoefte zal dus eerder bij 3.500 plaatsen aansluiten.

Bovendien, vanaf 2025 zal het aantal 85 plussers verdubbelen, met nog een veel grotere behoefte aan residentiële zorg. Dat is reeds binnen 13 jaren. In termen van residentiële bouw is dat bijna morgen. De behoeften zijn het grootst in Limburg en Turnhout, met een stijging van het aantal ouderen tegen 2025 met respectievelijk 86% en 77%. Dezelfde streken zullen geconfronteerd worden met de grootste stijging in 85 plussers. De kuststreek volgt met ongeveer 50% aangroei. We kunnen spreken van een stille, zilveren tsunami. Het aantal ouderen in België neemt toe van 17% in 2010 tot 21% in 2025 en 26% in 2050.

De huidige aangroei in zorgaanbod

Gemiddeld kwamen er in België jaarlijks tussen 2000 en 2011 slechts 790 plaatsen bij in de residentiële zorg (KCE, 2011). Bovendien is de huidige aangroei ongelijk verdeeld doorheen de gemeenten. Sommige gemeenten hebben een aanbod dat enkel is afgestemd op de korte termijn. Andere gemeenten beschikken over reserves in aanbod die op de lange termijn voor enige verlichting zullen zorgen. Een derde groep van gemeenten heeft zelfs op de korte termijn een onvoldoende aanbod, vaak gelijk aan nul, gedurende de voorgaande jaren. Het is de vraag hoelang deze gemeenten hun verantwoordelijkheid ten opzichte van hun oudere bewoners nog zullen kunnen ontlopen. Aanvullend op dit rapport kan u de toestand van uw gemeente consulteren via de Itinera website

www.itinerainstitute.org). U vindt er niet enkel een overzicht voor woonzorgcentra, maar ook voor service flats, dagcentra en lokale dienstencentra per gemeente. Deze cijfers zijn enkel voor Vlaanderen publiek beschikbaar.

Het is belangrijk om weten bij de interpretatie van de cijfers voor de Vlaamse gemeenten dat het huidige en het geplande aanbod in de eerstkomende jaren vergeleken wordt met de officiële programmatienormen van de Vlaamse Gemeenschap. De toegelaten behoefte-invulling voor woonzorgcentra in een gemeente wordt berekend gaande van 1 tot 32 plaatsen per 100 ouderen, verdeeld over leeftijdscategorieën. Voor service flats is dit 2 plaatsen per 100 ouderen. Gelijkaardige berekeningen worden gemaakt per 3000 ouderen voor kortverblijf en dagcentra. Er wordt maximum 1 lokaal dienstencentrum per 15.000 inwoners gefinancierd. Deze getallen spreken voor zich als we stellen dat de regulering een onderaanbod induceert. De programmeringscijfers kijken niet verder dan de eerstkomende vijf jaren. Dit is absurd als je de hierboven geschetste uitdaging in rekening brengt. De reële tijd om een nieuwe residentie te voorzien ligt tussen de 5 en 10 jaren, hoofdzakelijk omwille van administratieve vertraging in het bekomen van bouwsubsidies.

De regio's vergeleken: huidige tekorten

Vlaanderen loopt voor op Brussel en Wallonië in het aanbieden van semi-residentiële woon- en zorgvormen zoals service flats, kortverblijf, dagcentra en lokale dienstencentra. De thuiszorg is er ook ruimer ontwikkeld. Brussel en Wallonië hebben slechts 10% van het aantal service flats gerealiseerd in vergelijking met Vlaanderen. Er

zijn 6 keer minder plaatsen in dagcentra in vergelijking met Vlaanderen. Echter, over de ganse lijn, ook in Vlaanderen, is het aanbod van sommige van de semi-residentiële vormen teleurstellend laag. Men beoogt bijvoorbeeld één lokaal dienstencentrum in elke gemeente te organiseren. Als je weet dat een middelgrote gemeente gemiddeld 20.000 inwoners telt, dan wonen er ongeveer 3.400 ouderen over de ganse gemeente gespreid. Uiteraard is de behoefte dan veel hoger dan één centrum. Ook in het toegelaten aantal uren ambulante zorg worden de geprogrammeerde cijfers nu reeds niet gehaald. Een voorbeeld hiervan zijn de diensten voor gezinszorg of aanvullende thuiszorg met slechts drie vierde invulling in Vlaanderen en één zesde invulling in Brussel. Wallonië vult 50% minder uren gezinszorg of aanvullende thuiszorg in, in vergelijking met Vlaanderen. Ook voor residentiële zorg vult Vlaanderen slechts drie vierde in van wat ze zelf programmeert. In Vlaanderen staan er momenteel 109.150 tot 162.629 ouderen op de wachtlijst van een woonzorgcentrum (van Buggenhout et al, 2012). Gemiddeld zijn er 213 wachtenden per voorziening. Meer dan 50% van hen moet langer dan een half jaar wachten. Dit leidt tot angst, frustratie en schuldgevoelens bij de oudere en bij zijn omgeving (van Buggenhout et al, 2012). Bij service flats is in Vlaanderen minder dan de helft van het geprogrammeerde aanbod ingevuld; 60% van de dagcentra; 30% van de lokale dienstencentra.

In Brussel wordt er naar de toekomst toe een daling voorzien van het aandeel ouderen met min 4%. Echter, Brussel kent vandaag procentueel de meeste 80 plussers. Zelfs indien Brussel verjongt/vergroent, doet dit niets af aan de uitdagingen waarmee Brussel geconfronteerd wordt. Ondanks het feit dat de aanpak er vrij hospitalistisch is, met weinig thuiszorg, is het residentiële aanbod er gedurende de laatste jaren stelsel-

matig afgenomen. Dagprijzen van residentiële centra worden er laag gehouden met het oog op de betaalbaarheid voor de bewoner en de overheid, in vaak moeilijke buurten. Tezelfdertijd kan de bewoner er op minder ondersteuning rekenen (kine, aantal verpleegkundigen, etc.). Men wil het immers ook betaalbaar houden voor de aanbieder. Desondanks wordt dat omwille van de lage prijs steeds moeilijker. Brussel bevindt zich in een vicieuze cirkel van minder aanbod en lagere structurele minimumvereisten, tenzij je voldoende geld hebt om voor meer te betalen.

Vlaanderen belooft al gedurende lange tijd een aanvullend aanbod voor Nederlandstaligen in Brussel. Dat aanbod was tot nu toe echter heel laag: slechts 6,5% van de programmerings-cijfers residentiële zorg; 2,5% van de service flats; 13% van de dagcentra. Er zijn projecten gepland om hier aan tegemoet te komen. Echter, de geplande plaatsen bieden meer ondersteuning, grotere kamers, etc. en dus... een hogere prijs. Dit komt niet ten goede van de Brusselaars die de grootste behoeften hebben, maar niet de middelen.

Samenvattend kunnen we stellen dat België in lokaal ouderenbeleid met een tekort aan klassiek zorgaanbod wordt geconfronteerd, en dat dit in de toekomst nog drastisch zal verergeren indien het beleid niet wordt bijgestuurd. Dit geldt des te meer voor de vernieuwende woon- en zorgvormen die tot op heden ondermaats zijn uitgebouwd en nochtans een cruciale schakel vormen in het voorkomen van de behoefte aan residentiële zorg.

Naast aanbod ook ruimte voor verbetering in kwaliteit en welzijn

Los van de aanbodsituatie is er ook ruimte voor verbetering in de welzijnssituatie van onze senioren. We vermelden enkele voorbeelden. Het wonen in een residentiële setting in België kost meer dan wat men als gemiddeld pensioen ontvangt. Vele ouderen moeten daarom hun woning verkopen, rekenen op steun van de kinderen of van het OCMW. De financiële toegankelijkheid van de ouderenzorg is nochtans een cruciale beleidsdoelstelling (Feldman & Oberlink, 2003; Robinson & Reinhard, 2009). Zijn onze ouderen gelukkig? De meerderheid wel, zelfs meer dan jongere generaties (Koning Boudewijnstichting, 2009). Echter, 22% bevindt zich in een toestand van psychisch onwelbevinden. Ruim 23% heeft last van slaapstoornissen (Gezondheidsenquête België, 2008). Oudere mannen zijn een belangrijke risicogroep voor zelfdoding. Eén op twee bewoners van rusthuizen neemt antidepressiva (Van der Stichele et al, 2006), en 21% neemt antipsychotica (CM, 2011). De contactfrequenties van ouderen met anderen lijken de laatste jaren ook af te nemen. Het gebruik van fixatiemateriaal in woonzorgcentra is heel variabel, met een gemiddeld voorkomen van 50% (Milisen et al, 2011). Hierbinnen is 90% van de ouderen continu gefixeerd gedurende meer dan drie maanden. 12,5% van de thuiswonende oudere met een chronische aandoening is ondervoed. 60% van de ouderen in een residentiële setting kent een verhoogd risico op ondervoeding. Dit is slechts een kleine steekproef van alle kwaliteitsaspecten die van tel zijn bij de zorg voor ouderen. Er is ruimte voor verbetering in het algemene welzijn.

De rol van gemeenten en OCMWs; de rol van andere overheden

Gaan we als gemeenten en OCMWs nu allen eensklaps beginnen bouwen en ouderenzorg zelf organiseren? Is dat de weg vooruit? Een OCMW betaalt 11 euro per dag per resident uit de kas van de gemeente voor de zorg die ze zelf uitvoert. De financiële situatie van de gemeenten in België staat onder druk. Enerzijds zijn er stijgende uitgaven. Als lokale werkgever moet men de stijgende pensioenlast van de lokale ambtenaren dekken, waarvoor de gemeenten zelf 100% instaan. In moeilijkere tijden zijn er ook meer andere OCMW vragen en uitgaven. Anderzijds zijn er dalende inkomsten. Men haalt minder dividenden vanuit de energiesector, ondanks de stijgende kosten van de distributienetten. Het dividend van de gemeentelijke holding is weggevallen. Gemeenten kunnen in vergelijking met het verleden slechts voor een kortere tijdspanne geld lenen, vooraleer terugbetaling is vereist. Dat valt duurder uit. In tijden van crisis zijn er ook minder belastinginkomsten. Kortom, 2 op de 3 gemeenten zitten in de financiële problemen in de volgende legislatuur. We rijden ons dus snel vast indien we als gemeenten de uitbreiding van zorg zelf organiseren, en houden weinig middelen over voor andere prioriteiten zoals het welzijn van ouderen.

Sommige delen van de oplossing vallen buiten de bevoegdheid van gemeenten en behoren tot de verantwoordelijkheid van de regionale en nationale overheden. De faciliterende vormen die thuis ouder worden ondersteunen, en graduele overgangsvormen naar residentiële zorg toe zijn momenteel ondergefinancierd. Voor een dagcentrum eist de erkenning twee verpleegkundigen per 10 senioren. Financieel scheur je als

aanbieder daar sowieso je broek aan. Het is dan ook logisch dat er geen enthousiaste uitbreiding plaatsvindt van het aantal dagcentra. Een lokaal dienstencentrum, één van de meest innovatieve vormen met het meeste potentieel, is slechts voor 0,5 FTE aan personeel gefinancierd. Dit betekent bijna altijd een financieel verlies, want gemiddeld heb je 5 FTE nodig. De financiering heeft dus zeker nood aan een gerichte bijsturing om de uitbreiding van het aanbod te stimuleren. Er is momenteel onvoldoende afstemming tussen regionale erkenningsnormen en federale financiering. Een ander voorbeeld uit het dagelijks leven: als je een site wenst te moderniseren, en een lift wil plaatsen, dan mag dat geen extern aangebouwde lift zijn, want dat oogt niet mooi en past niet binnen de stedenbouwkundige regels. Je moet dus dwars doorheen al je plafonds gaan, met exponentiële kosten tot gevolg. Met betrekking tot stedenbouw hebben gemeenten zelf wel degelijk een faciliterende rol te spelen.

Gemeenten en OCMWs kunnen echter ook op financieel gebied een sterk ondersteunende rol spelen bij het creëren van meer aanbod in woon- en zorgvormen. Een innovatief voorbeeld hiervan is het gebruik van wooncertificaten, zoals reeds in ontwikkeling in Antwerpen, Gent, Hasselt, Oostende, Schoten, enz. Het principe is het volgende: de gemeente geeft een lange termijn obligatie uit (30 jaren). De koper van de obligatie ontvangt in plaats van een financiële interest een woonrecht op bijvoorbeeld de service flat waarop het wooncertificaat van toepassing is. De gemeente heeft het voordeel om met een budgetneutraal instrument toch bijkomend aanbod te kunnen creëren. De gemeente heeft ook meer financiële zekerheid vanwege het lange termijncrediet. De oudere en/of familie van de oudere kunnen rekenen op een woonrecht zonder huur. Op lange termijn ontvangt men het geïnvesteerde bedrag terug (zonder interest). Men moet geen

registratierechten betalen. Bovendien bestaan er ook fiscale voordelen voor de kinderen die hierin investeren met betrekking tot successie. Tot slot, wooncertificaten zijn een nuttig instrument om ook derden als externe investeerders in het creëren van woon- en zorgaanbod aan te trekken. Ook zij kunnen zulke obligatie kopen en het woonrecht tegen een periodieke vergoeding doorverkopen aan de oudere.

Prioriteiten voor gemeenten in lokaal ouderenbeleid

Enerzijds dienen steun van gespecialiseerde aanbieders, samenwerking, netwerking, coördinatie, en kwaliteitsondersteuning centraal te staan. Anderzijds spelen de gemeenten een cruciale rol in het verruimen van het lokale ouderenbeleid. Preventie via levensstijl, de gebouwde/fysieke omgeving en de sociale omgeving is de sleutel tot een effectieve oplossing.

Steun van gespecialiseerde aanbieders

Gemeenten en hogere overheden zouden al het mogelijke moeten doen om gespecialiseerde aanbieders aan te moedigen bijkomend aanbod te ontwikkelen. In de eerste plaats betekent dit het wegnemen van barrières. De opstart van bijvoorbeeld een woonzorgcentrum is geen sinecure. Je moet 1,5 tot 2 jaren werken vooraleer je op breakeven zit (lopende kosten = inkomsten). Pas 7 tot 8 jaren later haal je het geld eruit dat je er initieel in hebt geïnvesteerd. Ter aanmoediging zou (1) de voorfinanciering van het woonzorgcentrum sneller gecompenseerd kunnen worden door de overheid; (2) garanties geven voor kredietverstrekking; (3) problemen met ruimtelijke ordening aanpakken; en (4) de huidige 60% bouwsubsidies herbesteden. We gaan dieper in op de twee laatste punten. Wat betreft ruimtelijke orde-

ning hanteert de overheid tot op heden een bijna fetisjistische prioriteit voor inplanting van een nieuw woonzorgcentrum in het centrum van een stad of dorp. Net daar worden vanuit de buurt de meeste bezwaren geopperd vanuit een 'not in my backyard' filosofie. Dit leidt tot aanzienlijke vertragingen, aanpassingen, etc. ook en vooral omwille van de complexe administratieve procedures. Bureaucratie die de uitbreiding van aanbod afremt dient zoveel als mogelijk ongedaan gemaakt worden.

Momenteel kan men de bouw van een residentiële instelling voor 60% door de overheid laten financieren via bouwsubsidies. Echter, dit betekent ongeveer 5 jaren uitstel vooraleer je als woonzorgcentrum operationeel bent. Zonder die 60% heb je door eerder open te zijn dat gemiste geld al snel terugverdiend. De overheid betaalt dus momenteel 60% aan bouwsubsidies die in feite volledig opgaan aan vertraging. De vertraging zelf weerhoudt de ambitieuze dynamiek die nu volop op gang zou moeten worden getrokken. Bovendien kan men de aanzienlijke overheidsmiddelen die in bouwsubsidies opgaan goed gebruiken om bouwinitiatieven op andere wijzen te ondersteunen (zoals in de vorige punten) en ook het integrale lokale ouderenbeleid te ondersteunen (zie verder).

Samenwerking, netwerking en coördinatie

Coördinatieproblemen geven aanleiding tot kwaliteitsproblemen (Oxley, 2009; OECD). Men kan als oudere zonder een adequate coördinatie van zijn of haar behoefte-invulling in de gaten van het systeem belanden. Het belang van een gecoördineerd continuüm tussen woonvormen is al langer gekend. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië gaf men in 2009 hier via regionale wetgeving een aanzet toe, gericht op het afstemmen tussen thuiszorg en residentiële zorg

via woonzorgnetwerken (afspraken in de keten, intake, doorverwijzing, etc.), naast coördinatie binnen de eerste lijn en externe liaisons met ziekenhuizen. In de praktijk zijn de schotten echter nog heel hoog, o.a. omwille van het nog steeds sterk verzuilde en fragmentarische aanbod. Momenteel zijn er nog grote hiaten in de keten, zoals de beschreven tekorten in aanbod illustreren. De oudere moet vaak nog steeds zijn eigen weg vinden doorheen dit ontransparante kluwen. Laat staan dat hij of zij een overzichtelijke keuze zou hebben tussen alle op de behoefte afgestemde alternatieven. Van het Deense concept van woonzorgzones komt er in de praktijk in ons land niet altijd veel terecht, ondanks vele goede bedoelingen. Hier kunnen we nog heel wat leren van anderen. Tot op heden beschikken we niet over case management, over een geïntegreerde financiering, of over adequate IT afstemming en informatie-uitwisseling. Er bestaat een dringende nood aan een één op één trajectbegeleiding van de oudere naar en tijdens de aangepaste zorg. Beeld je in dat een zorgverlener meegaat met de oudere doorheen de verschillende woonvormen. Dit is ondenkbaar in ons huidige systeem. Eén van de eerste prioriteiten voor het lokale ouderenbeleid op gemeenteniveau, in samenwerking met arrondissementen en provincies, is het verder concreet begeleiden van het ontstaan van allesomvattende woonzorgnetwerken, die de continuïteit en naadloze overgang van ouderenzorg verzekeren.

Focus op kwaliteit en welzijn

Tot nu toe hebben we het in onze bespreking hoofdzakelijk gehad over het creëren van aanvullend zorgaanbod en de nodige coördinatie. Dit is immers de kern van de uitdaging waarmee we geconfronteerd worden. Echter, de sleutel tot de oplossing op langere termijn bevindt zich vóór de fase van zorg, bij het stimuleren van de gezondheid en het welzijn van de oudere (primaire preventie) en het behoud van het functioneren eens er zich beperkingen voordoen (secundaire preventie). De oplossing zit hem in het zoveel als mogelijk gezond en actief houden van de ouderen, waardoor de zorg deels vermeden kan worden (Oxley, 2009; OECD).

'It is never too early and never too late to promote health' (Oxley, 2009; OECD)

Zoals reed geïllustreerd, is de kwaliteit van zorg en het welzijn van de oudere niet altijd optimaal. Zorgaanbieders doen weliswaar inspanningen om deze te verbeteren waar mogelijk. Ook de zorginspectie van de overheid stimuleert kwaliteit, via de opvolging van hoofdzakelijk structurele erkenningscriteria (vb. personeel/opleiding). Op wetenschappelijke basis kan men echter stellen dat een ruim pallet van aandachtspunten bij ouderen een continue meting en opvolging vereisen voor gerichte bijsturing waar nodig. Zonder in detail te treden lijsten we in onderstaande tabel 30 aandachtspunten waar men zich internationaal op focust.

Tabel 1. Kwaliteitsaspecten bij ouderenzorg (in willekeurige volgorde)

Functionele status	Dementie	Pijn	Fixatie	Kwaliteit van leven
Incontinentie	Tevredenheid	Ondervoeding	Polifarmacie	Delirium
Sedativa	Bezoek spoedgevallen	Cognitieve status	Doorligwonden	Infecties
Vallen	Depressie	Sterfte	Handhygiëne	Aantal opnames in een zwaardere zorgvorm
Vaccinatie	Hydratatie	Gedrag van de oudere	Sondegebruik	Screening
Fouten en incidenten	Therapietrouw	Misbruik	Chronische ziekten	Klachten

Deze kwaliteitsaspecten zijn relevant voor alle woon- en zorgvormen, van in de thuissituatie tot in een RVT. De lijst kan nog verder uitgebreid worden. Meting met behulp van structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren is aangewezen. Gemeenten zijn mede verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van de lokale ouderen. Een gericht ondersteunend kwaliteitsbeleid is daarom altijd een onderdeel van een volwaardig lokaal ouderenbeleid.

Een preventieve aanpak gericht op levensstijl

Het belang van een gezonde levensstijl kan niet voldoende benadrukt worden om het welzijn van ouderen in stand te kunnen houden. Persoonlijke factoren zoals de leeftijd, copingstrategieën, en het niveau van opleiding zullen mee de uitkomst bepalen (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Het KCE identificeert hoge leeftijd, geen eigen huis bezitten, functionele en cognitieve beperkingen en alleen leven als voorspellende factoren die het risico

op opname in een residentiële setting sterk verhogen.

Ouderen zijn een heel heterogene bevolkingsgroep. Je kan niet spreken over dé oudere. Enerzijds hebben we nog het beeld van de fragiele oudere met kans op ondervoeding, maar anderzijds komt er ook een golf van ouderen op ons af die kampen met obesitas (Institute of Medicine, 2012). 52% van de 75 plussers in Vlaanderen leiden een hoofdzakelijk sedentair leven (Gezondheidsenquête België, 2008). Ouderen hebben meer slechte eetgewoonten dan personen van jongere leeftijd, met een overconsumptie van suikers, vetten, zout en een onderconsumptie van groenten en fruit (Test-Aankoop, 2009). Preventie en zelf management zijn hierbij de kernwoorden. Echter, om effectief aan zelf management te kunnen doen, moet men als oudere of in aanloop naar het ouder worden, ook echt zelf de vrijheid krijgen om als bewuste regisseur de goede keuzes te kunnen maken; de vrijheid om zijn of haar eigen leven zelf in handen te nemen. Zowel jongeren als ouderen worden vaak geleefd vanuit externe druk, wat dit niet evident maakt (Robinson & Reinhard, 2009).

Preventie bij ouderen dient niet enkel ondersteund te worden via vaccinaties en screening, maar evenzeer via het geheel van preventieve maatregelen die bij andere leeftijdsgroepen van de bevolking worden genomen (Feldman & Oberlink, 2003). Immers, 80% van de zorgkosten zijn gerelateerd aan chronische ziekten (Hunter et al, 2011). Wat we aanleren aan onze kinderen, en wat we vaak te horen krijgen dat gezond is voor elk van ons, is even gezond voor de ouderen in onze samenleving: activiteit/sport, sociale interactie, voeding, enz. (Cooper et al, 2011) Het zijn net de patiënten met chronische ziekten die op latere leeftijd een verhoogd risico lopen op functionele beperkingen en vroegtijdige achteruitgang. De ouderen van de hoogste leeftijden hebben het meeste baat bij voortdurende preventie om hun welzijn te kunnen behouden (Baert et al, 2011).

Integratie van medische zorg in ouderenbeleid

Voorkomen is beter dan genezen of op lange termijn zorg moeten blijven ontvangen. Medische zorg wordt tot dusver vaak artificieel gescheiden gehouden van de andere aandachtsdomeinen bij ouderen, hoewel het er een integraal onderdeel van is. Zeker naar de eerste lijn toe zijn er barrières die verder weggewerkt kunnen worden: de afstand of het gebrek aan vervoer, lange en oncomfortabele wachttijden, administratieve belasting, de houding van hulpverleners en ondersteunend personeel ten opzichte van ouderen, die niet altijd optimaal is, de tijd en de emotionele steun die de zorgverstrekker aan de oudere kan besteden, het al dan niet hebben van een specifieke geriatrische training, het geneesmiddelenbeleid bij ouderen, etc. (WHO, 2004). Ouderen en hun familie en vrienden kunnen ook een meer

actieve rol krijgen in het tijdig detecteren van signalen van functionele, lichamelijke of mentale achteruitgang (Robinson & Reinhard, 2009). De geresponsabiliseerde en responsabiliserende rollen voor de ouderen en mantelzorg met betrekking tot het bijstaan van de professionele zorgverleners zal naar de toekomst toe sterk uitbreiden.

Polyfarmacie, de inname van teveel verschillende geneesmiddelen, is een voorbeeld van een medicaliseringsprobleem dat een meer geïntegreerde en coherente aanpak verdient. Ouderen gaan net zoals personen van andere leeftijdsgroepen vaak zelf 'shoppen' naar medicatie bij meerdere zorgverstrekkers, zodat het overzicht verdwijnt. De huisarts zou met het globaal medisch dossier hier een betere kijk op moeten hebben en gericht kunnen bijsturen waar nodig. In de praktijk wordt het probleem niet door alle huisartsen herkend. De oudere wordt wat betreft geneesmiddelen vaak bekeken als eender welke andere volwassene. Echter, net zoals kinderen apart worden vermeld in een bijsluiting, is er zeker bij oudere ouderen (75 plus) bijzondere aandacht vereist, in overleg met een geriater. Omwille van de verstrekkende gevolgen van dit probleem, dienen gemeenten en andere betrokkenen buiten de medische wereld, samen met zorgverstrekkers (artsen, apothekers, etc.), de nodige actieve strategieën van aanpak uit te bouwen.

Lokaal ouderenbeleid verbreed: de fysieke, materiële, gebouwde, natuurlijke en sociale omgeving

Een omgeving kan het algemeen dagelijks functioneren en de sociale participatie ondersteunen of tegenwerken. Veel van onze huidige bouw,

vervoer, technologie, ons sedentair werk, etc. reduceert onze fysieke activiteit en onze sociale interactie (Cooper et al, 2011). We ontvangen meer stimulansen en toegang tot wat ongezond is in plaats van wat gezond is. Vele nieuwe wijken zijn exclusief gericht op de behoeften van jonge gezinnen: strikte zonescheidingen, enkel met de wagen bereikbaar, geen zitbanken... We wonen in 'Peter Pan' huizen, alsof we nooit oud worden (Scharlach, 2009). Men leeft ongeveer 30 jaren in de latere levensfase. Nochtans is dat heel wat minder gepland dan onze vroegere levensfasen (Kennedy, 2010). Het omgekeerde is nochtans mogelijk. Bovendien beïnvloedt onze fysieke omgeving ons mentaal welzijn. Dit alles geldt des te meer voor ouderen.

Fysieke activiteit

Het is uitvoerig aangetoond dat ouderen die fysiek actief zijn ook gezonder zijn. Niet alleen hun psychisch welzijn (inclusief het voorkomen van depressies) en hun kwaliteit van leven verbetert, maar veel belangrijker nog, de fysieke activiteit voorkomt het ontstaan van chronische aandoeningen en blijvende functionele beperkingen (Hunter et al, 2011; Wennberg et al, 2010). Vooral bij meer kwetsbare ouderen, die een hoger risico lopen op achteruitgang in functioneren omdat ze reeds te kampen hebben met aandoeningen of beperkingen, is fysieke activiteit cruciaal om erger te voorkomen: een grotere afhankelijkheid, niet meer thuis kunnen functioneren, en bijgevolg een onvermijdelijke verhuus naar een residentiële woonvorm (Baert et al, 2011; Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Het positieve effect van fysieke activiteit op gezondheid is een sterke motivator, vooral bij ouderen, die nog onvoldoende wordt benut in hulpverlening en beleid (Baert et al, 2011). Voetganger zijn is bijvoorbeeld des te belangrijker voor de ouderen die niet meer kunnen rijden of fietsen. Ouderen

doen 30 tot 50% buitenshuis te voet (Wennberg et al, 2010). Vele gemeenten associëren fysieke activiteit onmiddellijk met sport. Zulke recreatie is zeker niet onbelangrijk: toegang tot recreatieve faciliteiten is geassocieerd met fysieke activiteit en gezondheid (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Echter, op een veel fundamenteeler niveau komt het erop aan om de oudere op regelmatige basis uit zijn huis te krijgen en hem te laten wandelen of fietsen. Dit laatste is veel ruimer dan sport. Het betreft elke verplaatsing buitenshuis waarbij men zich fysiek inspant. Het gaat ook over werken in de tuin. Naar de winkel gaan, naar de post of de bank, het zwembad of de cinema, naar vrienden of familie. Een toertje maken in het park. De dagelijkse 30 minuten van fysieke activiteit die algemeen wordt aangeraden, wordt slechts door 1 op de 2 EU burgers effectief behaald. Bij ouderen is dit nog minder (Baert et al, 2011).

Sociale activiteit

Onmiddellijk wordt duidelijk dat de behoeften van ouderen niet te scheiden zijn en elkaar vaak versterken. Toegang tot de juiste faciliteiten en winkels ondersteunt een gezonde en voldoende voeding, therapietrouw bij medicatiegebruik, geldbeheer (rekeningen tijdig betalen), etc. (Clarke & George, 2005). Dankzij de fysieke activiteit is de oudere meer in staat om anderen te bezoeken en te ontmoeten. Dit versterkt op zijn beurt het sociale netwerk, het samenhangingsgevoel en het sociaal engagement. Ook hierbij hebben studies een duidelijke relatie met gezondheid en welzijn vastgesteld. Naast fysieke activiteit is het deel uitmaken van een sociaal netwerk één van de beste voorspelers van je fysieke en mentale welzijn als oudere (Gardner, 2011; Yen et al, 2009). Dit bepaalt mee je kwaliteit van leven, je gezondheid (risico op sterfte) en de mate waarin extra zorgen en

de daaraan gerelateerde kosten voor jezelf en voor de overheid op alle niveaus kunnen vermeden worden. Er is bijvoorbeeld meer risico op dementie bij alleenstaanden in vergelijking met getrouwden (Fratiglioni et al, 2000). Je loopt als oudere ook 60% meer risico op dementie bij een slecht sociaal netwerk. De mate van deelname aan het verenigingsleven en het groepsgevoel zijn positief gerelateerd aan het voorkomen van ziekte en sterfte (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Niet zozeer de frequentie als wel de kwaliteit van de netwerkcontacten heeft een invloed. Het gaat over dagelijkse informele relaties, een wederzijdse afhankelijkheid, humor, zich samen amuseren, enz. (Gardner, 2011). Zulke directe contacten zetten aan tot meer sociale participatie (Buffel et al, 2012). In Vlaams behoefteonderzoek wordt buurtparticipatie als heel belangrijk beoordeeld (Verté, 2007). Concrete participatie versterkt het gevoel van gehechtheid aan de buurt en het gevoel van controle (Buffel et al, 2012). Vernieuwende initiatieven zoals groepswonen (zie vb. samenhuizen vzw) en beschut wonen nabij een zorgcentrum bestaan in ons land, maar zijn spijtig genoeg nog zeldzaam. Echter, tot 25% van de ouderen heeft hier interesse in. Ook de houding van de nobele onbekenden zoals de buschauffeur, de postbode, de vuilnisman en de meteropnemer speelt hierbij een rol. Omgekeerd zal de deelname van vrienden, familie en burens de oudere verder aanzetten tot fysieke activiteit (Baert et al, 2011; Booth et al, 2000). Stel dat je als oudere expliciet ervoor kiest om buitenshuis bewegen als oefening op te nemen, dan heb je naast sportfaciliteiten vooral behoefte aan toegang tot een lokaal park.

Ruimtelijke ordening

Groene ruimte speelt duidelijk een rol bij gezond ouder worden (Gardner, 2011; Kweon et al, 1998; Maas et al, 2006). Groen werkt niet enkel

via fysieke en sociale activiteit, maar ook via stressreductie en via het stimuleren van cognitieve prikkels (ook gekend als 'attention restoration'). De omgeving moet vooral gemengd en divers zijn ontworpen, met gelegenheid voor multifunctionaliteit en interactiviteit (Michael et al, 2006; Yen & Anderson, 2012). Des te meer kleine binnenwegen, des te beter. Een moderne ruitindeling van straten komt minder tegemoet aan de behoeften van ouderen dan de kronkelwegjes van oudere dorpen en steden (Berke et al, 2007). In ieder geval vraagt een goed ouderenbeleid een andere ruimtelijke ordening in zones. Het strikte onderscheid tussen woonzones, recreatie en commerciële zones, groene zones, enz. is immers in tegenspraak met de landindeling die gezond ouder worden het meest ondersteunt (Scarfo, 2011). Een meer diverse ruimtelijke indeling bevordert het dagelijks functioneren, het wandelen en het fietsen (Clarke & George, 2005). Er doet zich ook een preventief effect voor wat betreft verkeersongevallen. Ook wat betreft ruimtelijke ordening en de vormgeving van nieuwe projecten is een democratische participatie van ouderen in de besluitvorming een must. Huidige grootschalige projectontwikkeling in immobiëlen kent in de literatuur niet echt een goede naam omwille van de eenzijdige directe controle zonder al teveel inspraak. Dit zou kunnen leiden tot een nog verdere versterking van segregatie van diverse doelgroepen per inkomen en herkomst, en onveilige omgevingen voor ouderen, kinderen en andere kwetsbare groepen (Buffel et al, 2012).

De omgeving in al haar facetten

Beeld je in dat je van hogere leeftijd bent en dat je beslist om al dan niet ergens naar toe te gaan of thuis te blijven zitten in je zetel. Heel veel factoren uit de omgeving zullen onbewust je beslissing mee beïnvloeden (Yen et al, 2009).

Sneeuw en ijs in de winter, geparkeerde voertuigen die je weg belemmeren (inclusief fietsen en bromfietsen), voetpaden met putten of drempels, bladeren of takken, afval/vuilniszakken, al dan niet goede verlichting, veel of weinig lawaai en drukte, versmallingen, heuvels en hellingen, al dan niet voldoende rustplaatsen (een goed onderhouden, comfortabele zitbank), hulp voor blinden, voldoende openbare toiletten, de schoonheid en aantrekkelijkheid van de omgeving, enz. Voor de doorsnee burger lijken sommige van deze zaken wellicht futiel, maar voor een oudere die dagelijks ervaart dat hij meer kwetsbaar is, en die soms overweg moet met een kruk, rolator of rolstoel, zijn deze zaken heel wat minder vanzelfsprekend. Studies tonen aan dat wanneer men inzet op het verbeteren van al deze diverse omgevingsaspecten, dat men als oudere meer tevreden is en minder moeilijkheden met wandelen ervaart (Wennberg et al, 2010). De buurtomgeving heeft ook invloed op gezondheid en welzijn via beschikbare voorzieningen (zorg, recreatie, voeding...), via stimulering van sociale formele en informele interactie (Buffel et al, 2012), via vervuiling, drukte, hygiëne, blootstelling aan stress en de mate van deprivatie (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009; Yen et al, 2009). Ouderen kennen relatief veel stresservaringen ten gevolge van het verlies aan controle en zelfstandigheid, wijzigingen in inkomen en financiële veiligheid, wijzigingen in de sociale middens (vb. sterfgevallen bij familie en vrienden), de eventuele noodzaak tot verhuis, enz. Vooral hoe de oudere de buurt percipieert zal zijn of haar gedrag in positieve of negatieve zin beïnvloeden (Buffel et al, 2012).

De woning van de oudere; de aanpassing van gebouwen

Wil dat zeggen dat je enkel op de externe omgeving moet ingrijpen? Neen, maar het is

wel een deels verwaarloosd en cruciaal aspect van gemeentelijk ouderenbeleid (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Daarnaast dient net dezelfde verbeteringsoefening te gebeuren voor de thuissituatie binnenskamers. Daar verblijft men als oudere immers de meeste tijd en loopt men, proportioneel gezien, meer risico's wat betreft functionele capaciteit. De mate van voldoende verwarming in huis is bijvoorbeeld geassocieerd met het voorkomen van respiratoire en gastrointestinale problemen (Clarke & George, 2005). Hoe zit het met de in- en uitgang? Is deze toegankelijk en voldoende breed? Is er een drempel of trappen? Zijn er trappen binnenshuis? Is er een douche zonder drempel? Aanpassingen naderhand aan een huis zijn effectief, maar zijn ook relatief duur (Hunter et al, 2011). Men maakt bij de bouw best gebruik van Universal design principes. Dit wil zeggen dat een huis voor iedereen blijvend bruikbaar is, omwille van haar doordachte design. Daar waar men dit bij nieuwbouw voor ongeveer 3.000 euro extra kan inplannen, vraagt de aanpassing van een bestaand huis een veelvoud hiervan, soms oplopend tot 50.000 euro. Het is daarom een must om dit van bij de aanvang te stimuleren via de financiering en regelgeving, via campagnes, best practice, enz. 50.000 woningen van ouderen hebben zelfs geen basiscomfort (verwarming, warm stromend water, toilet) (Winters, 2009). Het bewustzijn van de noodzaak van een aangepaste woning zou vooral vooraleer men de oudere leeftijd bereikt, moeten zijn doorgedrongen. Ook voor de woning zelf geldt: beter voorkomen dan genezen.

Hetzelfde geldt voor de diverse andere gebouwen die je als oudere bezoekt: het station, de bushalte, de winkel, de apotheek, de kapper, enz. Zijn er leuning aan trappen en tredes gemarkeerd met kleurcontrasten? Hoe zwaar is de deur of is er een automatische deur (hopelijk

geen draaideur)? Is er een hellend vlak voorzien dat niet te steil is?

In de eigen woning onderkent de oudere vaak niet of te laat de aanwezigheid van risico's in de omgeving die het functioneren ernstig kunnen aantasten. Men blijft in een gevaarlijke woning leven zonder het te beseffen. Woningbelemmeringen omvatten trappen, de grootte van de woning, de afstand tot de kinderen, enz. Slechts 15,2% van de woningen in Vlaanderen is goed aangepast (Verté, 2007). Aanpassingen aan woningen zijn een essentieel onderdeel van ouderenbeleid (Feldman & Oberlink, 2003). Ook de bouwreglementering voor (huur of koop) huizen kan, op pro-actieve en preventieve wijze, meer gericht worden op de omgang met beperkingen op oudere leeftijd (Plouffe & Karnache, 2011). Studies wijzen uit dat het zelf kunnen aanbrengen van aanpassingen aan de woning tot meer onafhankelijkheid en welzijn leidt naarmate men hier minder van buitenaf door (te dirigistische?) regelgeving in beperkt wordt (Oswald et al, 2007). Omgekeerd moet men aanpassingen ook niet gaan opleggen, maar eerder stimuleren. De betaalbaarheid van huisvesting is voor sommige ouderen ook een probleem.

Transport, vervoer, verplaatsingsmogelijkheden

De focus op de fysieke en sociale activiteit in de buurt, waarbij het stimuleren van stappen buitenshuis het startpunt is van alles, doet niets af aan de meerwaarde van de mogelijkheid voor de oudere om zich blijvend te kunnen verplaatsen over verdere afstanden met eigen of openbaar vervoer. Ouderen reizen en verplaatsen zich nog extensief, en zijn even gehecht aan hun voertuig als anderen. Parkeermogelijkheden, rijcursussen, een netwerk van vrijwillige chauffeurs, betaalbare taxi's, enz. helpen dit onder-

steunen. Oudere vrouwen en degenen met beperkingen hebben een sterke voorkeur voor de bus (Collia et al, 2003). Openbaar vervoer wordt desondanks door velen nog niet gebruikt. Dat geldt ook voor de meerderheid van ouderen in Vlaanderen (Verté et al, 2007). Meer nog, een studie in de VS toonde een gebruik aan van slechts 12% van speciale transport faciliteiten (dial a ride shuttle) voorzien voor de ouderen, ondanks beperkingen die hun overige mobiliteit daadwerkelijk belemmeren. Dit brengt eigen aandachtspunten met zich mee. Voor openbaar vervoer de nabije aanwezigheid van een bushalte, voldoende frequente rijtijden, minimale vertragingen, voldoende beschutting in een bushokje, een verhoogd instapplatform of verlaagde bustrede, etc. Ouderen in Vlaanderen zijn relatief ontevreden over het aanbod van openbaar vervoer (Verté, 2007).

Veiligheid: van verkeer en vallen tot criminaliteit

Uit deze beschrijving wordt ook duidelijk dat fysieke activiteit en hieraan gerelateerde behoeften heel sterk interageren met de gepercipieerde en reële veiligheid in de omgeving en thuis. Eenzelfde invloed van gepercipieerde veiligheid is van toepassing op de mate waarin de oudere sociaal participeert (Buffel et al, 2012). Omgekeerd stimuleert participatie de perceptie van veiligheid. Ouderen kunnen zelf een actieve rol opnemen wat betreft veiligheid via wijkinitiatieven tegen inbraak, een oogje houden op het huis van de afwezige buurman, sociale controle t.a.v. ongekende voertuigen, het in kaart brengen van risicoplaatsen, etc. In plaats van vermijding stimuleer je zo een meer positieve perceptie en gevoel van controle (Buffel et al, 2012). In onze door de auto gedomineerde samenleving moeten we dan in de eerste plaats aan het verkeer denken (Dumbaugh, 2008; Whelan et al, 2006). Ouderen zijn de meest

frequente verkeersslachtoffers als voetgangers met dodelijke afloop. Om de twee dagen sterft minstens één oudere in het verkeer (Casteels & Nuyttens, 2009). De helft van de 60 plussers is bang in het verkeer, wat leidt tot vermijdingsgedrag (VAB, 2012). Bij ouderen met beperkingen vinden we een omgekeerde relatie tussen auto-afhankelijke buurten en onafhankelijkheid in winkelen, geldbeheer en buitenshuis zijn plan kunnen trekken (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Onze leefwereld is letterlijk rondom de wagen als vervoersmiddel vormgegeven. Je kan hier voor zover als mogelijk voldoende veiligheid inbouwen via oversteekplaatsen, via verkeerslichten die de controle geven aan de oudere zelf en hem voldoende tijd laten om over te steken, verkeersremmers, groene stroken tussen weg en voetpad (Michael et al, 2006).

Naast verkeersveiligheid is het zeker zo belangrijk om oog te hebben voor andere veiligheidsaspecten zoals valrisico's. Vallen is bij ouderen een zwaar onderschat probleem. 25 tot 35% van de thuiswonenden valt één maal per jaar (50% bij 80 plussers). 20% heeft ernstig letsel tot gevolg. In woonzorgcentra valt 30 tot 70% van de ouderen minstens één keer per jaar (Milisen et al, 2012). Vallen is de belangrijkste doodsoorzaak bij 75 plussers. Buitenshuis is er een directe relatie met de toestand van voetpaden en straten (Wenjun et al, 2006). Tenslotte is de mate van (gepercipieerde) criminaliteit in de buurt één van de grootste zorgen van de ouderen, en één van de grootste obstakels om ook buitenshuis een fysiek en sociaal actief leven te leiden, en dus zelf aan preventie te doen. Onveiligheidsgevoelens zijn sterk bepalend voor vermijdingsgedrag, zeker indien men reeds ervaring heeft met een negatief voorval. Minder mensen op straat verhoogt op haar beurt het onveiligheidsgevoel en de kans op criminaliteit (Clarke & George, 2005). Vele maatregelen die niet specifiek op ouderen

gericht zijn kunnen hen desalniettemin ten goede komen: camerabewaking op straat, het verwijderen van graffiti, de aanleg van parken met het oog op veiligheid, enz.

Angst voor het schaden van de gezondheid is een heel typische barrière, specifiek voor ouderen, o.a. in het overgaan tot fysieke activiteit. Angst voor vallen, pijn, letsels, overbelasting na een operatie, etc. Zulke wellicht deels terechte en deels onterechte angst dient zowel in hulpverlening als in beleid voldoende aandacht te krijgen (Baert et al, 2011).

Tewerkstelling en vrijwilligerswerk

Fysieke en sociale activiteit bereik je ook via het aan het werk krijgen of houden van de oudere. Dit kan zowel betaald werk zijn als vrijwilligerswerk, of een combinatie van de twee (Feldman & Oberlink, 2003; EU, 2011). Niet enkel bespaart dit kosten via vermindering van zorgnoden. Het draagt tevens bij tot een verhoging van de productiviteit en de algemene draagkracht van de economie. Hoewel bijvoorbeeld een verhoging van de pensioenleeftijd geen lokale materie is, zijn er tal van andere mogelijkheden waarop een gemeente werk en vrijwilligerswerk bij ouderen kan stimuleren: mentoring of coaching na het pensioen, jobdeling, een gefaseerde uitstap, gerichte opleidingen, gezamenlijk arbeidsomstandigheden bijsturen, enz. Ouderen gaan misschien wel lichamelijk achteruit, maar ze bezitten vaak wijsheid en levenservaring die van groot belang zijn voor andere generaties en voor de samenleving.

De interactie van aandachtsgebieden

Lokaal ouderenbeleid zit hem dus in de vele kleine dagdagelijkse dingen, die de oudere en zijn omgeving op positieve of negatieve wijze kan beleven. Deze geven allen mee vorm aan het leven van elk van ons, ook van de ouderen, en bij hen met een doorslaggevend belang. Vooral de opeenstapeling van meerdere barrières kan nefast zijn. Indien men er zich van bewust is, zijn bijna alle relevante aspecten van de gebouwde, materiële, groene en sociale omgeving stuurbaar en beheersbaar voor een gemeente. Vele gemeenten spelen ook in op zulke verbeteringsmogelijkheden in de leefwereld van de oudere. Echter, het geheel is meer dan de som van de delen. Vaak stellen we in een ouderenbeleidsplan nog een fragmentarische benadering van al deze aandachtsdomeinen vast, zonder dat men oog heeft voor de interactie en samenhang.

Het geheel is meer dan de som van de delen

Het is gemakkelijk om alles geïntegreerd gestalte te geven wanneer je van een blanco blad vertrekt, zoals bij de aanleg van een nieuwe wijk. Deze kans doet zich echter slechts sporadisch voor. De overgrote meerderheid van onze leefruimte is reeds ingevuld, met een oriëntering op de jongere en volwassen bevolking die zich zo snel als mogelijk van punt A naar punt B wil bewegen, met de grootste snelheid en efficiëntie. Hier heeft heel wat ruimte voor moeten wijken. Hierdoor is de drukke straat het centrum van bebouwing geworden, daar waar ze niet heeft moeten wijken voor het verkeer. Spijtig genoeg moeten we dan vaststellen voor vele ouderen: je zit ermee en kijkt ernaar, zowel letterlijk als figuurlijk. Hebben al die sporadische, gefragmenteerde verbeteringen en vaak dure investeringen in de lange lijst van omgevingsaspecten

dan nog wel zin? Ja zeker, maar op zich zijn ze onvoldoende. Er moeten bewust linken gelegd worden tussen al de onderdelen, die duidelijk een meerwaarde kennen binnen een globaal masterplan. De kunst is om hier telkens te vertrekken vanuit de leefwereld en de behoefte van de oudere zelf. Je kan overal in je gemeente zitbanken gaan plaatsen, maar dat is een kostelijke investering die her en der wellicht ook overbodig is. Een analyse van het verplaatsingspatroon van de oudere in je gemeente met identificatie van alle relevante bestemmingen (post, bank, winkel, gemeentehuis, theater, vereniging, etc.) kan je helpen om veel gerichter investeringen te doen. Dit legt ook knelpunten bloot over afstanden en de logica van situering van sommige faciliteiten, die je naar de toekomst toe soms op creatieve wijze kan corrigeren (bijkomende post en bankpunten, etc. daar waar de oudere zich goed voelt en zich wenst te verplaatsen).

Stel dat je als gemeente te maken hebt met een lokale opeenstapeling van barrières en bedreigingen voor de mate waarin een oudere zich er thuis voelt: een snelle turnover van de bevolking met vele inwijkelingen, een algemeen lagere sociaal-economische status, een weinig aantrekkelijke fysieke omgeving, etc. Wil dat zeggen dat een lokaal ouderenbeleid gedoemd is om te falen? Neen. Veranderingen die als negatief worden waargenomen, kunnen in evenwicht worden gebracht via positieve beleidsingrepen, ondersteund door de ouderen zelf (Buffel et al, 2012). Men maakt als het ware van een bedreiging een opportuniteit. Een hoge bevolkingsturnover kan ook positief worden ervaren, indien er een goede match wordt gevonden tussen de nieuwkomers en de lokale ouderen. Soms lukt dit, soms zijn de verschillen te groot. Men onderschat ook vaak het effect van lokale economische evoluties. Een sluiting van een fabriek die het hart vormt van een dorp, kan een desastreus effect hebben op

hoe ouderen de buurt naar de toekomst toe zullen waarnemen. Een tijdig en effectief heroriëntatieplan is ook voor lokaal ouderenbeleid een must (Buffel et al, 2012).

Een middenweg tussen brede en geconcentreerde inbedding

Voordelen van een brede benadering

Hoeveel gemeenten kennen we niet waar de faciliteiten allemaal breed uitgespreid liggen over de ganse stad of dorp, zodat je zelfs op jongere leeftijd soms uitgeput bent van de verplaatsingen te voet? Hiermee raken we een discussiepunt aan in de literatuur over ouderenbeleid. Enerzijds zijn er voorstanders van een brede inbedding van de ouderen doorheen alle wijken, los van de graad van urbanisatie, verkeer, enz. Het voordeel is dat je dan de algemene diversiteit stimuleert, waarbij diverse generaties overal naast elkaar wonen en wederzijds ondersteuning kunnen bieden. Sommige ouderen klagen er immers over dat ze in een wijk wonen met een meerderheid van ouderen. Eén van de recente slogans is 'aging in place'. Men wil de diverse levensstadia kunnen doorlopen op één en dezelfde plaats, zonder te moeten verhuizen, of met een minimale verhuis binnen de eigen buurt. De verhuis hangt dan niet zozeer samen met de leeftijd als wel met het niveau van functioneren. De meerderheid van ouderen bereikt immers een zilveren leeftijd met een goede gezondheid. Het is een minderheid die alle stadia zal doorlopen van thuis naar thuiszorg, naar dagopvang of service flat/geassisteerd wonen, naar een woonzorgcentrum, met diverse mogelijke variaties hierbinnen. Een volledig homogeen gespreid aging in place is inderdaad het meest gunstige scenario, indien men een deel van de identiteit en het sociale leven doorheen de jaren heeft opgebouwd in de eigen

buurt. Een verhuis tot buiten de buurt betekent dan vaak een risicovolle verstoring. Dit vereist in één wijk de aanwezigheid van start/huur huizen, grotere huizen voor meer mature gezinnen, kleinere huizen voor de oudere leeftijd, en geassisteerde woonvormen voor degenen met beperkingen (Nelson, 2010). Dit gaat sterk in tegen het huidige beleid en de bijhorende regulering. Lokale inwoners zijn hier ook niet altijd even enthousiast over.

Nadelen van een brede benadering

Het grote nadeel van deze benadering is dat men uitgaat van een ideaalbeeld van de omgeving, een beeld dat op vele plaatsen niet strookt met de realiteit. Een buurt met voldoende en groene ruimte, voldoende rust, enz. kan je op de lange termijn overal willen inbouwen, maar dit vereist vaak drastische investeringen en herteekening van het volledige landschap. Bovendien zal het drukke verkeer ook morgen niet verdwenen zijn. Deze tweespalt tussen vereisten en mogelijkheden, tussen droom en realiteit, leidt op korte termijn vaak tot halfslachtige investeringen, die daardoor onvoldoende effectief zijn in het fysiek en sociaal activeren van de ouderen. Zeker in deze tijden van financiële tekorten zal men nog meer keuzes moeten maken. Daarom ijveren sommigen in de literatuur voor het meer gericht en efficiënt benutten van die omgevingen die reeds bij aanvang meer aansluiten op de behoeften van ouderen, en daar het merendeel van de investeringen op te richten. Het betreft buurten, en soms hele dorpen of steden, die een natuurlijke aantrekkingskracht hebben op ouderen.

Voordelen van een geconcentreerde benadering

In het buitenland spreekt men over NORCs: naturally occurring retirement communities (Maclaren et al, 2008; Masotti et al, 2006). De kustge-

meenten zijn in België zulke typische trekpleister: beter klimaat, meer rust, meer wandeloptyes, en gemeenten die heel bewust inspelen op de behoeften van deze toenemende groep inwoners. Senioren bieden immers een financiële opportuniteit voor een gemeente in plaats van een last te zijn. Ze hebben meestal hun woonwoningen afbetaald en beschikken daardoor vaak over financiële reserves (ondanks vaak karige pensioenen). Deze middelen kunnen lokaal ten goede komen van toerisme, de horeca, cultuur, tewerkstelling, de te innen belastingen door de gemeente, enz. Onderzoek heeft uitgewezen dat NORCs die activiteit, het sociale gebeuren en gemeenschapszin expliciet ondersteunen gezondere ouderen kennen dan NORCs die dat niet doen, met ook minder depressie en isolatie (Cohen-Mansfield et al, 2010; Masotti et al, 2006). Het belang van gemeenschapszin en gedeeld management wordt er ook bevestigd (Ivery et al, 2009; Kyriacou & Vladeck, 2011).

Nadelen van een geconcentreerde benadering

Men kan echter niet verwachten dat alle ouderen zouden willen verhuizen naar een NORC, laat staan dat ze allen over de mogelijkheden zouden beschikken om dit te realiseren. Wat doe je dan met de oudere die zijn hele leven deel heeft uitgemaakt van een verarmde wijk in een hoog stedelijke omgeving? Zoals hierboven reeds aangegeven, is het net in zulke omgeving (cf. armere wijken in Brussel, Antwerpen, etc.) waar men als oudere over de minste mogelijkheden beschikt, ook wat betreft de klassieke zorg. Ouderen met een lagere socio-economische status of opleidingsniveau, wat deels generationeel wordt overgedragen, leven relatief meer in verloederde buurten (Krause, 2011). Ze stellen zich ook meer vijandig op tegenover anderen, waardoor de reeds lagere sociale netwerkvoordelen nog verder afnemen. Ze zijn minder geneigd om

anderen te helpen, wellicht omdat ze zelf weinig of nooit geholpen worden. Nochtans is anderen helpen één van de sleutels om gezond ouder te worden. Je kan merkwaardig genoeg je eigen gezondheid verbeteren door anderen te helpen (tot en met een lager sterfterisico) (Krause, 2011). Socio-economische status is een belangrijke predictor van gezondheid. Bovendien doet er zich doorheen de levensjaren een cumulatief effect voor van deprivatie en armoede. Dit is ook bevestigd voor buurtgebonden socio-economische status (Yen et al, 2009). Gelijkaardige risico's doen zich voor bij andere minderheden: minder sociale steun om de levensstijl en eigen competenties te verbeteren, minder toegang tot middelen en diensten, en meer risico op slechte voeding omwille van inkomen en transportbeperkingen (Locher et al, 2005).

Aandacht voor kwetsbare groepen

Tegelijkertijd zijn net deze ouderen het meest kwetsbaar en hebben ze bijgevolg de grootste behoefte aan ondersteuning. Bij kwetsbare groepen komen alle factoren samen: afhankelijkheid van zaken buitenshuis, minderheidseffecten, een lager inkomen, taalgebreken, minder opleiding en competenties om de levensstijl en omgeving te verbeteren, en leven in meer risicovolle buurten (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). We willen voorkomen dat er een tweesporen-ouderenbeleid ontstaat, waarbij sommigen zich een omgeving en zorg kunnen veroorloven afgestemd op hun behoeften in een rijkere gemeente, terwijl anderen ondanks hun grotere behoeften het met heel wat minder moeten stellen. Of doet deze situatie zich nu reeds voor? De situatie in Brussel lijkt dit deels te bevestigen. Laten we ook de minder gekende, maar vaak even dramatische situatie van arme ouderen in rurale gemeenten niet vergeten. Wegens vaak over het hoofd gezien, worden zulke ouderen soms letterlijk

aan hun lot overgelaten (Davis & Bartlett, 2008). Rurale gemeenten kampen met grotere afstanden en minder beschikbare voorzieningen. De uitdagingen en opdrachten blijven er dezelfde als elders. Echter, er is meer creativiteit en inventiviteit nodig om deze te vervullen.

De middenweg: lokale clustering in de nabijheid van de oudere

Enkele voorbeelden van geslaagde innovaties wijzen op een mogelijke middenweg tussen het onmiddellijk willen hervormen van de ganse samenleving naar het ideaal voor ouderen versus het heel selectief hervormen. We denken hierbij aan lokale dienstencentra en multifunctionele combinatieprojecten. Een lokaal dienstencentrum is een prachtvoorbeeld van geslaagde integratie van meerdere functies, indien het goed wordt uitgebouwd. Stel dat het dienstencentrum in een cultuurcentrum is gevestigd: diensten overdag, cultuur 's avonds. Je benut eenzelfde faciliteit voor elkaar aanvullende doelstellingen. Je organiseert er cursussen voor ouderen, je voorziet een betaalbare maaltijd met keuze. Er is een wasserij, een kapsalon. Ouderen die minder zelfstandig zijn, kunnen er een bad nemen. Je brengt er diverse balies samen om informatie te verstrekken. Het is een aanspreekpunt voor het verkrijgen van zorg en ondersteuning. Alles wordt er gecoördineerd in functie van je behoeften. Je organiseert er vrije tijdsactiviteiten, waarbij je vrijwilligers betreft. Je vindt die vrijwilligers sneller, omdat je je in een cultuurcentrum bevindt, waar diverse generaties elkaar per toeval kruisen en ontmoeten. Je gaat in de buurt de ouderen die moeilijker te been zijn of te veraf wonen met een busje ophalen, een busje dat ook weer gedeeld wordt met anderen voor andere activiteiten. Je mixt doelgroepen via samenwerking met de wereldwinkel, de gezinsbond, etc. Dit verlaagt de drempel voor de ouderen en de andere generaties om het dienstencentrum

frequent te bezoeken en samen een sociale en fysiek actieve dynamiek uit te bouwen. Een clustering van bestemmingen verhoogt ook het wandelgedrag (Berke et al, 2007).

Gelijkaardige innovatie kan bijvoorbeeld ook haar plaats krijgen in en rondom een woonzorgcentrum. Men kan er een stembureau organiseren. Er is ruimte in lokalen voor andere organisaties. In Friesland kent men het voorbeeld van een geïntegreerd mooi, gezellig uitziend sociaal restaurant dat ook andere leeftijdsgroepen aantrekt. Vleugels van het woonzorgcentrum gaan er naadloos over in een biljartzaal, een actieve kerkgemeenschap, een kinépraktijk, een kinderopvang, etc. Zo brengt men alle welzijnsactoren samen. Momenteel hangt dit alles volledig af van de 'goodwill' van de beheerders van een woonzorgcentrum. Van externe ondersteuning is er weinig sprake.

Voorwaarden voor een goed lokaal ouderenbeleid

Om bovenstaande uitdagingen aan te gaan en een geïntegreerd lokaal ouderenbeleid te voeren, zijn er enkele voorwaarden cruciaal: kennis en expertise, samenwerking, participatie, communicatie, financiering, en afstemming met andere overheden.

Kennis en expertise

De gemeente heeft de nodige kennis en expertise en zoekt deze aanvullend op. Omgekeerd hebben gemeenten ook een rol te spelen in kennisverspreiding naar anderen. De houding van 'dit is ons plan en we gaan dat niet delen' is voorbijgestreefd. Dit gaat ten koste van de uitbouw van een goed best practice netwerk waar iedereen voordeel bij heeft. Ook intern binnen

de gemeente is kennisoverdracht, communicatie en netwerking in feite de primaire driver van de overstap van een fragmentarisch naar een geïntegreerd ouderenbeleid. Het betreft kennisoverdracht naar degenen die bouwen, degenen die de voetpaden aanleggen, enz. Iedere persoon als onderdeel van de keten dient zijn rol in te zien binnen het grotere geheel van ouderenbeleid. Dit is soms allesbehalve evident in sectoren die ver van de klassieke zorg staan. Betrekken reeds in de omgevingsanalyse en de planingsfase, zodat ze vanuit een gedeeld engagement geënthousiasmeerd worden. Vaak hebben externe partners initieel immers vooral oog voor de extra kosten en inspanningen die verbeteringen voor de ouderen van hen zullen vergen. Dit is een natuurlijke en gezonde reflex, waarmee bewust en transparant dient te moeten worden omgegaan (bijvoorbeeld de aanpassingen die van winkels verwacht worden). Het dient echt een beleidsvoering te zijn van 'allen samen'. Ook financiering speelt hierbij uiteraard een rol (zie verder). Overigens vereist dit een interdisciplinair leren van elkaar (vb. tussen stedelijke bouwmeesters en zorgprofessionals, training van politie, training van buschauffeurs, etc.), en voldoende wederzijds vertrouwen opbouwen tussen alle betrokkenen, opdat een project kan uitgroeien tot een succes.

Samenwerking

Het tweede fundament is immers samenwerking, intern tussen de eigen afdelingen, de diverse sectorale verantwoordelijken (voor zorg, verkeer, politie, sport, cultuur, enz.). Ook samenwerking over de grenzen van de gemeenten heen is van belang. Bijvoorbeeld in termen van mobiliteit blijft een oudere immers heus niet altijd binnen de grenzen van dezelfde gemeente. Bijna in alle deeldomeinen kunnen er opportuniteiten gevonden worden voor wederzijdse kruisbestui-

ving, met verhoging van financiële draagkracht en efficiëntie tussen de gemeenten en OCMWs onderling. Bijvoorbeeld om een dienst voor gezinszorg of aanvullende thuiszorg te organiseren moet je minimum 10 FTE in dienst hebben om erkend te zijn. De programmatiecriteria per gemeente laten dit vaak niet toe. De oplossing is dan om de krachten te bundelen doorheen aangrenzende gemeenten. Het uitbesteden aan een gespecialiseerde partner en dit met enkele gemeenten samen begeleiden is wellicht de meest slimme keuze. Horizontale netwerking met partnerschappen met hogere overheden, de diverse sectoren, architecten, interieurdesign, overlappende niet-senior initiatieven, enz. wordt meer en meer de bepalende factor voor succes (Plouffe & Kalache, 2011). Samen, over alle onderlinge grenzen heen, kan men best practice identificeren en benutten. De overstap naar een participatief en collaboratief governance model is niet altijd even evident. De samenwerking schuilt soms in heel onverwachte, maar ook heel vruchtbare hoeken, zoals intergenerationale samenwerkingsverbanden: een steungroep voor jongeren en ouderen met risico op isolatie, intergenerationale geschiedenisprogramma's op school, substituut-grootouders (Denemarken), zorg voor zieke kinderen door vrijwillige senioren, vrijwilligerswerk in een crèche naast de residentie met een gedeelde tuin, kleinkinderen en grootouders samen laten studeren aan de universiteit, intergeneratieel samen wonen, enz. Het helpt om ook ruimtelijk creatief en out of the box te durven denken, zoals het organiseren van rehabilitatiesessies in recreatiecentra. Daarnaast kan je ook temporeel creatief denken: hoe kan je eenzelfde ruimte voor meerdere doelgroepen flexibel benutten doorheen 24 uren?

Participatie

Ten derde, dient de participatie van de ouderen zelf in de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleid van bij aanvang voorzien te worden. Zij zijn het die als ervaringsdeskundigen de status en de vooruitgang goed kunnen beoordelen. Binnen de eigen buurt als collectieve leer-ruimte, zijn de ouderen omwille van hun lokale kennis en ervaring het meest deskundig. Ze horen thuis in elke fase en in elke betrokken commissie (Plouffe & Kalache, 2011). Dit wordt in Vlaanderen ook aangemoedigd via het participatiedecreet van 2006, hoewel de uitvoering ervan uitblijft. Politieke deelname, deelname aan bestuursraden, enz. kan verder bouwen op specifieke individuele expertise. Participatie wordt momenteel door gemeenten nog heel variabel ingevuld. Een ouderenraad kan in de ene gemeente daadwerkelijk mee aan tafel zitten om beleid te voeren, daar waar ze in een andere gemeente enkel recreatieve activiteiten organiseert. Vaak ontbreekt hierbij een goede vertegenwoordiging per leeftijdsverdeling. Ook hiertoe moeten ouderen concreet aangemoedigd, gerekruteerd en gemotiveerd worden. Vooral de oudste ouderen, de snelst groeiende en meest fragiele groep, waar preventie tegelijkertijd het meest succesvol kan zijn, verdienen een gericht inclusief beleid (Buffel et al, 2012). Ze zijn immers het minst toegankelijk.

Communicatie

Men kan in een gemeente heel wat mogelijkheden en verbeteringen aanbrengen zonder dat de individuele oudere hiervan op de hoogte is. Vele faciliteiten wachten in gemeenten op ouderen die niet komen opdagen, er geen gebruik van maken... Dit is niet enkel verkwisting, maar ook een betreurenswaardige gemiste kans. Het kan dan politiek mooi klinken dat je dit en dat gerealiseerd hebt, maar de feitelijke eindgebruiker heeft er in termen van gezondheid en welzijn

weinig tot geen voordelen van ondervonden. Vele mooie projecten worden daarom al snel weer opgeborgen vanwege een te lage deelname van ouderen in de gemeente. Dat maakt de gemiste kans dubbel zo erg. Een heel belangrijk aspect is daarom informatieverstrekking en uitgewerkte marketing en campagne-strategieën, niet enkel om te informeren, maar ook om te overtuigen tot daadwerkelijk gebruik. Net zoals iedereen, dienen ook ouderen aangemoedigd en gelokt te worden. Ouderen moeten er in de praktijk van overtuigd worden dat ze de fysieke, sociale en andere activiteiten kunnen door het zelf te realiseren (in de wetenschap zelf-efficaciteit genoemd: de kracht van het geloof in eigen kunnen) (Booth et al, 2000). Activiteiten waarbij ouderen zelf verantwoordelijkheid krijgen, zoals opruimdagen, vuilniscontrole, etc. spreken vaak aan (Michael et al, 2006). Overigens dienen zoveel als mogelijk communicatiekanalen benut te worden: informatie aanplakken, nieuwsbrieven, per telefoon/mondeling, via radio/tv, via pc/internet. Een centraal informatiecentrum voor de oudere in de gemeente is een must. Je biedt ook best een duidelijke directory aan waar alle relevante contacten voor ouderen zijn samengebundeld. Meer effectief is het opzetten van gerichte netwerk- en remindersystemen.

Financiering

Als fundamentele voorwaarde vermelden we ook de financiering. Een gezonde financiële huishouding van de geplande activiteiten in het kader van het meerjarenplan ouderenbeleid is een eerste minimum. Dit klinkt logisch, maar blijkt in de praktijk niet altijd even evident. Vaak worden er kostenposten over het hoofd gezien of onderschat.

Daarnaast kan een deel van de financiering ook benut worden om ouderen en andere betrokken

partijen bijkomend te stimuleren in hun zelfstandigheid en samenwerking. Ouderen willen en hebben recht op dezelfde controle en keuzemogelijkheden als jongeren: wanneer ze opstaan, welke activiteiten te uitvoeren, welk aanbod ze kiezen, enz. Hierdoor staat de oudere centraal (Robinson & Reinhard, 2009). Itinera pleit voor een systeem van persoonlijke, onafhankelijke budgetten die elke oudere individueel kan besteden (zie ook OECD, 2011). Dit stimuleert verantwoordelijke keuzevorming en concurrentie tussen aanbieders (Lundsgaard, 2005; OECD). Men kan ook werken met vouchersystemen, waarbij men een budget vrij kan besteden voor een afgebakende doelstelling. Voorbeelden uit Scandinavische landen kunnen ons hierbij inspireren (Anttonen & Haikio, 2011). Zulke middelen kunnen niet enkel de oudere ondersteunen, maar ook en vooral de mantelzorger, die hier vaak een deel van zijn of haar professionele tijdsbesteding voor inruilt. Studies bevestigen de positieve effecten van zulk beleid (Benjamin et al, 2008). In Wallonië kan je bijvoorbeeld steun krijgen bij een lening om je huis geschikt te maken om een oudere bij je te laten inwonen. Deze strategieën passen in het kader van aanmoediging van de sector, en van mantelzorg, om het heft in handen te nemen. Ook Vlaanderen kent premietoelagen, die lokaal nog verder versterkt kunnen worden.

Afstemming met andere overheden

Tot slot, bespreken we de afstemming met de regionale en federale overheden. Van hen verwachten we niet enkel strategische engagementen binnen eenzelfde intersectorale kader, maar ook concreet beleid (het aanduiden van voorbeeldgemeenten, sociale marketing, het ondersteunen van lokale projecten, het aanbieden van een consistente methodologie, helpen bij evaluatie van implementatie, het verhogen van publieke zichtbaarheid, en het afstemmen van

het lokale ouderenbeleid op het globale beleid en vice versa) (Plouffe & Kalache, 2011). In vele landen voorziet de hogere overheid in bijkomende financiering als stimulans voor gemeenten om een ouderenbeleidsplan te implementeren. In Wallonië gaat men hier nu ook mee van start. Vlaanderen belooft sinds enkele jaren bijkomende middelen voor lokaal ouderenbeleid, zelfs decretaal vastgelegd, maar in de praktijk blijven deze achterwege. Nochtans kan men van hogeraf complementair aan een financiële prikkel ook een geheel van milestones inbouwen om de kwaliteit van het ouderenbeleid te ondersteunen: een formeel engagement, betrokkenheid van ouderen, het voorbereiden en bekend maken van actieplannen op basis van een baseline beoordeling/omgevingsanalyse, en het publiek rapporteren van de mate van vooruitgang op relevante indicatoren.

Bovendien kunnen regionale en nationale overheden ook heel wat barrières wegnemen. Enkele illustraties:

- Indien een kwetsbare oudere samenwoont met bijvoorbeeld een jongere (kangoerewonen), heb je risico op minder uitkering en/of stedenbouwkundige bezwaren.
- Het opsplitsen van een huis zou veel gemakkelijker moeten kunnen. Het kan vaak niet omwille van de regelgeving, afspraken met de bank, etc. Financieel is het vandaag allerminst interessant, hoewel het net aangemoedigd zou moeten worden. Ook als je één grond koopt is het vaak niet mogelijk daar een combinatie van woningen op in te plannen.
- In de regelgeving is er geen ruimte voor bijvoorbeeld een dakterras, ondanks het positieve effect hiervan op de ouderen.
- Subsidies voor cultuur vallen weg indien je er tevens een lokaal dienstencentrum organiseert.

- Subsidies voor school vallen weg indien je in de bouw een innovatief intergeneratieel project hebt voorzien met inwoonst van ouderen.
- Bovendien, stel dat je bijvoorbeeld een combinatie met kinderopvang inplant in Brussel, dan struikel je al snel over de erkenningsnormen die een standaard aantal vierkante meter per kind voorschrijven.

Wanneer gemeenten of OCMWs samenwerken kan de hogere overheid er vaak ook niet aan uit. Aan wie moeten ze de uren toekennen? Hoe moeten ze de erkenningsnormen berekenen? Dit wijst op het kafkaïes karakter van de huidige programmering, erkenning en financiering. Het dwingt initiatiefnemers om vennootschappen en andere constructies op te richten, met alle complexiteit en overbodige kosten van dien. Op regionaal niveau merken we stilaan een opening in de richting van meer innovatieve en flexibele projecten, bv. over nieuwe ruimtelijke concepten. Spijtig genoeg blijft dit voorlopig bij demonstratieprojecten en vormt het niet de basis van het algemene beleid.

Bestaande initiatieven: het wiel niet heruitvinden

Als gemeente moet men het wiel niet volledig heruitvinden. Er bestaan internationale en lokale initiatieven, die reeds een goede startbasis vormen voor lokaal ouderenbeleid. De WHO biedt sinds 2007 een wereldwijde ondersteunende rol aan. De focus ligt hierbij op de volgende domeinen: publieke ruimte en gebouwen, transport, huisvesting, sociale participatie, respect & sociale inclusie, burgerlijke deelname & tewerkstelling, communicatie & informatie, en lokale dienstverlening & zorgverlening (Neal & Delatorre, 2009).

Het 'healthy city network' omvat meer dan 1200 steden in 30 landen binnen de EU. Een uitstekend voorbeeld van de 'age friendly city' benadering die de WHO ondersteunt, gestart met 33 steden, treffen we aan in Quebec, een provincie van Canada. Deze regio kent de snelste vergrijzing wereldwijd na Japan. Quebec voert een geïntegreerd ouderenbeleid, waarbij regionale prikkels aansluiten op lokale initiatieven en vice versa (Bigonnesse et al, 2011).

In België heeft tot nu toe enkel Brussel het label van 'age friendly city' gekregen. Enerzijds is dit positief, want het bewijst dat er gerichte inspanningen worden gedaan in een stad zoals Brussel, een stad met veel alleenstaanden, grote inkomensverschillen, problemen met verkeer, verloedering, etc. Tachtig procent van de ouderen in Brussel is tevreden in zijn buurt. Anderzijds wijzen de cijfers voor Brussel er ook op dat een label slechts een label is, en dat er steeds ruimte voor verbetering blijft. Bijvoorbeeld, 51% van de ouderen in Brussel is bang om lastig gevallen te worden en 42% komt 's avonds nooit buiten. Men moet dus opletten niet op zijn lauweren te rusten.

Een lokaal goed verspreid initiatief in Vlaanderen is het uitvoeren van een behoefteonderzoek in onderlinge samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel. Aan de hand van een uitgebreide vragenlijst worden een hele reeks van thema's bevestigd bij een representatieve steekproef van ouderen in de gemeente. Problemen die vaak worden geregistreerd omvatten: gezondheidsproblemen, angst voor diefstal in de woning, problemen bij het invullen van formulieren, onveilig verkeer en angst om lastig gevallen te worden. Bovendien wordt heel frequent vastgesteld dat er nog een groot potentieel is van mensen die geïnteresseerd zijn in vrijwilligerswerk, maar het nog niet doen.

Binnen WHO heeft men intussen ook de noodzaak erkend om naar de toekomst toe niet enkel gebruik te maken van kwalitatieve evaluatiemethoden, die de perceptie van de oudere bevragen, maar ook gebruik te maken van een reeks van kwantitatieve gevalideerde indicatoren, die niet enkel percepties, maar ook objectief waarneembare structuur, proces, en uitkomstmaatstaven omvatten (Hall et al, 2009); zie supra. Indien we willen dat we via het geïntegreerde beleid onze ouderen meer gezond, functioneel en gelukkig houden (en de zorg betaalbaar), dan is dat net hetgeen dat we moeten meten: de factoren die we trachten te beïnvloeden (proces) en de gevolgen hiervan (uitkomst). Uiteraard moeten de doelstellingen regelmatig bijgesteld worden.

Stappenplan om lokaal ouderenbeleid concreet vorm te geven

Elk lokaal ouderenbeleid dient te vertrekken vanuit twee aspecten: het samenbrengen van alle relevante partners en het afbakenen van gezondheid en welzijn van de oudere als performantiedomeinen vanuit de visie en missie die de strategie van de gemeente aanstuurt.

Stap 1: Werkgroep. Mobiliseer een brede werkgroep van de gemeente, externe transsectorale partners van alle deeldomeinen (zorg, ruimtelijke orde, bouw, verkeer, groen, ordehandhaving, vrije tijd, enz.). Betrek ook van bij de aanvang de ouderen zelf en onafhankelijke experts. Leiderschap is belangrijk, maar dient vooral te coördineren en te motiveren binnen een horizontaal model van gelijkwaardigheid. Een té hiërarchische benadering in dit heel diverse domein kan vele constructieve bijdragen fnuiken. Je legt de bodem voor eigenaarschap aan de

basis. Dit wil niet zeggen dat men geen verantwoordelijkheden binnen het beleid zal toewijzen en dat deze verantwoordelijkheden niet worden opgevolgd. Binnen het team heeft ieder een eigen rol, die in de loop van de volgende fasen concreet kan ingevuld worden.

Stap 2: Proces- en uitkomst-domeinen. Het is ons uiteindelijk te doen om het welzijn en de gezondheid van de oudere. ‘Meten is weten’ is hierbij het adagium. De uitdaging is immers om die interventies te selecteren die in de eigen unieke context van een gemeente het best zullen werken (Buffel et al, 2012). Bovendien is een nadruk op de relatie met gezondheid en andere uitkomsten ook van belang om de ouderen qua levensstijl letterlijk in beweging te krijgen (Baert et al, 2011). Je kan maar weten welke de prioriteiten zouden moeten zijn, indien je een zo accuraat mogelijk beeld hebt van de huidige toestand (de ‘baseline’) van welzijn en gezondheid van de oudere in je gemeente. Dit mag geen GOBSAT benadering zijn: ‘good old boys sitting around the table’, waarbij degenen met het meeste persoonlijke gezag (of degenen die het luidst roepen) wel eens zullen bepalen wat de noodzakelijke elementen zijn van het ouderenbeleid. De ruimte voor verbetering dient zoveel als mogelijk geobjectiveerd te worden, met aanvulling van subjectieve perceptiegegevens waar nodig. Om dit te kunnen realiseren is het van het grootste belang om geen deelaspecten van welzijn en gezondheid over het hoofd te zien. Graag verwijzen we naar Tabel 1 in de voorgaande sectie *Focus op kwaliteit en welzijn*. De 30 gelijste deelaspecten kunnen inspiratie bieden om het volledige welzijnspallet van de oudere te visualiseren, en verdient nog verdere uitbreiding op basis van de input van de werkgroep. Uiteindelijk bepaal je hier de uitkomst-domeinen, waarop je het lokaal ouderenbeleid zal sturen. Je wil verbetering bekomen in elk van

deze domeinen waar mogelijk en achteruitgang voorkomen op andere domeinen die initieel niet de eerste prioriteit waren. De mate van toegankelijkheid, billijkheid en gelijkheid voor minderheden en meer kwetsbare doelgroepen is hierbij ook een afzonderlijk uitkomstdomein (je tracht immers het verschil in welzijns- en gezondheidsuitkomsten weg te werken). Net zoals uitkomstdomeinen, is het ook opportuun om bij aanvang de procesdomeinen te lijsten. Dit wil zeggen die onderdelen van levensstijl en omgeving van de oudere, waarvan bewezen is dat ze een impact hebben op de uitkomstdomeinen (zie supra).

Stap 3: Indicatoren meting. Nu komt het erop aan de huidige toestand van zowel proces als uitkomstdomeinen specifiek voor de eigen gemeente te becijferen. De kwaliteit van leven van de oudere in onze gemeente bevindt zich op niveau X (uitkomst), zoveel procent van de ouderen heeft pijn (uitkomst), zoveel procent is wachtende voor een specifieke woon- en zorgvorm (proces), zoveel procent beschikt over een aantrekkelijke groene omgeving (park) in de nabijheid van zijn verblijfplaats (proces). Denk hierbij over alle woon- en zorgvormen heen, enz. Dit is geen eenvoudige opgave, die voldoende tijd vergt. Je dient immers gegevens te verzamelen vanuit alle mogelijke bronnen: databanken (vb. huidige vraag en aanbod van zorgfaciliteiten, verkeersgegevens, enz.) en bevragingen (interviews met ouderen, focusgroepen, vragenlijsten). Probeer zoveel als mogelijk te objectiveren. Het is gemakkelijk om te vragen aan een oudere of hij of zij veel risico loopt in de huidige verkeerssituatie in de gemeente. Het is echter vaak heel informatief om dit al dan niet bevestigd te zien in de huidige statistieken van ongevallen. Voor elk proces en uitkomstdomein zijn meerdere objectieve bronnen te consulteren, indien je ze weet te identificeren. Input van de brede werkgroep is hierbij wederom cruciaal.

Stap 4: Doelstellingen. Je hebt nu alle informatie om de ruimte voor verbetering binnen de matrix van uitkomst- en procesdomeinen te identificeren, aan de hand van uitkomst- en procesindicatoren. Het is van belang dat de correcte definitie van hoe elk van die indicatoren best gemeten wordt (wat staat er exact in de teller en noemer) breed wordt afgestemd binnen de werkgroep. Hier dient een consensus over te bestaan, zodat discussie over 'waarheidsgetrouwheid' in latere fasen wordt voorkomen. Soms betreft het een eenvoudig percentage (vb. sterftecijfer), soms betreft het meer complexe schaal (vb. meting van tevredenheid, kwaliteit van leven, etc.) Het concept 'ruimte voor verbetering' impliceert dat je op de indicatoren, waarbij er geen bijna perfect resultaat kan worden voorgelegd een concrete doelstelling gaat enten. Stel dat momenteel 20% van de ouderen schrik heeft om 's avonds buiten te komen in onze gemeente. Tegen de volgende cyclus (bijvoorbeeld 4 jaren verder) is het de doelstelling dat dit met 10% zal gereduceerd worden tot 10%. Deze doelstellingen zijn SMART: specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden. Het aspect 'realistisch' is zeker tijdens een eerste cyclus moeilijk in te schatten, maar naarmate je lokaal ouderenbeleid enkele cycli heeft doorlopen wordt wat haalbaar is en wat niet duidelijker vanuit de opgebouwde ervaring. Je kan hierbij ook putten uit de vergelijking met andere gemeenten en/of met het regionale en nationale gemiddelde (benchmarking). Wees er echter voor beducht dat je als gemeente geen 'gemiddelde' gemeente wil zijn voor je ouderen. Je wil een goede, excellente gemeente zijn voor je ouderen, met een prestatie van (bijna) 100%.

Stap 5: Prioriteiten. Je weet van bij aanvang reeds welk totaalbudget je als gemeente kan besteden aan het lokale ouderenbeleid. In moeilijkere financiële tijden zal dat budget onvol-

doende zijn om alle doelstellingen volwaardig te kunnen ondersteunen. Elke doelstelling op zich vergt immers een geheel van acties, waar voldoende financiering voor moet worden voorzien. Zo niet verwatert het geheel en doe je veel, fragmentarisch, maar met weinig resultaat. Je moet binnen het lokaal ouderenbeleid dus ook durven focussen op enkele kerndoelstellingen als prioriteiten. Deze selectie is deels een politieke keuze, die echter best zoveel mogelijk in samenspraak met de volledige werkgroep plaatsvindt. Daar bevindt zich de gedeelde wijsheid en ervaring. En met hun positieve ondersteuning en betrokkenheid staat of valt het verdere verloop.

Stap 6: Actieplanning. Eens de prioriteiten gesteld zijn, ga je voor elk van hen binnen een afzonderlijk project acties plannen. Je baseert de mogelijke acties op bestaande best practices die elders succesvol zijn geweest (geïdentificeerd via netwerking tussen gemeenten, via de literatuur, via de leden van de werkgroep). Hierbij moet er echter ook ruimte zijn voor creativiteit en innovatie. Bij lokaal ouderenbeleid is out of the box durven denken vaak succesvol. Denk er ook aan dat sommige van de acties positieve effecten kunnen hebben op meerdere proces- en uitkomstindicatoren, voor meerdere van de gestelde prioriteiten. Des te meer je van die onderlinge kruisbestuivingen kan realiseren, des te beter. Je selecteert de acties op basis van hun verwachte effectiviteit in het bijdragen tot het realiseren van de doelstelling en op basis van de totaalkosten die een actie met zich meebrengt. Zorg ervoor dat op het einde van de rit de rekening klopt: de acties zijn financieel volledig becijferd en je blijft binnen de perken van het totaalbudget voor lokaal ouderenbeleid. Eens de acties zijn geselecteerd binnen afzonderlijke projecten per prioritaire doelstelling, wordt het ook duidelijk welke de rollen zullen zijn van de leden van de werkgroep binnen elk project. Meestal dienen er

aanvullend per project nog bijkomende externe partners en/of experts te worden betrokken.

Stap 7: Implementatie. Het lokaal ouderenbeleid verschuift in deze fase van de brede werkgroep naar afzonderlijke projectgroepen. Deze projectgroep komt regelmatig samen onder leiding van een vaste voorzitter of coördinator. In onderlinge samenspraak worden er concrete werkpakketten afgebakend voor de uitvoerende partners, financiële middelen worden toegewezen doorheen de tijd en deadlines van oplevering worden hieraan gekoppeld. We bevinden ons nu in de implementatiefase, met regelmatige opvolging en rapportering over het verloop, zowel binnen de projectgroepen als naar de brede werkgroep toe. Tegelijkertijd krijgt het project concreet gestalte in de praktijk.

Stap 8: Evaluatie en cyclushernieuwing. Hiermee sluiten we de cirkel van continue verbetering. Immers, op het einde van de projecten wordt er teruggekoppeld naar de brede werkgroep (stap 1) over de behaalde effecten op proces- en uitkomstindicatoren (stap 2 en 3). Je beoordeelt de nieuwe 'baseline' als huidige toestand en stelt nieuwe doelstellingen en prioriteiten (stap 4 en 5). Bepaalde projecten worden verdergezet of uitgebreid. Anderen worden geschrapt, indien ze niet het gewenste effect hadden (stap 6). Wees wel niet te voorbarig met schrappen, zoals reeds eerder besproken. Het is niet omdat er door ouderen weinig of geen gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld gespecialiseerd vervoer, dat zulk vervoer geen goed instrument is voor gezondheid en welzijn. De nieuwe uitdaging zal dan eerder zijn hoe je de ouderen meer actief naar dat gespecialiseerde vervoer kan toe leiden. Nieuwe uitdagingen, nieuwe ambities. Tot slot raden we ook aan om het lokaal ouderenbeleid, de doelstellingen, de projecten en de behaalde resultaten breed te

delen met de bevolking. Dit stimuleert participatie in de meest brede zin van het woord.

Besluit

De eerste prioriteit voor de gemeenten vandaag is aansturing en netwerking. De tijd waarin je als gemeente en OCMW het aanbod volledig zelf wou en kon organiseren, is voorbij. De schaarse financiële middelen dienen ingezet daar waar ze nodig zijn: het overzicht over zorg, coördinatie en de bewaking van kwaliteit enerzijds; het gericht aanmoedigen en organiseren van een gezonde levensstijl in een gunstige omgeving anderzijds. Beide onderdelen kennen een preventief effect en verdienen daarom verdere uitbreiding. Enkel zo kunnen we de golf van zorguitbreiding enigszins afremmen: door in te zetten op de mogelijkheden van ouderen om gezond en gelukkig thuis en in hun omgeving te blijven wonen. Daarin dienen gemeenten volop te investeren.

Horizontale en verticale aansturing

De uitdaging is om het geheel geïntegreerd en gecoördineerd vorm te geven, met een overstijgen van het sectorale hokjesdenken. Dit is geen eenvoudige opgave, vermits schepenen en ambtenaren verantwoordelijk zijn voor gescheiden sectorale bevoegdheden, met een onderlinge concurrentie wat betreft middeleninzet. De uitweg is de overstap naar horizontale beleidslijnen doorheen de verticale sectoren, waarbij er binnen zulke matrix ook horizontale verantwoordelijkheden en effectief leiderschap worden toegewezen. Enkele gemeenten zijn voorloper in het aanstellen van een schepen voor een strategische doelstelling doorheen de sectoren. Dit kunnen we enkel aanmoedigen.

Om aansluiting te krijgen op het beleid van hogere overheden, dienen ook op die niveaus een matrixstructuur met aansluitende doelstellingen te worden gecreëerd. Op die wijze speelt iedereen goed in op elkaar. Ouderenbeleid is binnen zulke benadering een sterk integrerende kracht, met potentiële voordelen voor bijna alle gemeentelijke verantwoordelijkheden, van parkeerbeleid tot het verbeteren van de luchtkwaliteit.

De kracht van veroudering: een opportuniteit voor alle generaties

Ouderenbeleid zou wel eens een effectieve stimulans kunnen zijn om ook voor de rest van de samenleving de wereld op een meer gezonde en duurzame wijze in te richten: het afstemmen van de omgeving waarin we allen leven op een innovatieve ruimtelijke ordening, huisvesting, transport, energiebehoeften, een groene voetafdruk, waterbesparingen, enz. (Nelson, 2010; Scarfo, 2011). De vergrijzing kan een stuwende kracht zijn om op haar beurt onze omgeving en buurten te verbeteren. Hierdoor kunnen sommige wijken herboren worden (Wiesel, 2012). De babyboom generatie beschikt over financiële middelen om te herinvesteren. Ze willen zich meer permanent settelen om de laatste decennia van hun leven kwalitatief door te brengen en zijn hierdoor meer gericht op een uitbouw op de langere termijn. De oudere wordt meer eisend, opgeleid, actief, welgesteld en technologisch kundig (Kennedy, 2010). Ze doen twee maal meer aan vrijwilligerswerk, dragen bij tot cultuur, sociale participatie, etc. Hij of zij heeft evengoed recht op de gemeente, de stad, het dorp... als andere doelgroepen. Hij of zij wil zelf beslissen of men individueel of in groep aan fysieke activiteit doet, in door of out door, net zoals wat betreft de vele andere keuzemogelijkheden die elk van ons benut om ons leven gestalte te geven (Baert et al, 2011). Via hun specifieke behoeften,

waarop ze in toenemende mate zullen staan dat deze ingevuld worden, dwingt de babyboom generatie ons om de koe bij de horens te vatten. Deze strategie sluit perfect aan bij de overstap van een 'deficit' naar een 'troef' model van de rol van ouderen in onze samenleving (Buffel et al, 2012).

Dit alles is ook goed voor de economie: woningaanpassingen, nieuwe nichemarkten in huisvesting, technologische hulpmiddelen (ICT oplossingen in huis zoals sensoren, tele-hulpverlening, assisterende robots), de verdere uitbouw van de zorgketen en netwerken, het aanbieden van case management, enz. Deze noden zetten aan tot productiviteit, stimuleren groei en welvaart (Kennedy, 2010). Volgens Scharlach (2009) zijn dit de kernwoorden voor ouderenbeleid: compensatie (voor bijkomende behoeften), continuïteit, connectie, contributie (wijsheid) en challenge. het leven blijft positief uitdagend, ook op hogere leeftijd.

Vrijheid geven aan creativiteit

We ronden deze analyse af met tien voorbeelden van creativiteit en innovatie. Het lokale weefsel is immers ongelofelijk rijk om uit te putten: 'best friend' conciërges in appartementsblokken; uitwisselingsprogramma's voor ouderen die aan vrijwilligerswerk doen; bedrijven die zoeken naar matches in woonbehoeften tussen jongeren en ouderen; winkelescorten; ontbijtzwemmen; de jeugd als IT trainers voor ouderen; burens voor burens; 1 toit 2 âges; bien vivre chez soi; en trage wegen doen bewegen. De reeds bestaande creativiteit is een bron van inspiratie voor alle gemeenten. Het komt er nu op aan de overstap te maken van demonstratieprojecten naar hervorming van het algemene beleid.

Referentielijst

Anttonen A, Haikio L. Care going market. Finnish elderly care policies in transition. *Nordic Journal of Social Research* 2011;special issue:1-22.

Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing Research Reviews* 2011;10:464-74

Benjamin A, Matthias R, Kietzman K, Furman W. Retention of paid related caregivers: who stays and who leaves home care careers? *The Gerontologist* 2008;48(1):104-13.

Berke E, Koepsell T, Moudon A, Hoskins R, Larson E. Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons. *American Journal of Public Health* 2007;97(3):486-92.

Bigonnesse C, Garon S, Beaulieu M, Veil A. L'émergence de nouvelles formules d'habitation: mise en perspective des enjeux associé aux besoins des aînés. *Economie et Solidarités* 2011;41(1):88-103.

Booth M, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine* 2000;31:15-22.

Buffel T, Verté D. Experiences of place and neighbourhood in later life: developing age-friendly communities. PhD manuscript Pedagogische wetenschappen richting Agogische wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, 2012

Casteels Y, Nuyttens N. Verkeersveiligheid in het Vlaams Gewest 2000-2007. BIVV- Observatorium voor de Verkeersveiligheid, 2009.

Clarke P, George L. The role of the built environment in the disablement process. *American Journal of Public Health* 2005;95:1933-39.

Clarke P, Nieuwenhuijsen E. Environments for healthy ageing: A critical review. *Maturitas* 2009;64:14-19.

Christelijke Mutualiteiten. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen. 2011;1-7.

Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Frank J. The impact of a naturally occurring retirement communities service program in Maryland, USA. *Health Promotion International* 2010;25(2):210-20.

Collia D, Sharp J, Giesbrecht L. The 2001 national household travel survey: a look into the travel patterns of older Americans. *Journal of Safety Research* 2003;34:461-70.

Cooper R, Boyko C, Cooper C. Design for health: the relationship between design and non communicable diseases. *Journal of Health Communication: International perspectives* 2011;16:134-57.

Davis S, Bartlett H. Healthy ageing in rural Australia: issues and challenges. *Australasian Journal on Ageing* 2008;27(2):56-60.

Dumbaugh E. Designing communities to enhance the safety and mobility of older adults: a universal approach. *Journal of Planning Literature* 2008;23:17-36.

European Union. How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors. September 2011.

Feldman P, Oberlink M. The AdvantAge initiative. Developing community indicators to promote the health and well-being of older people. *Family and Community Health* 2003;26(4):268-74.

Fratiglioni L, Wang H, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000;355:1315-19.

Gardner P. Natural neighborhood networks – important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies* 2011;25:263-71.

Gezondheidsenquête België. Rapport II – Leefstijl en preventie. Operationele directie volksgezondheid en surveillance, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008.

Hall C, Davies J, Sherriff N. Health in the urban environment: a qualitative review of the Brighton and Hove WHO healthy city program. *Journal of Urban Health* 2009;87(1):8-28.

Hunter R, Sykes K, Lowman S, Duncan R, Satariano W, Belza B. Environmental and policy change to support healthy aging. *Journal of Aging and Social Policy* 2011;23(4):354-71.

Institute of Medicine. Nutrition and healthy aging in the community: workshop summary. Washington DC: The National Academies Press, 2012.

Ivery J, Akstein-Kahan D, Murphy K. NORC supportive services model implementation and community capacity. *Journal of Gerontological Social Work* 2009;53(1):21-42.

KCE. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2011.

Kennedy C. The city of 2050. An age-friendly, vibrant, intergenerational community. *Journal of the American Society on Aging* 2010;34(3):70-75.

Koning Boudewijnstichting. Het woonzorgcentrum in de 21ste eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl. 2009.

Krause N. Neighborhood conditions and helping behavior in late life. *Journal of Environmental Psychology* 2011;31:62-69.

Kweon B, Sullivan W, Wiley A. Green common spaces and the social integration of inner-city older adults. *Environment and Behavior* 1998;30:832.

Kyriacou C, Vladeck F. A new model of care collaboration for community-dwelling elders: findings and lessons learned from the NORC-healthcare linkage evaluation. *International Journal of Integrated Care* 2011;11:1-20.

Locher J, Ritchie C, Roth D, Baker P, Bodner E, Allman R. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science and Medicine* 2005;60:747-61.

Lundsgaard J. Consumer direction and choice in long term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? OECD Health working papers 20, 2005.

Maas J, Verheij R, Groenewegen P, de Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *J Epidemiol Community Health* 2006;60: 587-92.

Maclaren C, Landsberg G, Schwartz H. History, accomplishments, issues and prospects of supportive service programs in naturally occurring retirement communities in New York State. *Journal of Gerontological Social Work* 2008;49:127-44.

Masotti P, Fick R, Masotti A, MacLeod S. Healthy naturally occurring retirement communities: a low cost approach to facilitating healthy aging. *American Journal of Public Health* 2006;96:1164-70.

Michael Y, Green M, Farquhar S. Neighborhood design and active aging. *Health and Place* 2006;12:734-40.

Milisen K. Klinische aspecten van vrijheidsbepalende maatregelen. Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KU Leuven, 2011.

Milisen K, Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Boonen S, et al. Valpreventie in woonzorgcentra. *Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen*. Leuven: ACCO, 2012.

Neal M, Delatorre A. The WHO age-friendly cities project. *Generations – Journal of the American Society on Aging* 2009;33(2):74-75.

Nelson A. Catching the next wave: older adults and the 'new urbanism'. *Generations – Journal of the American Society on Aging* 2010;33(4):37-42.

OECD. Help wanted? Providing and paying for long term care. *OECD Health policy studies*, 2011.

Oswald F, Wahl H, Schilling O, Nygren C, Fange A, Sixsmith A, et al. Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist* 2007;47(1):96-107.

Oxley H. Policies for healthy aging: an overview. *OECD Health working papers*, 2009.

Plouffe L, Kalache A. Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gac Sanit* 2011;25(S):131-37.
Robinson K, Reinhard S. Looking ahead in long-term care: the next 50 years. *Nursing Clinics of North America* 2009;44:253-62.

Scarfo B. Building a more sustainable future for senior living. *Educational Gerontology* 2011;37(6):466-87.

Scharlach A. Creating aging-friendly communities. *Generations – Journal of the American Society on Aging* 2009;33(2):5-11.

Test-Aankoop. 65+ en voeding. Eetpatroon niet steeds op smaak. *Test-aankoop* 537, december 2009.

VAB. Senioren in het verkeer. *VAB dossiers*, 2012.

Van Buggenhout M, Van Rompaey B, Dierckxsens S. De weg naar meer transparantie, wachtlijsten in Vlaamse woonzorgcentra. *Ablecare bvba*, 2012.

Van Der Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. *KCE reports vol 47A.*, 2006.

Verté D, De Witte N, De Donder L. Schaakmat of aan zet? Monitor voor lokaal ouderenbeleid in Vlaanderen. *Brugge: Vanden Broele*, 2007.

Verté D. Hoe goed voelen senioren zich in hun vel? De Standaard, 7 november 2007.

Wenjun L, Keegan T, Sternfeld B, Sidney S, Quesenberry C, Kelsey J. Outdoor falls among middle-aged and older adults: a neglected public health problem. *American Journal of Public Health* 2006;96:1192-200.

Wennberg H, Hyden C, Stahl A. Barrier free outdoor environments: older peoples' perceptions before and after implementation of legislative directives. *Transport Policy* 2010;17:464-474.

Whelan M, Langford J, Oxley J, Koppel S, Charlton J. The elderly and mobility: a review of the literature. Monash University Accident Research Centre, 2006.

WHO. Active Ageing. Towards age-friendly primary health care. 2004.

WHO. Global health and aging. 2011.

Wiesel I. Can ageing improve neighbourhoods? Revisiting neighbourhood life-cycle theory. *Housing, theory and society* 2012;29(2):145-56.

Winters S. Wonen en zorg voor een nieuwe generatie ouderen. In: *Welzijns- en gezondheidszorg, bejaardenzorg* 2009;73:61-80.

Yen I, Anderson L. Built environment and mobility of older adults: important policy and practice efforts. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60:951-56.

Yen I, Michael Y, Perdue L. Neighborhood environment in studies of health of older adults. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2009;37(5):455-63.

Voor duurzame economische groei
en sociale bescherming.