



Planbureau voor de Leefomgeving

# ZELFSTANDIG THUIS OP HOGE LEEFTIJD

Verkenning van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk

## **Achtergrondstudie**

**Femke Daalhuizen, Frank van Dam, Carola de Groot,  
Frans Schilder & Marieke van der Staak**

Met medewerking van Kees Leidelmeijer (Stichting In Fact), George de Kam (RuG),  
Hans van Amsterdam (PBL) en Manon van Middelkoop (PBL)

18 juli 2019

PBL

## **Colofon**

### **Zelfstandig thuis op hoge leeftijd: verkenning van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk. Achtergrondstudie.**

© PBL Planbureau voor de Leefomgeving

Den Haag, 2019

PBL-publicatienummer: 3663

#### **Contact**

Femke.daalhuizen@pbl.nl

#### **Auteurs**

Femke Daalhuizen,

Frank van Dam,

Carola de Groot,

Frans Schilder,

Marieke van der Staak

#### **Redactie figuren**

Beeldredactie PBL

#### **Met dank aan:**

Kees Leidelmeijer (RIGO, Stichting In Fact), George de Kam (RuG), Hans van Amsterdam (PBL) en Manon van Middelkoop (PBL)

We zijn de leden van de klankbord en onze gesprekspartners bij de interviews en regiobijeenkomsten zeer erkentelijk voor hun bijdragen en hun commentaren op de deelproducten en de beleidsstudie (<https://themasites.pbl.nl/zelfstandig-thuis-op-hoge-leeftijd>)

De bevindingen van het onderzoek komen voor rekening van de auteurs van de studie en representeren niet noodzakelijkerwijs de mening van de deelnemers aan de klankbord en interviews.

#### **Eindredactie en productie**

Uitgeverij PBL

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: PBL (2019). Zelfstandig thuis op hoge leeftijd: verkenning van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk. Achtergrondstudie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

Het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) is het nationale instituut voor strategische beleidsanalyses op het gebied van milieu, natuur en ruimte. Het PBL draagt bij aan de kwaliteit van de politiek-bestuurlijke afweging door het verrichten van verkenningen, analyses en evaluaties waarbij een integrale benadering vooropstaat. Het PBL is voor alles beleidsgericht. Het verricht zijn onderzoek gevraagd en ongevraagd, onafhankelijk en wetenschappelijk gefundeerd.

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Aanleiding	6
1.2	Doel en scope van deze studie	8
1.3	Aanpak	9
1.3.1	Kwantitatieve pijler	10
1.3.2	Kwalitatieve pijler	11
1.3.3	Selectie van casusgebieden	13
1.4	Leeswijzer	16
	Literatuur	18
<b>2</b>	<b>Woon- en zorgbeleid en spelers</b>	<b>20</b>
2.1	Beleid voor langer zelfstandig wonen in historisch perspectief	20
2.2	Hedendaags zorgbeleid	21
2.2.1	Scheiden van wonen en zorg	21
2.2.2	Hervorming langdurige zorg	24
2.3	Woonbeleid	37
2.3.1	Gemeenten: visies en prestatieafspraken	38
2.3.2	Corporaties: ruimte op het speelveld van wonen en zorg	39
2.4	Langer zelfstandig wonen in internationaal perspectief	40
2.5	Langer zelfstandig wonen in de toekomst	42
2.6	Besluit	43
	Literatuur	44
<b>3</b>	<b>Knelpunten bij ouderen</b>	<b>49</b>
3.1	Gezondheid en kwetsbaarheid	49
3.1.1	Een langer (on)gezond leven	49
3.1.2	Kwetsbare zelfstandig wonende ouderen	52
3.2	Welzijn en het sociale netwerk	59
3.2.1	Alleen en eenzaam?	59
3.2.2	Het belang van het sociale netwerk	60
3.2.3	Vaardigheden	62
3.3	Alleen- of samenwonend	63
3.4	Sociaaleconomische kwetsbaarheden	65
3.4.1	Opleiding	65
3.4.2	Werk	65
3.4.3	Financiële middelen	66
3.4.4	Beschouwing financiële knelpunten	80
3.5	Mobiliteit en actieradius	81
3.6	Meerkleurig grijs: oudere migranten	83
3.7	Woning	85
3.7.1	Geschikte woningen om oud in te worden	85
3.7.2	Nieuwe woonconcepten	95
3.8	Woonomgeving	95
3.8.1	Fysieke kenmerken	96
3.8.2	Functionele kenmerken	97

3.8.3	Sociale geschiktheid woonomgeving	106
3.9	De bakstenen én de omgeving	109
3.10	Besluit	112
	Literatuur	114
<b>4</b>	<b>Knelpunten bij beleid en institutionele spelers</b>	<b>122</b>
4.1	Knelpunten in wet- en regelgeving en beleid	122
4.1.1	Wettelijke kaders in relatie tot de leefomgeving	122
4.1.2	Wettelijke kaders bij Zorgbeleid	128
4.1.3	Wettelijke kaders bij Woningmarktbeleid	133
4.1.4	Interactie tussen domeinen en actoren	135
4.2	Attitudes van professionals	137
4.2.1	Eigen achterban	137
4.2.2	Onduidelijke verantwoordelijkheid in maatschappelijke opgave van LZW	138
4.2.3	Geen domein-overstijgend perspectief, dus geen gedeelde visie of aanpak op LZW	140
4.2.4	Domein-overstijgende opgaven van langer zelfstandig wonen	140
4.3	Besluit	141
	Literatuur	143
<b>5</b>	<b>Gevolgen van langer zelfstandig wonen</b>	<b>147</b>
5.1	Verduurzaming van de woningvoorraad	147
5.1.1	Het domein overstijgend effect, in theorie en een blik op de praktijk	148
5.1.2	Beleidsmatige dilemma's bij domein overstijgende problemen langer zelfstandig wonen	149
5.2	Behoeftte aan geschikte woningen	150
5.2.1	Omvangrijke aanpassingsopgave	151
5.2.2	Vraag naar vernieuwende woonvormen	151
5.3	Dynamiek op de woningmarkt	154
5.3.1	Geringere dynamiek op de korte termijn	154
5.3.2	Toenemende dynamiek op de langere termijn	155
5.4	Maatschappelijk vastgoed	159
5.5	Zorg- en arbeidsmarkt	160
5.6	Financiën	163
5.6.1	Decentralisatie: andere potjes en verschuivende schotten	164
5.6.2	Langer zelfstandig wonen: meer (woon)genot en minder kosten	165
5.6.3	Schotten en systemen: nut en noodzaak, en problemen	166
5.7	Besluit	166
	Literatuur	168
<b>6</b>	<b>Beleid en handelingsopties</b>	<b>173</b>
6.1	Inleiding	173
6.2	Eigen regie	173
6.2.1	Aanpassen of verkassen	173
6.2.2	Geschikte woonomgeving	176
6.2.3	Samen zorgen	176
6.2.4	Grenzen aan de eigen regie	177
6.3	Ontschotten?!	178
6.4	Drempels wegnemen	181
6.4.1	Woonzorgvisies	181

6.4.2 Digitalisering	183
6.4.3 Financiering en verzekering	185
6.4.4 Nieuwe woonzorgconcepten	187
6.4.5 Zorg- en arbeidsmarkt	188
6.4.6 Leegstand	188
6.5 Besluit	189
Literatuur	193
<b>Bijlage gesprekspartners</b>	<b>200</b>

# 1 Inleiding

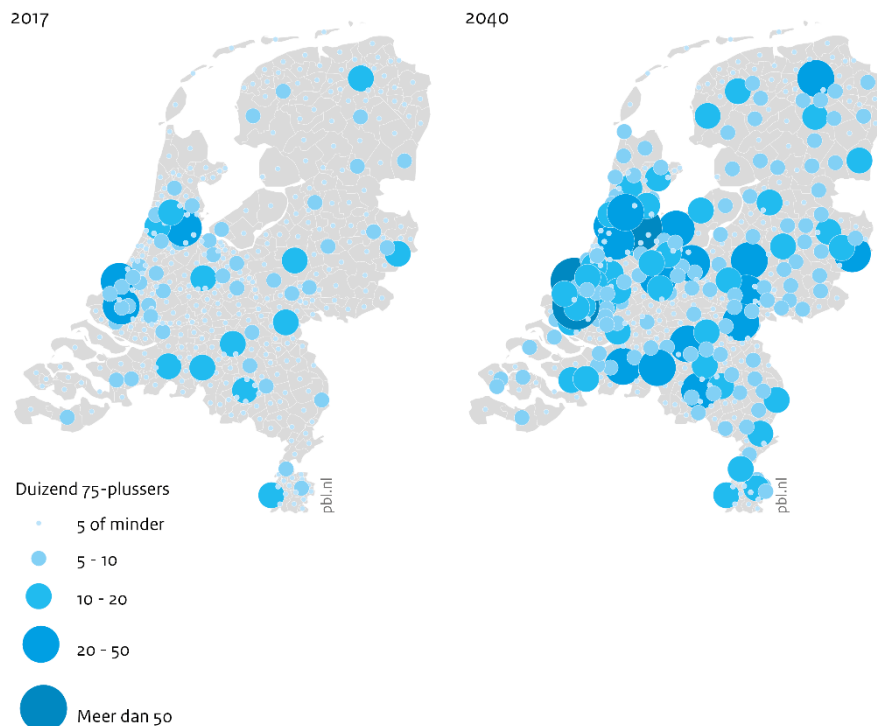
## 1.1 Aanleiding

### Steeds meer oude ouderen die zelfstandig wonen

De Nederlandse bevolking vergrijst de komende decennia in een rap tempo. Deze versnelling komt doordat de grote groep babyboomers – de generatie geboren in de periode 1945-1965 – de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt of in de komende jaren gaat bereiken. Binnen de groep ouderen groeit vooral de groep 'oude ouderen', de 75-plussers. Dit fenomeen staat ook wel bekend als 'dubbele vergrijzing'. In 2017 telde Nederland zo'n 1,3 miljoen 75-plussers; in 2040 zal dit aantal naar verwachting zijn verdubbeld naar 2,6 miljoen. De vergrijzing doet zich voor in heel Nederland, in absolute zin vooral in de steden, in relatieve zin vooral op het platteland (zie figuur 1.1; zie ook Van Dam et al. 2013). Volgens de CBS/PBL huishoudensprognose zal het aantal 75-plussers in de regio Amsterdam in krap 25 jaar toenemen met ruim 100.000, terwijl in de Drentse regio's een toename is voorzien van tussen de 10.000 en 16.000 75-plussers tussen 2017 en 2040.

**Figuur 1.1**

### Aantal 75-plussers per gemeente



Bron: CBS; bewerking PBL

De ouderen van vandaag en morgen wonen vaker en langer – op hoge leeftijd, ook als de beperkingen toenemen – zelfstandig dan de ouderen van gisteren. Ouderen willen dit niet alleen zelf (Rli 2014; Van Dam et al. 2013), maar ook het Rijksbeleid is hierop gericht. Met de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) beoogt het kabinet dat ouderen langer zelfstandig wonen

waarbij nadrukkelijk een beroep wordt gedaan op het sociale netwerk van ouderen voor het verlenen van zorg en ondersteuning. Het uiteindelijke doel is dat ouderen niet of pas veel later – als zij een intensieve vorm van zorg nodig hebben – naar een zorginstelling verhuizen (zie bijvoorbeeld Van Campen et al. 2017). In samenhang met dit beleid is het aantal intramurale verblijfplaatsen binnen verpleeg- en verzorgingshuizen flink afgenomen (Rli 2014)<sup>1</sup>. Over het algemeen bestaat er veel draagvlak voor het langer zelfstandig wonen van ouderen; zowel in de politiek, de nationale overheid en lokale overheden als in de samenleving (Rli 2014; Sprangenberg & Jobsen 2016). Een Gelderse verpleeghuisdirecteur gaat nog een stapje verder dan veel anderen door te pleiten voor de 'afschaffing' van verpleeghuizen: ouderen met een zware zorgbehoefte moeten thuis kunnen blijven wonen en daar verpleeghuiszorg kunnen krijgen (Trouw 2015). Binnen de huidige regelgeving is dit mogelijk, zo lang de oudere met de beschikbare zorglevering gezond en veilig thuis kan blijven wonen (Rijks-overheid 2016). Kritische geluiden zijn er evenwel ook te horen. Zo wijzen sommigen erop dat er een grens kleeft aan het langer zelfstandig wonen van ouderen. Er zijn met name knelpunten bij de groep ouderen die relatief kwetsbaar zijn: zij hebben een laag inkomen, vaak een gebrekkig sociaal netwerk en zijn niet redzaam (Vermeij & Engbersen 2017; Hoo-gendijk et al. 2014, 2016). Met het oog op deze knelpunten wordt in de populaire media soms gepleit voor de terugkeer van het 'verzorgingstehuis 2.0', zoals hofjeswoningen met een gemeenschappelijke binnentuin en ontmoetingsruimte (NRC 2017a, NRC 2017b; De Volkskrant 2018).

### **Integraal vraagstuk**

Het langer zelfstandig wonen van ouderen is vooralsnog geen vanzelfsprekende, goed geoliede machine. Dit blijkt ook uit het Pact voor de Ouderenzorg dat in 2018 op initiatief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd gesloten met zo'n 40 partijen, waaronder het kabinet, gemeenten, zorgverleners, verzekeraars en allerlei maatschappelijke partijen. Met het pact komen deze partijen in actie om de zorg en de woonsituatie voor ouderen te verbeteren (Ministerie van VWS 2018a). De hieruit voortvloeiende actielijnen in het programma 'Langer Thuis' van het Ministerie van VWS zijn onder andere gericht op het verbeteren van de zorg en ondersteuning thuis en het stimuleren van de mate waarin ouderen in een geschikte woning wonen (Ministerie van VWS 2018b).

De vraag is dan ook op welke punten het langer zelfstandig wonen van ouderen nadrukkelijk knelt, zowel bij ouderen als in bestuurlijke en beleidsmatige zin. Ook kan de vraag worden gesteld welke gevolgen het langer zelfstandig wonen van ouderen heeft in bredere zin. Het langer zelfstandig wonen van ouderen is immers een integraal vraagstuk met wederkerige relaties tussen verschillende beleidsdomeinen (zoals wonen, zorg, welzijn, financiën). Deze wederkerigheid uit zich in de mogelijke knelpunten én gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen. Knelpunten kunnen voortkomen uit wet- en regelgeving binnen aanpalende beleidsdomeinen. Denk bijvoorbeeld aan het verzilveren van de overwaarde voor de bekostiging van woningaanpassingen of bijvoorbeeld de passendheidsnorm<sup>2</sup> voor zorgwoningen<sup>3</sup>.

Bij de gevolgen kan onderscheid worden gemaakt tussen twee typen. In de eerste plaats kan het langer zelfstandig wonen concrete gevolgen hebben voor beleidsdoelen die zijn geformuleerd op andere beleidsterreinen. Zo kan het langer zelfstandig wonen op gespannen voet komen te staan met het energiebeleid (Van Middelkoop 2014). Ook is het denkbaar dat het invloed heeft op de wens om de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen te verhogen. Onderzoek laat immers zien dat mantelzorgers minder vaak participeren op de arbeidsmarkt dan

<sup>1</sup> Gezien de demografische ontwikkelingen (van vergrijzing en meer complexe zorgvragen) voorzien sommigen in de (nabije) toekomst een tekort in het aantal intramurale verblijfplaatsen (Alders & Schut 2019).

<sup>2</sup> Dit is een wettelijke norm die bepaalt dat woningcorporaties vanaf 2016 minimaal 95% van alle huurtoeslag-gerechtigde woningzoekenden een financieel passende woning moeten toewijzen met een huurprijs onder de aftoppingsgrens (De Groot et al. 2016).

<sup>3</sup> In de Kamerbrief 'Maatregelen huurmarkt en evaluatie herziene woningwet' oppert Minister Ollongren het voornemen, om ouderen met een laag inkomen en met vermogen uit te zonderen van passend toewijzen, met de Tweede Kamer te willen bespreken (Ministerie van BZK 2019).

niet-mantelzorgers (De Vries & Van der Mooren 2010; zie ook Josten & De Boer 2015) en dat vrouwen vaker mantelzorg verlenen dan mannen (Josten & De Boer 2015). Ten tweede kan het langer zelfstandig wonen van ouderen ook nieuwe beleidsproblemen en vraagstukken oproepen. Een actuele vraag is bijvoorbeeld in hoeverre het vermogen uit de eigen woning of pensioenen kan worden vrijgespeeld voor de bekostiging van zorg of woningaanpassingen. Daarnaast zijn er alarmerende berichten over de oplopende druk van het langer zelfstandig wonen van ouderen elders in het zorgsysteem, niet alleen op de Spoed Eisende Hulp (SEH) maar bijvoorbeeld ook bij huisartsen (Boekee & Hoekstra 2018; Kommer & Mulder 2017; NZa 2016) en mantelzorgers (Jansen et al. 2016).

Iets wat niet altijd zo expliciet wordt benoemd, is dat de gevolgen van het langer zelfstandig wonen in zekere mate afhankelijk zijn van het woongedrag en in het bijzonder van het verhuis- en investeringsgedrag van ouderenhuishoudens. Blijven zij in hun huidige woning wonen, al dan niet met aanpassingen, of verhuizen zij naar een geschiktere woning en/of geschiktere woonomgeving al dan niet dichterbij de kinderen die mantelzorg kunnen leveren? Want als ouderen blijven wonen in de woning waarin zij al sinds jaar en dag wonen – wat vaker dan vroeger een (ruime) eengezinskoopwoning is – dan komt hun woning voorlopig nog niet beschikbaar voor huishoudens, zoals jonge gezinnen, die graag ruimer zouden willen wonen (Eskinasi & De Groot 2017). Dit is relevant voor de vraag hoe groot de aanpassingsopgave is en in welke mate er nieuwe woningen bijgebouwd moeten worden die specifiek bestemd zijn voor ouderen (Van Dam et al. 2013).

Kortom, het langer zelfstandig wonen van ouderen heeft, onder meer als gevolg van het verhuis- en investeringsgedrag van ouderen en in combinatie met de toenemende vergrijzing, voorziene en onvoorziene gevolgen voor (aanpalende) beleidsdomeinen, spelers die binnen deze domeinen opereren en beleidsdoelstellingen die zijn geformuleerd binnen deze domeinen. Ook roept het nieuwe beleidsvraagstukken en dilemma's op. De mate waarin er sprake is van 'schurende' beleidsdoelstellingen is evenwel onduidelijk. Ook is het onduidelijk of hierbij geografische (regionale, lokale) verschillen bestaan, bijvoorbeeld tussen stad en platteland. Zo is het denkbaar dat ouderen op het platteland eerder zullen verhuizen vanwege een gebrek aan voorzieningen of beperkte mantelzorg in de buurt, waardoor de beleidsdoelstellingen mogelijk uiteindelijk minder 'knellen' dan in de stad.

## 1.2 Doel en scope van deze studie

Met deze studie bouwen we voort op de in 2013 verschenen PBL-studie 'Vergrijzing en Ruimte' (Van Dam et al. 2013). De voorliggende signalerende verkenning is het eindresultaat van een meerjarig onderzoeksprogramma naar het langer zelfstandig wonen van ouderen, zijnde 65-plussers. In het kader van dit onderzoeksprogramma zijn in 2018 studies verschenen naar de mate waarin ouderen de woningmarkt verlaten (Eskinasi & Ritsema van Eck 2018) en de mate waarin de gewenste verduurzaming van de woningvoorraad op gespannen voet staat met het langer zelfstandig wonen van ouderen (Schilder 2019). Separaat is in 2018 een coproductie van het PBL en het SCP verschenen naar de ontwikkeling van het aantal potentiële mantelzorgers in de toekomst (De Jong & Kooiker 2018). Enkele deelboodschappen van dit rapport zijn reeds geland in separate notities. In een eerste notitie is verkend hoe de stapeling van beleidsdoelen – waaronder die van het langer zelfstandig wonen van ouderen – kan leiden tot een grote druk op de bestedingsruimte van ouderen (Schilder et al. 2018). In een tweede notitie zijn de gevolgen verkend van de voorziene demografische ontwikkelingen voor de (druk op de) professionele en mantelzorg (Daalhuizen et al. 2018). De derde notitie liet zien dat veel woningen weliswaar geschikt (te maken) zijn, maar dat de woonomgeving van de helft van de ouderen functioneel weinig of niet geschikt is (Daalhuizen et al. 2019). In de vierde notitie stond de aanpassingsopgave en de behoefte aan nieuwe woonconcepten centraal en welke dilemma's daarbij om de hoek komen kijken



(De Groot et al. 2019). In het verlengde van dit rapport zal in 2019 ook een rapportage worden gepubliceerd naar de evaluatie van woonservicegebieden (De Kam 2019, te verschijnen).

De voorliggende signalerende verkenning heeft drie doelen. Ten eerste moet het meer inzicht geven in de knelpunten bij en de gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen. Uiteraard zijn er in de afgelopen jaren al vele zeer gedegen studies verschenen op dit terrein. Deze zijn echter vaak niet integraal noch domein-overstijgend. In de voorliggende verkenning wordt het vraagstuk van het langer zelfstandig wonen dan ook nadrukkelijk bekeken vanuit een integraal perspectief, waarbij naast de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn, ook aandacht is voor wederkerige relaties met andere (beleids-) domeinen. Het gaat daarbij om de impact van langer zelfstandig wonen op de verduurzaming van de woningmarkt, de behoefte aan geschikte woningen, de dynamiek op de woningmarkt, het maatschappelijk vastgoed, de zorg- en arbeidsmarkt en op de financiën van betrokken actoren. Ten tweede gaan we op zoek naar oplossingen of handelingsopties om mogelijke spanningen tussen beleidsdomeinen en beleidsdoelen te verlichten en om belemmeringen bij het langer zelfstandig wonen te verminderen.

Ten derde moet deze studie meer licht werpen op mogelijke geografische verschillen in de knelpunten, gevolgen en beleidsopgaven tussen stad en platteland. Zo is het denkbaar dat ouderen op het platteland eerder zullen verhuizen vanwege een gebrek aan voorzieningen in de buurt, waardoor de beleidsdoelen mogelijk minder 'knellen' dan bijvoorbeeld in de stad.

In deze studie verwijst 'langer zelfstandig' naar het tot op hogere leeftijd, ook bij toenemende beperkingen, zelfstandig blijven wonen in een reguliere (zelfstandige) woning. Onder 'ouderen' verstaan we iedereen van 65 jaar of ouder. Binnen de groep ouderen onderscheiden we voorts de groep ouderen in de leeftijd 75-84 jaar ('oude ouderen') en de groep 85-plussers ('de alleroudsten'). Bedacht moet worden dat de groep 'ouderen' zeer heterogeen is. De samenstelling van deze groep is zeer divers en er kunnen onderling grote verschillen bestaan in attitudes, woonvoorkeuren, inkomen en vermogen maar bijvoorbeeld ook in de sociale en fysieke kwetsbaarheid (eenzaamheid, gezondheid, zelfredzaamheid). Bovendien moet worden bedacht dat de knelpunten en gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen een grote overlap zullen vertonen met de knelpunten en gevolgen van het langer zelfstandig wonen van jonge dementerenden of jongvolwassenen met beperkingen.

### 1.3 Aanpak

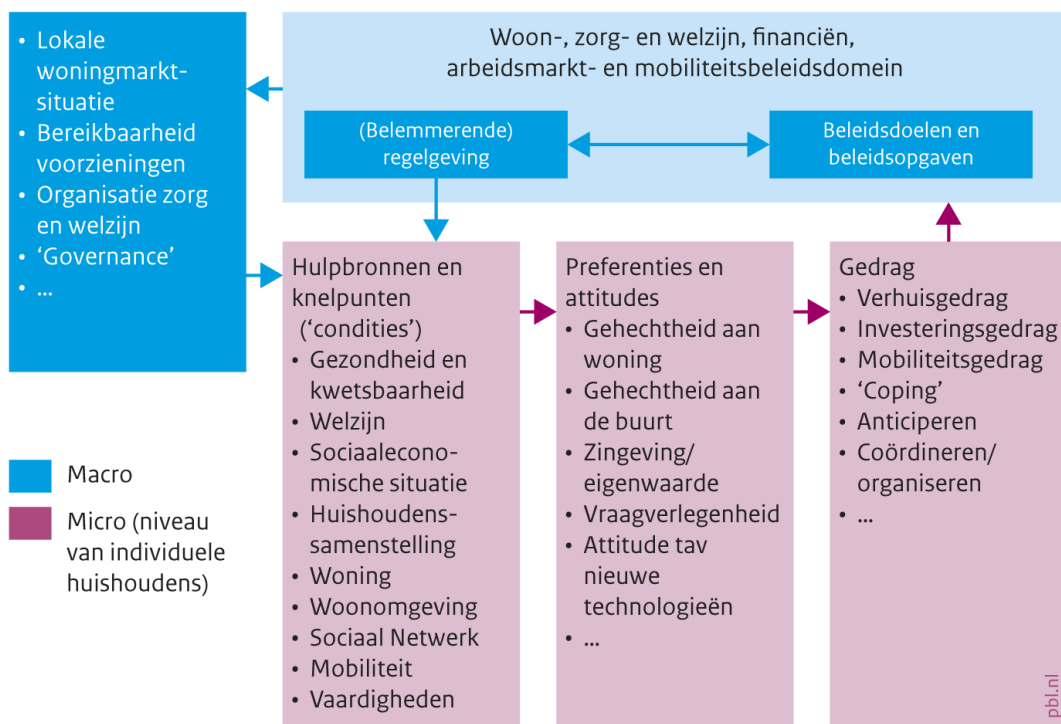
Voor dit onderzoek is gekozen voor een micro-macro benadering. Daarbij veronderstellen we dat de knelpunten en gevolgen het resultaat zijn van een wisselwerking tussen individuele kenmerken en kenmerken van de omstandigheden (zie figuur 1.2).

Knelpunten op het niveau van ouderen kunnen samenhangen met de kenmerken van de ouderenhuishoudens. Denk aan de mentale en fysieke gezondheid, de geschiktheid en aanpasbaarheid van de huidige woning, en de sociaaleconomische situatie. Knelpunten kunnen ook ontstaan als gevolg van regionale of lokale omstandigheden. Denk aan de lokale organisatie van wonen, zorg en welzijn, de geschiktheid en aanpasbaarheid van het woningaanbod, als ook de betaalbaarheid daarvan. Knelpunten kunnen ook voortkomen uit de wijze waarop actoren (zoals gemeenten, de nationale overheid en corporaties) het langer zelfstandig wonen van ouderen ondersteunen, alsook uit wet- en regelgeving. Denk bijvoorbeeld aan het verzilveren van de overwaarde voor de bekostiging van woningaanpassingen en de passendheidsnorm voor zorgwoningen. Door verschillen in de regionale en lokale omstandigheden zijn er ruimtelijke verschillen te verwachten in de knelpunten van het langer zelfstandig wonen van ouderen.

De kenmerken in combinatie met voorkeuren en attitudes van huishoudens zijn bepalend voor het uiteindelijke gedrag van ouderenuishoudens. En via het gedrag van ouderenuishoudens heeft het langer zelfstandig wonen van ouderen gevolgen voor beleidsdoelen en beleidsopgaven binnen verschillende beleidsdomeinen (zie figuur 1.2).

**Figuur 1.2**

### Langer zelfstandig wonen – een micro-macro-benadering



Bron: PBL

Om meer inzicht te krijgen in de knelpunten, gevolgen, opgaven en oplossingen van het langer zelfstandig wonen van ouderen is een mixed-method aanpak gehanteerd. Het onderzoek stoelt op literatuuronderzoek (waarbij is gebruik gemaakt van berichten in de media, wetenschappelijke literatuur alsook beleidspublicaties), verdiepende kwantitatieve analyses en kwalitatief veldwerk.

#### 1.3.1 Kwantitatieve pijler

Om de knelpunten op het niveau van de ouderen te beschrijven is gebruikgemaakt van grootschalige enquêtegegevens en registerdata.

De enquêtegegevens zijn afkomstig uit het cross-sectionele WoonOnderzoek Nederland (WoON; tot 2002 het Woningbehoefteonderzoek (WBO) geheten). Het WoON is een grootschalige enquête die om de drie jaar wordt gehouden en die een representatief beeld geeft van de woonsituatie en woonwensen van de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. De meest recente editie die we voor dit onderzoek konden gebruiken is het WoON 2015. Inmiddels is het WoON 2018 verschenen. Hoewel de data dus niet de meest recente stand van zaken beschrijven, geven de analyses wel een indicatie van de woonsituatie van ouderen. Zeker ook omdat ouderen doorgaans vrij standvastig zijn in hun woonvoorkeuren en hun woongedrag (De Groot et al. 2013).

Daarnaast is gebruikgemaakt van een analysebestand dat eerder is gebruikt voor het onderzoek Monitor Investeringen in de Toekomst (MIT) 2017 in opdracht van het Ministerie van

Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) (Leidelmeijer et al. 2017). De analyses op het databestand zijn (net als de analyses voor de MIT) uitgevoerd door RIGO (Leidelmeijer 2018). Het analysebestand is gestoeld op registerdata van het CBS over persoons- en huishoudenskenmerken zoals leeftijd, huishoudenssamenstelling, woonlocatie en woonsituatie. Ten behoeve van het MIT is het bestand verrijkt met informatie over de geschiktheid van de woning en gegevens over het risico op beperkingen conform de Woonzorgwijzer. De geschiktheid van de woning is bepaald aan de hand van informatie over de fysieke eigenschappen van de woning en bouwkundige inzichten (Leidelmeijer et al. 2017; zie ook paragraaf 3.7). Ten behoeve van ons onderzoek is het analysebestand verder verrijkt met gegevens vanuit de CBS nabijheidsstatistieken. Met deze gegevens is gekeken naar de afstand over de weg tot primaire voorzieningen om de functionele geschiktheid van de woonomgeving te bepalen (voor meer informatie, zie paragraaf 3.8.2). Onder primaire voorzieningen verstaan we de triple A voorzieningen (Aldi/AH, oftewel een supermarkt, arts en apotheek) en een openbaar vervoer halte (zie bijlage ov-haltes). Separaat is de nabijheid tot een woonzorglocatie in kaart gebracht, vanuit de gedachte dat woonzorglocaties een belangrijke buurtfunctie vervullen (De Kam 2019, te verschijnen). Gegevens over de locaties van woonzorggebouwen zijn afkomstig van een PBL-onderzoek naar maatschappelijk vastgoed (Tennekes et al. 2017, zie bijlage woonzorglocaties).<sup>4</sup> Naast gegevens over de nabijheid tot primaire voorzieningen, is het analysebestand verder verrijkt met gegevens over de indicaties die zijn afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor intensieve en langdurige zorg. Het analysebestand is tot slot ook gebruikt voor het onderzoek naar de evaluatie van de woonservicegebieden, waarvan de onderzoeksrapportage in 2019 verschijnt (De Kam, te verschijnen). De gegevens in het analysebestand zijn gebaseerd op individuele personen. Om uitspraken te doen op het niveau van ouderenuishoudens is gebruikgemaakt van een weegfactor is gemaakt waarmee voor elke persoon wordt gewogen naar het aantal leden van het huishouden waar de persoon op dat moment deel van uitmaakt (Leidelmeijer et al. 2017ab). Voor personen die woonachtig zijn in een instelling is dit niet gedaan. Zij blijven tellen als persoon.

### 1.3.2 Kwalitatieve pijler

De verkenning van de knelpunten op het bestuurlijke en institutionele niveau alsook de verkenning van de gevolgen en oplossingen is gebaseerd op kwalitatief veldwerk, welke in twee verschillende rondes is opgeknipt.

#### **Eerste ronde**

In de eerste ronde zijn semigestructureerde interviews gehouden met deskundigen om een eerste beeld te krijgen van de knelpunten, gevolgen en oplossingen bij het langer zelfstandig wonen van ouderen. Op basis van desktop-research is een selectie van deskundigen gemaakt op basis van hun expertise. Daarbij hebben we een spreiding van deskundigen nagestreefd over de verschillende domeinen die het onderzoek omvat: wonen, zorg en welzijn, mobiliteit, arbeidsmarkt en financiën. Uiteindelijk zijn er 35 gesprekken gevoerd met in totaal 41 personen (variërend van wetenschappers tot (beleids-)medewerkers bij gemeenten, de Rijksoverheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders), van gemiddeld één tot anderhalf uur. In de bijlage gesprekspartners is een lijst opgenomen met de deskundigen waarmee is gesproken tijdens de eerste ronde van het kwalitatieve veldwerk.

De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een aantal algemene vragen, die de rode draad vormden tijdens de gesprekken. De volgende negen algemene vragen zijn tijdens de gesprekken gesteld:

1. Op welke wijze bent u in uw werk betrokken bij het vraagstuk van het langer zelfstandig wonen van ouderen? Wat is uw rol?

---

<sup>4</sup> Bij de afstand tot de dichtstbijzijnde openbaar vervoer halte alsook tot de dichtstbijzijnde woonzorglocatie is gebruikgemaakt van hemelsbrede afstanden in plaats van de afstand over de openbare weg.

2. Wat is volgens u hét knelpunt bij het langer zelfstandig wonen nu en voor de komende jaren?
3. Welke knelpunten en uitdagingen ervaart u in specifiek bij het uitvoeren van uw eigen rol?
4. In hoeverre wordt er binnen en buiten de eigen sector ingezet op het oplossen van bestaande knelpunten? Wat ziet u al gebeuren?
5. Zijn er aanvullende instrumenten of maatregelen nodig om bepaalde knelpunten te kunnen oplossen of te verminderen?
6. Welke gevolgen heeft het langer zelfstandig wonen voor uw sector en voor andere sectoren dan wel beleidsdomeinen?
7. In hoeverre kunnen negatieve gevolgen worden verminderd en positieve gevolgen versterkt?
8. Gegeven de zojuist besproken gevolgen, is de Nederlandse samenleving beter of slechter af nu ouderen langer zelfstandig wonen?
9. Zijn er grenzen aan het langer zelfstandig wonen van ouderen?

Op basis van de antwoorden van de respondenten alsook hun expertise werden vervolgens verdiepende, open vragen gesteld over specifieke onderwerpen.

Elk gesprek werd opgenomen en de geluidsopnamen van de gesprekken zijn woordelijk getranscribeerd door een gespecialiseerd bedrijf. De transcripties zijn ter goedkeuring aangeboden aan de gesprekspartners.

Om het kwalitatieve materiaal vervolgens te analyseren, is gebruikgemaakt van het softwarepakket Atlas.ti. In Atlas.ti zijn fragmenten van de getranscribeerde gesprekken gecodeerd aan de hand van een itemlijst. Deze itemlijst bevatte uiteindelijk 144 labels. Enkele voorbeelden van labels die zijn gehanteerd zijn: 'Beleid, instituties – passendheidsnorm', 'Beleid, instituties – Wmo', 'Eenzaamheid en welzijn', 'Informeel zorg', 'Partij – corporaties', 'Partij – gemeenten', 'Split incentives', 'Woningaanpassing' en 'Woonconcepten en tussenvormen'. De labels werden toegekend aan zinsdelen, zinnen dan wel hele alinea's om aan te geven waar het specifieke tekstfragment over gaat. Sommige tekstfragmenten kregen meerdere labels toegekend. Na het coderen van de eerste vier transcripties is de labelstructuur iets aangepast. Na het coderen van alle transcripties zijn tot slot enkele labels samengevoegd, omdat deze te weinig onderscheidend waren, incidenteel waren genoemd dan wel te veel overlap vertoonden.

Het coderen van zinsdelen, zinnen en alinea's maakte het mogelijk om grip te krijgen op de inhoud van de interviews en om uitspraken over specifieke onderwerpen (items) – zoals over de behoefte aan nieuwe woonconcepten en over eenzaamheid – te analyseren. Het rijke materiaal dat de gesprekken hebben opgeleverd, is geanonimiseerd verwerkt in de verdiepende hoofdstukken.

### ***Tweede ronde***

Het tweede deel van het kwalitatieve veldwerk richtte zich op de casusregio's Groot-Amsterdam en de Achterhoek (zie paragraaf 1.3.3 voor meer informatie over de selectie van de casusregio's). In beide regio's is in het voorjaar van 2018 een bijeenkomst georganiseerd met lokale en regionale professionals over het thema langer zelfstandig wonen van ouderen. De organisatie alsook de verslaglegging van de bijeenkomsten werd verzorgd door Platform31.

De bijeenkomsten hadden tot doel om inzicht te krijgen in:

1. De specifieke regionale knelpunten bij het zelfstandig wonen van ouderen,
2. De mate waarin bepaalde knelpunten het gevolg zijn van de regionale omstandigheden, bijvoorbeeld de kenmerken van de woningvoorraad,
3. De wijze waarop lokale actoren samenwerken bij het vraagstuk van het langer zelfstandig wonen van ouderen,
4. De belangrijkste opgaven (en beleidsstrategieën) om de knelpunten op te lossen dan wel om het langer zelfstandig wonen van ouderen te kunnen faciliteren
5. De wijze waarop lokale actoren aankijken tegen de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden bij het faciliteren van het langer zelfstandig wonen van ouderen alsook het oplossen van knelpunten

Daarnaast hadden de bijeenkomsten tot doel om te toetsen of de resultaten van de verdiepende kwantitatieve analyses en de voorlopige conclusies op basis van de gesprekken die tijdens de eerste ronde van het kwalitatieve veldwerk zijn gehouden wel of juist niet werden herkend (en waarom wel of waarom niet).

De focus van de bijeenkomsten lag op de domeinen wonen, zorg en welzijn. Voor iedere bijeenkomst zijn deskundigen uitgenodigd die werkzaam zijn binnen deze domeinen in de twee casusregio's en in het bijzonder in de twee geselecteerde casusgemeenten (centrumgemeente en een gemeente in het ommeland, zie ook paragraaf 1.3.3). Gestreefd is naar een zo groot mogelijke variatie van deskundigen werkzaam bij verschillende organisaties (onder andere gemeenten, woningcorporaties en bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties) om vanuit zoveel mogelijk invalshoeken informatie te krijgen over hoe specifieke actoren aankijken tegen de knelpunten, gevolgen en opgaven van het langer zelfstandig wonen van ouderen in hun regio. De bijeenkomst in de regio Amsterdam werd bijgewoond door 18 deskundigen; de bijeenkomst in de regio Achterhoek werd bijgewoond door 10 deskundigen. In de bijlage gesprekspartners' is een lijst opgenomen met de deskundigen die hebben deelgenomen aan één van de twee regionale bijeenkomsten. De bijeenkomsten waren onderverdeeld in een tweetal blokken. Elk blok werd gestart met een plenaire presentatie, verzorgd door het PBL. Tijdens het eerste blok werden enkele resultaten van de nationale en regionale kwantitatieve analyses gepresenteerd die in hoofdstuk 3 nader zijn uitgewerkt. Tijdens de presentatie is onder meer ingegaan op de kwetsbaarheid van ouderenhuishoudens en de mate waarin de ouderen een (on)geschikte woning huren of bezitten in een al dan niet functioneel geschikte woonomgeving. Met de aanwezige deskundigen is bediscussieerd welke regionale opgaven er te benoemen zijn en in hoeverre men eensgezind is over de prioriteiten. Tijdens het tweede blok werd een presentatie verzorgd over de voorlopige bevindingen op basis van de gesprekken met deskundigen (de eerste ronde van het kwalitatieve veldwerk). Centraal stond hoe landelijke deskundigen denken over de knelpunten, gevolgen en opgaven die om de hoek komen kijken bij het langer zelfstandig wonen van ouderen. De discussie ging dieper in op hoe de regionale deskundigen aankijken tegen de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden bij het faciliteren van het langer zelfstandig wonen van ouderen. Daarbij is onder meer geïnventariseerd welk deel van de prioriteiten al onderdeel is van de eigen en/of integrale beleidsstrategie en welke opgaven nog buiten beschouwing blijven en waarom.

### 1.3.3 Selectie van casusgebieden

In de kwantitatieve en kwalitatieve uitwerkingen is ingezoomd op een tweetal casusregio's om meer inzicht te krijgen in eventuele regionale verschillen in de knelpunten, gevolgen, opgaven en oplossingen bij het langer zelfstandig wonen van ouderen. In het onderzoek wordt uitgegaan van woningmarktregio's, gebaseerd op de welbekende COROP-indeling. In deze indeling worden woningmarktregio's opgevat als een verzameling van gemeenten waartussen sterke functionele relaties bestaan wat betreft wonen en werken. Nederland telt in totaal 40 COROP-regio's. Bij de selectie van de casusregio's zijn de volgende vier criteria

gehanteerd: de mate van vergrijzing, de mate van verstedelijking, de woonsituatie van ouderen en de woningmarktdruk.

### **Selectie van casusregio's**

Bij de selectie van de regio's was het primaire uitgangspunt dat de regio vergrijsd moest zijn, in absolute dan wel relatieve zin. Omdat vanaf het 75<sup>e</sup> levensjaar het gezegde 'ouderdom komt met gebreken' in toenemende mate realiteit wordt en omdat we geïnteresseerd zijn in de hedendaagse knelpunten en gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen, zijn we hierbij uitgegaan van het aantal en aandeel 75-plussers in 2017.

Anno 2017 zijn de wat meer perifeer gelegen regio's in sterkere mate vergrijsd dan de meer Randstedelijk gelegen regio's. In perifeer gelegen regio's als Zeeuws-Vlaanderen, Delfzijl, Zuid-Limburg en de Achterhoek zijn circa 10 op de 100 inwoners 75 jaar of ouder (zie tabel 1.1). Ter vergelijking: in een regio als Groot-Amsterdam zijn dit er circa 6. Flevoland is met een aandeel van 5 procent 75-plussers de minst vergrijsde regio.

Hoewel de stedelijke regio's het minst vergrijsd zijn, woont een ruime meerderheid van de 75-plussers in een (zeer) stedelijke regio (zie ook figuur 1.1). In 2017 gold dit voor bijna 60 procent van hen. Groot-Amsterdam en Rijnmond telden in dat jaar circa 80.000 en 107.000 75-plussers (zie tabel 1.1). Ter vergelijking: Delfzijl en Zeeuws-Vlaanderen telden respectievelijk 4.600 en 11.000 75-plussers.

**Tabel 1.1 Top 5 vergrijsde regio's op basis van het aantal en aandeel 75-plussers, 2017**

	Aantal 75-plussers		Aandeel 75-plussers
Groot-Rijnmond	107.000	Zeeuwsch-Vlaanderen	10,7
Utrecht	88.000	Zuid-Limburg	10,0
Groot-Amsterdam	80.000	Delfzijl en omgeving	9,8
Zuidoost-Noord-Brabant	65.000	Noord-Drenthe	9,6
Zuid-Limburg	61.000	Achterhoek	9,6

Bron: CBS Statline

Bij de selectie van de casusregio's is voorts een spreiding nagestreefd naar stedelijkheid: een landelijke regio en een zeer verstedelijkte regio. De gedachte is dat naar mate een regio landelijker is, de knelpunten en gevolgen van het beleid van langer zelfstandig wonen anders zullen zijn dan wanneer een regio meer verstedelijkt is, bijvoorbeeld omdat de afstand tot voorzieningen in de stad gemiddeld genomen kleiner zijn en bijvoorbeeld door de veronderstelde schaalvoordelen in de stad voor zorgaanbieders. Uitgaande van de omgevingsadressendichtheid van een regio, telt Nederland geen enkele 'niet stedelijke' regio.<sup>5</sup> Zeer sterk stedelijke regio's worden uitsluitend in de provincies van Noord- en Zuid-Holland gevonden. Daarnaast is bij de selectie van de twee casusregio's een spreiding nagestreefd naar de woonsituatie van ouderen: een regio waar ouderen ten opzichte van het landelijke gemiddelde vaker in koopwoningen wonen en een regio waar ouderen relatief vaak een huurwoning huren van een corporatie.<sup>6</sup> De achterliggende veronderstelling is dat de knelpunten en gevolgen (en daarmee ook beleidsopgaven) van het langer zelfstandig wonen van ouderen anders zijn in een regio waar ouderen relatief vaak in een koopwoning wonen dan in een regio waar ouderen relatief vaak in een corporatiehuurwoning wonen. Regio's waar ouderen relatief vaak huurder zijn van een corporatiehuurwoning zijn Groot-Rijnmond en Groot-

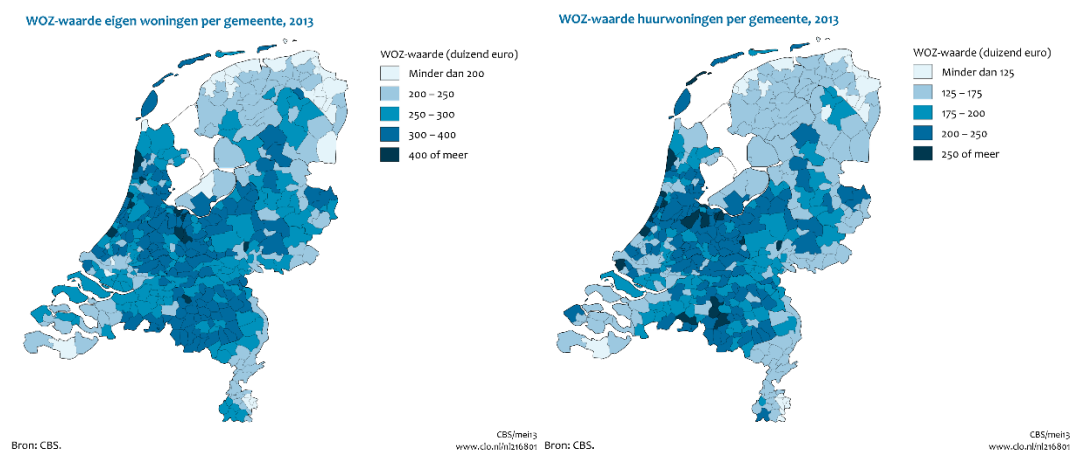
<sup>5</sup> De stedelijkheids-categorieën zijn gebaseerd op de CBS-indeling. Een omgevingsadressendichtheid (OAD) van minder dan 500 is niet stedelijk, een OAD van 500 tot 1000 is weinig stedelijk, een OAD van 1000 tot 1500 is matig stedelijk, een OAD van 1500 tot 2500 is sterk stedelijk en een OAD van 2500 of meer is zeer sterk stedelijk.

<sup>6</sup> Landelijk gezien geldt dat in 2015 circa 50 procent van alle 65-plus huishoudens in een koopwoning woont. Ruim één derde huurt zijn woning van de wooncorporatie en nog eens 10 procent huurde zijn woning van een overige verhuurder, veelal een institutionele of private belegger. Van ruim 3 procent was de eigendomssituatie onbekend.

Amsterdam. Regio's waar ouderen relatief vaak in een koopwoning wonen zijn de Achterhoek en bijvoorbeeld Zeeuws-Vlaanderen (tabel 1.2).

Tot slot is een spreiding nagestreefd in de druk op de woningmarkt, vanuit de veronderstelling dat de druk op de woningmarkt effect kan hebben op de mogelijkheden van ouderen om te verhuizen en daarmee ook op de domein overstijgende gevolgen van het langer zelfstandig wonen. Uitgaande van de gemiddelde waarde van woningen (oftewel de WOZ-waarde), geldt dat regio's in de randen van Nederland vrij ontspannen zijn terwijl de Randstedelijk gelegen regio's met een uitloper naar de Brabantse regio's worden gekenmerkt door een hogere woningmarktdruk (zie figuur 1.3).<sup>7</sup>

**Figuur 1.3 Gemiddelde WOZ-waarde eigen woningen en huurwoningen, 2013**



Strevend naar een zo groot mogelijke variatie op de hiervoor genoemde criteria zijn Groot-Amsterdam en de Achterhoek als casusregio's geselecteerd uit een short-list van 9 potentiële casusregio's (zie tabel 1.2). Deze regio's verschillen niet alleen sterk qua regionale condities, maar daarboven op geldt ook dat Groot-Amsterdam een sterke groeiregio is terwijl de Achterhoek als krimpregio te boek staat.<sup>8</sup> In deze regio daalt het aantal inwoners en zal volgens de regionale huishoudensprognose van het PBL en het CBS ook het aantal huishoudens naar verwachting afnemen na 2025 (Kooiman et al. 2016; Eskinasi & De Groot 2017). De casusregio's zijn uiteraard niet representatief voor Nederland als geheel maar moeten wel inzicht geven in het (gecombineerde) effect van specifieke regionale en lokale omstandigheden op de knelpunten en gevolgen van het langer zelfstandig wonen binnen/voor andere beleidsdomeinen.

<sup>7</sup> De gemiddelde WOZ-waarde per vierkante meter geeft uiteraard een beter beeld van de woningmarktdruk omdat op die manier wordt gecorrigeerd voor het feit dat woningen in grootstedelijke regio's gemiddeld genomen kleiner zijn dan woningen in meer landelijke regio's. Dergelijke gegevens waren ten tijde van het onderzoek niet beschikbaar. In de jaarlijkse Staat van de Woningmarkt 2016 (Ministerie van BZK 2016) is de WOZ-waarde per vierkante meter berekend voor 32 functionele woningmarktgebieden. Over het algemeen zijn de ruimtelijke patronen op basis van de gemiddelde WOZ-waarde per vierkante meter naar de 32 woningmarktgebieden goed vergelijkbaar met de ruimtelijke patronen op basis van de gemiddelde WOZ-waarde van woningen naar de 40 COROP-regio's.

<sup>8</sup> De COROP-regio Achterhoek bestaat uit 11 gemeenten. Deze gemeenten exclusief de gemeenten Brummen, Lochem en Zutphen vormen de krimpregio Achterhoek. Het regionale samenwerkingsverband 'Regio Achterhoek' is met zeven gemeenten nog iets kleiner aangezien de gemeente Montferland eind 2016 uit het samenwerkingsverband is getreden. Binnen het regionale samenwerkingsverband de Regio Achterhoek wordt nu door zeven gemeenten bestuurlijk samengewerkt op het gebied van onder andere ruimtelijke ordening en volkshuisvesting.



**Tabel 1.2** Overzicht van de 9 potentiële casusregio's naar regionale kenmerken

Potentiële casusregio's	Sterke vergrijzing	Stedelijkheid	Woonsituatie ouderen	Woningmarktdruk
<b>Groot-Rijnmond</b>	Absoluut	Zeer sterk stedelijk	Veel woco huur	Weinig gespannen
<b>Utrecht</b>	Absoluut	Sterk stedelijk	Gemiddeld beeld	Zeer gespannen
<b>Groot-Amsterdam</b>	Absoluut	Zeer sterk stedelijk	Veel woco huur	Zeer gespannen
<b>Zuidoost-Noord-Brabant</b>	Absoluut	Sterk stedelijk	Gemiddeld beeld	Zeer gespannen
<b>Zuid-Limburg</b>	Absoluut en relatief	Matig stedelijk	Gemiddeld beeld	Ontspannen
<b>Zeeuwsch-Vlaanderen</b>	Relatief	Weinig stedelijk	Veel koop	Weinig gespannen
<b>Delfzijl en omgeving</b>	Relatief	Weinig stedelijk	Gemiddeld beeld	Ontspannen
<b>Noord-Drenthe</b>	Relatief	Weinig stedelijk	Veel koop	Matig gespannen
<b>Achterhoek</b>	Relatief	Weinig stedelijk	Veel koop	Matig gespannen

### **Selectie van casusgemeenten binnen casusregio's**

In de afgelopen jaren zijn veel taken op het terrein van wonen en zorg overgeheveld naar de gemeenten. Gemeenten worden ook wel als de regisseur gezien van het langer zelfstandig wonen van ouderen, omdat de verantwoordelijkheid voor het wonen en de extramurale zorg na de decentralisatie vooral richting de gemeenten is verschoven (Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen 2016).

Binnen de casusregio's zijn daarom twee casusgemeenten geselecteerd voor verdiepend onderzoek: de centrale stad en een kleinere gemeente in het ommeland. In Groot-Amsterdam is gekozen voor de gemeente Amsterdam en Purmerend als voormalige groeikern. In de Achterhoek is gekozen voor de gemeente Doetinchem en de gemeente Bronckhorst vanwege het landelijke karakter van de gemeente met verspreide dorpen. Ook nu geldt dat de casusgemeenten niet representatief zijn voor alle gemeenten in de regio maar wel inzicht kunnen geven in het effect van specifieke lokale omstandigheden op de knelpunten en gevolgen van het langer zelfstandig wonen. Deze inzichten zijn door de studie heen weergegeven in tekstboxen.

## 1.4 Leeswijzer

De belangrijkste hoofdconclusies en bevindingen van deze studie zijn samengevat in het eerste deel van dit rapport, de Bevindingen. De hierna volgende Verdieping trapt af met een beschrijving van het hedendaags woon- en zorgbeleid dat raakt aan het langer zelfstandig wonen van ouderen (hoofdstuk 2). In datzelfde hoofdstuk wordt ook ingegaan op de rolverdeling tussen het Rijk en gemeenten en wordt aandacht geschonken aan aanpalend beleid. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens ingegaan op de belangrijkste knelpunten bij het langer zelfstandig wonen die samenhangen met de persoons- en/of huishoudenskenmerken van de ouderen. In hoofdstuk 4 staan de knelpunten op het macro niveau centraal en beschrijven we de knelpunten die samenhangen met wet- en regelgeving en knelpunten die samenhangen met de wijze waarop actoren (samen) werken. Na de beschrijving van de knelpunten stappen we in hoofdstuk 5 over op een verkenning van de gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen voor (aanpalende) domeinen. We concentreren ons daarbij op een vijftal thema's: de gevolgen van het langer zelfstandig wonen voor respectievelijk de woningmarkt (in het bijzonder de verduurzaming en de dynamiek op de woningmarkt), het maatschappelijke vastgoed, de arbeidsmarkt, en financiën. In het afsluitende hoofdstuk 6 worden opties verkend die de verschillende spelers (variërend van de ouderen tot de Rijksoverheid) in



kunnen zetten om knelpunten bij het langer zelfstandig wonen van ouderen te verminderen en om onbedoelde, negatieve gevolgen van het langer zelfstandig wonen tegen te gaan.

## Literatuur

- Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen (2016) Van tehuis naar thuis. Hoe is te bevorderen dat mensen zelfstandig kunnen (blijven) wonen? Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Alders, P. & F. T. Schut (2019) Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law*, 14, pp. 82–100.
- Boekee, S. & H. Hoekstra (2018) Meer tijd voor de patiënt. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.
- Campen, C. van, J. Iedema, M. Broese van Groenou & D. Deeg (2017) Langer zelfstandig: Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Daalhuizen, F., C. de Groot, G. de Kam (2019) Langer zelfstandig in een geschikte woonomgeving. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/langer-zelfstandig-wonen/>
- Daalhuizen, F., C. de Groot & H. van Amsterdam (2018) Zorg om banen in de ouderenzorg, PBL-notitie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>
- Dam, F. van, F. Daalhuizen, C. de Groot, M. van Middelkoop & P. Peeters (2013) Vergrijzing en ruimte: gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Eskinasi, M. & C. de Groot (2017) PBL: 'gas geven met de woningbouw! Van huishoudenskrimp is vooralsnog geen sprake', blog 19-04-2017, verkregen via [www.cobouw.nl](http://www.cobouw.nl) op 05-12-2018.
- Eskinasi, M. & J. Ritsema Van Eck (2018) Uitstroom van ouderen uit de woningmarkt: Een landsdekkende raming op basis van de WLO Regionale ontwikkelingen en verstedelijking. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Groot, C. de, M. van der Staak, F. Daalhuizen & G. de Kam (2019) Aanpassen of naar een hofje. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/aanpassen-of-verkassen/>
- Groot, C. de, F. Daalhuizen, F. Schilder & J. Tennekens (2016). Betaalbaarheid van het wonen in de huursector: Verkenning van beleidsopties. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Groot, C. de, F. van Dam & F. Daalhuizen (2013) Vergrijzing en woningmarkt. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Hoogendijk, E., B. Suanet, E. Dent, D. Deeg & M. Aartsen (2016) Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: results from the Longitudinal Aging Studies Amsterdam. *Maturitas*, 83, pp.45-50.
- Hoogendijk, E., H. van Hout, M. Heymans, H. van der Horst, D. Frijters, M. Broese van Groenou, D. Deeg & M. Huisman (2014) Explaining the association between educational level and frailty in older adults: Results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*, 24, pp. 538-544.
- Jansen, D., W. Werkman & A.L. Francke (2016) Dementiemonitor Mantelzorg 2016: Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning. Utrecht: NIVEL/Alzheimer Nederland.
- Jong, A. de & S. Kooiker (2018) Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen, 1975-2040. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Josten, E., & A. de Boer (2015) Mantelzorg en betaald werk bij vrouwen en mannen. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), pp. 414-429.
- Kam, G. de (te verschijnen 2019) Woonservicegebieden: theorie en praktijk. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

- Kooiman, N., A. de Jong, C. Huisman, C. van Duin & L. Stoeldraijer (2016) PBL/CBS Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016-2040: Sterke regionale verschillen. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving/ Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Kommer, G.J. & M. Mulder (2017) Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2017. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Leidelmeijer, K. (2018) Langer zelfstandig wonen: Analyse MIT-bestanden voor PBL. Amsterdam: RIGO.
- Leidelmeijer, K., J. van Iersel & D. Leering (2017) Monitor Investeren in de Toekomst: Ouderen en langer zelfstandig wonen. Amsterdam: RIGO.
- Middelkoop, M. van (2014) Energiebesparing: Voor wie loont dat? Onderzoek naar de betaalbaarheid van energie en energiebesparing voor huishoudens. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) (2019), Kamerbrief 'Maatregelen huurmarkt en evaluatie herziene woningwet' (2019-0000067864).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2018a) Aanbiedingsbrief pact voor de ouderenzorg, 08-03-2018, Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, Kamerstuk 31765 nr. 290.
- Ministerie van VWS (2018b) Programma Langer Thuis. Den Haag: Ministerie van VWS.
- NRC (2017a) Vraag het ouderen en het tehuis is zo terug, opiniestuk van Bert Pol, communicatiewetenschapper verbonden aan de Universiteit Twente, nieuwbericht 19-07-2017, verkregen op 08-08-2018 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- NRC (2017b) Blaas het verzorgingshuis nieuw leven in, opiniestuk van Jan Bouma, oud-directeur van een verzorgingshuis, nieuwsbericht 04-04-2017, verkregen op 08-08-2018 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- NZa (2016) Normoverschrijdingen responstijden ambulances: De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg. Utrecht: NZa.
- Rli (2014) Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn. Den Haag: Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur.
- Rijksoverheid (2016) Kan ik zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) ook thuis krijgen? Verkregen op 21-03-2019 van [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Schilder, F., F. Daalhuizen & C. de Groot (2018) Krasse knarren kunnen kraken: Over hoe het stapelen van verschillende beleidsdoelen ouderen onder druk kan zetten, PBL-notitie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/krasse-knarren/>
- Schilder, F. (2019) Grijze haren, groene huizen: Over waarom langer zelfstandig wonende ouderen hun woning (niet) verduurzamen. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Sprangenberg, F. & P. Jobsen (2016) Breek het verpleeghuis open: Want leven is meer dan zorg alleen. In: Waardigheid en trots (2016) Verpleeghuiszorg 2025 Liefdevolle zorg voor onze ouderen, pp. 64-72. Utrecht: Waardigheid en Trots.
- Tennekes, J., H. van Amsterdam, L. Bijlsma, L. van Duinen, H. van der Linden & A. Vlak (2017), Maatschappelijk vastgoed in verandering. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Trouw (2015), Zorgbestuurder pleit voor afschaffing verpleeghuis, nieuwsbericht 03-7-2015, verkregen op 03-12-2018 via [www.trouw.nl](http://www.trouw.nl).
- Vermeij, L. & R. Engbersen (2017) Oud worden in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Volkscrant (2018) Politicus Eric van der Burg veranderde van standpunt: 'We hebben weer verzorgingshuizen nodig' VVD-politicus Eric van der Burg (52) veranderde van mening over verzorgingshuizen, nieuwsbericht 15-06-2018, verkregen op 08-08-2018 via [www.volkscrant.nl](http://www.volkscrant.nl).
- Vries, J. de & F. van der Mooren (2010) Mantelzorgers op de arbeidsmarkt. Sociaaleconomische trends, 2010, pp. 49-58.

# 2 Woon- en zorgbeleid en spelers

In de jaren zeventig van de vorige eeuw was het voor ouderen niet ongevoel om op een gegeven moment te verhuizen naar een verzorgingshuis, of bejaardenhuis zoals dat toen werd genoemd. Vandaag de dag wonen ouderen in toenemende mate zelfstandig, ook op hoge leeftijd en ook bij toenemende gebreken en een grotere zorgvraag. Dit is niet alleen ingegeven door de voorkeuren van de ouderen zelf, maar nadrukkelijk ook door het beleid. In dit hoofdstuk bespreken we het hedendaags woon- en zorgbeleid dat raakt aan het langer zelfstandig wonen van ouderen. Ook wordt ingegaan op de rolverdeling tussen het Rijk en gemeenten wat betreft taken en verantwoordelijkheden en wordt aandacht geschonken aan aanpalend beleid. Mogelijke knelpunten die voortvloeien uit het institutionele kader voor het langer zelfstandig wonen van ouderen, worden uitgewerkt in hoofdstuk 4.

## 2.1 Beleid voor langer zelfstandig wonen in historisch perspectief

Vandaag de dag is het bijna vanzelfsprekend dat ouderen oud worden in een zelfstandige woning en dat zij niet (al dan niet uit voorzorg) verhuizen naar een intramurale instelling zoals een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Er zijn echter tijden geweest waarin anders tegen de huisvesting van en zorg voor ouderen werd aangekeken.

Tot ongeveer halverwege de vorige eeuw was het vrij gebruikelijk dat ouderen samenwoonden met hun kinderen. Familie en naasten waren volledig verantwoordelijk voor de zorg en het onderhoud van hun ouders of andere oudere familieleden (Armenwet 2012). Dit betekende evenwel niet dat ouderen bij hun kinderen inwoonden. Vaak woonden de (veelal ongehuwde) kinderen in bij hun ouders. Het langer zelfstandig wonen van ouderen was in die periode het resultaat van een privaat-gerichte overheid. Als er geen familie was, dan konden ouderen terecht in proveniershuizen, begijn- en andere hofjes of in oudemannen- of oudvrouwenhuizen (Van Twist et al. 2016). Met de woningnood in de jaren vijftig kwam er een omslag in het denken over het huisvestingsbeleid van ouderen en werd hard gebouwd aan de fundamente van de verzorgingsstaat. Gedacht werd dat door het bouwen van tehuizen voor ouderen, woningen vrijgemaakt zouden kunnen worden voor gezinnen (Timmermans 2006). Deze (tijdelijke) kanteling van het zelfstandig wonen van ouderen naar intramuraal wonen kreeg nog een extra zetje door het toenemende individualisme waardoor het minder vanzelfsprekend werd dat kinderen voor hun ouders bleven zorgen (Van Twist et al. 2016). De onderhoudsplicht van kinderen voor hun ouders verdween in 1957 door de invoering van de AOW ook in formele zin (Engbersen 2017a). Met de Wet op Bejaardenoorden in 1963 werd de weg vervolgens vrijgemaakt voor de bouw van bejaardenhuizen. In 1965 opent het eerste bejaardenhuis haar deuren en nam het aantal bejaardenhuizen een hoge vlucht (Van Twist et al. 2016; Deen 2004).

Maar in hoeverre wilden ouderen nou ook zelf in een bejaardenhuis wonen? De literatuur is hier niet eenduidig over. Sommige onderzoekers concluderen dat bejaardenhuizen erg populair waren. De gedachte dat er voor je werd gezorgd, vonden ouderen in die tijd erg aantrekkelijk. Bovendien waren de eerste grootschalige bejaardenhuizen erg 'luxe' voor die tijd: er was centrale verwarming, en er was warm en koud stromend water. Het verzorgingshuis was

in veel gevallen dan ook een verbetering ten opzichte van hun vorige woonsituatie (Spranzenberg & Jobsen 2016). Volgens Garssen en De Beer (2014) gingen in de jaren zestig en zeventig dan ook veel ouderen in een bejaardenhuis wonen zonder dat daarvoor een dringende (medische) noodzaak bestond (Garssen & De Beer 2014). Andere onderzoekers betwisten echter de populariteit van het bejaardenhuis. Volgens Hoogerwerf en Blommestijn (1990) steeg het aandeel ouderen in een bejaardenhuis tussen 1947 en 1985 weliswaar, maar dit kwam volgens hen vooral door de toegenomen hogere, en dus meer kwetsbare, leeftijd van ouderen en niet zo zeer door een toegenomen populariteit van het bejaardenhuis onder ouderen. Blijkens de beleidsanalyse van Hoogerwerf en Blommestijn (1990) gaat thuis altijd boven tehuis; niet alleen voor de ouderen zelf maar ook in het beleid werd hier destijds op ingezet. Ook Engbersen (2017a) constateert dat thuis door veel deskundigen wordt gezien als de beste woonomgeving voor ouderen.

Medio jaren zeventig van de vorige eeuw ging het roer opnieuw om. De diepe economische crisis in die periode leidt tot een heroverweging van de verzorgingsstaat en het wordt niet langer houdbaar geacht om een groot deel van de ouderen in een verzorgingshuis te laten wonen (zie bijvoorbeeld Van Twist et al. 2016). Ouderen worden aangemoedigd om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Om dit te bereiken, wordt een subsidieregeling in het leven geroepen voor de bouw van zogenoemde aanleunwoningen (destijds 'bejaardenwoningen' geheten) nabij dienstverlenende centra (zoals verzorgingshuizen). Ook ontstaat de thuiszorg en het gecoördineerd ouderenwerk (zie bijvoorbeeld Engbersen 2017a; Hoogerwerf & Blommestijn 1990). Om de instroom in verzorgingshuizen te beteugelen, werd in 1977 voorts een toelatingsdrempel geïntroduceerd: een opname kwam pas in zicht nadat een indicatiecommissie had vastgesteld dat de oudere niet meer zelfstandig kon wonen (Timmermans 2006). In eerste instantie had dit indicatiesysteem evenwel een averechts effect. Het resulteerde in verzoeken op opname uit voorzorg. Ouderen die eigenlijk wel zelfstandig wilden blijven wonen, vreesden dat er geen plaats voor hen zou zijn als het echt nodig was (Timmermans 2006).

Hoewel het langer zelfstandig wonen van ouderen vandaag de dag als een relatief nieuw fenomeen wordt gepresenteerd en als een kentering van het beleid, moeten we concluderen dat het beleid en het zelfstandig wonen helemaal niet zo nieuw is. Dit blijkt ook uit de cijfers: woonde in 1975 ruim drie kwart van alle 75-plussers zelfstandig (dus nog altijd veruit het merendeel van de ouderen), in 2017 gold dit voor circa 92 procent van hen. In absolute aantallen woonden in 2017 circa 1,2 miljoen 75-plussers zelfstandig (zie ook 'Intermezzo: de cijfers'). Wel nieuw is dat ouderen vandaag de dag tot op zeer hoge leeftijd, dus langer dan voorheen, zelfstandig blijven wonen als gevolg van de wijze waarop het beleid is ingevuld en vormgegeven. Hierover meer in de volgende paragraaf.

## 2.2 Hedendaags zorgbeleid

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op het beleid ten aanzien van het scheiden van wonen en zorg, de grootschalige hervormingen in de zorg, en aanpalend woon- en zorgbeleid. Er wordt ook aandacht besteed aan het toenemende decentrale karakter van het beleid waarbij steeds meer taken van het Rijk naar de gemeenten zijn verschoven. Tenslotte wordt ingegaan op de verschuiving van een klassieke verzorgingsstaat in de richting van een participatiemaatschappij waarbij wordt ingezet op meer zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid en het blijven meedoen aan de maatschappij (zie bijvoorbeeld Brink 2013; Verschoor 2015; Van Iersel & Leidelmeijer 2016; In voor zorg! 2012).

### 2.2.1 Scheiden van wonen en zorg

Zoals besproken in paragraaf 2.1, wordt eigenlijk al vele decennia ingezet op het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen. Sinds 2013 is er echter ook sprake van een duidelijke versnelling van en een stevigere inzet op het fysiek scheiden van wonen, zorg en

dienstverlening door de introductie van extramuralisering<sup>9</sup>, om op die manier de betaalbaarheid van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ; waarvan de kern in 2015 is vervangen door de nieuwe Wlz; hierover straks meer) te verbeteren (zie bijvoorbeeld In voor zorg! 2012; Ministerie van VWS 2013).

In het *Lenteakkoord* van 2012 kwamen de VVD, het CDA, D66, GroenLinks en de Christen-Unie overeen om de toegang tot zorginstellingen te beperken. Voor ouderen betekent dit dat alleen degenen met een sterke, permanente zorgvraag nog in aanmerking komen voor een verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis. Degenen met een relatief lichte zorgvraag moeten zelfstandig blijven wonen, al dan niet met behulp van thuiszorg en mantelzorg. De toegang tot verzorgings- en verpleeghuizen werd gefaseerd afgebouwd. Sinds 2013 komen de lichtste zorgprofielen (tot 2015 ZZP's – zorgzwaartepakketten – genoemd)<sup>10</sup> ZZP 1 en 2 niet langer in aanmerking voor intramurale zorg; van deze groepen werd vanaf dat moment verwacht dat ze zelfstandig kunnen blijven wonen, al dan niet met thuiszorg. Voor de sector Verpleging en Verzorging (VV), waar ook de verzorgings- en verpleeghuizen onder vallen, werd het iets zwaardere zorgprofiel ZZP VV 3 per 1 januari 2014 geëxtramuraliseerd en een kwart van ZZP VV 4 per 1 januari 2016 (Aedes-Actiz Kenniscentrum 2014; Aedes-Actiz Kenniscentrum 2012a). Hoewel ZZP VV 3 gebruikelijk wordt gezien als een relatief licht zorgzwaartepakket, gaat het hier (binnen de sector VV) wel om een groep met omvangrijke somatische (lichamelijke) problemen en een behoefte aan begeleiding en intensieve zorg in een beschutte woonomgeving (Nederlandse Zorgautoriteit 2016).

In praktijk betekent dit dat ouderen met een relatief lichte zorgvraag zelf de huur betalen aan de zorginstelling of woningcorporatie. Naast de huur moeten deze ouderen ook zelf betalen voor zaken als schoonmaak, maaltijden, kleding wassen en gas, water en licht (Aedes-Actiz Kenniscentrum 2014). Het woningwaarderingstelsel (WWS) bepaalt hoeveel punten een woning krijgt en hoeveel huur maximaal gevraagd kan worden. Door de financiële scheiding tussen wonen en zorg kunnen verzorgingshuizen te maken met bijvoorbeeld de verhuur van woonruimten, en daarbinnen met instituties als het woningwaarderingstelsel, huurrecht en de huurtoeslag (Nul20 2012). De financiële scheiding tussen wonen en zorg zou, in combinatie met de toenemende mogelijkheden om thuis zorg te ontvangen, het langer zelfstandig wonen van ouderen kunnen stimuleren (zie bijvoorbeeld Research voor Beleid 2008). Ook zou het, zoals reeds is aangegeven, bijdragen aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg (In voor zorg! 2012; Ministerie van VWS 2013).

---

<sup>9</sup> In de praktijk worden de termen extramuralisering en het scheiden van wonen en zorg geregeld onterecht als synoniemen gebruikt. Bij extramuralisering wordt de huisvestingscomponent én de verblijfscomponent uit het intramurale pakket gehaald (het wonen én de diensten). Dit gaat dus verder dan het scheiden van wonen en zorg, waarbij alleen de huisvestingscomponent (het wonen) uit het intramurale pakket werd gehaald (Aedes-Actiz Kenniscentrum 2017). Ouderen die zelfstandig wonen in het kader van het scheiden van wonen en zorg beschikken wel over een verblijfsindicatie, waardoor zij een vergoeding krijgen voor verblijfsdiensten (o.a. schoonmaakservice en maaltijdservice). Ouderen die extramuraal wonen beschikken niet over zo'n verblijfsindicatie en maken ingevolge ook geen aanspraak op (een vergoeding voor) deze verblijfsdiensten (Aedes-Actiz Kenniscentrum 2012b; 2017).

<sup>10</sup> Een zorgprofiel weerspiegelt de door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vastgestelde indicatie voor de zorg die iemand nodig heeft. Een indicatie is nodig om toegang te krijgen tot een zorginstelling: een verpleeghuis of verzorgingshuis (sector Verpleging en Verzorging VV), een GGZ-instelling (sector Geestelijke Gezondheidszorg) of een GZ-instelling (sector Gehandicaptenzorg). Naar mate de zorgbehoefte zwaarder is, krijgt iemand een zwaarder zorgprofiel toegekend. Ter illustratie: voor de sector Verpleging en Verzorging (VV) verwijst het vroegere ZZP 4 naar het zorgprofiel 'Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging'. ZZP 5 wordt nu aangeduid met het zorgprofiel 'Beschermd wonen met intensieve dementiezorg' terwijl ZZP 8 aangeduid wordt met het zorgprofiel 'Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen met de nadruk op verzorging/verpleging' (voor meer informatie over zorgprofielen zie bijvoorbeeld Ministerie van VWS 2014a).

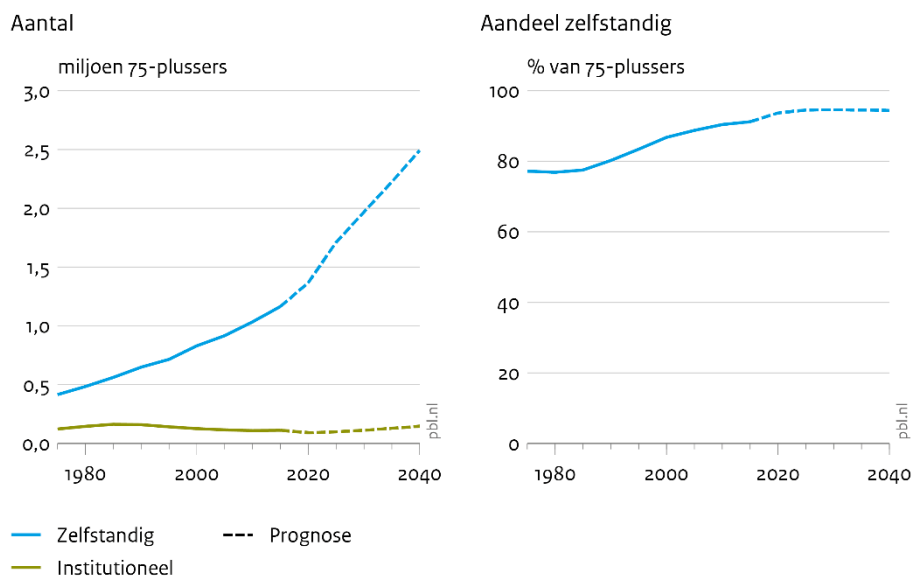
## Intermezzo: de cijfers

Ondanks de beleidsomslag medio jaren zeventig nam het aandeel zelfstandig wonende ouderen in eerst instantie nauwelijks toe (figuur 2.1; zie ook Timmermans 1983). Pas vanaf 1985 is er een duidelijke opwaartse trend te zien in het aandeel 75-plussers dat zelfstandig woont. In 1975 woonde ruim drie kwart van alle 75-plussers zelfstandig; in 2017 gold dit voor circa 92 procent van hen. In absolute aantallen woonden in 2017 circa 1,2 miljoen 75-plussers zelfstandig op de woningmarkt.

In lijn met de ontwikkeling in de mate waarin ouderen zelfstandig blijven wonen, was het aantal ouderen woonachtig in een verzorgingshuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum, medio jaren '80 van de vorige eeuw met circa 163.000 75-plussers op zijn hoogtepunt (figuur 2.1).<sup>11</sup> Inmiddels is het aantal intramuraal wonende ouderen gedaald naar zo'n 100.000.

**Figuur 2.1**

### Zelfstandig en institutioneel wonende 75-plussers



Bron: CBS; bewerking PBL

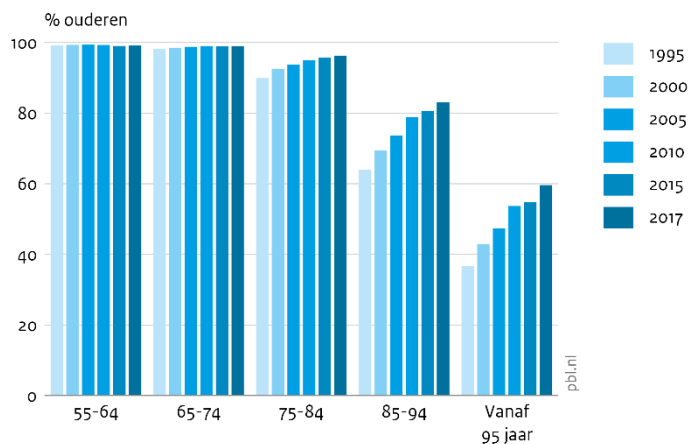
Noot: vanaf 2020 prognosecijfers CBS 2016

Dat ouderen steeds minder vaak intramuraal gaan wonen, wordt duidelijk geïllustreerd in figuur 2.2. In 1995 woonde nog zo'n 36 procent van de 85 tot 94 jarigen intramuraal, terwijl dat in 2017 voor 17 procent van hen gold. Ook de alleroudsten wonen steeds vaker zelfstandig. Inmiddels woont zelfs ruim de helft van de 95-plussers nog zelfstandig.

<sup>11</sup> Het gaat hier om personen woonachtig in alle typen instellingen zoals verpleeg-, verzorgingshuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen.

**Figuur 2.2**

**Aandeel zelfstandig wonende ouderen naar leeftijd**



Bron: CBS; bewerking PBL

Volgens de demografen van het CBS zal het aandeel zelfstandig wonende 75-plussers in de komende jaren nog iets verder toenemen tot circa 94 procent, onder andere als gevolg van het overheidsbeleid, om vanaf dat moment te stabiliseren. Het aantal zelfstandig wonende 75-plussers is in 2040 naar verwachting met circa 2,5 miljoen twee keer zo groot als in 2017. Deze toename hangt samen met de sterke toename van het aantal ouderen en dan met name van het aantal 'oude ouderen'.

Volgens de CBS prognoses zal het aantal intramuraal wonende 75-plussers in de komende jaren nog wat verder afnemen om vanaf 2020 weer gestaag te gaan stijgen als gevolg van de toenemende vergrijzing. Dit wordt verder in paragraaf 2.5 besproken.

### 2.2.2 Hervorming langdurige zorg

Per 1 januari 2015 zijn er grootschalige hervormingen doorgevoerd in het zorgstelsel. Met de hervorming is de AWBZ verdwenen. De kern van de AWBZ is vervangen door een nieuwe wet, de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wet regelt de intensieve zorg voor mensen die permanent toezicht of zorg nodig hebben (zware, langdurige zorg). Daarnaast is er een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) gekomen. In het kader van deze wet zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen met een beperking zodat zij langer zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Tot slot is de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2015 uitgebreid met onder meer de wijkverpleging. Het pakket van hervormingen raakt daarmee een groot aantal actoren, onder andere zorgaanbieders, zorgprofessionals, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren (Ministerie van VWS 2014c). In tekstkader 'Spelers bij het langer zelfstandig wonen' wordt de rol van de belangrijkste spelers in het huidige zorgstelsel kort toegelicht.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de oudere niet zelf kan kiezen vanuit welke wet hij/zij zorg ontvangt. Dit wordt bepaald door de zorgbehoefte van de oudere (Ministerie van VWS 2018a). Indien de oudere aan de voorwaarden van de Wlz voldoet, is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de zorglevering. Als de oudere niet aan deze voorwaarden voldoet, is de gemeente en/of zorgverzekeraar via de Wmo en/of Zvw verantwoordelijk voor de benodigde zorglevering. Op het moment dat de gemeente of zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat de oudere recht heeft op Wlz-zorg, kan de oudere verzocht worden om een Wlz-indicatie aan te vragen bij het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ).



Met de hervormingen beoogt de regering de kwaliteit van de zorg en ondersteuning te verbeteren, de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van ouderen te vergroten én de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel te vergroten (zie bijvoorbeeld Algemene Rekenkamer 2015). De hervormingen zijn dan ook gepaard gegaan met bezuinigingen; structureel hoopt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) jaarlijks 3,5 miljard te kunnen besparen (Ministerie van VWS 2013; zie ook Algemene Rekenkamer 2015). In het vervolg van deze subparagraaf wordt nader ingegaan op de drie (nieuwe dan wel herziene) wetten die vandaag de dag de kern vormen van het Nederlandse zorgstelsel: welke zorg hoort er thuis, hoe is het georganiseerd en wie is er verantwoordelijk voor (zie ook kadertekst 'Spelers bij het langer zelfstandig wonen').

---

### **Tekstkader: Belangrijke spelers bij het langer zelfstandig wonen**

---

<b>Rijksoverheid</b>	Is als systeemverantwoordelijke betrokken bij het langer zelfstandig wonen van ouderen; stelt wettelijke kaders, verstrekt financiële middelen en is in beginsel verantwoordelijk voor de uitvoering van de langdurige, intensieve ouderenzorg.
<b>Gemeenten</b>	Zijn niet langer alleen de uitvoerder van rijksbeleid, maar zijn voortaan zelf (financieel) verantwoordelijk voor de (inkoop van) Wmo-ondersteuning van ouderen die binnen hun gemeentegrenzen wonen.
<b>Zorgverzekeraars</b>	Zijn (financieel) verantwoordelijk voor de (inkoop van) wijkverpleging (o.a. thuiszorg) voor ouderen en kunnen hiervoor zelf inkoopcontracten afsluiten met zorgaanbieders.
<b>Zorgkantoren</b>	Zijn (financieel) verantwoordelijk voor de levering van Wlz-zorg aan ouderen en maken hiervoor langjarige afspraken met zorgaanbieders.
<b>Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)</b>	Stelt regels op ter bevordering van goede en betaalbare ouderenzorg en houdt toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
<b>Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)</b>	Onderzoekt en bepaalt of de oudere recht heeft op zorg vanuit de Wlz (indicatiestelling) en geeft dit door aan het zorgkantoor.
<b>Zorgaanbieders</b>	Leveren ouderenzorg in een ouderenzorginstelling en bij ouderen thuis. Hiervoor hebben zorgaanbieders een contract afgesloten met de organisatie (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) die de langdurige ouderenzorg inkoop en financiert.
<b>Centraal Administratie Kantoor (CAK)</b>	Stelt jaarlijks de (hoge en lage) eigen bijdrage die ouderen verschuldigd zijn voor Wlz-zorg vast, int deze en verricht de betalingen aan zorgaanbieders die Wlz-zorg leveren. Stelt jaarlijks de eigen bijdrage die ouderen voor Wmo-ondersteuning verschuldigd zijn vast en int deze bijdrage voor gemeenten.
<b>Woningcorporaties</b>	Hebben op grond van de Woningwet de volkshuisvestelijke taak om te zorgen voor voldoende geschikte huurwoningen voor ouderen met een lichte zorgvraag die zijn aangewezen op de sociale huursector.
<b>Particuliere vastgoedontwikkelaars</b>	Kunnen nieuwe geschikte (huur)woningen realiseren voor het middensegment ouderen met een lichte zorgvraag.

<b>Marktpartijen/ Ondernemers</b>	Kunnen nieuwe producten ontwikkelen (vb. zorgdiensten, e-health en domotica), waardoor ouderen in hun eigen woonomgeving efficiënter en/of beter geholpen kunnen worden bij hun zorgvraag.
<b>Ouderen</b>	Wonen langer zelfstandig thuis en dienen daarom te anticiperen op toekomstige woon- en zorgbehoeften en eventuele benodigde aanpassingen in principe zelf te organiseren en te financieren.
<b>Mantelzorgers</b>	Leveren informele zorg aan ouderen met wie zij een familiëre of vriendschappelijke band hebben en kunnen hier niet zomaar mee stoppen. Indien de oudere zorg ontvangt vanuit de Wmo gaat de gemeente namelijk eerst na welke ondersteuning door de mantelzorger(s) van de oudere geleverd kan worden.
<b>Vrijwilligers</b>	Nemen zelf het besluit om voor ouderen te zorgen en hebben op het moment dat zij met de zorglevering beginnen meestal (nog) geen emotionele band met de oudere(n) waarvoor zij zorgen. Vrijwilligers verlenen voor een beperkt aantal uren per week ouderenzorg en kunnen hier op ieder gewenst moment mee stoppen.
<b>Sociale Wijkteams</b>	Teams waarin professionals met verschillende beroepsmatige achtergronden samenwerken met als doel om kwetsbare ouderen de hulpverlening te bieden die zij nodig hebben, zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. In de toelichting op de Wmo wordt nader stilgestaan bij de lokale professionals die bij het wijkteam betrokken (kunnen) zijn.

Bron: gebaseerd op Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen (2016) en interviews PBL

### **Wet langdurige zorg (Wlz)**

De Wet langdurige zorg regelt de intensieve zorg voor mensen die de hele dag zorg of toezicht nodig hebben in de nabijheid. Dit kunnen kwetsbare ouderen zijn (bijvoorbeeld ouderen met vergevorderde dementie) maar ook mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking. Omdat in deze studie de ouderen centraal staan, zullen we in de rest van deze subparagraaf spreken over kwetsbare ouderen. Maar bedacht moet worden dat zij slechts een deel vormen van de gehele groep zorgbehoevenden die een beroep (kunnen) doen op Wlz-zorg.

#### *Van indicatie tot zorg*

Als een kwetsbare oudere een beroep wil doen op Wlz-zorg, dan heeft hij of zij een Wlz-indicatie nodig. Een Wlz-indicatie moet worden aangevraagd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Bij de aanvraag van de Wlz-indicatie kunnen kwetsbare ouderen hulp krijgen van hun gemeente. Op basis van onderzoek en een persoonlijk gesprek stelt het CIZ vast of de kwetsbare oudere recht heeft op Wlz-zorg; dit wordt vastgelegd in een indicatiebesluit. Bij een positief indicatiebesluit stelt het CIZ ook een zorgprofiel vast (zie ook voetnoot 4 over indicatiebesluiten en zorgprofielen).<sup>12</sup> Een zorgprofiel zegt iets over de zorgzwaarte, oftewel de aard, inhoud en globale omvang van de benodigde zorg. Bij de indicatie vaststelling kunnen kwetsbare ouderen ook aangeven of zij zorg in natura wensen of een persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb kunnen kwetsbare ouderen zelf bepalen door wie, wanneer en

<sup>12</sup> Als het indicatiebesluit negatief is, dan kan worden gekeken of het mogelijk is om ondersteuning te krijgen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitgevoerd door de gemeente of om wijkverpleging te krijgen via de Zvw uitgevoerd door zorgverzekeraars. Elders in deze subparagraaf wordt nader ingegaan op de Wmo en de Zvw.

waar de zorg wordt verleend (Zorginstituut Nederland 2017a). Daarnaast kunnen kwetsbare ouderen aangeven of zij in een instelling willen gaan wonen of dat zij thuis zorg willen ontvangen. Dit kan een aanleunwoning zijn maar bijvoorbeeld ook in een (of hun huidige), al dan niet aangepaste, reguliere huur- of koopwoning.

Het CIZ stuurt het zorgprofiel vervolgens door naar het regionale zorgkantoor; zij voeren de Wlz uit namens de zorgverzekeraars. Nederland telt in totaal 32 regionale zorgkantoren; de van oorsprong grootste zorgverzekeraar in de regio vervult de taak van zorgkantoor (zie ook het tekstkader 'Spelers bij het langer zelfstandig wonen van ouderen'). Zorgkantoren sluiten contracten af met zorgaanbieders in de regio. Dit zijn organisaties die langdurige zorg en ondersteuning geven, zoals thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten. Zorgkantoren verstrekken ook informatie en advies over alle mogelijkheden en zorgaanbieders in de regio waar kwetsbare ouderen uit kunnen kiezen. Ook regelen de zorgkantoren de overbruggingszorg en kunnen zij helpen bij het vinden van een geschikt verpleeghuis (Consumentenbond 2017). Als de oudere een persoonsgebonden budget wenst, beslist het zorgkantoor of een pgb bij hen past en of er wordt voldaan aan bepaalde voorwaarden via een bewust-keuze-gesprek.<sup>13</sup> Bij een pgb moet de kwetsbare oudere (of bijvoorbeeld de mantelzorger) (nog wel) in staat zijn bepaalde dingen zelf te regelen, zoals het opstellen van een budgetplan en het afsluiten van zorgovereenkomsten met zorgverleners (Zorginstituut Nederland 2017a; Rijksoverheid 2019a).

#### *Langer zelfstandig wonen mét indicatie*

Zogezegd betekent een Wlz-indicatie niet noodzakelijkerwijze dat een kwetsbare oudere naar een zorginstelling zoals een verpleeghuis verhuist. Ook bij een zware zorgbehoefte is het mogelijk om zelfstandig te blijven wonen, tenzij dit negatief wordt beoordeeld door het zorgkantoor. Het thuis blijven wonen met een Wlz-indicatie is soms evenwel bittere noodzaak. Bijvoorbeeld als het verpleeghuis waarvoor de oudere een voorkeur heeft een wachtlijst heeft. Blijkens onderzoek van de Consumentenbond (2017) is dat het geval voor een groot deel van de verpleeghuizen. Een oudere met vergevorderde dementie die niet langer thuis kan blijven wonen, kon in slechts 1 op de 5 verpleeghuizen binnen de norm van 6 weken terecht.

Als kwetsbare ouderen met een Wlz-indicatie thuis willen of (tijdelijk) moeten blijven wonen, dan hebben zij de keuze uit een aantal pakketten: een 'volledig pakket thuis' (vpt), een 'modulair pakket thuis' (mpt), een persoonsgebonden budget (pgb; zie ook hierboven), of een combinatie van mpt en pgb (Zorginstituut Nederland 2017a).<sup>14</sup> In het geval dat een oudere tijdelijk thuis moet blijven wonen, omdat hij of zij nog niet terecht kan in een verpleeghuis, dan worden deze pakketten ook wel gezien als 'overbruggingszorg'. Deze overbruggingszorg wordt geregeld door ofwel het verpleeghuis ofwel het zorgkantoor (Consumentenbond 2017). Bij een vpt ontvangen kwetsbare ouderen dezelfde zorg thuis als dat ze zouden hebben ontvangen in een zorginstelling. De zorg passend bij het zorgprofiel wordt geleverd door één zorgaanbieder zoals een verpleeghuis of een thuiszorgorganisatie. De zorg in natura bestaat onder andere uit persoonlijke verzorging en verpleging, vervoer naar een arts of therapeut en/of begeleiding, het verzorgen van eten en drinken, huishoudelijke hulp voor het schoonmaken van de woning en geneeskundige zorg voor ziekten en aandoeningen.<sup>15</sup>

In plaats van voor een vpt, kan een kwetsbare oudere ook kiezen voor een mpt. In dat geval kiest de oudere zelf zijn/haar zorgverleners (wat zowel professionele zorgverleners als familieleden kunnen zijn) en wordt de zorg door meerdere partijen geleverd. Een ander verschil ten opzichte van het vpt is dat bij het mpt geen maaltijden worden verzorgd. Soms zijn het

---

<sup>13</sup> Bij een pgb sluit iemand zelf contracten af met zorgverleners. Rekeningen worden doorgestuurd naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

<sup>14</sup> Bij de keuze voor een van deze pakketten verloopt de aanvraag voor bijvoorbeeld woningaanpassingen of scootmobiel niet meer via de Wlz maar via de Wmo.

<sup>15</sup> Bij een vpt (alook een mpt) blijft de algemene medische zorg lopen via de huisarts (eerstelijnszorg). De vergoeding van de huisarts maar ook medicijnen, hulpmiddelen en bijvoorbeeld tandheelkundige zorg blijft via de Zvw lopen.

de mantelzorgers die de maaltijden verzorgen, maar soms kunnen ouderen ook maaltijden en drinken aan huis regelen via het gemeentelijke Wmo-beleid (Zorginstituut Nederland 2017b). In tegenstelling tot bij een vpt kunnen kwetsbare ouderen bij een mpt er ook voor kiezen om bepaalde zorg zelf in te kopen via een pgb.

Uiteindelijk beslist het zorgkantoor of het inderdaad mogelijk is om zelfstandig thuis te blijven wonen; dit gebeurt deels op basis van het advies van zorgaanbieders. Bij de beslissing wordt gekeken of de zorg thuis op een doelmatige en verantwoorde wijze geleverd kan worden. Zo mogen de kosten van de zorg in de thuissituatie niet duurder zijn dan in een instelling. Daarnaast is het van belang dat de kwetsbare oudere niet te ver van de voorziening of zorginstelling woont om lange reistijden te voorkomen, ook wanneer acute (nacht)zorg nodig is (Zorginstituut Nederland 2017a).

### *Eigen bijdrage*

Ouderen die Wlz-zorg afnemen, zijn hiervoor in Nederland een eigen bijdrage verschuldigd. De precieze hoogte van deze bijdrage wordt vastgesteld door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en hangt onder andere af van het inkomen van de oudere, van zijn/haar vermogen en van de gekozen zorgvorm<sup>16</sup>. Ouderen die op basis van hun Wlz-indicatie voor het eerst in een Wlz-instelling worden opgenomen, betalen de eerste 4 maanden een lage eigen bijdrage. Deze bijdrage is minimaal €164,20 en maximaal €861,80,- per maand (prijspeil 2019; CAK 2019a). Daarna betalen deze ouderen in principe de hoge eigen bijdrage van maximaal €2.364,80 per maand (prijspeil 2019; CAK 2019b). Echter, hiervoor is een aantal uitzonderingen geformuleerd<sup>17</sup>, bijvoorbeeld als de partner van de oudere nog thuis woont of als de oudere of zijn/haar partner gebruikmaakt van een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Op de eigen bijdrage voor deze andere zorgvormen wordt later in deze paragraaf nog ingegaan.

De hoge eigen bijdrage is een vergoeding voor de zorg én het verblijf. Indien de oudere binnen een Wlz-instelling verblijft, maakt de zorgorganisatie immers niet alleen kosten voor de geleverde zorg, maar ook voor de door de oudere gebruikte huisvesting en aanvullende diensten. Voor de huisvesting krijgt de zorgorganisatie vanuit het zorgkantoor een vergoeding. Vanaf medio 2009 is hiervoor geleidelijk aan een nieuwe bekostigingssystematiek ingevoerd, waarin niet langer het gebouw zélf maar de daadwerkelijk binnen het gebouw geleverde Wlz-zorg (zorgproductie) als uitgangspunt wordt genomen. Zorgorganisaties ontvangen vanaf dat moment per Wlz-cliënt naast de vergoeding voor zorg voortaan ook een vergoeding voor de huisvesting. Deze vergoeding wordt de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) genoemd. Bij een lagere bezetting (minder cliënten), ontvangt de zorgorganisatie ook een lagere NHC. Hierdoor zijn zorgorganisaties zelf financieel verantwoordelijk voor de keuzes die zij met betrekking tot (de bezetting van) hun vastgoed maken. De risico's die hierdoor kunnen ontstaan, worden in hoofdstuk 5 nader toegelicht.

Ouderen die ervoor kiezen om hun Wlz-zorg thuis te ontvangen – en dus niet verhuizen naar een Wlz-instelling – betalen een lage eigen bijdrage. Zij zijn immers alleen een vergoeding verschuldigd voor de zorg en niet voor het verblijf en de diensten. Voor ouderen met een vpt is deze bijdrage minimaal €164,20 en maximaal €861,80,- per maand (prijspeil 2019; CAK 2019a). Voor ouderen met een mpt en/of pgb is de eigen bijdrage minimaal €23,40 en maximaal €861,80,- per maand (prijspeil 2019; CAK 2019c en 2019d). Ouderen die zorg afnemen via een mpt en/of pgb maken aanspraak op een korting op de eigen bijdrage van maximaal

---

<sup>16</sup> In het regeerakkoord van het kabinet Rutte III zijn nieuwe plannen opgenomen die betrekking hebben op de berekening van de (hoogte van de) eigen bijdrage die ouderen betalen als zij Wlz-zorg afnemen. In hoofdlijnen zijn vanaf 01-01-2019 twee wijzigingen doorgevoerd. Allereerst is de vermogensbijtelling van 8% naar beneden bijgesteld tot 4% (CAK 2017). Dit heeft tot gevolg dat ouderen met spaargeld mogelijk minder eigen bijdrage gaan betalen. Daarnaast is de periode dat ouderen die voor het eerst naar een Wlz-instelling verhuizen een lage eigen bijdrage mogen betalen, verlaagd van 6 naar 4 maanden (CAK 2017). Deze wijziging heeft tot gevolg dat ouderen sneller de hoge eigen bijdrage betalen voor hun verblijf binnen een Wlz-instelling.

<sup>17</sup> De situaties waarin afgeweken wordt van deze standaardsituatie zijn te raadplegen via: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>

€140,80 per maand (prijspeil 2019; CAK 2019c en 2019d). Deze aftrek vervalt indien de partner van de oudere Wlz-zorg afneemt via een vpt of binnen een Wlz-instelling verblijft. Omdat het wonen geen onderdeel uitmaakt van zowel een mpt, vpt als pgb kan in deze situatie voor eventueel benodigde woningaanpassingen geen beroep worden gedaan op de Wlz. Een eventuele aanvraag voor een woningaanpassing dient in dat geval bij de gemeente (Wmo) ingediend te worden.

#### *Verschillen tussen zorgregio's*

Zoals reeds is aangegeven, is Nederland ten behoeve van de Wlz-zorg verdeeld in 32 zorgregio's. In 2013 concludeerde de staatssecretaris van het Ministerie VWS dat er tussen deze regio's grote verschillen bestaan in onder andere de grootte van de wachtlijst. De Algemene Rekenkamer (2015) heeft onderzoek gedaan naar deze verschillen en concludeert dat deze gedeeltelijk verklaard kunnen worden door regio specifieke factoren, zoals de heersende cultuur en samenstelling van de plaatselijke bevolking. In de ene regio vinden ouderen met intensieve zorgvragen het bijvoorbeeld minder erg om hulp te vragen dan in de andere regio en dit heeft impact op het aantal aangevraagde en verstrekte Wlz-indicaties, zo luidt de conclusie. Ook de kwaliteitsverschillen tussen zorgorganisaties worden genoemd als een verklaring voor de regionale verschillen in het zorggebruik. Zorgorganisaties met een goede kwaliteit en/of innovatief zorgconcept hebben een aanzuigende werking, waardoor ouderen die recht hebben op Wlz-zorg eerder een verblijfsindicatie aanvragen bij het CAK. Dit heeft tot gevolg dat in de desbetreffende regio een grotere wachtlijst ontstaat.

Naast deze omgevingsfactoren zijn volgens de Algemene Rekenkamer (2015) tevens duidelijke verschillen in de houding en mogelijkheden van de zorgkantoren zichtbaar. Hoe pro-actiever het zorgkantoor zich opstelt bij de zorgbemiddeling en bij het beheren van de wachtlijst, hoe korter de wachtlijst over het algemeen is (Algemene Rekenkamer 2015; Ministerie van VWS 2013). Daarnaast zijn de budgetten die zorgkantoren tot hun beschikking hebben grotendeels historisch bepaald. De contracteerruimte van het voorgaande jaar vormt namelijk steeds het uitgangspunt voor de vaststelling van de nieuwe budgetten. Binnen deze contracteerruimte worden vervolgens de beleidsmaatregelen, verwachte groei en nominale ontwikkelingen verwerkt, alvorens per zorgkantoor een definitief jaarbudget wordt vastgesteld (Algemene Rekenkamer 2015). Het is hierdoor mogelijk dat een zorgkantoor niet voldoende budget toegewezen krijgt om nieuwe, plaatselijke zorgvragen te kunnen financieren. In dat geval kan niet aan alle ouderen met een Wlz-indicatie de benodigde Wlz-zorg geleverd worden en ontstaat in de desbetreffende regio een grotere wachtlijst.

#### ***Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)***

Een andere belangrijke pijler van het Nederlandse zorgstelsel vormt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De naam zegt het al: de wet zet in op de maatschappelijke ondersteuning voor mensen met fysieke, psychische, verstandelijke of psychosociale beperkingen of problemen.<sup>18</sup> Door de vergrijzing en de verdere extramuralisering zijn er steeds meer thuiswonende mensen met beperkingen en vallen steeds meer mensen onder de Wmo (Van Iersel en Leidelmeijer 2016; zie ook Pommer et al. 2016). De Wmo zet in op het bevorderen van de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking conform de uitgangspunten van het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (zie ook paragraaf 2.4), alsook op het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligerswerk. Een derde mogelijkheid die de Wmo geeft is het bieden van beschermd wonen en opvang (VNG 2015).

---

<sup>18</sup> Onderzoek van het SCP laat zien dat vooral ouderen, en dan met name de alleroudsten gebruik maken van Wmo-voorzieningen. Ruim een op de drie 80-plussers maakte in de eerste helft van 2015 gebruik van een Wmo-voorzieningen. In totaal wordt circa twee derde van de Wmo-ondersteuning gegeven aan 65-plussers (Pommer et al. 2016).

### *Doelstelling en kernbegrippen*

De Wmo vormt sinds 1 januari 2007 het wettelijke kader voor het maatschappelijke ondersteuningsbeleid van gemeenten (Van Houten et al. 2008). Dat wettelijke kader is in 2015 overigens gewijzigd. Een van de belangrijkste wijzigingen is dat de nadruk niet meer ligt op het compenseren van een beperking maar op het versterken van de zelfredzaamheid en de participatie. Deze twee Wmo-kernbegrippen worden in de volgende alinea nader toegelicht. Daarnaast is de nieuwe Wmo ook iets uitgebreid, omdat enkele voorzieningen die voorheen onder de Awbz vielen nu onder de Wmo vallen (zoals begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen).<sup>19</sup> De wijzigingen in de uitvoering en vormgeving ten spijt: het hoofddoel lijkt weinig veranderd. Net als de oude Wmo beoogt de nieuwe Wmo 2015 dat mensen zo lang en zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven wonen en mee kunnen blijven doen in de samenleving, al dan niet geholpen door familie, vrienden of bekenden (Van Houten et al. 2008; Pommer et al. 2016). Om dit te bereiken, wordt ingezet op het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie.<sup>20</sup>

Zelfredzaamheid wordt in de Wmo 2015 gedefinieerd als het in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden. Of ouderen redzaam zijn hangt af van of ze zelf, of met behulp van anderen, in staat zijn om hun problemen het hoofd te bieden (Boelhouwer 2016). Met participatie wordt bedoeld dat mensen sociale contacten onderhouden, mensen kunnen ontmoeten, boodschappen kunnen doen en deelnemen aan maatschappelijke activiteiten. De ondersteuning die vanuit de Wmo wordt geboden, is overigens niet alleen gericht op ouderen met beperkingen of problemen maar ook op mantelzorgers en vrijwilligers (Pommer et al. 2016).

In de nieuwe Wmo 2015 spelen daarnaast een aantal uitgangspunten een belangrijke rol: 'eigen verantwoordelijkheid', 'eigen kracht' en 'eigen regie'. 'Eigen verantwoordelijkheid' betekent dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen, het voeren van een gestructureerd huishouden en deelname aan het maatschappelijk verkeer (Van den Berg et al. 2016). Verwacht wordt dat ouderen anticiperen op mogelijke problemen en problemen zelf proberen op te lossen. Daarbij moeten zij zelf verkennen welke oplossingen en mogelijkheden er zijn en welke inspanningen zij zelf kunnen leveren (Movisie 2013). 'Eigen kracht' is het vermogen van ouderen om zaken voor zichzelf te regelen en oplossingen te vinden voor problemen (Boelhouwer 2016; Movisie 2013). Met 'eigen regie' (of 'zelfregie') wordt bedoeld dat ouderen zelf bepalen hoe hun dagelijkse leven eruit ziet. Er wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de eigen inbreng en voorkeuren van ouderen bij het vormgeven van hun leven en de ondersteuning (Van den Berg et al. 2016); het draait kortom om wat zij zelf willen (Movisie 2013).

### *Wmo voorzieningen*

In de Wmo 2015 worden een tweetal type voorzieningen onderscheiden: individuele voorzieningen (ook wel maatwerkvoorzieningen genoemd) en algemene voorzieningen. Zowel individuele als algemene voorzieningen moeten bijdragen aan de zelfredzaamheid en participatie van ouderen en daarmee ook aan het langer zelfstandig wonen van ouderen.

Algemene voorzieningen bestaan uit diensten of activiteiten die zijn gericht op de maatschappelijke ondersteuning van alle ingezetenen van een gemeente; dus ook degenen die thuis wonen met een Wlz-indicatie (Ministerie van VWS 2014b). Algemene voorzieningen zijn bijvoorbeeld koffieochtenden in het buurthuis, een boodschappendienst, formulierhulp, een ontmoetingsruimte voor mensen die eenzaam zijn, het verzorgen van maaltijden ('tafel-tje-dekje'), en bijvoorbeeld een was- en strijkservice. Dergelijke diensten kunnen bijvoorbeeld door sociale wijkteams worden georganiseerd in opdracht van de gemeente (VNG

---

<sup>19</sup> Een andere wijziging is dat in de Wmo 2015 wordt ingezet op een verschuiving van het inzetten van voorzieningen naar preventie en van maatwerkvoorzieningen naar algemene voorzieningen indien deze toereikend zijn (Pommer et al. 2016).

<sup>20</sup> Daarnaast wordt binnen de Wmo 2015 zorg gedragen voor beschermd wonen en opvang.



2015; Ministerie van VWS 2014b). De gemeente houdt zelf de toewijzing en het gebruik van algemene voorzieningen bij.

Een maatwerkvoorziening is een, de naam zegt het al, op maat gesneden voorziening die afgestemd is op de individuele behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een oudere (Pommer et al. 2016). Een maatwerkvoorziening is pas aan de orde als iemand niet meer zelf of met behulp van zijn omgeving zelfstandig kan wonen (niet meer zelfredzaam is) noch kan participeren en ook een algemene voorziening geen oplossing biedt (VNG 2015). Er zijn vier verschillende Wmo-maatwerkvoorzieningen: hulp bij het huishouden, ondersteuning thuis, hulpmiddelen en diensten en maatschappelijke opvang zoals daklozenopvang en 'blijfvan-mijn-lijfhuizen' (Pommer et al. 2016). Huishoudelijke hulp omvat onder andere hulp bij het schoonmaken, opruimen of bijvoorbeeld de afwas. Ondersteuning thuis omvat onder andere ondersteuning van mantelzorgers en dagbesteding op maat. Bij hulpmiddelen en diensten gaat het om een brede categorie van voorzieningen, waaronder vervoer en wonen. Onder vervoer vallen zowel collectief vervoer (wijkbus of rolstoelvervoer), vervoer op maat (regiotaxi, taxibusje) als individuele vervoermiddelen (rolstoelen, scootmobielen). Bij het wonen gaat het doorgaans om woningaanpassingen zoals het plaatsen van een traplift of het verbreden van deuren (zie bijvoorbeeld Pommer et al. 2016). Het gebruik van maatwerkvoorzieningen uit de Wmo wordt geregistreerd door het CAK.

#### *Gemeenten aan de lat*

Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor het maatschappelijke ondersteuningsbeleid voor hun inwoners zolang deze nog geen Wlz-zorg of wijkzorg ontvangen (Ministerie van VWS 2014a). Voor de uitvoering van de Wmo 2015 ontvangen gemeenten vanuit rijksoverheid een budget (Pommer et al. 2016). Gezien het forse takenpakket van gemeenten binnen het sociale domein, is het van belang dat de financiële slagkracht van gemeenten voldoende is, zo stellen Kuperus et al. (2016).

Het gemeentelijke maatschappelijke ondersteuningsbeleid wordt periodiek vastgesteld en beschreven in een Wmo-beleidsplan. Daarin beschrijven gemeenten onder andere aan welke criteria inwoners moeten voldoen om voor een bepaalde maatwerkvoorziening in aanmerking te komen en welke keuzemogelijkheden tussen aanbieders zij hebben (Ministerie van VWS 2014a). In de oude Wmo was expliciet opgenomen dat de gemeente advies moet vragen aan haar inwoners alvorens het Wmo-beleidsplan wordt vastgesteld. Deze gedachte is in de nieuwe wet losgelaten. Echter, in deze wet is wel opgenomen dat burgers indien nodig vanuit de gemeente ondersteuning moeten krijgen om hun rol in de totstandkoming en vaststelling van het Wmo-beleidsplan effectief te kunnen vervullen (Movisie 2015).

Hoewel gemeenten primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de nieuwe Wmo 2015, en in dat kader ook Wmo-ondersteuning inkopen, wordt wel van hen verwacht dat zij actief samenwerken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij het organiseren van de zorg en ondersteuning in buurten, wijken en dorpen (Ministerie van VWS 2014a; Rijksoverheid 2014). In het Wmo-beleidsplan moeten gemeenten aandacht schenken aan de samenwerking met deze partijen (Non et al. 2015).

#### *Samenwerking binnen de Wmo*

Bij de zorglevering en ondersteuning vanuit de Wmo zijn veel lokale organisaties, professionals en andere actoren betrokken. Denk hierbij aan: Wmo-consulenten, huisartsen, transferverpleegkundigen, ambulante begeleiders, paramedici, mantelzorgers en woningcorporaties. Gemeenten hebben de vrijheid om de specifieke invulling van de Wmo op hun eigen manier vorm te geven. Het is daarom onmogelijk om een volledig beeld te schetsen van de samenwerking die in het kader van de Wmo al dan niet tussen deze lokale actoren tot stand komt (zie ook BeterOud 2016). De beschrijving in deze paragraaf is dan ook vooral bedoeld om de laten zien welke samenwerkingsverbanden in het kader van de Wmo de afgelopen jaren structureel binnen veel gemeenten zijn ontstaan.

Uit een peiling van Movisie (2018) blijkt dat 83% van de 201 onderzochte gemeenten in het kader van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet werkt met sociale (wijk)teams. Deze teams zijn het eerste aanspreekpunt voor alle zorg- en ondersteuningsvragen die ouderen hebben. De meeste gemeenten beschikken niet over één (wijk)team dat specifiek gericht is op ouderen, maar over diverse (wijk)teams waar alle inwoners met zeer diverse vragen terecht kunnen. Denk hierbij aan vragen over schulden, eenzaamheid, wonen, welzijn en financiën. Indien een oudere zijn/haar zorgvraag meldt bij het wijkteam, wordt samen met hem/haar in beeld gebracht waarvoor precies hulp of ondersteuning nodig is. Het wijkteam brengt de oudere vervolgens met de verantwoordelijke zorgprofessional in contact. Als blijkt dat de hulp of ondersteuning van meerdere zorgprofessionals benodigd is, initieert het (wijk)team een zorgoverleg. Bij dit overleg zijn bijvoorbeeld een huisarts, wijkverpleger, geriater, sociaal psychiatisch verpleegkundige en mantelzorger aanwezig en wordt de (inhoudelijke) zorglevering evenals de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen verder afgestemd. Hierbij is het uitgangspunt: één huishouden, één plan, één zorgcoördinator (Dollekamp & Smits 2014).

Het wijkteam werkt niet alleen samen met medische zorgprofessionals, maar stemt indien nodig ook af met andere lokale actoren, zoals de wijkagent, een sociaal werker of de leefbaarheidsconsulent die werkzaam is bij bijvoorbeeld een woningcorporatie (BeterOud 2016). Het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen stelt immers ook nieuwe, specifieke voorwaarden aan de woonomgeving van ouderen. Een medewerker van de woningcorporatie kan hieraan bijdragen, doordat hij/zij veel contacten heeft met bewoners en daardoor niet alleen eventuele problemen rondom de woonomgeving, maar bijvoorbeeld ook problemen op sociaal gebied snel kan signaleren. In het programma BeterOud (2016) wordt daarom een onderscheid gemaakt tussen medische en sociale (zorg)professionals. Het is de verantwoordelijkheid van het sociale wijkteam om alle professionals daar waar nodig actief met elkaar te laten samenwerken. In afbeelding 2.1 zijn de samenwerkingsverbanden die binnen de Wmo (zouden kunnen) ontstaan, nader in beeld gebracht.

**Afbeelding 2.1 Samenwerking op lokaal niveau**



Bron: BeterOud (2016)

Ondanks dat gemeenten veel vrijheid hebben bij de precieze invulling van de Wmo heeft de wetgever in de Memorie van Toelichting van deze wet expliciet aangegeven dat van gemeenten wordt verwacht dat zij actief samenwerken met zorgverzekeraars. Dit met als doel om



ouderen samenhangende zorg te kunnen bieden, waardoor zij zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen (Tweede Kamer 2013/2014). Aangezien gemeenten en zorgverzekeraars ieder verantwoordelijk zijn voor een eigen, afgebakend deel van de langdurige ouderenzorg kan een gebrek aan samenwerking namelijk leiden tot een versnippering van de aan ouderen geleverde zorg. Door samen concrete afspraken te maken met aanbieders over de inkoop en levering van zorg en ondersteuning kan dit voorkomen worden, zo luidt de redenering van de wetgever (Tweede Kamer 2013/2014).

De wetgever benadrukte tevens de noodzaak om het combineren van informele hulp en professionele ondersteuning gemakkelijker te maken (Tweede Kamer 2013/2014). Als ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen, wordt het sociale netwerk van ouderen volgens de wetgever namelijk steeds belangrijker. Gemeenten hebben in de Wmo daarom een belangrijke verantwoordelijkheid gekregen om de positie van mantelzorgers en vrijwilligers te versterken. Zo dient de gemeente de mantelzorger(s) expliciet te betrekken bij de Wmo-aanvraag die door een oudere wordt ingediend, zodat zo goed mogelijk afgestemd kan worden in welke zorg- en ondersteuningsbehoeften de oudere en zijn/haar mantelzorger(s) zelf kunnen voorzien en waarvoor (aanvullende) hulp vanuit de gemeente nodig is (zie o.a. art. 2.3.2 Wmo 2015).

#### *Uitvoering in de praktijk*

Wanneer een oudere ondersteuning nodig heeft, bijvoorbeeld om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen of te kunnen blijven participeren, dan zal de oudere zich moeten melden bij de gemeente. In sommige gemeenten kan dit bij een speciaal Wmo- of zorgloket of bijvoorbeeld bij een (sociaal) wijkteam, vaak bestaande uit een Wmo-consulent en een maatschappelijk werker maar bijvoorbeeld ook uit wijkverpleegkundigen (Movisie 2016a; Pommer et al. 2016).

Gemeenten zijn vervolgens verplicht om binnen 6 weken nadat de oudere zich heeft gemeld, onderzoek te doen naar de ondersteuningsbehoefte van de oudere. Dit gebeurt via het zogenoemde 'keukentafelgesprek'. Bij een keukentafelgesprek spreekt de oudere, al dan niet bijgestaan door een mantelzorger en/of cliëntondersteuner, veelal met een sociale professional, bijvoorbeeld een Wmo-consulent, een wijkverpleegkundige, een maatschappelijk werker of andere leden van het (sociale) wijkteam (Pommer et al. 2016; Movisie 2016b). In het gesprek worden de ondersteuningsbehoefte en voorkeuren van de oudere besproken. Daarbij wordt ook gekeken naar persoonskenmerken: wat en hoeveel kan de oudere nog zelf? Ook wordt gekeken in hoeverre de benodigde ondersteuning kan worden gegeven door het sociale netwerk (zoals kinderen, vrienden of bijvoorbeeld burens), rekening houdend met de mogelijkheden en belastbaarheid van de mantelzorger en het sociale netwerk (Ministerie van VWS 2014a).<sup>21</sup> Tot slot wordt geïventariseerd in hoeverre de oudere zorg of ondersteuning krijgt vanuit andere wetten, bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hoewel het inkomen bijdraagt aan de zelfredzaamheid van burgers, speelt de hoogte van het inkomen of bijvoorbeeld het vermogen, geen rol bij het bepalen van de ondersteuningsbehoefte.

Huishoudens met een hoger inkomen hebben in beginsel net zo veel recht op ondersteuning als sociale minima; niemand kan op voorhand worden uitgesloten van ondersteuning (Pommer et al. 2016).

Op basis van het keukentafelgesprek zal de gemeente een gespreksverslag maken. Alleen als blijkt dat de oudere zich niet op eigen kracht of met hulp uit het sociale netwerk kan redden of kan participeren – passend bij de gedachte van de participatiesamenleving (Brink 2013) – dan zal de gemeente een ondersteuningsvoorstel doen in de vorm van algemene of maatwerkvoorzieningen (Pommer et al. 2016). Als de oudere akkoord gaat met het ondersteuningsvoorstel, dan tekent hij/zij het gespreksverslag en stuurt het terug naar de gemeente.

---

<sup>21</sup> Steun uit het eigen netwerk is een onderdeel van wat ook wel informele hulp wordt genoemd. Hulp uit het eigen netwerk met het oog op gezondheidsproblemen wordt aangeduid met de term mantelzorg (Van den Berg et al. 2016).

De gemeente beslist vervolgens binnen twee weken of de oudere voor de Wmo-voorziening(en) in aanmerking komt (Zorgwijzer 2017).

Als de aanvraag wordt goedgekeurd door de gemeente, dan heeft de oudere de keuze tussen hulp en ondersteuning in natura (waarbij de gemeente de Wmo-ondersteuning regelt en bijvoorbeeld bepaalt wat voor rolstoel wordt verstrekt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb kan de oudere zelf de ondersteuning regelen die tot de maatwerkvoorziening behoort, wat positief bijdraagt aan de mate waarin ouderen regie kunnen houden over hun eigen leven. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekozen voor een thuiszorgorganisatie waarmee de gemeente geen contract heeft afgesloten (Ministerie van VWS 2014a). Onder bepaalde voorwaarden kan een persoonsgebonden budget ook worden ingezet om mensen uit het sociale netwerk financieel te belonen voor hun diensten (Ministerie van VWS 2014a). Ook bij woningaanpassingen, heeft de oudere in beginsel de keuze tussen een persoonsgebonden budget of ondersteuning in 'natura' waarbij de gemeente de woningaanpassing regelt. En net als bij de Wlz, geldt dat de oudere aan bepaalde voorwaarden moet voldoen om in aanmerking te komen voor een pgb. Een van die voorwaarden is dat de oudere in staat is om de taken en verplichtingen die samenhangen met het persoonsgebonden budget (zoals het sluiten van overeenkomsten en het aansturen en aanspreken van de hulpverlener op verplichtingen) op een verantwoorde wijze kan uitvoeren (Ministerie van VWS 2014a).

Bij de keuze van de ondersteuning mag een gemeente de kosten van de verschillende oplossingen betrekken. In het geval van een aanvraag voor een woningaanpassing, zullen de kosten van de aanpassing worden afgezet tegen de kosten om te verhuizen naar een beter passende woning. Gemeenten kiezen in beginsel voor de goedkoopst adequate voorziening (Woonbond 2015). Blijkens onderzoek van de ANBO verkiezen veel gemeenten verhuizen naar een meer geschikte woning boven het aanpassen van de huidige woning (Binnenlands Bestuur 2015). Bij het zogenoemde 'verhuisprimaat' beroepen gemeenten zich onder andere op de wetsbepaling dat ouderen een 'eigen verantwoordelijkheid' hebben om 'tijdig' te anticiperen op het ouder worden (Binnenland Bestuur 2015). En dit is niet geheel terecht, zo blijkt uit een recente uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. Ouderen kunnen weliswaar anticiperen op de ontwikkeling van reeds aanwezige beperkingen, maar niet anticiperen op elk denkbaar gebrek dat ze in de toekomst mogelijk kunnen krijgen. En daarom mogelijk gemeenten geen preventieve maatregelen eisen van inwoners om het beroep op de Wmo tegen te gaan (CRvB 2018, zaaknummer 17/1852 WMO15).

### *Eigen bijdrage*

Tot slot mogen gemeenten een eigen bijdrage vragen voor Wmo-voorzieningen met uitzondering voor een aantal maatwerkvoorzieningen (Pommer et al. 2016). Bij algemene voorzieningen mogen gemeenten zelf de hoogte van de vergoeding bepalen: het gebruik registreren zij ook zelf (Ministerie van VWS 2014a). Bij maatwerkvoorzieningen zijn gemeenten minder vrij; deze worden dan ook door het CAK geregistreerd. Daarbij mocht tot 2019 de eigen bijdrage niet hoger zijn dan de kostprijs die de gemeente ervoor betaalde. De hoogte van de eigen bijdrage hing onder andere af van het huishoudensinkomen en de type Wmo-maatwerkvoorziening. Hoewel de hoogte van het inkomen in beginsel geen rol speelt bij de beslissing of iemand recht heeft op een Wmo-maatwerkvoorziening, speelde het inkomen dus wél een rol bij de bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage.

Per 1 januari 2019 is overgegaan op een vast abonnementstarief voor Wmo-maatwerkvoorzieningen van maximaal 17,50 euro per 4 weken per huishouden (CAK 2019e). Vanaf 2020 wordt ook een deel van de algemene voorzieningen onder het abonnementstarief gebracht<sup>22</sup>. Woningaanpassingen vallen ook onder dit 'abonnementstarief'. De invoering van het abonnementstarief heeft tot doel om de stapeling van kosten voor zorg en ondersteuning te beperken. Want bijna alle huishoudens die een eigen bijdrage betalen voor een Wmo-voorziening hebben ook kosten voor het eigen risico voor zorggebruik in de Zvw. Ook leidt het tot transparantie voor Wmo-aanvragers: het is voordat men een aanvraag doet duidelijk welke eigen

<sup>22</sup> <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34104-224.html>

bijdrage in rekening wordt gebracht. Toch voorzien sommigen ook nadelen. Want ouderen met een midden en hoger inkomen gaan hierdoor naar verwachting minder betalen voor de Wmo-voorziening. Onder meer de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) vreest een aanzuigende werking van de maatregel en verwacht dat veel meer mensen een beroep zullen doen op de Wmo<sup>23,24</sup>. De prikkel voor ouderen om de eigen kracht aan te spreken of het eigen sociale netwerk te mobiliseren, bijvoorbeeld voor een aantal uren huishoudelijke hulp, valt immers weg op het moment dat de benodigde hulp voor 17,50 euro per 4 weken bij de gemeente is af te nemen<sup>25</sup>. Gemeenten vinden de maatregel dan ook principieel in strijd met de uitgangspunten van de eigen verantwoordelijkheid binnen de Wmo. En omdat het budget niet toeneemt, zal dit ten koste gaan van degenen die het niet zelf kunnen regelen en betalen, zo vreest de VNG (2018)<sup>26</sup>.

#### *Gemeentelijke verschillen*

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. Daarbij hebben zij een grote mate van vrijheid, zodat ze kunnen inspelen op de ondersteuningsbehoefte van hun inwoners en lokaal maatwerk kunnen leveren (Trouw 2014; Rijksoverheid 2013). Gemeenten kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om bepaalde voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp, tot een algemene voorziening te rekenen of tot een maatwerkvoorziening. Ook kunnen zij kiezen welke type Wmo-voorzieningen zij überhaupt vergoeden, bijvoorbeeld scootmobielen, taxiriten, woningaanpassingen en maaltijdservices als 'tafeltje-dekje' (Pommer et al. 2016).<sup>27</sup> Daarnaast kunnen gemeenten variëren met enkele parameters bij het bepalen van de eigen bijdrage die mensen moeten betalen voor hun algemene Wmo-voorziening. Bijvoorbeeld het gemaximeerde bedrag voor de minima en het startinkomen voor het inkomensafhankelijk deel van de eigen bijdrage (Pommer et al. 2016). Gemeenten kunnen er ook voor kiezen om een lagere eigen bijdrage of helemaal geen eigen bijdrage te vragen, bijvoorbeeld omdat zij de zorg goedkoper hebben ingekocht (Binnenlands Bestuur 2016). Algemene Wmo-voorzieningen, zoals een boodschappendienst, maaltijdvoorziening of klussenhulp, kunnen in de ene gemeente dus gratis zijn terwijl er in de andere gemeente een eigen bijdrage voor wordt gevraagd (Iederin 2019). De Volkskrant becijferde in 2015 dat een gezin met een modaal inkomen voor 4 dagdelen begeleiding per 4 weken in de gemeente Westland een kleine 57 euro kwijt is tegenover zo'n 106 euro in de gemeente Gilze-Rijen (Volkskrant 2015).<sup>28</sup>

De gemeentelijke vrijheid bij de uitvoering van de Wmo, betekent ook dat er in de praktijk verschillen kunnen optreden in de wijze waarop gemeenten omgaan met eventuele bezuinigingen op de Wmo. Zo werden de bezuinigingen in 2015 door gemeenten gecompenseerd door bijvoorbeeld hulp tegen lagere tarieven in te kopen, door minder hulp in te kopen of door de hulp op een andere manier te organiseren (Pommer et al. 2016).<sup>29</sup>

Kortom: het maakt voor ouderen dus nogal uit waar zij wonen willen zij een beroep doen op de Wmo (Binnenlands Bestuur 2016). Gegeven de vrijheid die gemeenten hebben bij de invulling van de Wmo, is het niet zo verwonderlijk dat er regionale verschillen bestaan in het gebruik van Wmo-voorzieningen. De SCP-studie *'Overall rapportage sociaal domein 2015'* liet zien dat vooral in krimpende plattelandsgebieden sprake is van een relatief hoog gebruik van Wmo-voorzieningen, zelfs indien rekening werd gehouden met demografische en

<sup>23</sup> <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/financien-wmo/nieuws/abonnementstarief-wmo-jaagt-gemeenten-op-extra-kosten>

<sup>24</sup> Op dit moment is nog niet duidelijk of naar aanleiding van deze wijziging inderdaad meer mensen een beroep doen op de Wmo.

<sup>25</sup> <https://www.trouw.nl/opinie/wmo-abonnement-heeft-ongewenste-sociale-gevolgen~a59de682/>

<sup>26</sup> [https://vng.nl/files/vng/brieven/2018/2080613\\_ledenbrief\\_invoering\\_abonnementstarief\\_in\\_de\\_wmo\\_transformatiefonds\\_en\\_verlengde\\_pleegzorg.pdf](https://vng.nl/files/vng/brieven/2018/2080613_ledenbrief_invoering_abonnementstarief_in_de_wmo_transformatiefonds_en_verlengde_pleegzorg.pdf)

<sup>27</sup> Dit geldt niet voor huishoudelijke hulp. Gemeenten zijn verplicht om huishoudelijke hulp als voorziening aan te bieden blijkens een gerechtelijke uitspraak (Movisie 2016)

<sup>28</sup> NB in 2015 varieerden eigen bijdragen voor zowel algemene als ook de maatwerkvoorzieningen. Deze laatste vallen per 1 januari 2019 onder het vaste abonnementstarief.

<sup>29</sup> Vanwege de scherpe inkoop, konden enkele aanbieders van huishoudelijke hulp hun contractuele verplichtingen niet meer nakomen (Pommer et al. 2016). In hoofdstuk 3 wordt nader ingezoomd op dergelijke knelpunten voor het langer zelfstandig wonen.

sociaaleconomische samenstellingseffecten ('risicokenmerken') (Pommer et al. 2016).<sup>30</sup> In een aanvullende verkenning onder leiding van Platform31, is getracht om middels regionale rondetafelgesprekken verklaringen te vinden voor de gevonden verschillen in het Wmo-gebruik. Deze inventarisatie resulteerde in een aantal verklaringsrichtingen, waaronder contextuele factoren (cultuur, economische context, fysieke context), institutionele factoren en de kenmerken van de bevolking (Engbersen & Uyterlinde 2017).

### **Zorgverzekeringswet (Zvw)**

De Zorgverzekeringswet bevat een acceptatieplicht om verzekeringsplichtigen altijd te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht de leeftijd, de gezondheid of het geslacht. De verzekeraar mag op basis van deze kenmerken geen afwijkende premie vragen (verbod op premiedifferentiatie), waardoor de premie voor de basisverzekeringen in principe voor iedereen gelijk is. Zorgverzekeraars maken afspraken met aanbieders die zorg leveren volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wanneer een zorgaanbieder bijvoorbeeld aangeeft dat er een wachtlijst is voor een bepaalde behandeling dan moet de verzekeraar ervoor zorgen dat de verzekerde binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke reisafstand geholpen kan worden bij een andere zorgaanbieder. Daartoe zijn in de Zvw duidelijke normen gesteld. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder en controleert of verzekeraars zich houden aan de normen, regels en voorwaarden zoals vermeld in de Zvw<sup>31</sup>.

De Zvw wordt op een aantal manieren bekostigd. In de eerste plaats betalen verzekerden met een inkomen een inkomensafhankelijke bijdrage via de belasting. In 2018 bedraagt de inkomensafhankelijke bijdrage 6,90 procent voor werknemers en 5,65 procent voor ondernemers en gepensioneerden. Ten tweede betalen verzekerden vanaf 18 jaar een zorgpremie aan de verzekeraar, waarvan de hoogte afhangt van de verzekeraar en het type polis. Daarnaast betalen verzekerden een wettelijk verplicht eigen risico voor de meeste zorg die door de basisverzekering wordt vergoed. Tot 2021 bedraagt het eigen risico 385 euro. Mensen met een ontoereikend inkomen hebben recht op zorgtoeslag, waarvan de hoogte afhankelijk is van hun inkomen en vermogen.

Vanwege de acceptatieplicht van zorgverzekeraars kan de ene zorgverzekeraar meer verzekerden hebben met hogere zorgkosten of risico daarop dan de andere. Om prikkels tot selectie (voor populatie of regio) bij zorgverzekeraars te voorkomen, is er een principe van risicoverevening opgenomen in de Zvw. De hoogte van de verevening wordt gebaseerd op het gemiddelde risicoprofiel van de populatie verzekerden; verzekeraars met een gunstig populatieprofiel dragen bij aan het zorgverzekeringsfonds waaruit verzekeraars met een ongunstig risicoprofiel verevend worden.

Met de hervormingen in de langdurige zorg in 2015 werd de Zvw uitgebreid met persoonlijke verzorging en verpleging aan huis: de wijkverpleging. Vanaf dat moment is de wijkverpleging in het basispakket van de Zvw opgenomen en wordt het niet langer gefinancierd vanuit de voormalige AWBZ. Voor de wijkverpleging is circa 3 miljard extra naar de Zvw gegaan. Voor de wijkverpleging geldt geen eigen risico en ook geen eigen bijdrage. Om in aanmerking te komen voor de wijkverpleging moet een HBO-(wijk)verpleegkundige niveau 5 (formeel: art. 3a, wet BIG, HBO bachelor) of een verpleegkundig specialist (art. 14 wet BIG, HBO master) de zorgbehoefte conform het normenkader V&VN beoordelen en een indicatie stellen. Ouderen kunnen naast verpleging ook verzorging krijgen van dezelfde hulpverlener. Want voor mensen met een hoog risico op een aandoening, zoals kwetsbare ouderen, valt ook ondersteuning bij 'algemene dagelijkse levensverrichtingen' (ADL) onder de Zvw<sup>32</sup>. Dat helpt ouderen om langer in hun eigen omgeving te blijven. Zorgverzekeraars zijn sinds 2017 ook verantwoordelijk geworden voor eerstelijnsverblijf dat eerder onder de AWBZ viel: hier kunnen mensen herstellen na een ziekenhuisopname of als het thuis eventjes niet meer gaat.

<sup>30</sup> Ook in de casusregio's de Achterhoek en (Groot) Amsterdam ligt het gebruik van Wmo-voorzieningen relatief hoog, zij het lager dan in de andere noordoostelijke regio's (Pommer et al. 2016, pg. 140).

<sup>31</sup> <https://www.zorgwijzer.nl/faq/zorgverzekeringswet>

<sup>32</sup> De ADL-ondersteuning van andere groepen is ondergebracht in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/hervorming-zorg-zorgverzekeringswet.html>

### *Uitvoering in de praktijk*

Zorgverzekeraars kopen de wijkverpleging in via twee segmenten: S1 en S2. Het merendeel van de verpleegkundige zorg wordt geleverd aan een verzekerde en is daarmee toewijsbaar (S2). Een klein deel van de wijkverpleegkundige zorg richt zich niet direct op een individuele verzekerde, maar meer op collectieve taken (wijktaken). Deze zorg richt zich op de wijk/buurt, zoals het signaleren, collectieve preventie en het aangaan en onderhouden van contacten in het wijknetwerk (S1)<sup>33</sup>. Doordat de wijkverpleging hiermee ook aanspreekbaar is op het coördineren van de zorg in de wijk en/of ondersteuning bij zelfredzaamheid van individuen, wordt de wijkverpleging gezien als een spil die het medische en sociale domein verbindt<sup>34</sup>.

Uit een evaluatie van het NIVEL blijkt dat de wijkverpleging inderdaad vanuit verschillende hoeken wordt gevonden: in de helft van de gevallen benadert de cliënt of familie zelf de wijkverpleger, in de andere gevallen zijn dit huisartsen, praktijkondersteuners of andere zorgprofessionals (Franke et al. 2017). Bijna twee derde van de cliënten geeft aan dat iemand van de wijkverpleging fungeert als hun contactpersoon voor de zorgbehoefte. Opvallend is echter dat bijna een kwart -van zowel de cliënten als de mantelzorgers-aangeeft geen contactpersoon te hebben en nog eens 14 tot 18 procent het niet weet (wat kan duiden op het ontbreken van een vast aanspreekpunt) (Franke et al. 2017).

Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat circa de helft van de cliënten zelf kan kiezen uit meerdere zorgaanbieders en dat 80 procent kon meebeslissen over het type en tijdstip van de benodigde zorgverlening. In ongeveer de helft van de gevallen betreft dit alleen persoonlijke verzorging, 10 procent ontvangt alleen verpleging en het overig deel een combinatie van beiden. Bovendien vinden cliënten zelf de ondersteuning eerder toereikend dan hun mantelzorgers. De wijkverplegers ervaren zelf een toename van kwetsbare cliënten met complexe zorgvragen, waaronder ouderen van zeer hoge leeftijd en mensen met dementie. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verbonden hieraan al in 2015 de consequentie dat het budget voor wijkverpleging niet toereikend is om voor alle verzekerden toegang tot passende zorg te garanderen<sup>35</sup>. Ook de NZa constateert een toenemende zorgvraag van complexer aard als gevolg van de vergrijzing en het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. Zij gaan de komende jaren daarom een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging ontwikkelen die tot een herijking in 2020 moet leiden<sup>36</sup>. In de tussentijd stelt het kabinet 435 miljoen extra beschikbaar voor de wijkverpleging in de komende vier jaar, gericht op het behoud van aanwezig personeel, aantrekken van meer personeel en vervangen van personeel door innovaties als e-health<sup>37</sup>.

## 2.3 Woonbeleid

Vrijwel gelijktijdig met de hervormingen van de langdurige zorg, hebben er ook hervormingen plaatsgevonden op het beleidsterrein wonen die relevant zijn voor het vraagstuk van het langer zelfstandig wonen van ouderen.

<sup>33</sup> <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging/contracteren/paginas/nieuwe-aanspraak-wijk-verpleging.aspx>

<sup>34</sup> <http://mqz.venvn.nl/Portals/30/Eerstelij/Tijdschrift/2013/TLVW%203/2013-interview%20pagina%20van%20Rijn.pdf?ver=2014-12-15-095814-753>

<sup>35</sup> <https://www.nu.nl/zorgverzekering/4118005/zorgverzekeraars-kopen-extra-wijkverpleging-in-vanwege-krap-budget.html>

<sup>36</sup> <https://www.nza.nl/zorgsectoren/wijkverpleging/bekostiging-wijkverpleging>

<sup>37</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/05/24/435-miljoen-extra-voor-wijkverpleging>

### 2.3.1 Gemeenten: visies en prestatieafspraken

#### **Woonvisies en zorgvisies**

Van gemeenten wordt verwacht dat zij een woonvisie of een beleidsplan formuleren. In een woonvisie leggen gemeenten de hoofdlijnen van het te voeren huisvestingsbeleid vast. In die woonvisie kan een gemeente thema's aandragen waarop woningcorporaties dienen te presteren (art. 42 Woningwet, zie ook in de volgende subparagraaf). Denk aan het betaalbaar wonen en aan ouderenhuisvesting. Een woonvisie kan ook voor marktpartijen van groot belang zijn. Als marktpartijen bekend zijn met de langetermijnvisie van de gemeente kunnen zij hun plannen hier immers (beter) op afstemmen.

Gemeenten staan in hun woonvisies steeds vaker stil bij de vraagstukken die binnen het zorgdomein spelen. Sommige gemeenten doen dit door hun woon- en zorgvisie/ Wmo-beleidsplan te combineren, andere gemeenten kiezen ervoor om tegelijkertijd twee separate beleidsdocumenten te ontwikkelen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en elkaar beïnvloeden.

Formeel hebben gemeenten alle vrijheid om zelf een woonvisie te maken die toegespitst is op de lokale problematiek en lokale en regionale omstandigheden. Maar dat neemt niet weg dat de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) als stelselverantwoordelijke een aantal volkshuisvestelijke prioriteiten benoemt met de verwachting dat deze meegenomen worden in de afspraken tussen gemeenten, corporaties en huurdersorganisaties. Van corporaties wordt ook expliciet verwacht dat zij deze prioriteiten in hun bod (volgens een vrij gedetailleerd format uit de BTIV<sup>38</sup>) op de woonvisie betrekken (Ministerie van BZK 2015). Een van de volkshuisvestelijke prioriteiten die voor de periode 2016 tot en met 2019 zijn vastgesteld is het realiseren van wonen met zorg en ouderenhuisvesting in verband met het langer zelfstandig wonen van ouderen. Dat het wonen voor ouderen hoog op de agenda is gezet komt doordat er allerlei knelpunten zijn bij het langer zelfstandig wonen van ouderen. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 3.

#### **Prestatieafspraken**

Aan de hand van de woonvisie gaan partijen uit de lokale driehoek (corporatie, gemeente en huurdersorganisatie) met elkaar om tafel om tot basisafspraken te komen voor de lange termijn en om tot concrete, bindende prestatieafspraken te komen voor de korte termijn (art. 44 lid 2 Woningwet). Van corporaties wordt verwacht dat zij naar redelijkheid bijdragen aan het gemeentelijke volkshuisvestingsbeleid (art. 42 Woningwet). Wat redelijk is hangt onder andere af van hoe de benodigde investeringen zich verhouden tot het vermogen van de corporatie en tot de volkshuisvestelijke opgave in de gemeente. De prestatieafspraken beschrijven uiteindelijk de bijdragen van corporaties aan de gemeentelijke woonvisie met betrekking tot de in het Besluit Toegelaten Instellingen Volkshuisvesting (BTIV) vastgelegde volkshuisvestelijke taken. Wonen met zorg en huisvesting van ouderen kan daar dus onderdeel van uitmaken.

Adviesbureau Companen heeft eind 2018 een aantal processen om tot prestatieafspraken te komen ondersteund. De adviseurs van dit bureau constateerden dat binnen deze processen over het algemeen drie onderwerpen de boventoon voerden, namelijk: 'de omvang van de sociale woningvoorraad, de energietransitie en wonen met zorg' (Companen 2019). In het kader van wonen met zorg werd voor 2019 volgens dit adviesbureau hoofdzakelijk ingezet op het maken van afspraken over woningaanpassingen en de doorstroom van ouderen naar een voor hen geschiktere woning (Companen 2019). De praktijk leert dus dat ouderenhuisvesting een belangrijk thema is in de prestatieafspraken tussen gemeenten, corporaties en huurdersorganisaties. Dit geldt niet alleen voor de trajecten die door Companen ondersteund zijn. Ook in Amsterdam is bijvoorbeeld besloten om een apart programma op te stellen voor de ouderenhuisvesting, waarin nader wordt ingegaan op de benodigde kwantiteit, gewenste

<sup>38</sup> <https://www.binnenlandsbestuur.nl/ruimte-en-milieu/ opinie/columns/het-bod-van-woningcorporaties-zo-sturen-ze-mee.9591482.lynkx>



kwaliteit, werkwijze voor woonruimteverdeling en betaalbaarheid (Gemeente Amsterdam 2015; Gemeente Amsterdam 2019). Daarnaast zijn het labelen van huurwoningen voor 55-plussers en het aan ouderen met voorrang toewijzen van voor hen geschikte huurwoningen veelgebruikte instrumenten die in de prestatieafspraken naar voren komen.

### **Huisvestingsverordening**

Buiten het tripartiete overleg hebben gemeenten nog een aanvullend instrument ter beschikking om ouderenhuisvesting te sturen: de huisvestingsverordening. Op basis van de Huisvestingswet kunnen gemeenten de toewijzing van corporatiewoningen (gedeeltelijk) sturen. In een huisvestingsverordening kunnen door de gemeente toewijzingsregels en urgentieregelingen worden bepaald. Een onderzoek van RIGO (zie onder meer Kromhout et al. 2017) toont dat ongeveer de helft van de gemeenten in Nederland gebruikmaakt van deze wet. De meeste gemeenten die er gebruik van maken liggen in de Randstad. De invulling van de huisvestingsverordening verschilt sterk per gemeente. Een evaluatie van het de uitwerking van bijvoorbeeld urgentieverordeningen op de huisvesting van ouderen is de auteurs niet bekend.

### **2.3.2 Corporaties: ruimte op het speelveld van wonen en zorg**

In de afgelopen jaren is er niet alleen veel veranderd op het vlak van zorg; ook op het volkshuisvestelijk terrein is er veel veranderd. Want met de komst van de nieuwe Woningwet in 2015 is het speelveld van woningcorporaties fors ingeperkt. Daarnaast vormt de wet het kader waarbinnen woningcorporaties, gemeenten en huurders opereren.

### **Kerntaak corporaties**

Woningcorporaties moeten zich in beginsel richten op hun kerntaak: zorgen dat mensen met een laag inkomen goed en betaalbaar kunnen wonen. Daarmee richten corporaties zich op het huisvesten van 'maatschappelijk kwetsbaren': mensen die op de reguliere woningmarkt minder makkelijk terecht kunnen, zoals ouderen, alleenstaanden, éénuoudergezinnen, maar ook mensen met een verstandelijke of psychische handicap (Rijksoverheid 2015).

De afbakening van wat wel en niet tot het takenpakket van corporaties behoort is vastgelegd in het Besluit Toegelaten Instellingen Volkshuisvesting (BTIV). Volgens dit besluit moeten corporaties ('toegelaten instellingen') zich beperken tot het bouwen, verhuren en beheren van sociale huurwoningen met een huur tot aan de liberalisatiegrens. Hier vallen ook voor ouderen gelabelde of voor ouderen geschikte woningen onder. Daarnaast mogen corporaties ook investeren in maatschappelijk vastgoed, waaronder vastgoed waarin wonen en zorg samenkomt zoals woonzorgcomplexen (Duivenvoorden & Van Triest 2015).

Het bouwen en exploiteren van woningen (of complexen) waar wonen en zorg samenkomen (hierna 'zorgwoningen' genoemd) is een kerntaak van corporaties die meestal tot de zogenaamde Diensten van Algemeen Economisch Belang (DAEB) behoort. De definitie van zorgwoningen luidt: 'een in een woongebouw gelegen woonruimte die een zelfstandige woning vormt, waarbij woongebouw en woning geschikt en bestemd zijn voor mensen met een fysieke beperking, hetgeen in ieder geval blijkt uit een drempelloze toegankelijkheid en door-gankelijkheid, en waarbij de op deze woonruimte betrekking hebbende overeenkomst van huur en verhuur ten minste mede omvat de voorzieningen zoals beschreven bij onderdeel 12 "Bijzondere voorzieningen".' (Huurcommissie 2018). Bijzondere voorzieningen zijn bijvoorbeeld een noodoproepinstallatie en een gezamenlijke ruimte voor recreatie of maaltijden.

Volgens gegevens van het Centraal Fonds Volkshuisvesting (inmiddels Autoriteit Woningcorporaties geheten) had in 2015 circa driekwart van alle woningcorporaties zorgvastgoed in bezit in de vorm van zorgcomplexen en/of aanleunwoningen. In totaal ging het om 94.000 woongelegenheden in zorgcomplexen en circa 54.000 aanleunwoningen (Duivenvoorden & Van Triest 2015). Corporaties hebben bij het aanbieden van zorgwoningen aan bewoners of zorginstellingen te maken met enkele beperkingen. Ten eerste gelden de regels van het passend toewijzen. Woningcorporaties moeten minimaal 90 procent van hun vrijkomende sociale

huurwoningen (met een huurprijs tot €720,42; prijspeil 2019) toewijzen aan hun doelgroepen. Concreet betekent dit dat 80 procent van de vrijkomende sociale huurwoningen toegewezen moet worden aan huishoudens met een inkomen onder €38.035,- (prijspeil 2019) en dat 10 procent toegewezen mag worden aan huishoudens met een inkomen onder €42.463,- (prijspeil 2019) (Rijksoverheid 2019b). De overige 10 procent mogen corporaties vrij toewijzen (Rijksoverheid 2019b). Corporaties mogen ook zorgwoningen toewijzen in het zogenaamde niet-DAEB-deel van hun bezit; hiervoor mag dan echter geen door het WSW geborgde financiering worden aangetrokken. Ten tweede mogen corporaties alleen aan het wonen gerelateerde diensten in en rond de woning aanbieden, maar geen zorgdiensten. Onderhoud aan bankjes voor het wachten op de deeltaxi mag wel, maar het aanbieden van vervoer niet. Ten derde mogen corporaties niet het beheer van het vastgoed van derden verzorgen; het aankopen van dat zorgvastgoed om het daarna te beheren mag wel.

### **Afbakening rol corporaties**

De afbakening van de rol van de corporatie in de huisvesting van ouderen is eenvoudig en complex tegelijk. Eenvoudig, omdat in het BTIV nauwkeurig is aangegeven wat een corporatie wel en niet mag; complex, omdat in de praktijk meerdere factoren een rol spelen op de mogelijkheid van ouderen om zelfstandig te kunnen wonen. Nouws en Sanders (2016) schrijven naar aanleiding van hun verkenning van de rol van zorg en wonen in prestatieafspraken het volgende: "Onder optimale omstandigheden (lees: een geschikte woning in een passende woonomgeving waar mensen naar elkaar omkijken) kunnen mensen langer voor zichzelf zorgen en blijven zelfredzaam." De corporatie kan nadrukkelijk een rol spelen in het eerste deel van het realiseren van de optimale omstandigheden, de passende woning. De rol van de corporatie in de passende woonomgeving is al veel beperkter binnen de kaders van het BTIV. De afbakening wordt complex in het laatste deel van de zin: "...waar mensen naar elkaar omkijken." Machielse et al. (2017) stellen dat in het verleden corporaties activiteitenbegeleiding en aanverwante activiteiten wel organiseerden, maar daarmee door de maximering van de leefbaarheidsuitgaven in de nieuwe Woningwet zijn gestopt.

Leefbaarheid is een van de zaken waarover afspraken kunnen worden gemaakt in prestatieafspraken; wanneer over wonen en zorg in relatie tot ouderen afspraken worden gemaakt, staat dat in principe aanvullende afspraken ten aanzien van de leefbaarheid van de woonomgeving van ouderen niet in de weg. Wel is het zo dat corporaties in het kader van leefbaarheid breder worden bevraagd, onder meer op het gebied van veiligheid en woonmaatschappelijk werk (bijvoorbeeld rondom de zorg voor psychiatrische patiënten die ook in toenemende mate in de reguliere sociale sector gehuisvest zijn). Uitgaven aan huismeesters en buurtbeheerders vallen op deze manier al snel onder leefbaarheidsuitgaven.

## **2.4 Langer zelfstandig wonen in internationaal perspectief**

In 2006 heeft de Verenigde Naties (VN) een verdrag opgesteld inzake 'de rechten van personen met een handicap'. Dit verdrag is, na ratificatie door de Eerste en Tweede Kamer, in juli 2016 in Nederland van kracht geworden. Het doel van dit verdrag is om de positie van mensen met een beperking, onder andere op het terrein van werk, wonen, mobiliteit en vrijetijdsbesteding, te versterken. Daarbij wordt ingezet op een inclusieve samenleving, waarin iedereen mee kan doen (VN 2007; Ministerie van VWS 2017). In het kader van het langer zelfstandig wonen van ouderen is in het bijzonder artikel 19 van dit verdrag relevant. Dit artikel zet er namelijk op in dat personen met een handicap zelfstandig in de maatschappij kunnen wonen en participeren. Personen met een handicap hebben daarbij het recht om 'in de maatschappij te wonen met dezelfde keuzemogelijkheden als anderen' en mogen zelf kiezen met wie en waar zij wonen en zijn niet verplicht om te leven in een bepaalde leefregeling. Om het wonen te ondersteunen moeten personen met een handicap ook toegang hebben tot een reeks van thuis-, residentiële- en andere maatschappij-ondersteunende



diensten (VN 2007). Het VN-Verdrag heeft geresulteerd in een implementatieplan voor Nederland. Het implementatieplan beschrijft de brede maatschappelijke opgave<sup>39</sup> voor Rijksoverheid en gemeenten, maar bijvoorbeeld ook voor ondernemers, werkgevers en maatschappelijke organisaties zoals de Maatschappelijke Alliantie<sup>40</sup> (Ministerie van VWS 2017).

Ondanks het VN-verdrag zijn er in Europa grote verschillen waar te nemen in de wijze waarop de ouderenzorg precies is vormgegeven. In de meeste Europese landen wordt de ouderenzorg niet zozeer als maatschappelijke opgave gezien, maar zijn ouderen met een (intensieve) zorgvraag volledig afhankelijk van hun (familie)netwerk, liefdadigheidsinstellingen en lokale sociale ondersteuningsinitiatieven (Van den Broek 2016; zie ook Östrelle & Rothgang 2010). Als ouderen naast deze informele zorg behoefte hebben aan professionele zorg, dienen zij deze over het algemeen zelf te bekostigen. In Duitsland betalen en verzorgen ouderen bijvoorbeeld de thuiszorg, het verpleeghuis of de huishoudelijke hulp in principe helemaal zelf (Langerveld 2011). Op basis van een eventuele zorgindicatie kunnen zij wel een tegemoetkoming in de kosten aanvragen. Het staat de oudere vervolgens helemaal vrij om te bepalen waar deze tegemoetkoming aan besteed wordt (Langerveld 2011). In Frankrijk wordt van kinderen verwacht dat zij voor hun ouders zorgen. Als dat niet mogelijk is, kan de overheid bijspringen, maar dat betekent wel dat een deel van de erfenis van de oudere na zijn/haar overlijden aan de staat overgemaakt moet worden (Eijlders 2010).

Nederland, de Scandinavische landen en tot op zekere hoogte ook het Verenigde Koninkrijk beschikken over een geheel andersoortig, universalistisch ouderenzorgstelsel. In deze landen heeft de overheid er vanaf de tweede helft van de 20<sup>e</sup> eeuw voor gezorgd dat zorg- en ondersteuning structureel beschikbaar werd voor hulpbehoevende ouderen (Van den Broek 2016; zie ook Rothgang 2010). Hierdoor werd het sociale (familie)netwerk van ouderen (gedeeltelijk) ontzorgd (Van den Broek 2016; zie ook Lister 1994). Echter, aan het eind van de 20<sup>e</sup> eeuw bleek de ouderenzorg voor deze landen financieel gezien niet langer houdbaar te zijn (Van den Broek 2016). Daarom werden in deze periode in het ouderenzorgstelsel van deze landen grootschalige hervormingen doorgevoerd. Dit had onder andere tot gevolg dat ouderen met name voor lichtere zorgvragen in deze landen niet langer een beroep konden doen op door de overheid verzorgde zorg (Ranci & Pavolini 2015).

De Nederlandse overheid zette in deze periode, zoals reeds is aangegeven, actief in op het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen, al dan niet in combinatie met een pakket aan zorg- en welzijnsvoorzieningen. In Zweden is de ouderenzorg al langer op deze wijze georganiseerd. Dit blijkt onder andere uit de wijze waarop in dit land invulling wordt gegeven aan geriatrische revalidatie. Na een heupfactuur verblijven ouderen in Zweden bijvoorbeeld niet (tijdelijk) in een verpleeghuis, maar worden zij thuis ondersteund met intensieve thuishulp, fysio- en ergotherapie (Slaets 2016). Echter, er zijn wel degelijk verschillen tussen het Nederlandse en Zweedse ouderenzorgstelsel. De Zweedse overheid acht het namelijk niet wenselijk dat het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen gepaard gaat met het inschakelen van mantelzorg. Mantelzorg komt veelal op de schouders van vrouwen terecht en het is wenselijk dat zij vijf dagen per week werken, zo luidt de redenering van de Zweedse overheid (Eijlders 2010)<sup>41</sup>. In Nederland wordt daarentegen, onder andere in de Wmo 2015, actief ingezet op het bevorderen en ondersteunen van mantelzorg(ers).

---

<sup>39</sup> In het kader van het implementatieplan heeft het ministerie van BZK bijvoorbeeld in april 2017 een start gemaakt met het ontwikkelen van een actieplan voor de bouw. Het gaat daarbij om de vraag hoe de bouwsector kan bijdragen aan de toegankelijkheid van woningen, openbare gebouwen en de openbare ruimte (Ministerie van BZK 2017; Ieder(in) 2017).

<sup>40</sup> De Maatschappelijke Alliantie is een gezamenlijk initiatief van filantropische organisaties, bedrijfsleven en overheid. De Maatschappelijke Alliantie wil bijdragen aan meer maatschappelijk rendement door het initiatief te nemen voor gezamenlijke gedachtevorming, bundeling van krachten en het wegwerken van obstakels in de uitvoering.

<sup>41</sup> Uit onderzoek van het SCP is gebleken dat het bieden van mantelzorg in Nederland in principe niet leidt tot een structurele aanpassing van de arbeidsparticipatie van vrouwen. Wel kan het verlenen van langdurige of intensieve mantelzorg een negatief effect hebben op het arbeidsverzuim (Josten & De Boer 2015; voor een nadere uitwerking zie paragraaf 5.5).

## 2.5 Langer zelfstandig wonen in de toekomst

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zet ook de komende jaren actief in op het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen, zo blijkt uit het *'Pact voor de ouderenzorg'* en het programma *'Langer Thuis'* (respectievelijk Ministerie van VWS 2018b en 2018c). In het Pact voor de Ouderenzorg hebben het kabinet, gemeenten en maatschappelijke organisaties afspraken gemaakt om in de periode 2018-2021 eenzaamheid onder ouderen te voorkomen, de woon- en zorgomgeving van ouderen die thuis wonen merkbaar te verbeteren en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren (Ministerie van VWS 2018b). Het programma Langer Thuis (2018-2021) vertoont enige mate van overlap met dit pact. In dit programma wordt onderzocht hoe in de ondersteuning en zorg bij ouderen thuis beter tegemoet gekomen kan worden aan individuele behoeften. Daarnaast bestaat in dit programma aandacht voor de woonomgeving van ouderen. Het ministerie wil de komende jaren bereiken dat de lokale woonopgaven voor ouderen inzichtelijk worden, dat er meer (nieuwe) woonzorgvormen voor ouderen gerealiseerd worden en dat minder ouderen in een ongeschikte woning verblijven (Ministerie van VWS 2018c). Ten slotte wordt in dit programma ingezet op de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers (Ministerie van VWS 2018c). Het streven hierbij is om mantelzorgers en vrijwilligers te laten merken dat zij er niet alleen voor staan en ondersteuning of respijtzorg kunnen ontvangen daar waar dat nodig is (Ministerie van VWS 2018c).

De mate waarin ouderen vervolgens daadwerkelijk zelfstandig blijven wonen dan wel de kans krijgen om institutioneel te gaan wonen is omgeven met allerlei onzekerheden. Bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze waarop de ouderenzorg wordt ingericht in de toekomst en de snelheid waarmee allerlei technologische ontwikkelingen worden geïmplementeerd, waardoor zorg steeds meer vanaf afstand kan plaatsvinden. Op dit moment wordt stevig ingezet op het langer zelfstandig wonen van ouderen, maar mogelijk dat er op een gegeven moment toch weer een verschuiving richting het *'verzorgingsthuis nieuwe stijl'* komt. Bij tijd en wijle laaien namelijk kritische geluiden op over het sluiten van de verzorgingshuizen (zie bijvoorbeeld Volkskrant 2018; Engbersen 2017b; NRC 2017; zie ook Alders & Schut 2019), onder meer vanwege de knelpunten die ouderen ervaren bij het langer zelfstandig wonen; een thema dat in hoofdstuk 3 nader wordt uitgewerkt.

Los van de onzekerheden waarmee de ontwikkeling van het aantal en aandeel zelfstandig en intramuraal wonende ouderen is omgeven, gaan de demografen van het CBS er vanuit dat het aandeel zelfstandig wonende ouderen de komende jaren nog wat verder toeneemt. Als gevolg van de vergrijzing van het grote cohort van babyboomers – waardoor er steeds meer ouderen bijkomen – is het aantal zelfstandig wonende 75-plussers in 2040 naar verwachting met circa 2,5 miljoen twee keer zo groot als in 2017. Tegelijkertijd laten de Welvaart en Leefomgeving (WLO)-scenario's van het CPB en het PBL zien dat ook het aantal institutioneel wonende ouderen toeneemt, zelfs als de kans om institutioneel te gaan wonen sterk daalt. Simpelweg omdat het effect van de vergrijzing sterker is. In het hoge scenario daalt de kans om institutioneel te gaan wonen onder andere omdat ouderen in samenhang met een hogere welvaart vaker kiezen voor private vormen van zorg en langer in goede gezondheid verkeren, en door toenemende technologische ontwikkelingen. In het lage scenario daalt de kans onder meer omdat ouderen een groter beroep doen op de kinderen (zowel qua mantelzorg als in financieel opzicht), zij actief zoeken naar manieren om de zorg zelf te organiseren en omdat zij vaker op de partner terugvallen als er fysieke of geestelijke problemen ontstaan (De Jong 2015). Hoewel het aantal zelfstandig wonende ouderen de komende jaren toeneemt, wordt dus tegelijkertijd ook een grotere vraag naar zorginstellingen verwacht voor de nabije toekomst.

## 2.6 Besluit

Wet- en regelgeving heeft een sterk sectoraal karakter. In theorie werkt dat een goed gestructureerde organisatie van langer zelfstandig wonen in de hand. In de praktijk ligt het echter complexer. Allereerst kunnen ouderen zich in meerdere beleidsvelden tegelijk bewegen. Het langer thuis wonen van ouderen heeft immers betrekking op zowel het zorg- als woonbeleid. De interactie tussen deze beleidsvelden kan onduidelijkheden of zelfs tegenstrijdigheden opleveren. Zo kan de gemeente besluiten om vanuit de Wmo geen woningaanpassingen te financieren, omdat verhuizen voor de oudere een geschiktere oplossing is, terwijl de oudere geen geschikte woning kan vinden die hem/haar bevalt. Bovendien is niet altijd duidelijk of ouderen voor hun zorgvragen terecht moeten bij de Wmo, Wlz of Zvw. Door de strikte scheiding tussen deze wetten, lopen ouderen het risico dat hun zorgvraag tussen wal en schip valt en door niemand wordt opgepakt. In de hoofdstuk vijf wordt nader ingegaan op de gevolgen van deze schotten.

Hoewel het langer zelfstandig wonen zeker niet nieuw is en met beleid en regelgeving wordt ondersteund, wordt wel een steeds groter beroep gedaan op het zelf organiserend vermogen van ouderen. De institutionele kaders lijken daarbij toereikend, maar vormen een complex speelveld waarbinnen (professionele) ondersteuning geen overbodige luxe is. Hoe gemakkelijk ouderen de weg weten te vinden in het institutioneel kader is afhankelijk van hun individuele eigenschappen en vaardigheden, alsmede van de hulp die zij hiervoor vanuit hun omgeving ontvangen. Maar ook de kenmerken en vaardigheden van de professionals die het langer zelfstandig wonen ondersteunen, zijn relevant. Hoe zij zich bewegen binnen het institutioneel kader en hoe zij dit ervaren, komt (respectievelijk voor de ouderen en de professionals) in het derde en vierde hoofdstuk aan de orde. In hoofdstuk 6 verkennen we beleidsopties die ingezet kunnen worden om de organisatie van het langer zelfstandig wonen van ouderen te versterken.

## Literatuur

- Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen (2016) Van tehuis naar thuis. Hoe is te bevorderen dat mensen zelfstandig kunnen (blijven) wonen? Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Aedes-Actiz Kenniscentrum (2017) Wat en waarom scheiden wonen zorg. Verkregen op 27-03-2019 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)
- Aedes-Actiz Kenniscentrum (2014) Zorgfinanciering. Achtergrondinformatie over de bekostiging van de zorg: een hulpmiddel voor corporaties die zorgvastgoed willen realiseren. Verkregen op 28-08-2019 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)
- Aedes-Actiz Kenniscentrum (2012a) Welke zorgzwaartepakketten? Verkregen op 20-03-2019 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)
- Aedes-Actiz Kenniscentrum (2012b) Extramuralisering kleedt dienstverlening verzorgingshuis uit. Verkregen op 11-06-2019 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)
- Alders, P. & F. Schut (2019) Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. Health Economics, Policy and Law. Vol. 14, nr 1, pp. 82-100. <https://doi.org/10.1017/S1744133118000129>
- Algemene Rekenkamer (2015) Regionale verschillen in de langdurige zorg: Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Berg, E. van den, M. den Draak, K. Wittebrood & M. Kromhout (2016) Van start in het sociaal domein: Ervaringen in drie gemeenten met de decentralisaties in 2015. In E. Pommer & J. Boelhouwer (2016) Overall rapportage sociaal domein: Rondom de transitie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- BeterOud (2016) Wie is wie in de wijk? Verkregen op 01-11-2019 via [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl).
- Binnenlands Bestuur (2016) Enorme tariefverschillen Wmo-voorzieningen, nieuwsbericht 24-03-2016, verkregen op 25-09-2019 via [www.binnenlandsbestuur.nl](http://www.binnenlandsbestuur.nl)
- Binnenlands Bestuur (2015) Gemeenten niet happig op woningaanpassingen, nieuwsbericht 03-03-2015, verkregen op 20-12-2017 via [www.binnenlandsbestuur.nl](http://www.binnenlandsbestuur.nl)
- Boelhouwer, J. (2016) Kwaliteit van leven in het sociaal domein. In E. Pommer & J. Boelhouwer (2016) Overall rapportage sociaal domein: Rondom de transitie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Brink, C. (2013) Kennisdossier 5, Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid: De begrippen ontward, Programma Aandacht voor Iedereen. Verkregen op 28-08-2017 via [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl).
- Broek, T. van den (2016) Supporting Ageing Parents: Comparative analyses of upward inter-generational support. Rotterdam: Erasmus University.
- Broese van Groenou, M. (2006) Sociale participatie van 55-64 jarigen: Is de huidige generatie sociaal actiever dan de vorige? Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie 37, pp. 275-282.
- CAK (2019a) Hoe berekent het CAK de lage eigen bijdrage? Verkregen op 27-03-2019 via [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- CAK (2019b) Hoe berekent het CAK de hoge eigen bijdrage? Verkregen op 27-03-2019 via [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- CAK (2019c) Hoe berekent het CAK de eigen bijdrage voor een modulair pakket thuis? Verkregen op 27-03-2019 via [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- CAK (2019d) Hoe berekent het CAK de eigen bijdrage persoonsgebonden budget Wlz? Verkregen op 27-03-2019 via [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- CAK (2019e) In 2019 is de eigen bijdrage Wmo maximaal €17,50. Verkregen op 27-03-2019 via [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- CAK (2017) Regeerakkoord: Veranderingen eigen bijdrage en eigen risico. Verkregen op 27-03-2019 via [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)
- Companen (2019) Prestatieafspraken 2019, nieuwsbericht 31-01-2019, verkregen op 27-03-2019 via [www.companen.nl](http://www.companen.nl)

- Consumentenbond (2017) Wachtlijsten verpleeghuizen: Er zijn nog 10 wachtenden voor u. September 2017, pp. 12-15.
- Deen, F. (2004) Ouderenzorg in Nederland. Historisch Nieuwsblad 5/2004, verkregen op 15-08-2017 via [www.historischnieuwsblad.nl](http://www.historischnieuwsblad.nl).
- Dollekamp, P. & F. Smits, (2014) 'Wmo 2015: Dweilen met de kraan open of volle vaart vooruit?' HEADline, 31(2), pp. 10-13.
- Duivenvoorden, A. & N. van Triest (2015) Transformatie zorgvastgoed. Tien praktijkvoorbeelden. Den Haag: Platform31.
- Eijlders, J. (2010) 'Ouderenzorg onhoudbaar voor de toekomst', nieuwsbericht 09-08-2010, verkregen op 22-03-2019 via [www.skipr.nl](http://www.skipr.nl)
- Engbersen, R. (2017a) Een kleine geschiedenis van het ouderenbeleid. In Engbersen R., & L. Vermeij (2017) Oud worden in Nederland (pp. 22-27). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Engbersen, R. (2017b) Intramuralisering als nieuwe trend, blog, 12-07-2017, verkregen op 06-02-2019 via [www.platform31.nl](http://www.platform31.nl).
- Engbersen, R. & M. Uyterlinde (2017) Regionale verschillen geduid: Exploratief onderzoek naar hoog voorzieningengebruik in het sociale domein. Den Haag: Platform31.
- Francke, A. L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij & H.R. Boeije (2017) Evaluatie van de wijkverpleging: Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Utrecht: NIVEL.
- Garssen, J. & J. de Beer (2014) Demografie van de Vergrijzing. In N. van Nimwegen en C. van Praag (2014) Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012: Actief ouder worden in Nederland. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut.
- Gemeente Amsterdam (2019) Programmaplan Ouderenhuisvesting 2019-2022. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gemeente Amsterdam (2015) Programma Ouderenhuisvesting 2015-2018: Zelfstandig wonen van ouderen in Amsterdam. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Hoogerwerf, A. & P. J. Blommestijn (1990) Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985: Een beleidshistorisch evaluatie-onderzoek. Enschede: Universiteit Twente, BSK.
- Houten, G. van, M. Tuynman & R. Gilsing (2008) De invoering van de Wmo: Gemeentelijk beleid in 2007. Eerste tussenrapportage Wmo-evaluatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huurcommissie (2018) Beleidsboek waarderingsstelsel zelfstandige woonruimte. Verkregen op 27-03-2019 via [www.huurcommissie.nl](http://www.huurcommissie.nl)
- Iederin (2019) 10 vragen over het Wmo-abonnementstarief, nieuwsbericht 03-01-2019, verkregen op 27-03-2019 via [www.iederin.nl](http://www.iederin.nl)
- In voor zorg! (2012) Extramuralisering lichte ZZP's: VWS geeft uitleg, interview met Roland Beukers, projectleider extramuralisering bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 29-10-2012 (gewijzigd op: 11-07-2014), verkregen op 28-08-2017 via [www.invoorzorg.nl](http://www.invoorzorg.nl)
- Iersel, J. van & K. Leidelmeijer (2016) Vergrijzing en extramuralisering op de woningmarkt: Senioren en groepen met beperkingen. Amsterdam: RIGO.
- Jong, A. de (2015) Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving: Cahier Demografie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving/ Centraal Planbureau.
- Jong, A. de & C. Huisman (2018) Nationale en Regionale Huishoudensdynamiek. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Kok, L., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiraj & I. Woittiez (2004). Kosten en baten van extramuralisering: De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen. Den Haag: SEO en Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kromhout, S., G. van der Wilt & S. Zeelenberg (2017) Twee jaar WoningNet Eemvallei: Evaluatie van de regionale woonruimteverdeling. Amsterdam: RIGO.

- Kuperus, K., A. Ogink, H. Gijzel & R. de Valk (2016) Bestuurlijke rapportage sociaal domein. In E. Pommer & J. Boehouwer (2016) Overall rapportage sociaal domein 2015: Rondom de transitie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Langerveld, L. (2011) Het zorgstelsel in Nederland: We doen het zo slecht nog niet!, blog 20-01-2011, verkregen op 22-03-2019 via [www.plusonline.nl](http://www.plusonline.nl)
- Leidemeijer, K. (2018) Langer zelfstandig wonen: Analyse MIT-bestanden voor PBL. Amsterdam: RIGO.
- Lister, R. (1994) "She has other duties": Women, citizenship and social security. In S. Baldwin & J. Falkingham (1994) Social security and social change: New challenges to the Beveridge model (pp. 31-44). New York: Harvester Wheatsheaf.
- Machielse, A., P. Bos, W. van der Vaart & E. Thoolen (2017) Experiment Vitale Woongemeenschappen: Onderzoeksrapport. Den Haag: Platform31.
- Ministerie van BZK (2017). Gehandicaptenbeleid, Brief van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 6 juli 2017, kst-33118-AD.
- Ministerie van BZK (2015) Prioriteiten Volkshuisvesting, Brief van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 22 juni 2017, kst. 2015-0000351574.
- Ministerie van VWS (2018a) Langdurige zorg: Vanuit de Wlz, Wmo of Zvw?, nieuwsbericht 19-10-2019, verkregen op 27-03-2019 via [www.informatielangdurigezorg.nl](http://www.informatielangdurigezorg.nl)
- Ministerie van VWS (2018b) Pact voor de ouderenzorg. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2018c) Langer Thuis. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2017) Implementatieplan: VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2014a) Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2014, houdende regels inzake de langdurige zorg (Regeling langdurige zorg), Staatscourant 2014 nr. 36917, 24 december, 2014.
- Ministerie van VWS (2014b) Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015), Memorie van toelichting, Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 841, nr. 3
- Ministerie van VWS (2014c) Samenhang in zorg en ondersteuning, 4 maart 2014, Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 296.
- Ministerie van VWS (2013) Verantwoorde hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, nieuwsbericht 25-04-2013, verkregen op 04-10-2017 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Movisie (2018) Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Utrecht: Movisie.
- Movisie (2016a) Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na de decentralisaties (najaar 2015). Verkregen op 20-09-2017 via [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl).
- Movisie (2016b) Tips voor het keukentafelgesprek, blog 18-07-2016, verkregen op 20-09-2017 via [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl).
- Movisie (2013) Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid: De begrippen ontward. Verkregen op 06-09-2017 via [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl).
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016) Prestatiebeschrijvingen Zorgzwaartepakketten VV 2016 (bijlage bij CA-BR-1607c). Verkregen op 09-09-2017 via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).
- NRC (2017) Vraag het ouderen en het tehuis is zo terug, opiniestuk NRC van Bert Pol, 19-07-2017, verkregen op 08-08-2017 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl)
- Non, M., A. van der Torre, E. Mot, E. Eggink, P. Bakx & R. Douven (2015) Keuzeruimte in de langdurige zorg: Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten. Den Haag: Centraal Planbureau / Sociaal en Cultureel Planbureau
- Nouws, H. & L. Sanders (2016) De inhoud van prestatieafspraken wonen-zorg: Een eerste verkenning. Den Haag: Platform31.
- NUL20 (2012) Bewoners van verzorgingshuizen gaan vanaf 2014 huur betalen: Scheiden wonen en zorg. Verkregen op 28-08-2017 via [www.nul20.nl](http://www.nul20.nl)



- Östelre, A. & H. Rothgang (2010) Long-term care. In F.G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger & C. Pierson (2010) *The Oxford handbook of the welfare state* (pp. 378-390). Oxford: Oxford University Press.
- Pommer, E., E. Eggink & I. Ooms (2016) Voorzieningen in het sociaal domein. In E. Pommer & J. Boelhouwer (2016) *Overall rapportage sociaal domein 2015: "Rondom de transitie"*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ranci, C. & E. Pavolini (2015) Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe, *Journal of European Social Policy*, 25(3), pp. 270-285.
- Research voor Beleid (2008) *Scheiden van wonen en zorg: Ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten*. Leiden: Research voor Beleid.
- Rijksoverheid (2019a) Waar vraag ik een persoonsgebonden budget (pgb) aan? Verkregen op 27-03-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Rijksoverheid (2019b) Toewijzen van betaalbare woningen. Verkregen op 27-03-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Rijksoverheid (2015) *De Woningwet 2015 in vogelvlucht*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Rijksoverheid (2014) Van Rijn: nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 naar de Tweede Kamer, nieuwsbericht 14-01-2014, verkregen op 20-09-2017 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- Rijksoverheid (2013) *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Verkregen op 27-03-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Slaets, J. (2016) *Zweedse kanttekening bij 'zo lang mogelijk thuis'*, blok 13-06-2016, verkregen op 27-03-2019 via [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl).
- Smid, B., H. ter Rele, S. Boeters, N. Draper, A. Nibbelink & B. Wouterse (2014) *Minder zorg om vergrijzing*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Sprangenberg, F. & P. Jobsen (2016) *Breek het verpleeghuis open: Want leven is meer dan zorg alleen*. In *Waardigheid en trots (2016) Verpleeghuiszorg 2025 Liefdevolle zorg voor onze ouderen*, pp.64-72. Utrecht: Waardigheid en Trots.
- Timmermans, J. (1983) *Samenhangen in de zorg voor ouderen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. (2006) *Hoe traag kan beleid werken?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tweede Kamer (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*, Memorie van Toelichting, kst. 33841, nr. 3.
- Twist, M. van, N. Chin-A-Fat & J. Schram (2016) *Van tehuis naar een thuis: Beelden bouwen in de ouderenzorg*. In *Waardigheid en trots (2016) Verpleeghuiszorg 2025 Liefdevolle zorg voor onze ouderen* pp. 46-54. Utrecht: Waardigheid en Trots.
- Verenigde Naties (VN) (2007) *VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap: Nederlandse vertaling September 2007*. Verkregen op 21-08-2017 via [www.rijks-overheid.nl](http://www.rijks-overheid.nl)
- VNG (2018) *Invoering abonnementstarief in de Wmo, Transformatiefonds en verlengde pleegzorg*, Brief aan de leden, verkregen op 27-03-2019 via [www.vng.nl](http://www.vng.nl)
- VNG (2015) *Algemene voorziening in de Wmo 2015*, Factsheet september 2015, verkregen op 19-09-2017 via [www.vng.nl](http://www.vng.nl)
- Verschoor, W. (2015) *De participatiesamenleving is niet van vandaag of gisteren*, Podium voor Bio-ethiek. Thema: *De zorgperikelen van de participatiesamenleving*, 22(2), pp. 8-10.
- Volkskrant (2015) *Zorg via gemeente kan tot vijf keer zo duur uitvallen: Regionale verschillen voor bovenmodalen reusachtig*, nieuwsbericht 22-12-2015, verkregen op 26-09-2017 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl)
- Volkskrant (2018) *Politicus Eric van der Burg veranderde van standpunt: 'We hebben weer verzorgingshuizen nodig'* VVD-politicus Eric van der Burg (52) veranderde van mening

over verzorgingshuizen, nieuwsbericht 15-06-2018, verkregen op 08-08-2018 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl)

Woonbond (2015) Wet maatschappelijke ondersteuning, nieuwsbericht 12-07-2015, verkregen op 20-09-2017 via [www.woonbond.nl](http://www.woonbond.nl)

Zorginstituut Nederland (2017a) Hoe wilt u uw zorg in 2017 geleverd hebben in de Wet langdurige zorg?, brochure 06-02-2017, verkregen op 28-08-2017 via [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)

Zorginstituut Nederland (2017b) Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz), informatiepagina Zorginstituut Nederland, verkregen op 29-08-2017 via [www.zorginstituut.nl](http://www.zorginstituut.nl)

Zorgwijzer (2017) Wat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? 24 juli 2017, verkregen op 20-09-2017 via [www.zorgwijzer.nl](http://www.zorgwijzer.nl)



# 3 Knelpunten bij ouderen

Langer zelfstandig wonen is de trend. Maar waar veel ouderen zich prima thuis zullen redden en ook helemaal niet zitten te wachten op een plekje in een verpleeghuis, zijn er bij een deel van de ouderen problemen te verwachten. Het gaat hier om kwetsbare ouderen die minder zelfredzaam zijn en daardoor meer problemen ondervinden bij het langer zelfstandig (blijven) wonen (zie bijvoorbeeld De Klerk 2004; Van Campen 2011; NOOM et al 2010).

In dit hoofdstuk verkennen we hoe het is gesteld met de kwetsbaarheid van ouderen en wat het langer zelfstandig wonen vraagt van de woning, de woonomgeving en de oudere zelf, niet alleen qua gezondheid en financiële middelen, maar ook qua attitudes en vaardigheden. Welke knelpunten zien professionals waarmee gesprekken zijn gevoerd? En welke knelpunten komen naar voren uit wetenschappelijk onderzoek en in de literatuur? In dit hoofdstuk verkennen we de meest in het oog springende knelpunten bij het langer zelfstandig wonen op het microniveau van de ouderenuitdagingen. Knelpunten die spelen op het hogere niveau van markten en beleidsdomeinen, institutionele spelers (overheden en organisaties) en instituties (beleid, wet- en regelgeving) worden in hoofdstuk 4 nader uitgewerkt.

## 3.1 Gezondheid en kwetsbaarheid

### 3.1.1 Een langer (on)gezond leven

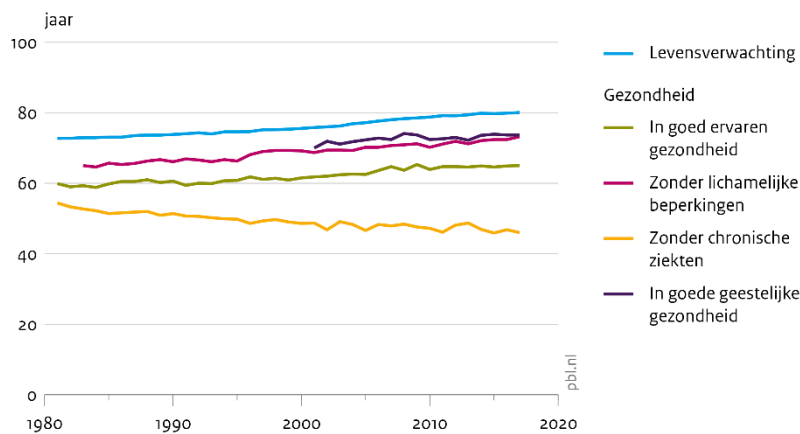
Nederlanders worden gemiddeld gezien steeds ouder (zie figuur 3.1 en 3.2). Mannen die in 1981 geboren zijn, worden naar verwachting gemiddeld 73 jaar oud. Voor mannen die in 2017 geboren zijn, is de gemiddelde levensverwachting inmiddels opgelopen tot 80 jaar. De levensverwachting voor Nederlandse vrouwen is in deze periode eveneens gestegen. Vrouwen die geboren zijn in 1981 worden naar verwachting gemiddeld 79 jaar oud en voor vrouwen die in 2017 geboren zijn, is de gemiddelde levensverwachting opgelopen tot 83 jaar. Deze trend kan onder andere verklaard worden, doordat het gemiddelde opleidingsniveau in Nederland de afgelopen jaren is gestegen (Bijl et al. 2017). Er is immers een positief verband tussen het opleidingsniveau enerzijds en de levensverwachting anderzijds: hoe hoger het gemiddelde opleidingsniveau, hoe hoger de gemiddelde levensverwachting (CBS 2018a). Dat de gemiddelde levensverwachting van mannen de afgelopen jaren sterker is toegenomen dan de gemiddelde levensverwachting van vrouwen kan verklaard worden doordat mannen voor 1980 beduidend vaker en meer rookten dan vrouwen (Bemelmans et al. 2005). Hierdoor was de kans dat zij zouden overlijden door aan roken gerelateerde ziekten, zoals hart- en vaatziekten en longkanker groter (Bemelmans et al. 2005). Doordat mannen vanaf 1980 minder zijn gaan roken, is hun gemiddelde levensverwachting vanaf dat moment aanzienlijk toegenomen.

Dat Nederlanders naar verwachting steeds ouder worden, betekent niet per definitie dat dit ook in goede gezondheid gebeurt (zie figuur 3.1 en figuur 3.2). Nederlanders leven tegenwoordig namelijk langer zonder én langer met gezondheidsproblemen dan in 1981 het geval was. Daarnaast blijkt uit figuur 3.1 en figuur 3.2 dat vrouwen weliswaar een hogere gemiddelde levensverwachting hebben dan mannen, maar vanaf 1999 wel structureel eerder gezondheidsproblemen krijgen. Vrouwen die in 2017 geboren zijn, leven naar verwachting bijvoorbeeld gemiddeld 1,2 jaar korter in goed ervaren gezondheid, 2,5 jaar korter zonder lichamelijke beperkingen en 4,6 jaar korter zonder chronische ziekten dan mannen die in hetzelfde jaar geboren zijn (CBS Statline 2018). De levensverwachting in goede geestelijke

gezondheid is voor beide doelgroepen vergelijkbaar. Opmerkelijk is dat de levensverwachting zonder chronische ziekten voor zowel mannen als vrouwen de afgelopen jaren steeds verder is afgenomen. Volgens Bruggink (2009) kan dit verklaard worden door de verbeterde diagnosesystematiek en behandelmogelijkheden. Niet alleen worden chronische ziekten voortaan eerder ontdekt, ook overlijden Nederlanders steeds minder (snel) aan de gevolgen ervan. Desondanks neemt het aantal levensjaren waarin Nederlanders een goede gezondheid ervaren juist toe. Dit duidt erop dat Nederlanders hun chronische ziekte niet per definitie zien als een beperkende factor.

**Figuur 3.1**

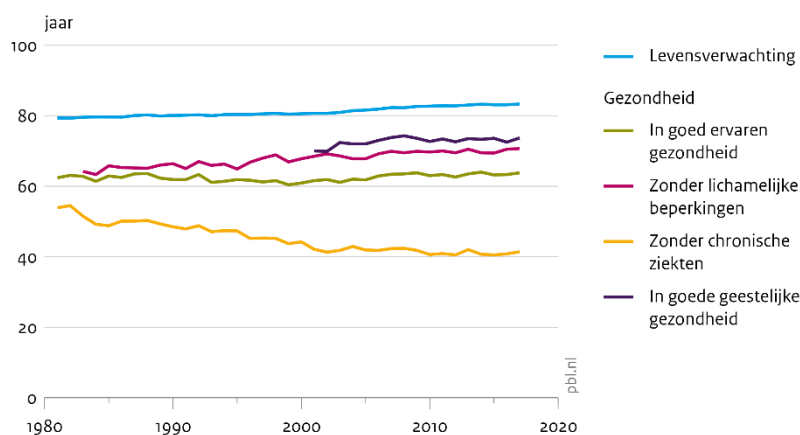
**Levensverwachting van mannen bij geboorte**



Bron: CBS StatLine (2018); bewerking PBL

**Figuur 3.2**

**Levensverwachting van vrouwen bij geboorte**

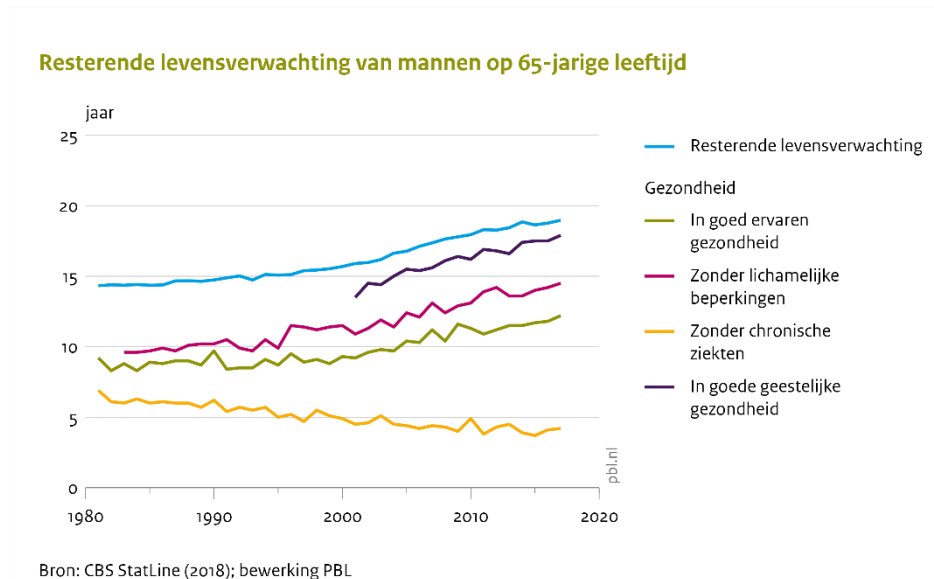


Bron: CBS StatLine (2018); bewerking PBL

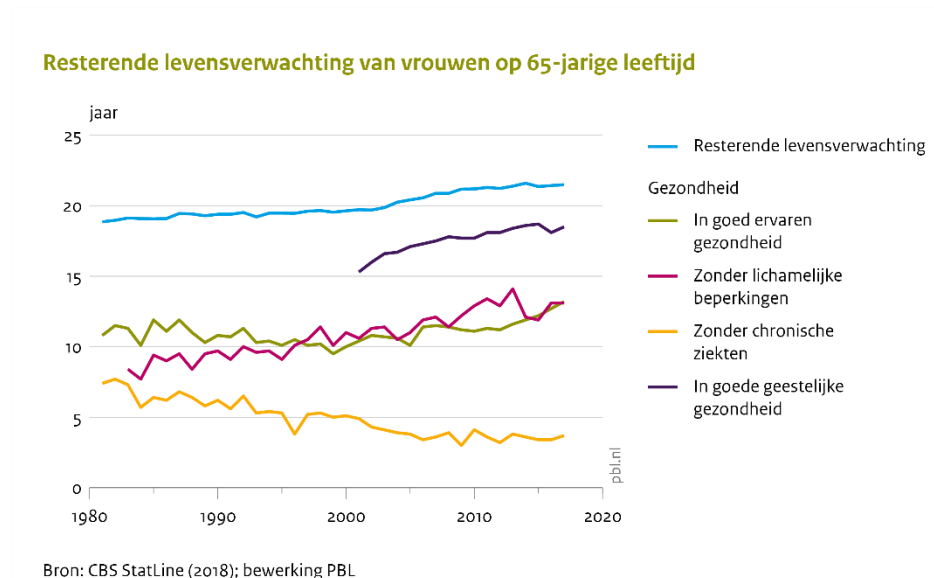
Voor ouderen die de 65-jarige leeftijd reeds hebben bereikt, vertoont de resterende (gezonde) levensverwachting een vergelijkbare trend (zie figuur 3.3 en figuur 3.4). Daar waar 65-jarige mannen in 1981 nog een resterende levensverwachting van 14 jaar hadden, is dit in 2017 gestegen tot 19 jaar. Voor 65-jarige vrouwen is de resterende levensverwachting in deze periode gestegen van 19 naar 21 jaar. Ook de resterende levensverwachting in goed ervaren gezondheid is voor zowel mannen als vrouwen in deze periode toegenomen. In 2017

konden 65-jarige mannen en vrouwen naar verwachting nog respectievelijk 12 en 13 jaar leven in goed ervaren gezondheid. In 1981 was dit respectievelijk 9 en 11 jaar. De gemiddelde resterende levensverwachting is dus harder gestegen dan de gemiddelde resterende levensverwachting in goed ervaren gezondheid. Ook ouderen leven dus langer zonder én langer met gezondheidsproblemen. Ten slotte dient opgemerkt te worden dat de resterende levensverwachting zonder chronische ziekten voor zowel 65-jarige mannen als 65-jarige vrouwen in de periode 1981-2017 licht is afgenomen. Gezien de stijgende trend van de resterende levensverwachting in goed ervaren gezondheid lijken ook 65-jarigen hun chronische aandoening(en) niet per definitie te zien als een beperkende factor.

**Figuur 3.3**



**Figuur 3.4**



### 3.1.2 Kwetsbare zelfstandig wonende ouderen

Het is in het kader van het langer zelfstandig wonen van ouderen interessant om inzicht te verkrijgen in welke ouderen een verhoogd risico lopen om kwetsbaar te worden. Hierdoor wordt het mogelijk om bepaalde (groepen) ouderen preventief extra aandacht en/of ondersteuning te bieden. Zo kan opname binnen een verzorgings- of verpleeghuis uitgesteld of wellicht zelfs voorkomen worden. Ondanks dat het begrip kwetsbaarheid door zorgprofessionals steeds vaker gebruikt wordt, zijn er nog verschillende interpretaties en definities van dit begrip in omloop (Gobbens et al. 2011). Fried et al. (2001) definiëren kwetsbaarheid bijvoorbeeld in termen van fysieke gezondheid. Kwetsbaarheid uit zich volgens deze onderzoekers in onbedoeld gewichtsverlies, zelf gerapporteerde uitputting, zwakheid, traagheid in lopen en verminderde fysieke activiteit. Ouderen die drie of meer van deze symptomen vertonen, zijn kwetsbaar (Fried et al. 2011; zie ook Gobbens et al. 2011, p. 40). Er zijn ook definities, waarin naast fysieke gezondheid ook sociologische en psychologische factoren worden meegenomen (Gobbens et al. 2011; Comijs 2011). Dergelijke definities zijn volgens Gobbens et al. (2011) steeds gebruikelijker, maar nog geen gemeengoed. Door de grote variëteit aan definities is het belangrijk om in ogenschouw te nemen welke definitie gehanteerd wordt. De gehanteerde definitie kan immers een grote impact hebben op hoeveel én welke ouderen als mogelijk kwetsbaar worden omschreven (Gobbens et al. 2011). Als zorgprofessionals ouderen als kwetsbaar omschrijven, betekent dit overigens niet per definitie dat ouderen dit zelf ook zo ervaren (Verhoeven et al. 2011). Dit mogelijke verschil in interpretatie tussen de arts en de patiënt wordt door Verhoeven et al. (2011), in navolging van Albrecht en De Vlieger (1999), omschreven als de 'disability paradox'.

#### ***Risico op aandoeningen en indicaties***

Zowel internationaal als in Nederland zijn diverse multidimensionale methoden ontwikkeld om het risico dat ouderen lopen om kwetsbaar te worden te voorspellen (Gobbens et al. 2011). Denk hierbij aan de Woonzorgwijzer, de Tilburg Fraitly Indicator (TFI), de Groningen Fraitly Indicator (GFI), de Edmonton Frail Scale, de Fraitly Index, U-Prim en de Easycare Tweetraps Ouderen Screening (Easycare-Tos). In deze meetinstrumenten wordt, afhankelijk van de gehanteerde definitie, uitgegaan van verschillende fysieke, psychische en/of sociale voorspellers van kwetsbaarheid. De meest gebruikte voorspellers zijn: voeding, lichaamsbeweging, mobiliteit, kracht, energie, cognitie en stemming (ofwel attitude) (Sourial et al. 2012). Op basis van longitudinaal onderzoek onder ouderen in de Verenigde Staten, Canada, Mexico en Nederland hebben Sourial et al. (2012) een rangorde gemaakt van deze voorspellers. Uit deze analyse blijkt dat de grootste voorspellende rol is weggelegd voor de factoren fysieke kracht, mobiliteit en energie. De factoren voeding en cognitie spelen daarentegen een kleinere voorspellende rol. Bovendien concluderen Sourial et al. (2012) dat het sociaal functioneren van ouderen door lichamelijke problemen onder druk kan komen te staan. Een eventueel sociaal isolement kan vervolgens weer negatieve gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid van ouderen. In dat geval wordt onbewust een vicieuze cirkel van op een stapelende problematieken in gang gezet (zie ook paragraaf 3.2).

De data die benodigd is om te kunnen meten of oudere kwetsbaar zijn of een verhoogd risico lopen om kwetsbaar te worden, kan op verschillende manieren verzameld worden. In de Woonzorgwijzer wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van CBS registerdata. Ten behoeve van de Tilburg Fraitly Indicator en de Groningen Fraitly Indicator wordt de benodigde data daarentegen verzameld middels een enquête/vragenlijst die wordt voorgelegd aan ouderen zelf. Deze verschillen in werkwijze hebben, evenals de verschillen in gehanteerde definities, tot gevolg dat verschillende onderzoeken andere uitkomsten kunnen laten zien. Zoals in de inleiding van deze paragraaf reeds is aangegeven, kan kwetsbaarheid voor zorgprofessionals zoals huisartsen bijvoorbeeld een geheel andere betekenis hebben dan voor ouderen zelf (Verhoeven et al. 2011). Tevens kan het beeld dat uit CBS registerdata ontstaat afwijken van de perceptie van zorgprofessionals. Ten behoeve van de in deze paragraaf getoonde onderzoeksresultaten is gebruikgemaakt van CBS registerdata over het jaar 2015. Deze data is

verrijkt met de CIZ-indicaties die in 2014 zijn uitgegeven. Onderzoeksbureau RIGO heeft op basis van deze data een inschatting gemaakt van het risico dat ouderen lopen op aandoeningen<sup>42</sup>.

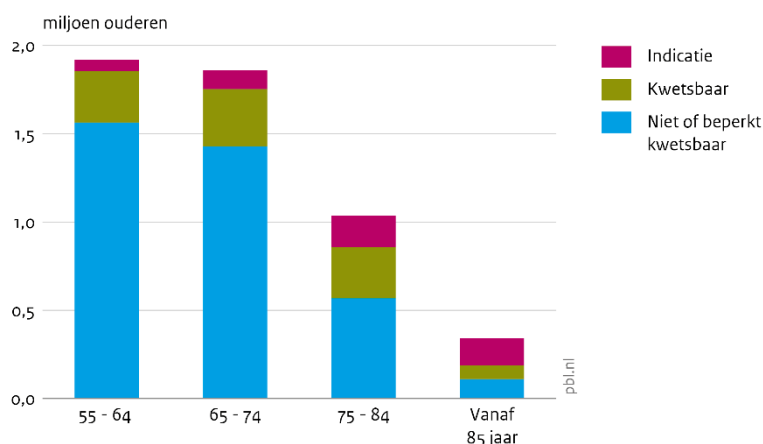
Analyses op microdata van het CBS laten zien dat in 2015 ruim 3.200.000 65-plussers, al dan niet in combinatie met een aanvullend pakket aan zorg- en welzijnsvoorzieningen, zelfstandig thuis woonden. Ouderen met een leeftijd variërend van 65 tot 75 jaar zijn overwegend als fit te bestempelen en lijken niet of nauwelijks gezondheidsproblemen te hebben (zie figuur 3.5). Als deze ouderen wel gezondheidsproblemen hebben, dan zijn zij met name kwetsbaar op het gebied van sociale redzaamheid en regie (zie figuur 3.6). Omdat deze generatie zeer omvangrijk is, ervaren toch nog ruim 130.000 65- tot 75-jarigen dergelijke problemen. Naarmate de leeftijd oploopt, krijgt een groter deel van de ouderen (somatische) gezondheidsproblemen (zie figuur 3.5). Denk hierbij aan chronische aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson. Ter illustratie: bijna 250.000 75-plussers beschikten in 2015 over de CIZ-indicatie somatiek en nog eens ruim 280.000 75-plussers liepen een verhoogd risico op somatische beperkingen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat thuiswonende 85-plussers ten opzichte van 75- tot 85-jarigen procentueel gezien minder vaak (somatisch) kwetsbaar zijn. Dit kan verklaard worden, doordat in deze leeftijdscategorie meer ouderen over een (somatische) indicatie beschikken. Deze ouderen zijn niet als kwetsbaar gekwalificeerd, omdat een indicatie zwaarder weegt dan het risico op aandoeningen (kwetsbaarheid). Naarmate ouderen ouder worden, neemt ook het aandeel ouderen dat over de indicatie regie beschikt toe (zie figuur 3.6). Deze indicatie wordt onder andere toegewezen aan ouderen met dementie. In 2017 hadden 117.000 Nederlanders deze ziekte (RIVM 2018). Doordat het aantal 85-plussers sterk toeneemt, is de verwachting dat steeds meer ouderen de komende jaren met deze ziekte te maken krijgen. Alzheimer Nederland (2017) verwacht dat het aantal mensen met dementie zal toenemen naar ruim 426.000 in 2030 tot meer dan een half miljoen in 2040. Het RIVM (2018) gaat daarentegen uit van een iets minder sterkere stijging, namelijk tot ongeveer 340.000 ziektegevallen in 2040. Waar beginnen dementie ouderen kwetsbaar maakt in hun sociale redzaamheid, leidt het vorderen van de ziekte uiteindelijk tot het niet meer kunnen voeren van de regie over het eigen leven. Dementie lijkt bij het uitblijven van een effectieve behandeling daardoor de komende jaren een van de grootste bedreigingen voor het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen te worden, zo concluderen Van Campen et al. (2017) en Bakker et al. (2013).

---

<sup>42</sup>In hoofdstuk 1 is een uitgebreide toelichting gegeven op het gehanteerde databestand.

**Figuur 3.5**

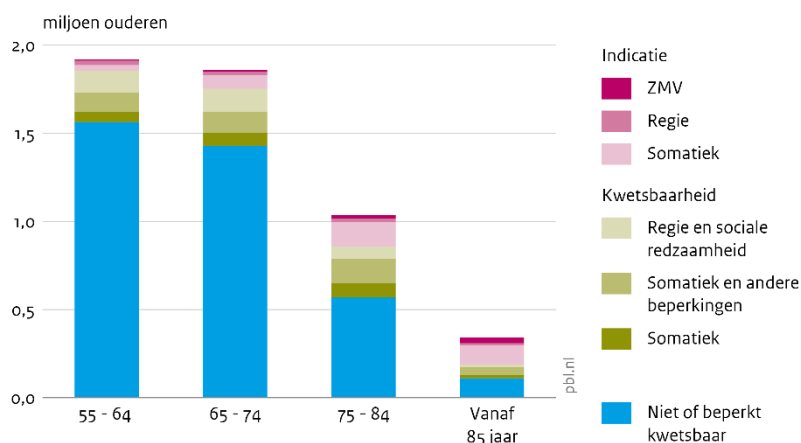
**Kwetsbaarheden en indicaties van thuiswonende ouderen naar leeftijd, 2015**



Bron: CBS/Woonzorgwijzer (2015); bewerking PBL/RIGO

**Figuur 3.6**

**Typen kwetsbaarheden en indicaties van thuiswonende ouderen naar leeftijd, 2015**



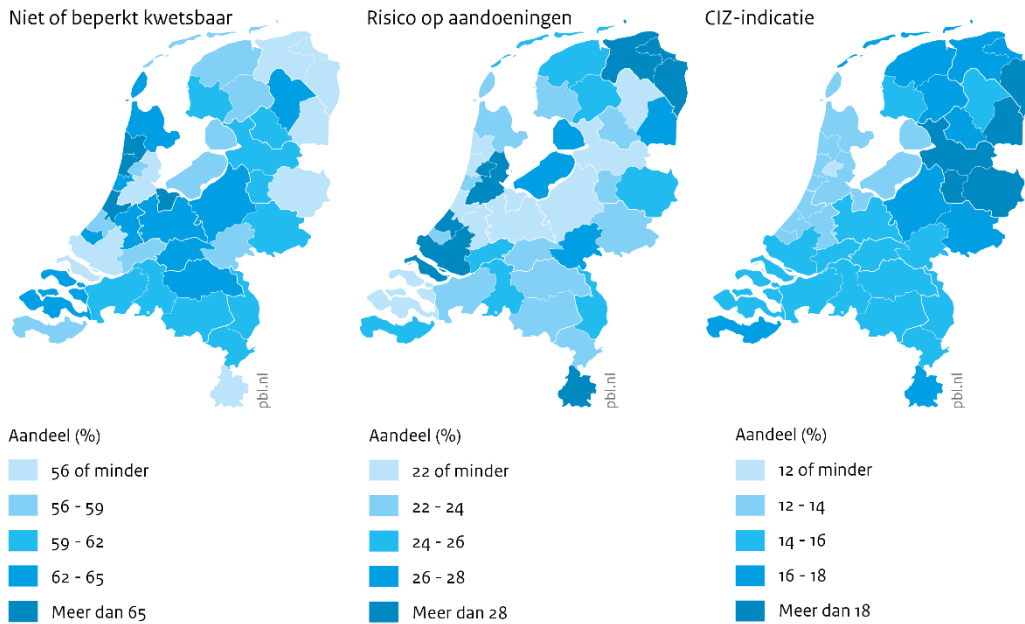
Bron: CBS/Woonzorgwijzer (2015); bewerking PBL/RIGO

**Regionale verschillen in risico's op aandoeningen en indicaties**

Thuiswonende ouderen die woonachtig zijn in zeer sterk stedelijke en perifere krimpregio's hebben doorgaans iets vaker een risico op een aandoening, en zijn dus kwetsbaarder, dan ouderen die in andere delen van Nederland wonen (zie figuur 3.7). Van de ouderen die in Zuid-Limburg of in Rijnmond wonen, heeft respectievelijk 30 en 33 procent van de thuiswonende ouderen een risico op een aandoening. Voor de ouderen in een regio als Gooi en Vechtstreek geldt dit voor zo'n 21 procent. Daarnaast valt op dat ouderen die woonachtig zijn in het oosten en in de drie noordelijke provincies (Friesland, Groningen en Drenthe) vaker een indicatie hebben dan ouderen die woonachtig zijn in andere delen van Nederland (figuur 3.7). Ter illustratie: in Oost-Groningen heeft ongeveer 20 procent van alle thuiswonende ouderen een CIZ-indicatie, tegenover 14 procent van de ouderen uit Flevoland en 13 procent van de ouderen uit Alkmaar en omgeving.

**Figuur 3.7**

**Aandeel 65-plussers met kwetsbaarheid of indicatie per COROP-regio, 2015**



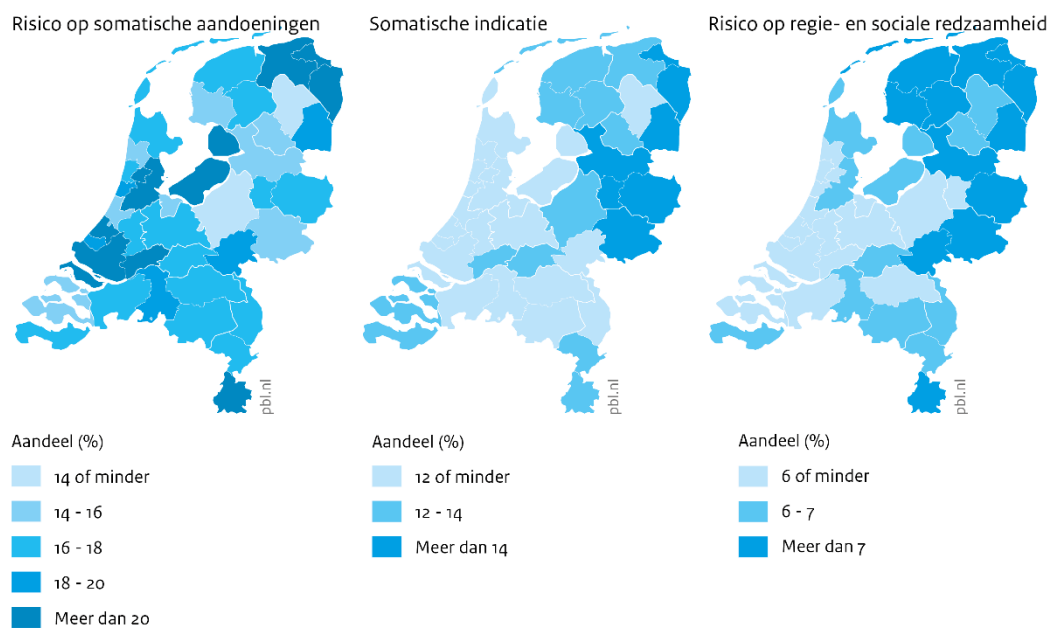
Bron: CBS/Woonzorgwijzer (2015); bewerking PBL/RIGO

De gezondheidsrisico's van ouderen in zeer sterk stedelijke regio's en in de perifere krimpregio's zijn hoofdzakelijk somatisch van aard. In de regio's Amsterdam en Rijnmond heeft bijvoorbeeld 27 procent van de ouderen een risico op somatische problemen. Van de ouderen in Noord-Limburg geldt dit voor 18 procent (zie figuur 3.8). Hierbij dient opgemerkt te worden dat in de zeer stedelijke en in mindere mate ook in de perifere gebieden vrijwel geen ouderen over een somatische indicatie beschikken. In het noordoosten van Nederland beschikken beduidend meer ouderen over een somatische indicatie, terwijl hier beduidend minder ouderen kwetsbaar zijn als gevolg van somatische gezondheidsproblemen. In deze gebieden worden minder ouderen als (soma) kwetsbaar gekwalificeerd, omdat een indicatie in de afleiding zwaarder weegt dan het risico op aandoeningen (kwetsbaarheid). Opvallend is dat ouderen in het noordoosten van Nederland relatief vaak een risico lopen op problemen in de regie en sociale redzaamheid-sfeer (zie figuur 3.8). Ouderen in de Randstad lijken veel minder vaak een risico op dergelijke problemen te lopen. In het tekstkader 'Risico op aandoeningen: Achterhoek versus Amsterdam' wordt verder ingezoomd op de verschillen binnen de twee casusregio's.



**Figuur 3.8**

**Typen kwetsbaarheden of indicatie van 65-plussers per COROP-regio, 2015**



Bron: CBS/Woonzorgwijzer (2015); bewerking PBL/RIGO

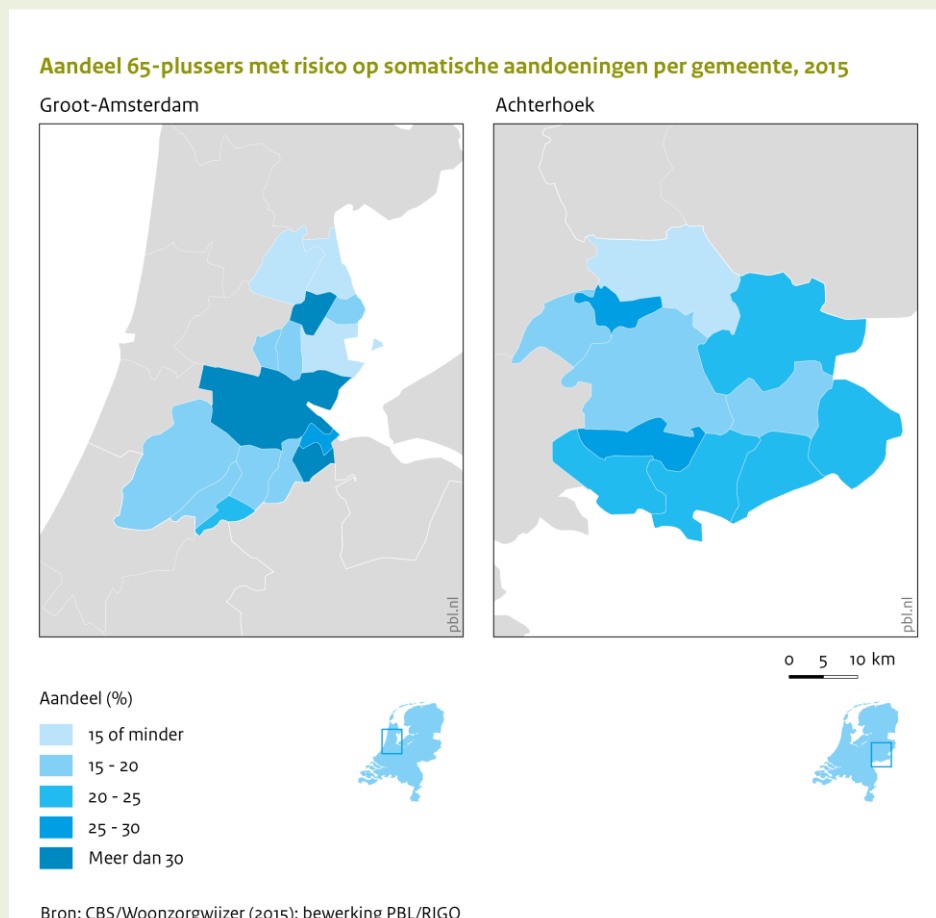
Noot: Minder dan 1,5 procent van de 65-plushuishoudens beschikt over een CIZ-indicatie voor regio en is daarom niet opgenomen in dit kaartbeeld.

### Tekstkader: Risico op aandoeningen

Kijkend naar alle soorten kwetsbaarheden, dan zien we dat ouderen in de regio Amsterdam vooral verschillen van ouderen in de Achterhoek in de mate waarin ze een risico hebben op somatische aandoeningen.

Als we verder inzoomen op alleen de risico's op somatische aandoeningen\* dan blijkt dat vooral in de regio Amsterdam grote verschillen bestaan tussen gemeenten in de mate waarin ouderen een risico lopen op somatische aandoeningen. Van de ouderen in de steden Amsterdam en Purmerend heeft respectievelijk 43 en 31 procent een risico op somatische aandoeningen. Van de ouderen in de meer landelijke gemeenten Beemster en Waterland geldt dit voor 14 procent van de thuiswonende ouderen.

In de Achterhoek zijn de verschillen tussen gemeenten een stuk kleiner. Ook hier zien we een stad-land verschil. In de centrale stad Doetinchem heeft 26 procent van de thuiswonende ouderen een risico op somatische aandoeningen. In het meer landelijke Bronckhorst geldt dit voor 15 procent van de thuiswonende ouderen.

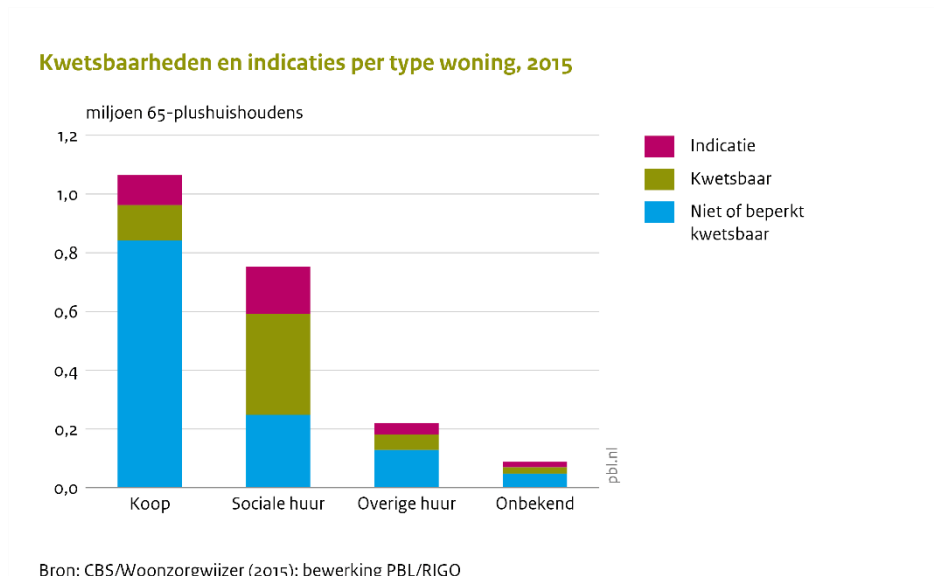


\*Noot: In de hier gepresenteerde analyse is alleen gekeken naar of ouderen wel of geen risico hebben op een aandoening, los van andere mogelijke aandoeningen of indicaties. Hiermee wijken we af van de analyses die we presenteerden in figuur 3.7 en figuur 3.8 die gebaseerd zijn op het totaalpakket van mogelijke kwetsbaarheden, waarbij het hebben van een indicatie zwaarder weegt dan het hebben van een risico op een aandoening. Als een oudere een indicatie heeft, dan is er in die analyses geen sprake van een risico op een bepaalde aandoening. De resultaten van de verdiepende analyse voor de casusregio's Amsterdam en de Achterhoek wijken daarom af van het geschetste beeld in figuur 3.8.

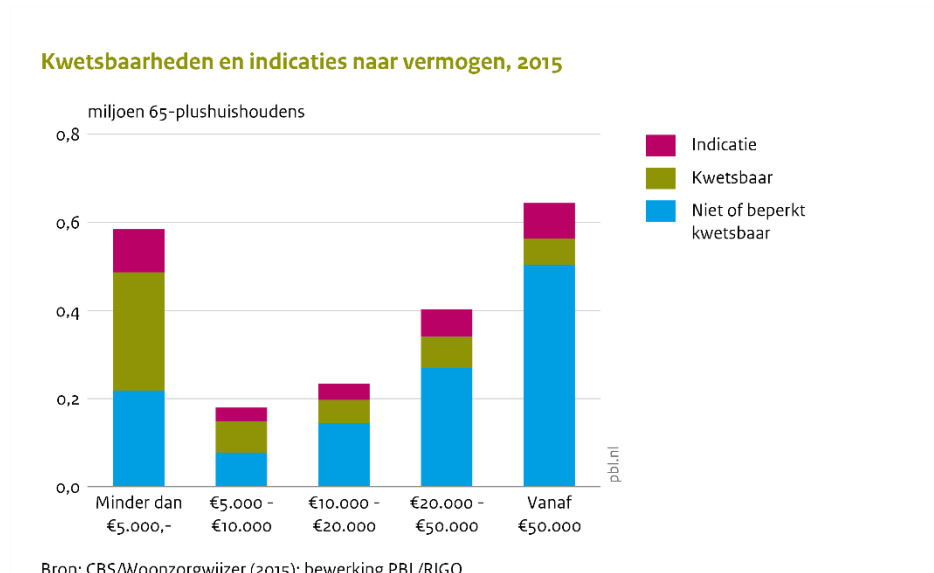
Niet alleen leeftijd en regio, maar ook andere factoren lijken van invloed te zijn op de mate waarin ouderen kwetsbaar zijn en over een indicatie beschikken. Ouderen die over een eigen koopwoning beschikken, zijn bijvoorbeeld minder vaak kwetsbaar en beschikken minder vaak over een indicatie dan ouderen die in een sociale huurwoning wonen (zie figuur 3.9). Daarnaast zijn ouderen met een hoog eigen vermogen (> €50.000,-) beduidend minder vaak

kwetsbaar dan ouderen met een laag eigen vermogen (<€5.000,-) (zie figuur 3.10). In dit eigen vermogen is de hypotheekschuld niet meegenomen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat hoogopgeleiden vaker een eigen woning bezitten en vaker een hoger inkomen hebben dan lager opgeleiden (CBS 2017a). Dit kan de verschillen in kwetsbaarheid en indicaties tussen huishoudens met een koopwoning en/of een hoog eigen vermogen enerzijds en huishoudens met een sociale huurwoning en/of een laag eigen vermogen anderzijds mogelijk verklaren. Hoogopgeleiden leven namelijk gemiddeld langer in een betere gezondheidstoestand en korter in een slechtere gezondheidstoestand dan lager opgeleiden (CBS Statline 2018).

**Figuur 3.9**



**Figuur 3.10**



## 3.2 Welzijn en het sociale netwerk

### 3.2.1 Alleen en eenzaam?

De sociale relaties van ouderen vormen een belangrijke graadmeter voor hun welzijn. Als ouderen weinig sociale interacties hebben, lopen zij namelijk een groter risico om te vereenzamen. Vereenzaming kan vervolgens een negatieve invloed hebben op de gezondheid van ouderen. Bij ouderen die weinig sociale contacten hebben, stapelen gezondheidsproblemen zich namelijk sneller op dan bij ouderen met veel sociale contacten (Hoogendijk et al. 2016; Machielse & Hortulanus 2011). Daarnaast hechten ouderen zelf veel waarde aan hun sociale relaties. Dit verklaart (gedeeltelijk) waarom zij erg gehecht zijn aan hun fysieke woning en directe woonomgeving, zelfs als deze rationeel beredeneerd niet meer (helemaal) passend zijn. (Lijzenga et al. 2015, Nouws 2015). Ouderen weten er de weg en hebben er contacten met bijvoorbeeld de bakker, postbode en buurtgenoten. Zij zien het over het algemeen als hun eigen verantwoordelijkheid om dergelijke sociale contacten te behouden en zo vereenzaming te voorkomen (Von Faber 2002).

Dit neemt niet weg dat er wel degelijk ouderen zijn die vereenzamen. Uit onderzoek van Hortulanus et al. (2003) en Machielse (2011) blijkt dat hiervoor over het algemeen niet één duidelijke reden aan te wijzen is. Integendeel, vaak gaat het om een cumulatie van meerdere (persoonlijke) problemen die gedurende het leven zijn ontstaan (Machielse 2011). Denk hierbij aan gezondheidsproblemen, financiële problemen en aan het opgroeien in een problematische gezinssituatie (Machielse 2011). Daarnaast vormt de huishoudenssamenstelling een belangrijke indicator voor de mate waarin ouderen het risico lopen om te vereenzamen. Met name alleenwonende, ongetrouwde mannen behoren tot de risicogroep (Stevens & Martina 2006). Ook alleenwonende, verweduwde en gescheiden vrouwen vereenzamen vaker dan anderen (Stevens & Martina 2006). Dit is opmerkelijk, omdat deze vrouwen door de jaren heen doorgaans een groot en gevarieerd sociaal netwerk hebben opgebouwd (Stevens & Martina 2006). Zij hebben dus weliswaar de mogelijkheid om na het verlies van hun partner hun sociale contacten met anderen te intensiveren, maar slagen hier relatief vaak niet in (Stevens & Martina 2006).

Dat eenzaamheid vaker voorkomt onder bepaalde doelgroepen, betekent niet dat het andere ouderen niet kan overkomen. De vereenzamingsspiraal kan immers niet alleen door persoonlijke kenmerken, maar ook door andere factoren in gang gezet worden. Op sommige momenten vinden in het leven onvermijdelijk gebeurtenissen plaats waardoor de kans op een sociaal isolement toeneemt. Denk hierbij aan het overlijden van een dierbare, een verhuizing en de achteruitgang van de eigen gezondheid en/of de gezondheid van een partner (Stevens & Martina 2006; Machielse 2011). Daarnaast geven ouderen met het verstrijken van de jaren steeds vaker de voorkeur aan sociale interacties met personen die zeer dicht bij hen staan. Dergelijke interacties ervaren ouderen als vertrouwd, omdat ze voorspelbaar zijn en in het verleden geleid hebben tot positieve ervaringen (Stevens & Martina 2006). Door teveel te focussen op deze relaties ontstaat echter het risico dat ouderen hun netwerk zelf (onbewust) steeds verder beperken. Als de interacties met naasten vervolgens onbereikbaar worden of in intensiteit afnemen, bijvoorbeeld door de verhuizing van een kind, wordt de kans op vereenzaming groter (Stevens & Martina 2006).

Op het moment dat ouderen eenmaal eenzaam zijn, is het erg moeilijk om dit te doorbreken. Ouderen met kleine of weinig gevarieerde netwerken zijn namelijk in het nadeel op het moment dat compensatie voor verloren contacten gezocht dient te worden (Stevens & Martina 2006). Doordat vereenzaamde ouderen nauwelijks participeren in sociale netwerken en minder vaak deelnemen aan sociale activiteiten (Machielse 2011) hebben zij immers weinig gelegenheden om in contact te komen met anderen. Dit maakt het voor hen moeilijker om hun beperkte sociale netwerk uit te breiden of een nieuw sociaal netwerk op te bouwen. De ervaring leert dat ouderen die zich in een structureel sociaal isolement bevinden, hun vereenzaming alleen kunnen doorbreken met (professionele) hulp of begeleiding van anderen (Machielse 2011). Vereenzaamde ouderen slagen er echter vaak niet in om deze hulp zelf

(op tijd) te vinden. Zij worden door hun ontbrekende of beperkte sociale netwerk immers doorgaans niet (voldoende) ondersteund en weten de weg naar professionele zorginstellingen vaak niet goed vinden (Hortulanus et al. 2003; Machielse 2011). Eenzaamheid en het risico om nog verder te vereenzamen gaan dus vaak hand in hand.

Om de vereenzaming onder ouderen zo veel mogelijk tegen te gaan en in de toekomst wellicht zelfs te kunnen voorkomen, zijn de afgelopen jaren diverse initiatieven ontwikkeld (Machielse 2011; Fokkema & Van Tilburg 2007). Denk hierbij aan huisbezoeken die worden verzorgd door vrijwilligers van welzijnsorganisaties en kerken, maar ook aan praatgroepen en cursussen die risicogroepen helpen om hun sociale relaties te versterken (Fokkema & Van Tilburg 2007). Op basis van een aantal grootschalige evaluatieonderzoeken (o.a. Findlay 2003; Fokkema & Van Tilburg 2006; Machielse 2003; Machielse 2006) concludeert Machielse (2011) echter dat de meeste interventies niet of nauwelijks effectief zijn. Niet alleen zijn sociaal geïsoleerde ouderen vaak relatief onzichtbaar, waardoor zij geregeld pas in beeld komen als zij inmiddels al zeer complexe zorgvragen hebben, ook sluiten de interventies niet voldoende aan bij de heterogeniteit van de doelgroep (Machielse 2011). Als men vereenzaming onder ouderen tegen wil gaan, zullen de komende jaren dus andere, meer passende interventies ontwikkeld moeten worden, zo luidt de redenering.

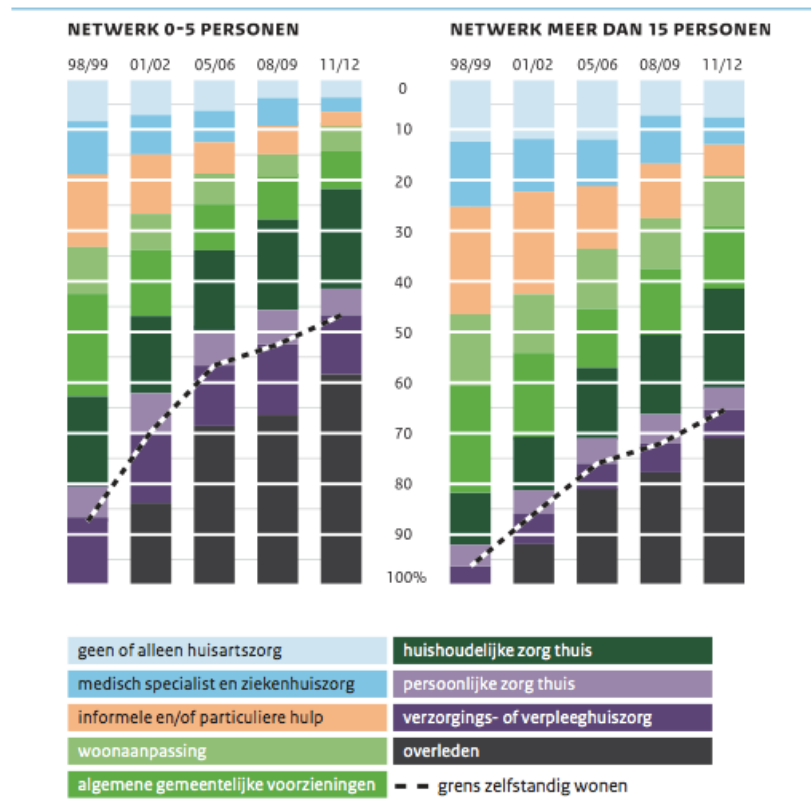
### 3.2.2 Het belang van het sociale netwerk

In de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) staat het begrip zelfredzaamheid centraal. Alleen als de oudere zijn/haar zorgvraag niet zelf op kan lossen en het eigen sociale netwerk hier ook niet toe in staat is, kan in principe een beroep gedaan worden op professionele zorgverleners (Machielse 2011; Tweede Kamer 2004/2005). Hierdoor is een sterk ondersteunend sociaal netwerk niet alleen een buffer tegen vereenzaming, maar ook een belangrijke voorwaarde voor ouderen om langer zelfstandig thuis of in hun eigen buurt te kunnen blijven wonen. Ouderen die in een sociaal isolement leven, beschikken immers in mindere mate over een netwerk met voldoende personen die in de thuisomgeving mantelzorg of een andere vorm van informele hulp kunnen bieden (Machielse 2011). Hierdoor zijn zij sneller aangewezen op professionele hulp dan ouderen met een breed en gevarieerd sociaal netwerk (Machielse 2011). Dit heeft tot gevolg dat de (tijdelijke) opname in een verzorgings- of verpleeghuis eerder onvermijdelijk is (Machielse 2011). Op basis van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)<sup>43</sup> laten Van Campen et al. (2017 p. 31) zien dat wanneer 65-plussers in de tijd worden gevolgd, zo'n twee derde van degenen met een groot sociaal netwerk (meer dan 15 personen) na 14 jaar nog zelfstandig thuis woont. Van de ouderen met een klein sociaal netwerk (tot 5 personen) geldt dat voor iets minder dan de helft. Veertien jaar geleden was dit respectievelijk 96 en 88 procent. Er vindt procentueel gezien dus een grotere daling plaats in het aandeel thuiswonende ouderen met een klein sociaal netwerk dan in het aandeel thuiswonende ouderen met een groot sociaal netwerk (zie afbeelding 3.1). Omdat het sociale netwerk van ouderen tot op zekere hoogte een helpende hand kan bieden, spreken Feijten et al. (2017) liever over redzaamheid dan over zelfredzaamheid.

---

<sup>43</sup> Het onderzoeksproject LASA is in 1991 gestart in opdracht van het Ministerie van VWS. In dit onderzoeksproject worden elke drie jaar steeds dezelfde personen onderzocht. Hierdoor kunnen de determinanten en gevolgen van veroudering vastgelegd en bestudeerd worden (LASA, 2018).

**Afbeelding 3.1 Het zorggebruik van 65-plussers met een klein en groot sociaal netwerk (1998-2012)**



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).  
 a Bij aanvang van de studie in 1998/99.

Bron: Van Campen et al. 2017 (p. 32)

**Het sociale netwerk als mantelzorgpotentieel**

Als ouderen lichte, informele zorgvragen hebben, wordt hierin over het algemeen voorzien door hun partner en/of volwassen kinderen (Broese van Groenou 2014). Zeker zorglevering op het gebied van emotionele ondersteuning wordt vaak gezien als een (gedeelde) verantwoordelijkheid voor het (familiaire) sociale netwerk (Hoefman et al. 2017). Familieleden zijn doorgaans bereid om dergelijke zorgvragen te beantwoorden, omdat zij zich zeer verbonden voelen met de hulpbehoevende oudere (Broese van Groenou 2014). Uit onderzoek van De Klerk et al. (2015) blijkt overigens dat niet alleen de persoonlijke relatie met de oudere, maar ook de fysieke (reis)afstand van belang is voor de mate waarin kinderen bereid zijn om mantelzorg aan hun ouder(s) te verlenen. Hoe dichter kinderen bij hun ouders wonen, hoe eerder zij hiertoe bereid zijn (De Klerk et al. 2017b). Vier op de vijf kinderen die mantelzorg verlenen aan (schoon)ouders wonen binnen dertig minuten reizen, ofwel binnen circa 27 kilometer van hun (schoon)ouders (De Klerk et al. 2017b). Van allen die dagelijks mantelzorgen is 85 procent zelfs nauwelijks of geen reistijd kwijt (De Klerk et al. 2017b). Ouderen met een groot en gevarieerd sociaal netwerk hebben een grotere kans om ook op het moment dat hun partner en/of kinderen hierin niet kunnen of willen voorzien de benodigde informele hulp te ontvangen (De Jong Gierveld & Fokkema 2016). Broese van Groenou (2014) merkt daarom op dat ouderen er goed aan zouden doen om ook na hun pensioen te investeren in het opbouwen en onderhouden van een breed en gevarieerd sociaal netwerk. Sociale netwerken zijn door de jaren heen door de in- en uitstroom van hoofdzakelijk niet-familiaire netwerkleden immers continu in beweging (Van Tilburg 2000). Zeker op latere leeftijd lopen ouderen het risico dat steeds meer naasten komen te overlijden. Dit kan een

grote impact hebben op de grootte van het sociale netwerk van ouderen. Een gevarieerd informeel sociaal netwerk bestaat dan ook niet alleen uit leeftijdgenoten, maar uit een grote diversiteit aan verschillende typen actoren. Denk hierbij aan familieleden, buren en vrienden. Uit onderzoek van De Boer en De Klerk (2013) blijkt dat buren en vrienden veelal bereid zijn om in informele hulpvragen te voorzien. De voorwaarde hiervoor is doorgaans wel dat zij zelf kunnen bepalen wanneer zij informele zorg leveren, onder welke voorwaarde zij dat doen en dat de oudere aardig blijft (De Boer en De Klerk 2013; Broese van Groenou 2014). Uit onderzoek naar de heersende zorgattitudes blijkt echter dat ouderen het zelf minder geaccepteerd vinden om hulp te vragen aan niet-familieleden (Broese van Groenou 2014; Grootegoed & Van Dijk 2012; Van den Berg 2014). Hierbij spelen mechanismen zoals handelingsverlegenheid en wederkerigheid een belangrijke rol. Het ontbreken van eigen kracht voor het bieden van een ruildienst kan bij ouderen bijvoorbeeld leiden tot vraagverlegenheid (Broese van Groenou 2014). Anderzijds kunnen niet-familieleden zich beperkt voelen om achter de voordeur de benodigde informele hulp te verlenen (Van den Berg et al. 2016). Echter, als door niet-familieleden (aanvullende) informele hulp wordt verleend, wordt dit door ouderen wel zeer gewaardeerd (Egging et al. 2011). Dit kan met name verklaard worden, doordat dergelijke vormen van hulpverlening over het algemeen zeer flexibel van aard zijn en doordat de persoonlijke betrokkenheid van niet-familieleden ouderen goed doet (Egging et al. 2011; Noccon & Pearson 2000). Naar verwachting wordt de vraag naar informele hulpverlening door niet-familieleden in de toekomst door het gevoerde overheidsbeleid alleen nog maar groter. Steeds meer ouderen hebben immers geen kinderen die voor hen kunnen zorgen (Egging et al. 2011).

Ten slotte dient opgemerkt te worden dat ook professionele zorgverleners, zoals welzijnswerkers, huisartsen, huismeesters, wijkagenten, maatschappelijk werkers, pastors en apothekers, deel uit kunnen maken van het totale netwerk van ouderen (Von Faber 2002; Van Dijk et al. 2013). Zij kunnen samen met de oudere in beeld brengen wie de oudere bij zijn/haar zorgvragen kan ondersteunen (Van Dijk et al. 2013). De zwaardere zorg – persoonlijke verpleging en verzorging – voor ouderen wordt door de meerderheid van de bevolking overigens tot op de dag van vandaag meer als overheidstaak gezien dan als een taak voor het sociale netwerk van ouderen (De Klerk et al. 2017a; Hoefman et al. 2017). Gaandeweg zijn Nederlanders hiervoor namelijk steeds minder afhankelijk geworden van sociale verbanden: voor zorg en ondersteuning kan men al vanaf de implementatie van de verzorgingsstaat immers rechtstreeks terecht bij de overheid (Jager-Vreugdenhil 2012). Deze verwachting is duidelijk terug te zien in de heersende opvatting over zorgattitudes.

### 3.2.3 Vaardigheden

Pommer en Boelhouwer (2016) constateren dat de huidige Nederlandse samenleving veel vraagt van de vaardigheden van ouderen. Dit blijkt onder andere uit het beleid omtrent de Wmo 2015. Als ouderen bijvoorbeeld een Wmo-voorziening nodig hebben om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, moeten zij deze (digitaal) aanvragen bij de gemeente. Hiervoor moeten diverse formulieren ingevuld worden. In dergelijke situaties gaat de overheid ervan uit dat burgers over de vaardigheden beschikken die hiervoor benodigd zijn. Echter, dit is niet vanzelfsprekend het geval. Ter illustratie: in 2015 beschikte slechts de helft van de Wmo-gebruikers over de vaardigheden die benodigd zijn om de aanvraagformulieren voor Wmo-voorzieningen te begrijpen (Pommer & Boelhouwer 2016). Daarnaast spelen computervaardigheden een steeds belangrijkere rol in het dagelijkse leven (Pommer & Boelhouwer 2016; De Klerk et al. 2019). Denk hierbij aan het installeren van een programma, het verzenden van een mail en het opzoeken van gegevens op internet. Echter, van alle huidige Wmo-gebruikers beschikt slechts een derde over dergelijke vaardigheden (Pommer & Boelhouwer 2016). Als ouderen niet over de benodigde informatie- en computervaardigheden beschikken, kunnen zij op hun sociale netwerk vragen om hen te ondersteunen (Pommer & Boelhouwer 2016). In het overgrote deel van de situaties is dit geen enkel



probleem en slagen Wmo-gebruikers er samen met hun naasten in om de benodigde formulieren in te vullen en/of op de computer de benodigde stappen te doorlopen (Pommer & Boelhouwer 2016).

Echter, uit de analyse van Stevens en Martina (2006) blijkt dat het niet voor alle ouderen even vanzelfsprekend is dat zij (hiervoor) hulp ontvangen van hun sociale netwerk. Ook om een gevarieerd sociaal netwerk op te kunnen bouwen en in stand te kunnen houden zijn immers eveneens specifieke vaardigheden benodigd. Denk aan vaardigheden zoals zelfvertrouwen, assertiviteit, zelfreflectie en probleemoplossend vermogen (Appelhof & Walraven 2002; Stevens & Martina 2006; Machielse 2011). Ouderen die niet over dergelijke vaardigheden beschikken, slagen er veelal niet in om zich aan te sluiten bij sociale netwerken en/of om deze te onderhouden (Côte & Levine 2002; Machielse 2012). Met name zelfreflectie speelt in dit opzicht een belangrijke rol. Op het moment dat ouderen zich in sociale relaties continu cynisch, pessimistisch, wantrouwend of vol zelfmedelijden opstellen, is de kans namelijk groter dat hun sociale netwerk in omvang en variëteit afneemt (Stevens & Martina 2006). Ouderen die over zelfreflectie beschikken, zijn eerder in staat om dergelijke patronen op tijd te herkennen en bij te sturen.

### 3.3 Alleen- of samenwonend

De mate waarin ouderenshuishoudens kwetsbaar zijn, hangt ook af van de huishoudenssamenstelling. Blijkens de literatuur zijn alleenwonenden en dan met name verweduwden en gescheiden ouderen kwetsbare groepen (Den Draak & Van Campen 2011; zie ook paragraaf 3.1.1). Daarmee vormen alleenwonenden veelal ook een bijzondere aandachtsgroep bij de beleidsdiscussie over het langer zelfstandig wonen (Van Campen, Den Draak & Ras 2011). Dit komt enerzijds door hun sociaaleconomische positie: alleenwonenden hebben gemiddeld genomen een lager inkomen dan paren, ook wanneer wordt uitgegaan van het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen (CBS 2017b).<sup>44</sup> Anderzijds komt het ook doordat alleenstaanden bij toenemende gebreken en lichamelijke ongemakken afhankelijk zijn van hulp uit hun netwerk en niet terug kunnen vallen op een partner (Van Campen et al. 2011; zie ook paragraaf 3.2).

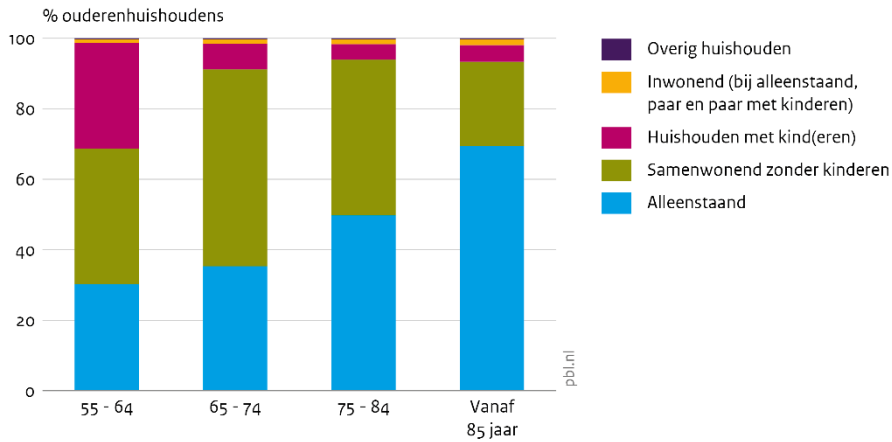
Van alle ouderenshuishoudens woonde in 2015 44 procent alleen en circa 48 procent woonde samen met een partner. Er zijn echter grote verschillen naar leeftijd (zie figuur 3.11). Passend bij de 'traditionele' levensloop, hebben veel 55 tot 64 jarigen nog thuiswonende kinderen. Maar het grootste aantal huishoudens tussen de 55 en 75 jaar is uiteindelijk samenwonend zonder kinderen. Al is ook het aantal alleenstaanden onder hen fors; dit kan zowel voortkomen uit de trend van individualisering, waarbij mensen nooit huwen, als uit levensgebeurtenissen bij scheiden of sterfte van de partner. Vanaf het 75<sup>ste</sup> levensjaar neemt het aantal alleenstaande ouderen snel toe, wat samenhangt met het feit dat op hogere leeftijd de kans groter is om er alleen voor te komen staan als gevolg van het overlijden van de partner.

---

<sup>44</sup> Dit is het besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden zodat het welvaartsniveau van verschillende typen huishoudens onderling vergelijkbaar wordt.

**Figuur 3.11**

**Huishoudenssamenstelling van ouderen naar leeftijd, 2015**



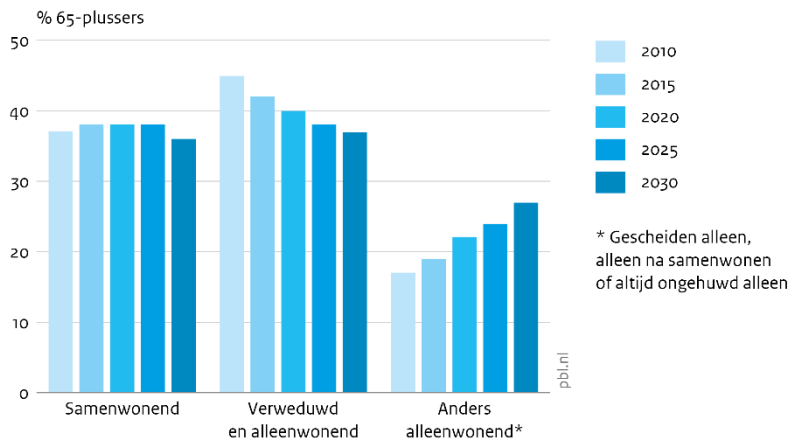
Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

Er zijn grote verschillen tussen verweduwd en samenwonende ouderen in de mate waarin zij nog zelfstandig wonen. Samenwonende ouderen blijven namelijk langer zelfstandig wonen dan verweduwd en samenwonende ouderen met een zieke partner. Onder de ouderen die in het LASA onderzoek veertien jaar zijn gevolgd, wonen in 1998 bijna alle samenwonende ouderen zelfstandig (97 procent); dit loopt in veertien jaar terug tot 67 procent. Verweduwd wonen in 1998 iets minder vaak zelfstandig (94 procent) en dit loopt naar verwachting terug tot 62 procent in 2012. Hetzelfde geldt voor samenwonende ouderen met een zieke partner; bij hen neemt het aandeel zelfstandig wonende af van 92 procent naar 56 procent (Van Campen et al. 2017). Ook in de interviews met experts werd verschillende keren gewezen op de kwetsbaarheid van ouderen op het moment dat de partner komt te overlijden: nieuwe verantwoordelijkheden, zoals het huishouden of de administratie, veranderingen in de zorgsituatie, en een terugval in inkomen kunnen voor ouderen vergaande consequenties hebben. Aanvullend, longitudinaal onderzoek naar de veranderingen in de omstandigheden van ouderen bij verweduwing is nodig om meer zicht te krijgen op verwachte kwetsbaarheden op dit sleutelmoment in het leven van ouderen.

Alleenwonende verweduwde ouderen hebben vaker complexe en meervoudige zorgvragen dan andere ouderen (Van Campen et al. 2011a; Zantinghe et al. 2011). Zij krijgen namelijk vaker te maken met een opeenstapeling van lichamelijke en/of psychosociale problemen. Ingevolge lopen zij een groter risico op een Wlz-indicatie op basis waarvan zij opgenomen (kunnen) worden in een 24-uurs zorginstelling (Van Campen et al. 2011a). Hierdoor wonen zij minder vaak zelfstandig thuis dan hun leeftijdsgenoten. Op dit moment zijn de beleidsinitiatieven die ontplooid worden in het kader van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen daarom hoofdzakelijk gericht op specifiek deze doelgroep (Van Campen et al. 2011). Alleenwonende ouderen die gescheiden zijn of nooit getrouwd zijn geweest, lopen op hun beurt weer een grotere kans op complexe en meervoudige zorgvragen dan samenwonende ouderen. Deze ouderen zijn op dit moment nog niet of nauwelijks onder de aandacht van zorgprofessionals en beleidsmakers (Van Campen et al. 2011). Echter, op basis van het bevolkingsmodel van het SCP lijken de komende jaren steeds meer kwetsbare ouderen gescheiden of ongehuwd te zijn (zie figuur 3.12). Van Campen et al. (2011) concluderen daarom dat het voor beleidsmakers en zorgprofessionals interessant is om deze doelgroep in de toekomst niet uit het oog te verliezen.

**Figuur 3.12**

**Aandeel kwetsbare 65-plussers naar huishoudenssamenstelling**



Bron: Van Campen et al. 2011a p.9 (gegevens uit grafiek overgenomen)

Noot: 'anders alleenwonend' staat voor gescheiden alleen, alleen na samenwonen of altijd ongehuwd alleen.

### 3.4 Sociaaleconomische kwetsbaarheden

Kwetsbaarheid wordt ook geassocieerd met sociaaleconomische status. Zowel een lage opleiding als geringe financiële middelen gaan gepaard met een grotere kans op kwetsbaarheid (Huisman 2011; Fried et al. 2001) en hebben daarmee ook invloed op het langer zelfstandig wonen van ouderen.

#### 3.4.1 Opleiding

Hoger opgeleiden leven langer dan lager opgeleiden (zie paragraaf 3.1). Dit komt doordat het opleidingsniveau van mensen als een onderlegger fungeert van het gedrag, bijvoorbeeld ten aanzien van werk, voeding, alcoholgebruik, roken en beweging of sport. Opleiding is daardoor van invloed op de geestelijke en lichamelijke gezondheid van mensen en daarmee ook op de kwetsbaarheid van ouderen (Hoogendijk et al. 2014) en het langer zelfstandig wonen.

De afgelopen jaren is het opleidingsniveau steeds verder gestegen (CBS 2018a). De ouderen van nu zijn gemiddeld gezien hoger opgeleid dan de ouderen van vroeger en de ouderen van straks zullen op hun beurt gemiddeld gezien hoger opgeleid zijn dan de ouderen van nu. Gemiddeld genomen leven hoogopgeleide mannen met een HBO of universitair diploma die in 2013/2016 65-jaar waren nog 4 jaar langer dan laagopgeleide mannen met dezelfde leeftijd. Voor vrouwen geldt een verschil van 3,5 jaar (CBS Statline 2017). Kijkend naar het aantal jaren in goede ervaren gezondheid leven hoogopgeleide mannen die in 2013/2016 65-jaar waren nog 4,8 jaren meer in goede ervaren gezondheid dan laagopgeleide mannen. Voor hoogopgeleide vrouwen die in 2013/2016 65-jaar waren, geldt hetzelfde: zij leven nog 6,5 jaar meer in goed ervaren gezondheid dan laagopgeleide vrouwen met dezelfde leeftijd (CBS Statline 2017). Lager opgeleiden zijn veelal eerder als kwetsbaar te bestempelen dan hoogopgeleiden. Ingevolge zijn bij lager opgeleiden eerder problemen te verwachten ten aanzien van het langer zelfstandig wonen dan bij hoger opgeleide ouderen (Huisman 2011).

#### 3.4.2 Werk

Nederlanders werken steeds langer door. Sinds 2013 gaat de AOW-gerechtigde leeftijd namelijk stapsgewijs omhoog. In 2012 had het kabinet besloten om deze leeftijd in de periode

2013-2023 te verhogen van 65 tot 67 jaar (TK/EK 2012). Vanaf 2024 zou deze leeftijd vervolgens gekoppeld worden aan de gemiddelde levensverwachting in Nederland (TK/EK 2012). In 2015 is echter besloten om de AOW-gerechtigde leeftijd sneller te verhogen, namelijk tot 66 jaar in 2018 en tot 67 jaar in 2021. Hierdoor wordt deze leeftijd al vanaf 2022 op gezette tijden aangepast aan de gemiddelde levensverwachting in Nederland (TK/EK 2015). De AOW-gerechtigde leeftijd stijgt vanaf dat moment met maximaal 3 maanden per jaar. Inmiddels is de AOW-gerechtigde leeftijd voor 2022, 2023 en 2024 vastgesteld op 67 jaar en 3 maanden (Rijksoverheid 2018). De gemiddelde levensverwachting in Nederland stijgt de komende jaren weliswaar enigszins, maar niet zodanig dat dit gevolgen heeft voor de AOW-gerechtigde leeftijd in 2023 en 2024 (Rijksoverheid 2018). Vanuit bijvoorbeeld vakbond FNV wordt gepleit voor het loslaten van de 1op1-koppeling van de AOW-leeftijd aan de levensverwachting (FNV 2018).

Uit onderzoek van het CBS (2018b) blijkt dat het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd voor steeds meer ouderen geen reden is om (helemaal) te stoppen met werken. Waar in 2013 nog 1,2 procent van de 75-plussers werkte, is dit in 2017 opgelopen tot 2 procent (CBS 2018b). De ouderen die langer doorwerken, zijn over het algemeen werkzaam als zzp-er<sup>45</sup> in fysiek lichte sectoren, zoals groot- en detailhandel, financiële dienstverlening en het beheer van onroerend goed. Ouderen die werkzaam zijn in fysiek zware sectoren, zoals de bouwsector, werken daarentegen niet of nauwelijks langer door<sup>46</sup>. Diverse werkgeversorganisaties benadrukten in 2017 zelfs dat het voor deze werknemers niet langer vanzelfsprekend is dat zij al werkend de (verhoogde) AOW-gerechtigde leeftijd halen (Financieel Dagblad 2017). Er gaan daarom geluiden op om voor ouderen die werkzaam zijn in fysiek zware sectoren een lagere AOW-gerechtigde leeftijd te hanteren dan voor ouderen die werkzaam zijn in andere, lichtere sectoren (zie o.a. EIB 2017, Financieel Dagblad 2017 en De Volkskrant 2017).

Uit onderzoek van Berendsen (2018) en het CPB (2018) blijkt dat de verhoging van de AOW-gerechtigde leeftijd nauwelijks van invloed is op het percentage arbeidsongeschikte ouderen. Dit betekent niet dat het langer doorwerken in fysiek zware beroepen geen gezondheidsrisico's met zich mee kan brengen. Integendeel, uit onderzoek van Ravensteijn (2016) blijkt dat het gezondheidseffect van een jaar fysiek zwaar werk voor 50-plussers vergelijkbaar is met het effect van 16 maanden ouder worden. In het huidige pensioenstelsel, waarin de AOW-gerechtigde leeftijd voor iedereen gelijk is, kunnen ouderen die werkzaam zijn geweest in zware beroepen door een kortere levensverwachting minder lang van hun pensioen genieten. De Beer & Van der Gaag (2018) bepleitten dat het hierdoor eerlijker zou kunnen zijn om niet voor alle ouderen dezelfde AOW-gerechtigde leeftijd te hanteren, maar hierin te differentiëren (zie ook Bonenkamp et al. 2013).

Naast het positieve effect van langer doorwerken op het besteedbaar inkomen van ouderen, versterkt werken het gevoel van zingeving en autonomie (of eigen regie) en vergroot daarmee het individuele welbevinden (Bovenberg et al. 2011; Van Amsterdam & Proper 2012). Zowel van het besteedbaar inkomen als het gevoel van zingeving en welbevinden wordt een positief verband verondersteld met het langer zelfstandig wonen.

### 3.4.3 Financiële middelen

Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Dit is de wens van veel ouderen, maar vraagt ook veel van hen. Bijvoorbeeld op het gebied van het organiseren van de noodzakelijke (verzorgende) ondersteuning en het op peil houden van het sociale leven. Bij veel van deze activiteiten speelt geld een belangrijke rol. Denk aan het betalen van de (eigen bijdrage voor de) thuiszorg, of extra uitgaven aan mobiliteit om deel te kunnen blijven nemen aan sociale activiteiten. Het huishoudboekje loopt als een rode draad door het leven van langer zelfstandig

---

<sup>45</sup> Hier kan een rol spelen dat zzp-ers vaak een minder gunstige pensioenopbouw hebben dan werknemers (zie ook Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2013). Pensioen van zelfstandigen; Onderzoek naar de oorzaken van beperkte pensioenopbouw van zelfstandigen en mogelijke oplossingsrichtingen hiervoor. Ministerie SZW, Den Haag).

<sup>46</sup> Uitzondering op deze regel vormen ouderen die werkzaam zijn in de landbouwsector en nog geen opvolger hebben voor hun werkzaamheden.

wonende ouderen. Dat is op zichzelf niet anders dan bij jongere huishoudens, maar ze hebben wel minder mogelijkheden om het huishoudboekje te beïnvloeden. Ouderen kunnen niet meer gaan werken, en wellicht is zelf het huis schoon maken fysiek ook geen optie meer. In het kader van het langer zelfstandig wonen van ouderen is een goede blik op het huishoudboekje daarom van groot belang. In deze paragraaf beschrijven we de financiële positie van ouderen op hoofdlijnen. Hiermee onderstrepen we (mogelijke) knelpunten waar ouderen mee geconfronteerd kunnen worden bij het zelfstandig blijven wonen. We doen dat aan de hand van het woningbehoefteonderzoek (WoON), een micro-databestand van het CBS en kwalitatief veldonderzoek.<sup>47</sup>

### **Inkomen**

Inkomen speelt een belangrijke rol bij het langer zelfstandig wonen. Doorgaans wonen ouderen met een hoog inkomen langer zelfstandig, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen zoals leeftijd en gezondheid. Van de 65-plussers met aanvankelijk een laag inkomen woont na veertien jaar 50 procent nog zelfstandig; van degenen met een hoog inkomen 60 procent (Van Campen et al. 2017). De daling in zelfstandig wonen is bij huishoudens met een hoger inkomen ook minder scherp (van 95 procent in 1998 naar 63 procent in 2012) dan bij de ouderen met een laag inkomen (van 92 procent in 1998 naar 53 procent in 2012). Ouderen met een laag inkomen worden niet alleen sneller opgenomen in een zorginstelling, maar overlijden bovendien eerder. Van de 65 plussers is na veertien jaar 38 procent uit de laagste inkomenscategorie overleden, tegenover 31 procent uit de hoogste inkomenscategorie (Van Campen et al. 2017)<sup>48</sup>.

Het hebben van een laag inkomen hoeft niet noodzakelijkerwijs op problemen bij het langer zelfstandig wonen te duiden: of er problemen zijn hangt uiteraard ook af van de (noodzakelijke) uitgaven aan het levensonderhoud, wonen, zorg, mobiliteit en zo voort. En andere persoonlijke omstandigheden, zoals de aanwezigheid van een vermogen en de nabijheid van een sterk sociaal netwerk, hebben ook invloed op het ervaren of voorkomen van problemen bij het langer zelfstandig wonen. In de praktijk, zo blijkt uit de interviews, zijn het echter vaak juist de financieel kwetsbaardere ouderen die het zwaar hebben: niet eens zozeer om het beperkte inkomen, maar eerder vanwege alle kwetsbaarheden daar omheen.

### *Armoede onder ouderen*

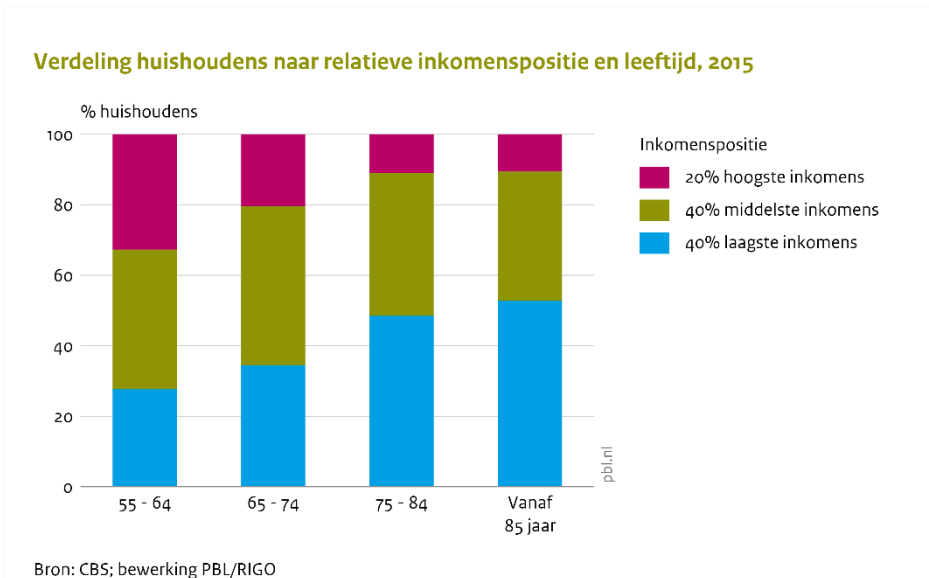
De financiële ruimte van ouderen wordt op hoofdlijnen bepaald door drie pijlers: de Algemene Ouderdomswet (AOW), het aanvullend pensioen en het vermogen. Met name de AOW en pensioenuitkeringen vormen belangrijke inkomstenbronnen voor ouderen. Besteedbaar inkomen uit vermogen speelt veel minder vaak een rol, doordat lang niet alle ouderen beschikking hebben over vermogen. Op het vermogen gaan we later in; hier ligt de nadruk op het inkomen. Jongere ouderen hebben vaker een hoger inkomen dan oudere ouderen, zoals blijkt ook uit de cijfers van het CBS in figuur 3.13.

---

<sup>47</sup> Zie hoofdstuk 1 voor een uitgebreide beschrijving van het kwalitatief veldwerk.

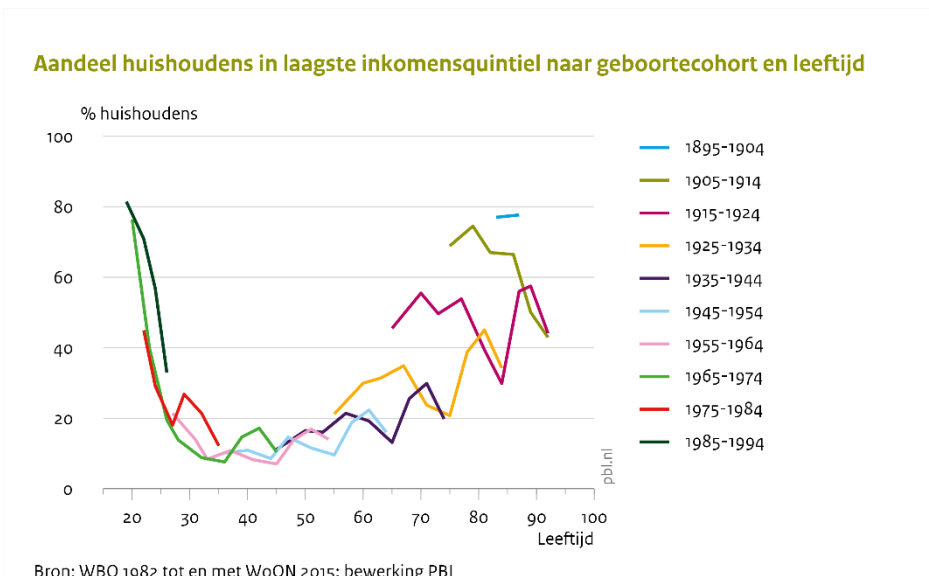
<sup>48</sup> Het is hierbij overigens belangrijk op te merken dat er niet altijd een oorzakelijk verband bestaat tussen inkomen en langer zelfstandig wonen. Zo beïnvloedt het inkomen bijvoorbeeld wel de mogelijkheden van een huishouden om te verhuizen, maar hangt het eerder overlijden samen met andere oorzaken, zoals levensstijl.

**Figuur 3.13**



Hoe ouder het huishouden, hoe vaker het huishouden tot de laagste inkomens behoort. Zo heeft de huidige 65-jarige gemiddeld een beter pensioen opgebouwd dan de huidige 80-jarige (Van der Schors et al. 2016, p. 14). De jongste ouderen in figuur 3.14 in de leeftijd van 55 tot en met 64 jaar, behoren relatief het vaakst tot de hoogste inkomensgroep. Dit komt, doordat deze groep ouderen veelal nog actief is op de arbeidsmarkt. De ontwikkeling van het inkomen en de relatieve inkomenspositie gedurende de levensloop van huishoudens wordt weergegeven in figuur 3.14, waarin het aandeel huishoudens van een zeker geboortecohort dat tot de laagste 20 procent inkomens hoort is weergegeven. Zowel jongeren als ouderen horen vaak tot de laagste 20 procent inkomens; tijdens het werkzame leven neemt die kans zeer sterk af. Wel valt op dat het aandeel ouderen dat tot de laagste 20 procent inkomens behoort, afneemt bij jongere cohorten: ouderen die geboren waren voor 1925 behoorden op 75-jarige leeftijd veel vaker tot de laagste inkomens dan de ouderen die geboren waren na 1925. De cijfers van het woningbehoefteonderzoek tonen dus dat de relatieve inkomenspositie van ouderen over tijd verbetert.

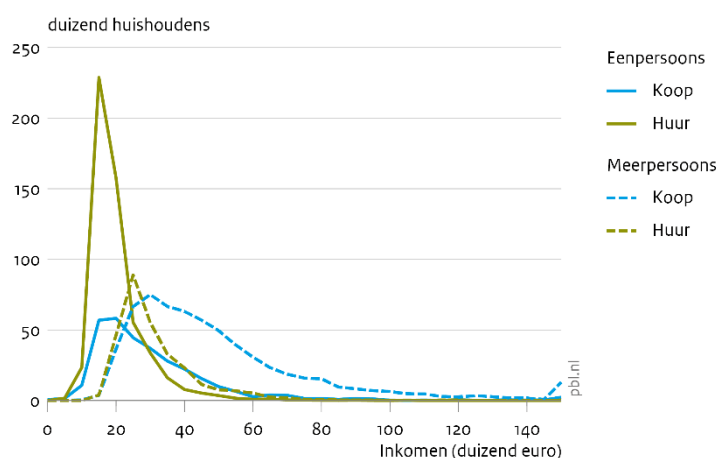
**Figuur 3.14**



Behalve leeftijd spelen meer factoren een rol bij het inkomen. Paren hebben bijvoorbeeld gemiddeld een hoger inkomen dan alleenstaanden. Dit komt doordat (vaak) beide leden van het huishouden recht hebben op AOW. Ook een eventueel aanvullend (partner) pensioen kan daar nog een rol bij spelen. Ook wanneer gekeken wordt naar eigenaren-bewoners en huurders valt een verschil op: huurders hebben gemiddeld genomen een lager inkomen. Toch is er ook een grote groep eigenaren-bewoners met een laag inkomen, voornamelijk onder de alleenstaanden. Alleenstaande eigenaren-bewoners hebben vaak een lager inkomen dan samenwonende huurders. Alleenstaande huurders vormen met afstand de grootste groep huishoudens met een laag inkomen (figuur 3.15).

**Figuur 3.15**

**Huishoudens naar inkomen, eigendomsvorm en samenstelling, 2015**



Bron: WoON 2015; bewerking PBL

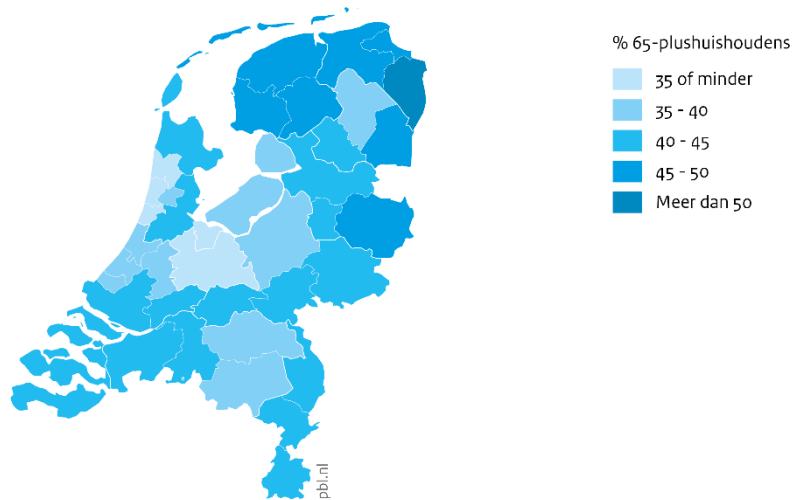
Er zijn regionale verschillen in het inkomen van ouderen (figuur 3.16). Vooral de regio's in het Noorden van het land springen in het oog als regio's waar ouderen relatief vaak een laag inkomen hebben.<sup>49</sup> In uitschieter Oost-Groningen heeft met 55 procent iets meer dan de helft van de ouderenshuishoudens een laag inkomen. In de doorgaans meer welvarende kustregio's en het Gooi alsook de regio Utrecht behoren ouderen minder vaak tot de lage inkomens. Ongeveer een derde van de ouderenshuishoudens in deze regio's heeft een laag inkomen. In tekstkader 'Ouderen met een laag inkomen' wordt verder ingezoomd op de verschillen tussen gemeenten in de casusregio's wat betreft het aandeel ouderenshuishoudens met een laag inkomen.

<sup>49</sup> Tot de categorie 'laag' worden de 40% van de huishoudens met de laagste inkomens gerekend.



**Figuur 3.16**

**Aandeel 65-plushuishoudens met een laag inkomen per COROP-regio, 2015**



Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

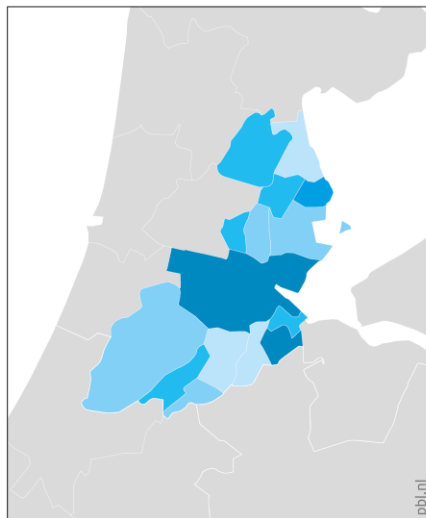
Noot: Tot de categorie 'laag' worden de 40% van de huishoudens met de laagste inkomens gerekend.

**Tekstkader: Ouderen met een laag inkomen**

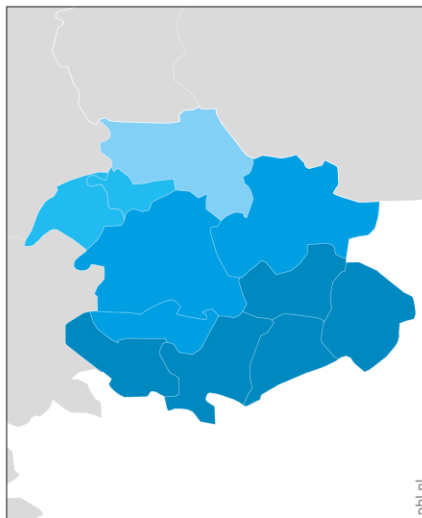
In de regio Amsterdam had 42 procent van de ouderenhuishoudens in 2015 een laag inkomen. Binnen de regio bestaan grote verschillen tussen gemeenten. In de stad Amsterdam had de helft van de ouderenhuishoudens een laag inkomen. In de rijkere buurgemeente Amstelveen gold dit voor zo'n 28 procent van alle ouderenhuishoudens. En van de ouderenhuishoudens in Purmerend had 40 procent een laag inkomen. Ouderenhuishoudens in de Achterhoek vallen iets vaker in het laagste inkomensquintiel en iets minder vaak in het hoogste in vergelijking met de ouderenhuishoudens in de regio Amsterdam. In de Achterhoek zijn de verschillen binnen de regio ook iets minder groot dan in de regio Amsterdam. Regionaal gezien had 44 procent van de ouderenhuishoudens in de Achterhoek een laag inkomen in 2015. In de gemeente Aalten – met als kern het dorp Aalten, aan de rand van de zandgronden – lag dit aandeel wat hoger. Hier had ongeveer de helft van de ouderenhuishoudens een laag inkomen in 2015. In Lochem had circa 34 procent van de ouderenhuishoudens een laag inkomen. Het onderscheid tussen meer stedelijke gemeenten en landelijke gemeenten is in de Achterhoek evenwel niet zo scherp. Want van de ouderenhuishoudens in het stedelijke Doetinchem en in het meer landelijke Bronckhorst hadden een vergelijkbaar aandeel ouderenhuishoudens een laag inkomen: ongeveer 44 procent.

### Aandeel 65-plushuishoudens met een laag inkomen per gemeente, 2015

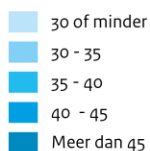
Groot-Amsterdam



Achterhoek



% 65-plushuishoudens



0 5 10 km

Bron: CBS; bewerking PBL

De gesprekken met regionale sleutelfiguren maken duidelijk dat ouderen, maar ook professionals worstelen met het effect van het wegvallen van één van de beide partners op de inkomenspositie. Er is weinig duidelijkheid in hoeverre de alleenstaanden na zo'n huishoudensverandering aanspraak kunnen maken op sociale huur. Evenzeer lastig voor ouderen is inzicht te krijgen of je in aanmerking komt voor (betaalde) hulp en wat daarin de eigen bijdrage is. Dit leidt ook tot vraaguitval. Lokaal is er veel discussie wiens verantwoordelijkheid het is hier duidelijkheid over te krijgen en deze ouderen te ondersteunen. Ook in Groot Amsterdam speelt het vraagstuk van regie. Het wegvallen van een partner vergoot de kwetsbaarheid van een alleenstaande breder dan in financieel opzicht; de oudere moet allerlei taken overnemen in het eigen huishouden, persoonlijke verzorging, administratie etc., die voorheen door de partner werden verzorgd. Inkomensproblematiek hangt dus vaak samen met problematiek op meerdere vlakken; en die versterken elkaar bovendien. Gecoördineerde steun van buitenaf is echter lastig, omdat de professionals veelal alleen de regelgeving op het eigen terrein kennen (bijvoorbeeld woningtoewijzing, maar niet de relatie met thuiszorg, of andersom) en omdat men tegen privacywetgeving aanloopt in het mogen ingrijpen of zelfs het delen van dossiers.

#### *Betaalrisico's onder ouderen*

De meeste ouderen hebben over het algemeen geen grote problemen om rond te komen (Van der Schors et al. 2016). Na pensionering korten ouderen veelal op hun uitgaven in dezelfde mate waarin hun inkomen terugvalt: een 75-jarige geeft circa 19 procent minder uit dan een 65-jarige (Van der Schors et al. 2016). Wel gaat een groeiend deel van het beschikbare budget op aan huishoudelijke hulp, de vaste lasten (energie, abonnementen) en niet-vergoede zorgkosten. Vooral de zorgkosten zijn hard gestegen (Van der Schors et al. 2016);

en met de hervorming van het zorgstelsel is te verwachten dat deze trend zich zal doorzetten.

Voor een deel van de ouderen is het echter lastig om de eindjes aan elkaar te knopen. Voor hen is het besteedbare inkomen ontoereikend om de maandelijkse woonlasten en de meest noodzakelijke uitgaven voor het levensonderhoud zoals (zoals energie, water en voeding) te bekostigen. Laat staan dat er ruimte is voor onverwachte uitgaven zoals extra ziektekosten of voor uitjes. In 2015 gold dit voor zo'n 88 duizend ouderenhuishoudens. Daarnaast waren er ook nog eens ruim 141 duizend ouderenhuishoudens die weliswaar geen acuut betaalarisico hadden, maar die maandelijks wel weinig financiële armslag hadden. Zij hielden maandelijks na het betalen van de maandelijkse woonlasten en de meest noodzakelijke uitgaven voor het levensonderhoud tussen de 0 en de 150 euro over voor onvoorziene uitgaven. CBS-statistieken tonen dat het aandeel huishoudens met een laag en langdurig laag inkomen ook toeneemt met leeftijd. Van de 85-jarigen had in 2016 21 procent een langdurig laag inkomen, oftewel een inkomen tot 120 procent van het sociale minimum gedurende 4 jaar of langer. Kijken we naar alle particuliere huishoudens dan gold dit voor circa 8 procent van hen (CBS 2018c).

### **Vermogen**

Naast inkomen speelt ook het vermogen een grote rol in de financiële kwetsbaarheid van huishoudens (e.g. De Groot et al. 2014). Het vermogen bestaat uit vrij besteedbaar vermogen, ook wel liquide vermogens genoemd, en/of in de eigen woning opgebouwd vermogen. Voor ouderenhuishoudens wordt de financiële ruimte uiteraard ook beïnvloed door het pensioenvermogen. Het pensioenvermogen is door het huishouden gedurende het werkzame leven opgebouwd en wordt na pensionering omgezet in een maandelijkse uitkering. Dit vermogen is illiquide, wat wil zeggen dat het huishouden er niet (eenvoudig) vrij over kan beschikken bijvoorbeeld voor de financiering van het langer zelfstandig wonen. Door de beperkte mogelijkheden die ouderen hebben met het pensioenvermogen richten we ons in deze paragraaf alleen op het liquide vermogen (a) en het vermogen in de eigen woning (b).

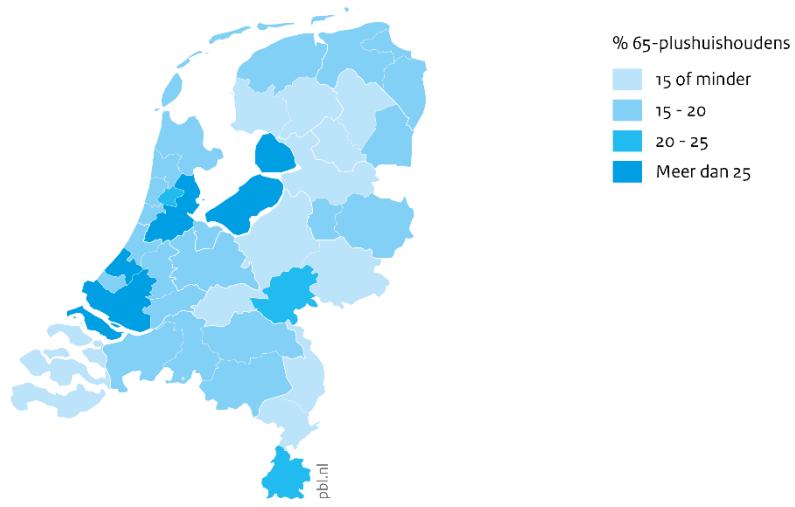
Ongeveer een vijfde van de ouderenhuishoudens heeft een laag vermogen, waarbij het vermogen zowel spaargeld als opgebouwd vermogen in de eigen woning omvat. Het aandeel ouderenhuishoudens met een laag vermogen varieert ruimtelijk van 12 procent in Zeeuws-Vlaanderen tot 31 procent in de regio Amsterdam (figuur 3.17).<sup>50</sup> In tekstkader 'Ouderen met weinig vermogen' wordt verder ingezoomd op de verschillen binnen de twee casusregio's.

---

<sup>50</sup> Tot de categorie met een 'laag' vermogen worden de 40% van de huishoudens met de laagste vermogens (liquide en opgebouwd vermogen in de eigen woning) gerekend.

**Figuur 3.17**

**Aandeel 65-plushuishoudens met een laag vermogen per COROP-regio, 2015**



Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

Noot: Tot de categorie met een 'laag' vermogen worden de 40% van de huishoudens met de laagste vermogens (liquide en opgebouwd vermogen in de eigen woning) gerekend.

## Tekstkader: Ouderen met weinig vermogen

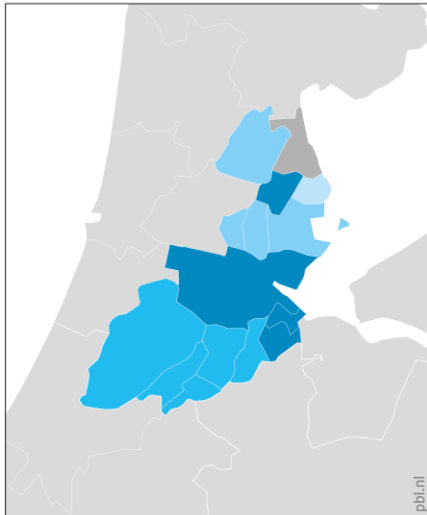
Ouderenhuishoudens in de Achterhoek zijn gemiddeld genomen vermogender dan de ouderenhuishoudens in de regio Amsterdam. In de Achterhoek had in 2015 ongeveer 13 procent van de ouderenhuishoudens een laag vermogen, terwijl in de regio Amsterdam bijna een derde van de ouderenhuishoudens een laag vermogen had.

Binnen de regio's bestaan grote verschillen tussen gemeenten; vooral in de regio Amsterdam is dit het geval. In de stad Amsterdam had 41 procent van de ouderenhuishoudens een laag vermogen. In de rijkere regiogemeenten Amstelveel en Aalsmeer gold dit voor respectievelijk 17 en 15 procent van de ouderenhuishoudens. In de kleinere meer landelijke gemeenten Beemster en Edam-Volendam had ongeveer 10 procent van de ouderenhuishoudens een laag vermogen.

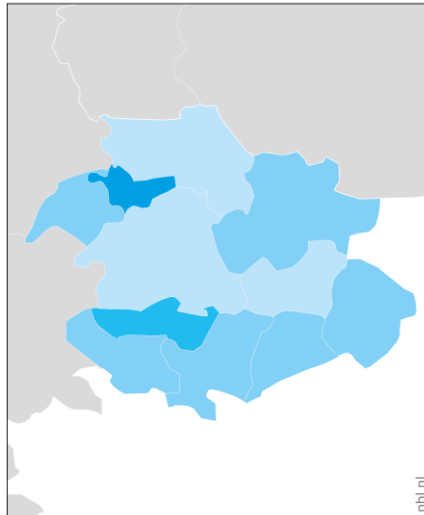
In de Achterhoek zijn de verschillen tussen de gemeenten minder groot. In het stedelijke Doetinchem en Zutphen had in 2015 ongeveer een vijfde van de ouderenhuishoudens een laag vermogen. In het meer landelijke Bronckhorst gold dit voor 9 procent van de ouderenhuishoudens.

### Aandeel 65-plushuishoudens met een laag vermogen per gemeente, 2015

Groot-Amsterdam



Achterhoek



% 65-plushuishoudens

- 10 of minder
- 10 - 15
- 15 - 20
- 20 - 25
- Meer dan 25
- Onvoldoende waarnemingen



0 5 10 km



Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

In de regio Achterhoek hebben veel ouderen vermogen in de vorm van eigen woningbezit. De indruk van professionals in de regio is dat ouderen denken daarmee op een 'gouden ei' te broeden, maar op het moment van verkoop valt dit vaak tegen: als gevolg van achterstallig onderhoud en voldoende aanbod op de woningmarkt is de opbrengst bijvoorbeeld lager dan verwacht.

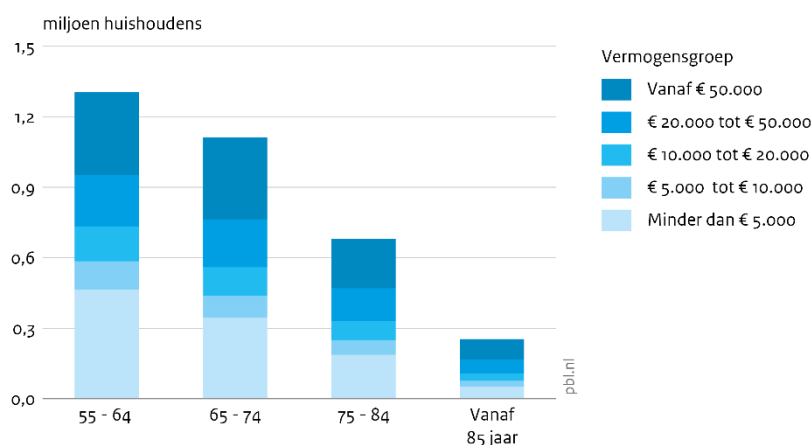
### Liquide vermogen

Het hebben van vrij besteedbaar vermogen (wat kan bestaan uit spaargeld dat van de bank kan worden opgenomen maar ook uit beleggingen) is van belang bij het langer zelfstandig wonen. Zo kunnen van het spaargeld woningaanpassingen zoals de renovatie van een badkamer of de installatie van een traplift worden betaald. Prins en De Boeck (2018) wijzen in dit kader op de afnemende sociale voorzieningen en de mogelijkheden van huishoudens om daar mee om te gaan. Zij doen daarbij niet zo zeer de oproep om meer te sparen, maar om meer flexibiliteit te creëren in het systeem van wonen en pensioen. Ook in de interviews is het ontschotten van de domeinen wonen en pensioenen een veel genoemde optie om op latere leeftijd meer sturingsmogelijkheden te hebben.

Op basis van de registratiedata van het CBS wordt duidelijk dat ouderen maar in beperkte mate beschikken over vrij besteedbaar vermogen. Ongeveer de helft van alle ouderenhuishoudens heeft een liquide vermogen van minder dan 20.000 euro. In lijn met het beeld bij het inkomen hebben oudere ouderen relatief gezien meer vrij beschikbaar vermogen dan de jongere ouderen (figuur 3.18). Vanuit het perspectief van de jongere ouderen is dit logisch, aangezien zij nog een groter inkomen hebben. Niettemin is het aandeel en aantal jongere ouderen met zeer weinig liquide vermogen vrij groot.

**Figuur 3.18**

#### Vrij besteedbaar vermogen ouderenhuishoudens naar leeftijd, 2015

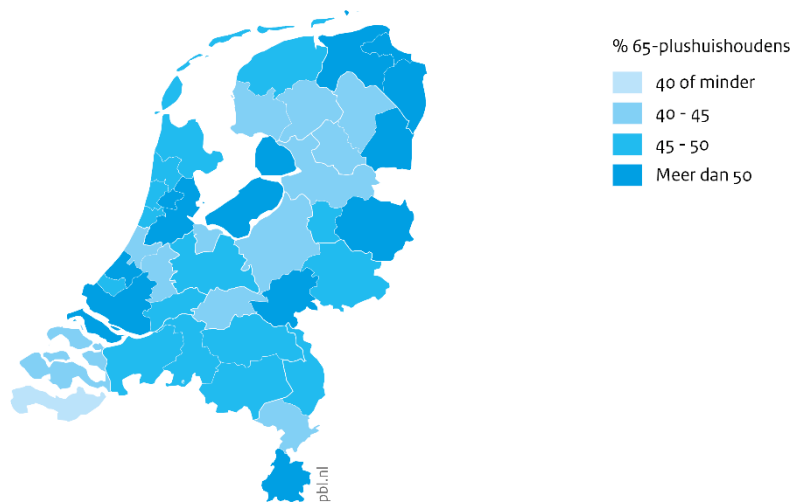


Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

Er is sprake van ruimtelijke uitsortering van liquide vermogens: ouderenhuishoudens in (zeer) sterk stedelijke regio's alsook in regio's aan de randen van het uiterste noorden van het land, hebben vaker weinig besteedbaar vermogen dan ouderenhuishoudens in de rest van het land (figuur 3.19). Zo beschikt 55 procent van de ouderenhuishoudens in Rijnmond en in Oost-Groningen over minder dan 20.000 euro aan liquide middelen. Huishoudens in minder stedelijke regio's hebben vaker een wat hoger liquide vermogen. Toch geldt ook bij de minder stedelijk wonende oudere huishoudens dat meer dan 40 procent van hen een liquide vermogen van minder dan 20.000 euro heeft.

**Figuur 3.19**

**Aandeel 65-plushuishoudens met weinig besteedbaar vermogen per COROP-regio, 2015**



Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

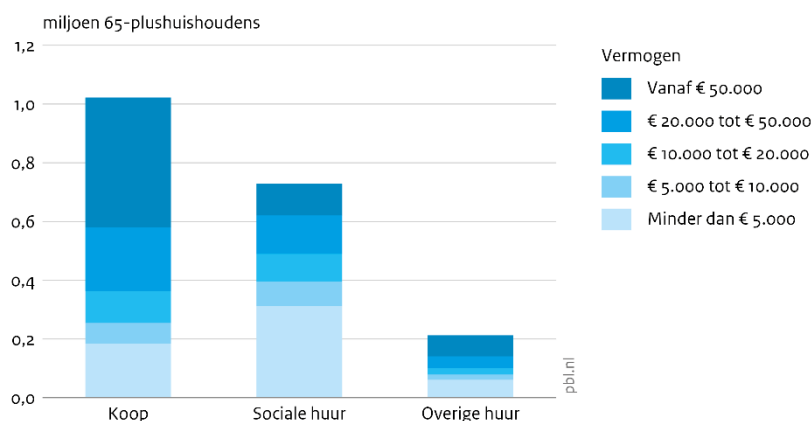
Noot: Weinig besteedbaar vermogen, oftewel liquide middelen, betekent dat een ouderenhuishouden minder dan 20.000 euro aan liquide middelen heeft.

Dat de ouderenhuishoudens in (sterk) stedelijke regio's over relatief weinig spaargeld beschikken, hangt samen met het feit dat vooral in de steden veel sociale huurwoningen zijn te vinden. Sociale huurwoningen zijn in beginsel bedoeld voor huishoudens met een relatief laag inkomen. En als gevolg van de beperkte financiële ruimte, kunnen zij minder makkelijk sparen. Ouderenhuishoudens in een sociale huurwoning hebben veel vaker minder vrij besteedbaar vermogen dan ouderenhuishoudens in een koopwoning (figuur 3.20). Toch is er ook een groep ouderen die in een sociale huurwoning woont, maar ook over een flink vermogen beschikt. Er zijn verschillende verklaringen denkbaar voor de vermogens in de sociale sector, zo is de sociale sector in Nederland niet exclusief voor de allerlaagste inkomens en vanwege de kwaliteit aantrekkelijk voor een bredere groep huishoudens. Ook wordt bij het toewijzen van sociale huurwoningen niet naar het vermogen gekeken; voormalige eigenarenbewoners met een voldoende laag inkomen kunnen daardoor hun overwaarde verzilveren en oud worden in de sociale sector. Het gaat echter in absolute aantallen om een relatief beperkte groep.



## Figuur 3.20

### Vrij besteedbaar vermogen van 65-plussers naar eigendomsvorm, 2015



Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

### Vermogen in de woning

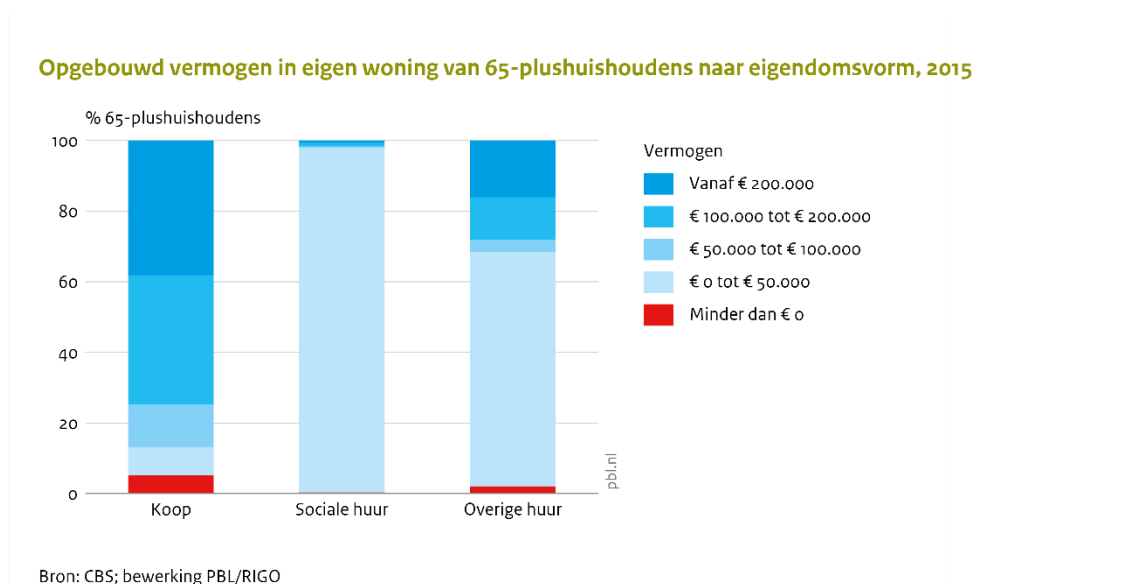
Naast het pensioen en het spaargeld speelt ook het in de woning opgebouwde vermogen een belangrijke rol in het huishoudboekje van ouderen, en wel op twee manieren: enerzijds zorgt het rendement op het vermogen voor lage woonlasten, en anderzijds zou het opgebouwde vermogen een rol kunnen spelen in de bekostiging van grote uitgaven. De focus in deze paragraaf ligt op de rol die het eigen vermogen zou kunnen spelen bij de financiering van aan het langer zelfstandig wonen gerelateerde kosten, maar eerst bespreken we kort de rol van het eigen vermogen in relatie tot de woonconsumptie en het dagelijks huishoudboekje van ouderen.

Het eigen vermogen in de woning kan door huishoudens niet vrij worden besteed: het is 'versteend' (Taskforce Verzilveren 2013). Maar het zou een misvatting zijn te stellen dat het eigen vermogen onbenut is: het wonen kost immers ook wat als de hypotheek is afgelost. Daarbij kun je denken aan uitgaven aan bijvoorbeeld de opstalverzekering en de OZB-belasting. Maar op een abstracter niveau zijn er ook nog kosten, zoals de zogenaamde opportuniteitskosten of (toegerekende) kosten aan onderhoud (b.v. Conijn et al. 2016). Deze kosten van het wonen worden door veel ouderen met een woning voor een belangrijk deel uit het eigen vermogen betaald. Door de inzet van het eigen vermogen in de eigen woning kunnen ouderen met een relatief laag inkomen toch 'een forse woonconsumptie genieten' (lees: in een groot huis wonen). Of deze inzet van het eigen vermogen efficiënt of door het huishouden zelf gewenst is, is een andere vraag. Met een aantal figuren illustreren we in de rest van deze paragraaf de omvang en verdeling van het opgebouwde eigen vermogen van oudere huishoudens.

Veel ouderen hebben vermogen opgebouwd via het eigenwoningbezit (Schilder 2019). Blijkens CBS registerdata heeft ongeveer drie kwart van alle ouderenshuishoudens in een koopwoning een vermogen van 100.000 euro of meer opgebouwd in een koopwoning (figuur 3.21). Ongeveer 5 procent van de ouderenshuishoudens in een koopwoning heeft een negatief vermogen in de eigen woning; bij deze groep is sprake van een potentiële restschuld. Het uitstaande hypotheekbedrag is hoger dan de waarde van de woning, waardoor het huishouden met een restschuld zou achterblijven bij verkoop van de woning (zie De Groot et al. 2014 voor informatie over de ontwikkeling in potentiële restschulden). Circa 8 procent van de ouderenshuishoudens in een koopwoning heeft met tussen de 0 euro en 50.000 euro een relatief beperkt vermogen in de eigen woning opgebouwd.

Verrassend genoeg heeft ook een klein deel van de huurders vermogen in een eigen woning opgebouwd (figuur 3.21). Het gaat hier om een groep huurders met een vermogen van meer dan 50.000 euro. De groep huurders met een vermogen tussen de 0 en de 50.000 euro bestaat in de regel namelijk uit huishoudens met een opgebouwd vermogen van 0 euro. Oudere huurders met overwaarde zijn mogelijk recentelijk verhuisd naar een (aangepaste) huurwoning en in afwachting van de verkoop van de eigen woning.

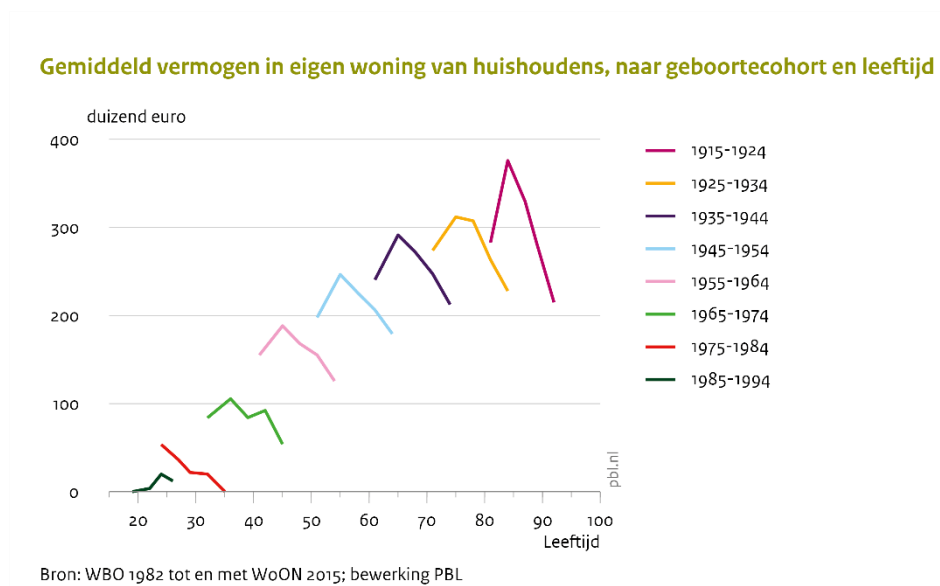
**Figuur 3.21**



Noot: ouderenuishoudens die een sociale huurwoning wonen en tot de categorie behoren met een in een eigen woning opgebouwd vermogen van tussen de 0 en 50.000 euro hebben allemaal 0 euro aan opgebouwd vermogen.

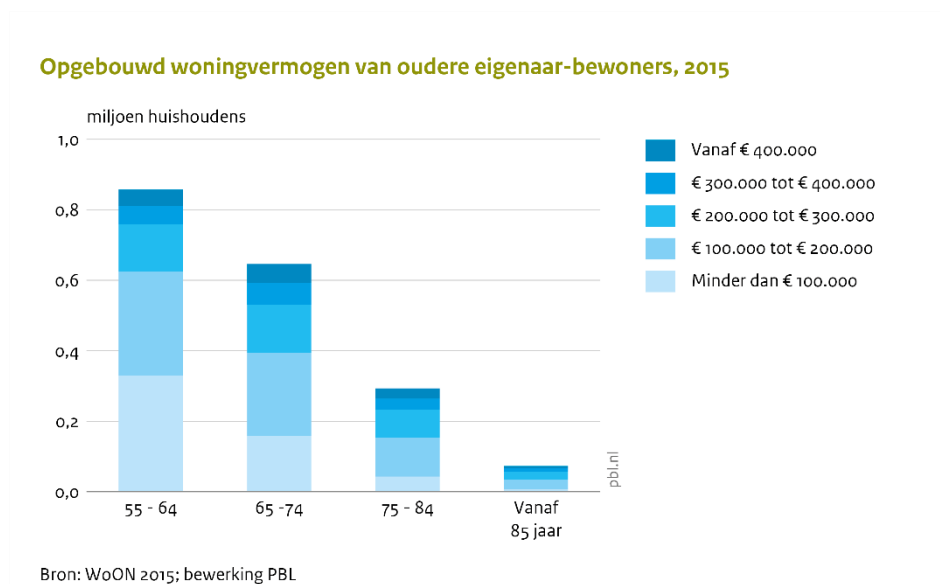
Door verschillende woningbehoefteonderzoeken aan elkaar te koppelen kan een idee gegeven worden van de ontwikkeling van het in de woning opgebouwde vermogen van eigenaren-bewoners over tijd, en de verschillen tussen groepen (of: cohorten) ouderen (Schilder 2019). In figuur 3.22 is het reële in de woning opgebouwde vermogen weergegeven. Dit betekent dat het vermogen is gecorrigeerd voor inflatie. De crisis op de woningmarkt heeft een groot effect op de het eigen vermogen van oudere eigenaren-bewoners, dat sterk afneemt. Toch blijft het eigen vermogen van ouderen in een koopwoning aanzienlijk en ligt, gemiddeld, boven de 200.000 euro. De verschillen in opgebouwde vermogens tussen cohorten ouderen lijken, in ieder geval gemiddeld genomen niet heel groot. Wel lijken jongere ouderen in een koopwoning wat minder vermogen in de woning te hebben opgebouwd, maar dat heeft te maken met de aanwezigheid van een hypotheek. Voor de mogelijkheden om investeringen te doen ten behoeve van het langer zelfstandig wonen is een hypothecaire lening op de woning echter wel een mogelijke belemmering. Niet alleen vanwege het feit dat het eigen vermogen in de woning minder groot is, maar ook omdat het verkrijgen van een eventuele tweede hypotheek minder gemakkelijk is.

**Figuur 3.22**



Gemiddelden kunnen vertekenen: er zijn immers huishoudens die meer, maar ook huishoudens die minder vermogen hebben opgebouwd in de eigen woning. Figuur 3.23 geeft de verdeling van de vermogens weer naar de verschillende leeftijdsgroepen. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat het grootste deel van de ouderen een vermogen heeft opgebouwd dat kleiner is dan 200.000 euro; een kleinere groep eigenaren-bewoners trekt het gemiddelde dus op. In absolute aantallen zijn het vooral de jongere ouderen die flinke vermogens in hun woning hebben opgebouwd.

**Figuur 3.23**



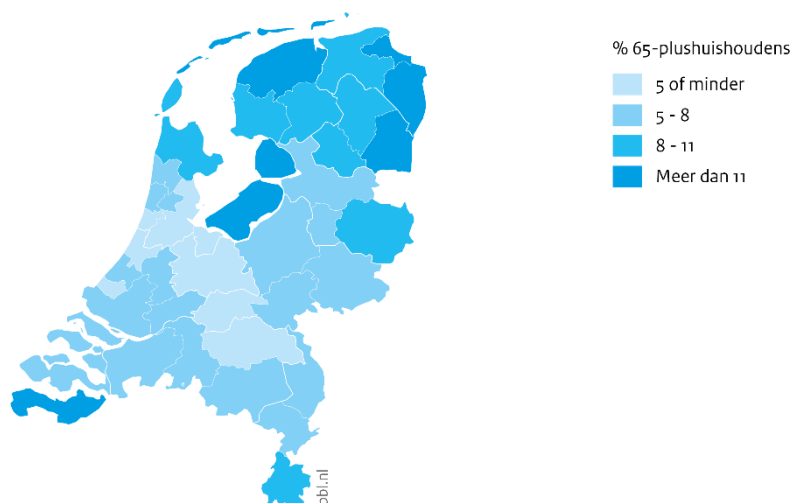
Er is ruimtelijke variatie in de mate waarin ouderenhuishoudens vermogen in de eigen woning hebben opgebouwd; het aandeel met relatief weinig overwaarde verschilt tussen regio's (figuur 3.24). Er is sprake van weinig overwaarde als het vermogen in de eigen woning tussen de 50.000 en 100.000 euro ligt.<sup>51</sup> Ouderenhuishoudens die in de meer noordelijke

<sup>51</sup> De categorie met een overwaarde tussen 0 tot 50.000 euro is niet in beeld gebracht omdat deze categorie voor 87 procent uit ouderenhuishoudens in de huursector bestaat. De groep met een overwaarde van tussen de 50.000 en 100.000 euro bestaat daarentegen voor 90 procent uit eigenaren-bewoners.

regio's van Nederland en in de randen van Nederland wonen, hebben iets vaker weinig overwaarde opgebouwd dan ouderen die in de Noordvleugel van de Randstad en ouderen die in het midden van het land wonen. Van de ouderenshuishoudens in Oost-Groningen en Zeeuw-Vlaanderen heeft circa 14 procent weinig overwaarde. Voor de ouderenshuishoudens in de regio Amsterdam en in de regio Utrecht geldt dit voor respectievelijk 4 en 5 procent. Mogelijk hangen deze regionale verschillen samen met regionale verschillen in de ontwikkeling van de huizenprijzen, waarbij met name in het stedelijke gebied en in het bijzonder in de Randstad de huizenprijzen flink zijn aangetrokken sinds de crisis op de woningmarkt tussen 2008 en 2014.

**Figuur 3.24**

**Aandeel 65-plushuishoudens met weinig overwaarde per COROP-regio, 2015**



Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

Noot: Als het opgebouwde vermogen in de eigen woning tussen de 50.000 en 100.000 euro is, is er sprake van weinig overwaarde.

Ouderen lijken dus vrij vaak een aardig vermogen in de woning te hebben opgebouwd. Het is echter de vraag of ouderen dat kunnen en willen inzetten voor investeringen ten behoeve van het langer zelfstandig wonen, mocht dat nodig zijn. Daar komt bovendien bij dat investeringen om de woning levensloopbestendig(er) te maken niet het enige soort uitgave is dat een beroep zou kunnen doen op het eigen vermogen. Ook voor de financiering van zorguitgaven, of investeringen in de verduurzaming van de woning wordt vaak met een scheef oog naar het opgebouwde vermogen gekeken, en dan is de omvang van het vermogen toch beperkt (Schilder et al. 2018; Schilder 2019). Bovendien blijkt, ook uit de gehouden interviews, dat het beschikbaar maken van het opgebouwde vermogen niet altijd eenvoudig is. In de volgende paragraaf gaan we, onder meer, verder op dit mogelijke knelpunt in.

### 3.4.4 Beschouwing financiële knelpunten

De wereld verandert, en de ouderen zelf ook. Eerder in deze paragraaf hebben we laten zien dat de oudere van nu een heel ander financieel plaatje kennen, dan de ouderen van de toekomst. De oudere van nu heeft een aanzienlijk beter inkomen dan de oudere van vroeger, en de oudere van straks heeft een aanzienlijk hoger vermogen dan de oudere van nu. Tegelijkertijd is het eigen vermogen heel moeilijk beschikbaar te maken. De (beperkte) liquiditeit

van het eigen vermogen is een veelgenoemde potentiële belemmering bij het langer zelfstandig wonen van ouderen.

De transitie naar een systeem waarin ouderen langer zelfstandig wonen, zelfredzaamheid een grotere rol speelt en de gemeente verantwoordelijk wordt voor onder meer zorg, resulteert echter in onzekerheid en gaat gepaard met problemen. In de interviews is in het kader van de transitie ook meerdere keren aangegeven dat een belangrijk deel van de totstandkoming van langer zelfstandig wonen samenhangt met veranderingen in 'mind set' van zowel ouderen als professionals. Oude normen en waarden moeten worden losgelaten. Voor een deel van de vooral nieuwe ouderen gaat dat vanzelf: die zijn al veel meer dan de huidige oudere ouderen gewend om te gaan met complexe (financiële) producten en weten ook hun weg op bijvoorbeeld het internet beter te vinden. Het vereist echter ook vanuit professionele hoek een nieuw perspectief: het langer zelfstandig wonen betekent vaker dan voorheen dat mantelzorgers een belangrijk onderdeel van de ondersteuning vormen. Afstemming, over onder meer inhoud, financiering en timing van de zorg, is niet langer alleen een zaak tussen professionals. Professionele zorg en informele zorg en begeleiding (op het terrein van wonen, zorg en financiën) moeten beter op elkaar afgestemd worden, zo blijkt uit interviews (zie ook De Klerk et al. 2019). Verschillende experts geven daarbij aan dat gedurende de transitie naar een samenleving waarin ouderen langer zelfstandig wonen, fouten maken onvermijdelijk is. Verschillende keren is daarbij, ook door professionals die zelf in deze transitie actief zijn, een oproep geplaatst om de eigen verantwoordelijkheid te nemen. Juist ook wanneer deze volgens de formele regels niet noodzakelijkerwijs (alleen) op het eigen bordje terecht zou komen.

Nederland kent echter meerdere transities, die tegelijkertijd plaats vinden. Transities naar een circulaire economie, duurzamere landbouw, en de energietransitie bijvoorbeeld. In het geval van de energietransitie in de gebouwde omgeving ligt er een grote opgave bij eigenaren van woningen (Schilder et al. 2016). Eerder in deze paragraaf werd duidelijk dat de eigenaren van woningen steeds vaker oudere huishoudens zullen zijn. Binnen de kaders van de transitie naar een energie neutrale woningvoorraad spelen deze ouderen dus een belangrijke rol: hun woningen moeten immers ook verduurzaamd worden (Schilder 2019). Voor het realiseren van dat verduurzamen van woningen wordt echter naar hetzelfde inkomen en vermogen gekeken waar eerder vanuit het perspectief van zorg en inkomen al naar werd gekeken. Zolang er geen dwingende claims op huishoudens worden gelegd, leidt dat niet meteen tot problemen, maar naarmate steviger maatregelen genomen worden om beleidsdoelen te realiseren, is het niet ondenkbaar dat het stapelen van beleidsdoelen tot problemen kan leiden (Schilder et al. 2018; Schilder 2019).

### 3.5 Mobiliteit en actieradius

De ouderen van nu en morgen zijn welvarender, vitaler en mobieler dan de ouderen van gisteren. Men is ook langer vitaal, en (dus) tot op hogere leeftijd mobiel. Daarnaast is er onder de ouderen van nu – anders dan onder vorige generaties ouderen – sprake van een hoog rijbewijs- en autobezit. De toename is vooral groot geweest onder vrouwen. Het hoge rijbewijs- en autobezit onder de huidige 45-65 jarigen is bovendien een voorbode van een hoog autogebruik onder de ouderen van de toekomst. Ouderen zullen in de nabije toekomst meer gebruik maken van de auto, met name voor vrijetijdsverplaatsingen en verplaatsingen met sociale en huishoudelijke motieven. Er is daarmee sprake van een 'vergrijzing' van de totale mobiliteit in Nederland (Van Dam et al. 2013).

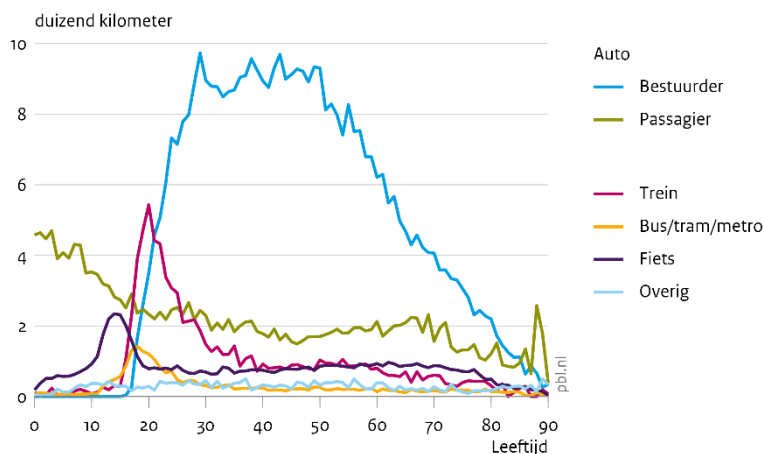
Het toenemend autobezit onder ouderen, en daarmee hun toenemende verplaatsingsmogelijkheden en actieradius, heeft een belangrijk positief neveneffect: het draagt namelijk in sterke mate bij aan de onafhankelijkheid, sociale participatie en zelfredzaamheid van ouderen en daarmee aan de door hen (ervaren) kwaliteit van het dagelijks leven. Fysieke mobiliteit (verplaatsingsmogelijkheden) kan worden gezien als voorwaarde voor het langer

zelfstandig wonen van ouderen. Vooral op het platteland is het bezit van, of op zijn minst toegang tot, een auto van belang, zo niet cruciaal bij het onderhouden van sociale contacten, het gebruik maken van allerlei voorzieningen en het deelnemen aan allerlei activiteiten buitenshuis. Daarbij gaat het dus niet alleen om allerlei praktische knelpunten, maar ook (en misschien vooral) om meer sociale aspecten van het dagelijks leven, zoals het tegengaan van eenzaamheid onder ouderen (zie paragraaf 3.2).

Naarmate men ouder wordt en de fysieke beperkingen toenemen, is men minder vaak, minder lang en minder ver onderweg. Niet alleen de verplaatsingsfrequentie neemt sterk af naarmate men ouder wordt, ook hun verplaatsingsmotieven verschuiven met een toenemende leeftijd. Het werken verdwijnt vrijwel volledig als verplaatsingsmotief en het aandeel verplaatsingen met als motief vrije tijd (ontspanning, recreatie) en sociaal neemt toe tot ruim 40 procent van het aantal verplaatsingen. Pas vanaf 80 jarige leeftijd neemt dit aandeel vrijetijdsverplaatsingen af, waardoor het aandeel verplaatsingen ten behoeve van het huishouden en de persoonlijke verzorging toeneemt. Maar op die leeftijd is het gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag al onder de één gedaald en zijn ook de gemiddelde verplaatsingsafstanden sterk gereduceerd. Dit laatste hangt samen met een verandering in vervoermiddelenkeuze naarmate men ouder is: men rijdt zelf minder auto en verplaatst zich relatief vaker met de fiets, lopend of als passagier in de auto (Van Dam et al. 2013). Naarmate men ouder is, neemt de actieradius af (figuur 3.25).

**Figuur 3.25**

**Gemiddeld afgelegde afstand per jaar, per persoon naar modaliteit en leeftijd, 2010-2015**



Bron: OVIN 2010-2015; bewerking PBL

Onderzoek van het SCP over de dagelijkse problemen in dorpen laat dan ook zien dat vervoersproblemen rap toenemen met toenemende leeftijd. Waar circa 11 procent van de ouderen tussen de 70 en 75 jaar vervoersproblemen ervaren, geldt dit voor ruim 40 procent van de ouderen van 85 jaar of ouder (Vermeij 2016). Zeker op het platteland, waar de afstanden gemiddeld groter zijn, maar ook in de stad zijn ouderen, en dan met name ouderen die door fysieke beperkingen geen gebruik meer kunnen of willen maken van de auto of de fiets, sterk aangewezen op hulp van anderen bij hun fysieke verplaatsingen: van mantelzorgers of van georganiseerd vraagafhankelijk (bus- of taxi-)vervoer. In aanvulling daarop zijn minder mobiele ouderen afhankelijk van voorzieningen die diensten aan huis leveren, variërend van bezorgdiensten van supermarkten en mobiele kappers, tot praktische zorgverlening van professionele zorgverleners en mantelzorgers.

Fysieke mobiliteit kan worden gezien als voorwaarde voor het langer zelfstandig wonen van ouderen. Ouderen zijn evenwel kwetsbaar in het verkeer. Ze lopen per afgelegde kilometer

vijf keer vaker lichamelijk letsel op bij een verkeersongeval en lopen ook een tien keer zo groot overlijdensrisico in het verkeer dan anderen. De vergrijzing van de mobiliteit leidt daardoor tot een toename van het aantal verkeersslachtoffers (Van Dam et al. 2013). Het beleidsstreven naar een geringer aantal verkeersslachtoffers wordt dus niet alleen belemmerd door de vergrijzing maar stuit dus ook in zekere zin op het streven naar het langer zelfstandig wonen en langer zelfredzaam en daarmee mobiel zijn van ouderen.

Teneinde de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van ouderen te bevorderen en ze in staat te stellen zich zoveel mogelijk (zo vaak als door hen gewenst) en zo veilig mogelijk te verplaatsen, is het dan ook nodig dat de verkeersinfrastructuur en publieke ruimte wordt aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van ouderen. Te denken valt dan aan het aanpassen van onoverzichtelijke kruisingen, het verbeteren van de bewegwijzering en wegbelijning, het verbeteren van de routeinformatie onderweg, het aanpassen van maximumsnelheden op bepaalde wegvakken, het vergroten van de oversteektijden van stoplichten bij voetgangersoversteekplaatsen en het aanpassen van de weginfrastructuur en openbare ruimten (incl. trottoirs) in bestaande woonbuurten. Hetzelfde geldt ten aanzien van noodzakelijke aanpassingen van de ov-infrastructuur. De toegankelijkheid van ov-haltes en ov-voertuigen kan – ondanks alle verbeteringen die inmiddels zijn getroffen – nóg beter worden aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van ouderen. Het is niet voor niets dat ouderen naarmate ze ouder worden, steeds minder gebruik maken van het openbaar vervoer. Een verbeterde toegankelijkheid van het openbaar vervoer voor ouderen kan daarmee eveneens ten goede komen aan hun sociale participatie en zelfredzaamheid. Daarbij kan worden gedacht aan het verbeteren van de toegankelijkheid van zowel openbaar vervoersvoorzieningen (haltes, stations) als van voertuigen (bussen, trams, treinen) (zie hoofdstuk 4). Ook kan worden gedacht aan de verbetering van de bereikbaarheid van openbaar vervoersvoorzieningen, per auto, per fiets en lopend (voor- en natransport) en aan een mogelijke aanpassing van de lijnvoering (minder overstappen).

### 3.6 Meerkleurig grijs: oudere migranten

Ouderen met een migratie-achtergrond zullen in de komende decennia een steeds groter aandeel van de populatie ouderen in Nederland vormen (De Klerk et al. 2019). Het merendeel van hen behoort tot de traditionele migrantengroepen uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije en Marokko die zich in de jaren '60, '70 en '80 voor werk (en gezinshereniging) in Nederland hebben gevestigd. Kleinere traditionele migrantengroepen in Nederland betreffen migranten uit China, Indonesië en de Molukken. Waar momenteel ongeveer 5 procent van de 65-plussers van niet-westerse afkomst is, zal dit in 2060 oplopen tot 22 procent. Tegen die tijd is de niet-westerse bevolking naar verwachting zelfs sterker vergrijsd dan de huidige autochtone bevolking, dit met uitzondering van de Antilliaanse Nederlanders. In 2060 zal zo'n 26 procent van de autochtone bevolking 65 jaar of ouder zijn; van de Turkse Nederlanders zal dat 29 procent zijn (van 18 duizend naar 145 duizend 65-plussers), van de Marokkaanse Nederlanders 27 procent (van 17 duizend naar 138 duizend 65-plussers) en van degenen met een Surinaamse achtergrond 35 procent (van 21 duizend naar 129 duizend 65-plussers) (Garssen 2011). Verreweg de meesten van hen wonen in de grote steden. Hoewel hierbij sprake is van een zeer diverse groep – naar herkomst, sociaaleconomische status en mate van integratie – kan in het algemeen en nu al worden geconstateerd dat niet-westerse ouderen specifieke problemen en kwetsbaarheden ondervinden. Veel oudere eerste generatie migranten zijn laaggeschoold (veelal mannen) of zelfs ongeschoold (veelal vrouwen) en hebben een taalachterstand. Daarnaast hebben ze veelal een laag inkomen en wonen ze in een sociale huurwoning in één van de grote steden. Bovendien kampen Turkse, Marokkaanse en Surinaamse 65-plussers vaker met psychische klachten en eenzaamheidsgevoelens, en voelen zich vaker sociaal uitgesloten en gediscrimineerd (Witter & Fokkema 2018). Ook het Netwerk van Organisaties van Oudere Migrantengroepen (NOOM) wijst op informatie-



, participatie- en inkomensachterstanden onder de huidige en toekomstige migrantenouderen ([www.netwerknoom.nl](http://www.netwerknoom.nl)) van de eerste generatie. Oudere migranten bevinden zich daarmee op meerdere terreinen in een ongunstige positie met betrekking tot welzijn en gezondheid. Ouderen met een migratieachtergrond ondervinden vaker dan andere ouderen last van diabetes, een hogere bloeddruk en andere hart- en vaatklachten en overgewicht. Dit hangt niet alleen samen met een lagere sociaaleconomische status, maar ook met leefstijl (voedingspatroon, bewegen) (Schellingerhout 2009; Denktas 2011; GGD Amsterdam 2015). Deze aandoeningen zijn tevens risicofactoren voor het ontwikkelen van dementie. Alzheimer Nederland (2014) verwacht dat het aantal allochtonen met dementie de komende decennia sterk zal toenemen en dat het aandeel ouderen met dementie onder allochtonen groter zal zijn dan onder autochtone Nederlanders. Doordat onder de eerste generatie migranten bovendien sprake is van laaggeletterdheid, een soms slechte beheersing van de Nederlandse taal en van een relatief beperkte kennis van ziekten, is men niet snel geneigd om hulp te zoeken, al bezoeken ze wel vaker de huisarts dan autochtone Nederlanders (Dijkstra 2006; Van der Gaag et al 2017). Vraagverlegenheid in combinatie met de taalbarrière zorgt voor het moeilijk kunnen stellen van een diagnose en aanzwellende problematiek achter de voordeur. Wanneer allochtonen zorg nodig hebben, maken zij eerder gebruik van informele zorg dan van formele extramurale zorg (Witter & Fokkema 2018). Dit zet extra druk op hun mantelzorgers, veelal hun kinderen. Vooral ouderen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond springen er wat hun gezondheid betreft negatief uit (Schellingerhout 2009; GGD Amsterdam 2015).

### **Woonsituatie**

Verreweg de meeste niet-westerse ouderen wonen in sociale huurwoningen in de grote steden, vaak in vroeg-naoorlogse portiek- en flatwoningen. Het voordeel van die woningen is dat trappen binnenshuis veelal ontbreken, maar nadeel bij portiekwoningen is dat de voordeur vaak moeilijk te bereiken is door het ontbreken van een lift (NIZW&FORUM 2002). Zoals gezegd, de meeste oudere migranten wonen in de grote steden in Nederland. Tweederde van hen woont in gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. Daarbinnen wonen zij vrij geconcentreerd in vroeg-naoorlogse woonwijken. Die concentratie heeft voordelen: die biedt een sociaal netwerk, specifieke voorzieningen voor migranten, en de mogelijkheden voor een efficiënte organisatie van cultuurspecifieke, doelgroepgerichte gezondheidszorg aan huis.

Net als hun autochtone generatiegenoten blijven ook oudere migranten het liefst zo lang mogelijk zelfstandig wonen (Bui 2011). Hun verhuisgeneigdheid is gering. Ondanks dat staan zij in principe open voor nieuwe woonvormen als hun gezondheid te wensen over laat (Witter & Fokkema 2018). Vooral woongroepen en de gelijkvloerse seniorenwoning zijn bij hen in trek. Belangrijke voorwaarden daarbij zijn dat de woning in een gunstige woonomgeving gelegen is, nabij voorzieningen en met mensen uit dezelfde etnische groep, en het liefst in de buurt van hun kinderen en overige familieleden.

Volgens een recente verkenning van het Kennisplatform Informatie en Samenleving (KIS), Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg en NOOM waren er in 2017 in Nederland zo'n honderd woon- en zorginitiatieven gericht op oudere migranten (KIS 2017). De meeste van die initiatieven, ongeveer 60 in aantal, richten zich op één doelgroep met een specifieke migratieachtergrond. Het aantal woongroepen is het grootst voor ouderen van Surinaamse of Indische/Molukse komaf. Dit ligt voor de hand: van de niet-westerse oudere migranten wonen zij gemiddeld het langst in Nederland en is hun gemiddelde leeftijd ook het hoogst (Witter & Fokkema 2018). Het aantal van dergelijke initiatieven zal ongetwijfeld toenemen (KIS 2017).

Niettemin vragen ouderen met een migratieachtergrond specifieke aandacht, met betrekking tot hun woonsituatie, hun gezondheid en welzijn. Zoals gezegd wordt die groep ouderen steeds groter.

## 3.7 Woning

Met toenemende leeftijd krijgen ouderen steeds vaker te maken met beperkingen. In deze paragraaf gaan we eerst in op de vraag welke woningen geschikt worden geacht om zelfstandig te blijven wonen. Daarbij besteden we bijzondere aandacht aan nieuwe woonconcepten voor ouderen als tussenvorm tussen thuis en intramurale woonvormen en de behoeften van ouderen voor deze specifieke woonconcepten. Vervolgens bekijken we in hoeverre de Nederlandse woningvoorraad geschikt is om tegemoet te komen aan de eisen die het langer zelfstandig wonen van ouderen stelt. Tot slot wordt in kaart gebracht in hoeverre ouderen daadwerkelijk in geschikte woningen wonen en komen potentiële knelpunten aan bod. Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar welke ouderen relatief vaak in ongeschikte woningen wonen.

### 3.7.1 Geschikte woningen om oud in te worden

Wat verstaan we onder een geschikte woning? Volgens Leidelmeijer et al. (2017a) bestaat er geen brede consensus over welke type woning voor welke oudere geschikt is. Waar sommige deskundigen een woning met een of meerdere trappen als ongeschikt bestempelen, onder andere vanwege de kans op vallen, vinden andere deskundigen dergelijke woningen niet bij voorbaat ongeschikt omdat traplopen an sich goed is voor de vitaliteit (Leidelmeijer et al. 2017a). De interviews met de professionals bevestigen dit beeld dat het niet eenvoudig is om een woning als (on)geschikt voor langer zelfstandig wonen te labelen. Wat voor de ene oudere geschikt is, is voor een oudere met een andere zorgvraag ongeschikt. Meestal is de kwalificatie 'geschikt' gebaseerd op mensen die het minst kunnen, maar de meeste ouderen ondervinden geen of alleen lichte beperkingen. Niet elke ongeschikte woning is dus een probleem, en andersom is niet elke (bijna) geschikte woning echt geschikt.

Hoewel er geen brede consensus bestaat over wat nu eigenlijk een geschikte woning is, wordt de geschiktheid van een woning vaak afgeleid aan de hand van een tweetal eigenschappen. Ten eerste van de fysieke eigenschappen van de woning: heeft de woning een of meerdere trappen waardoor het moeilijk is om bijvoorbeeld van de slaapkamer naar de badkamer of keuken te komen en zijn de doorgangen bijvoorbeeld wel breed genoeg? Dergelijke eigenschappen geven feitelijk aan hoe makkelijk het is om in de woning te blijven wonen wanneer sprake is van toenemende (mobiliteits)beperkingen, al dan niet na enige aanpassingen aan de woning. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan zogenoemde nultredenwoningen en levensloopbestendige woningen. Ten tweede wordt de geschiktheid vaak afgeleid aan de hand van eigenschappen die iets zeggen over de woning in relatie tot de directe omgeving, in sociaal opzicht dan wel wat betreft de mogelijkheden om gebruik te maken van zorg- of dienstverlening vanuit een nabij de woning gelegen steunpunt (De Klerk 2004). Het kan hier gaan om een heel scala aan verschijningsvormen: serviceflats, woonzorgcomplexen, aanleunwoningen et cetera (De Klerk 2004; zie ook Sogelée & Brouwer 2003).

Woonconcepten die vallen in het grijze gebied tussen zelfstandig thuis wonen en het wonen in een zorginstelling verdienen in de discussie over de geschiktheid van de woning bijzondere aandacht. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om hofjeswoningen, kangoeroewoningen maar ook om kleinschalige woonverbanden met intensieve zorg en ondersteuning. Dergelijke woonvormen worden gezien als geschikte woonvormen voor ouderen, ofwel vanwege de fysieke eigenschappen, ofwel vanwege de eigenschappen die meer te maken hebben met de directe (sociale) omgeving van de woning en de mogelijkheden om hulp en zorg te ontvangen. Deze nieuwe woonconcepten worden verder uitgewerkt in paragraaf 3.7.2.

#### **Geschiktheidsindicatoren**

Er zijn twee manieren om te bepalen of een woning geschikt is voor ouderen. Ten eerste via survey-onderzoek en ten tweede via objectieve informatie over de woning zelf.

In Nederland worden zelfstandig wonende ouderen om de drie jaar gevraagd naar de geschiktheid van hun woning in het WoonOnderzoek Nederland, afgekort WoON. Middels vragen over de fysieke geschiktheid van de woning en vragen over of de woning specifiek

bestemd is voor ouderen, wordt bepaald of de oudere in een woning woont die geschikt is om oud in te worden. In 2012 woonde ongeveer 50 procent van de 55-64-jarigen in een woning die geschikt is voor oudere huishoudens. Voor de 65-74-jarigen is dat ongeveer 60 procent, voor de 75-plussers ruim 75 procent en voor de 85-plussers rond de 80 procent (Van Dam et al. 2013). Een andere manier om te bepalen of een woning geschikt is voor ouderen is zogezegd via objectieve informatie over de fysieke eigenschappen van de woning. In Nederland is een tweetal geschiktheidsindicatoren in omloop die op basis van landelijke registerdata van het CBS (de Basisadministratie Adressen en Gebouwen, BAG) en bouwkundige inzichten een inschatting geven van de geschiktheid van de woning: eentje van het RIGO en eentje van TNO. Beide indicatoren geven aan of een woning toe- en doorgankelijk is of dat de woning tegen betrekkelijk lage 'aanvaardbare' kosten geschikt kan worden gemaakt. In beide indicatoren wordt daarbij de grens gelegd bij 10.000 euro. Met een dergelijk bedrag kan bijvoorbeeld een traplift worden geplaatst, drempels worden verwijderd, of bijvoorbeeld het sanitair worden aangepast (Leidelmeijer et al. 2017a).

De RIGO-indicator geeft aan of een woning ofwel geschikt is ofwel ongeschikt. Ongeschikte woningen zijn woningen die niet zonder trappen bereikt kunnen worden, woningen waarin traplopen nodig is om bijvoorbeeld van de woonkamer naar de badkamer te komen én waarvoor geldt dat deze 'interne obstakels' niet met een kleine woningaanpassing en tegen betrekkelijk lage kosten kunnen worden opgelost (Leidelmeijer et al. 2017a). In de RIGO-indicator wordt geen onderscheid gemaakt tussen woningen die reeds geschikt zijn en woningen die niet geschikt zijn maar die dit wel te maken zijn. De TNO-indicator is iets verfijnder dan de RIGO-indicator, omdat het ook onderscheid maakt tussen twee verschillende typen aanpasbare woningen: begane grondwoningen en woningen die met liften bereikbaar zijn enerzijds, en woningen met een of meerdere trappen (zoals rijtjeswoningen) waar trapliften in gemonteerd kunnen worden anderzijds. Voor een op de vijf woningen geeft de TNO-indicator echter geen informatie over de geschiktheid van de woning.<sup>52</sup> Voor de analyses in deze signalerende verkenning is daarom gebruikgemaakt van de RIGO-indicator. Een uitgebreide toelichting op de methodiek achter deze indicator is te vinden in de rapportage 'Monitor Investeren voor de Toekomst (MIT) Ouderen en langer zelfstandig wonen' die het RIGO in opdracht van het Ministerie van BZK heeft uitgevoerd (Leidelmeijer et al. 2017a; Leidelmeijer et al., 2017b).

Hoewel de RIGO-indicator volgens Leidelmeijer et al. (2017b) een geschikte indicator is om problematische woonsituaties in beeld te brengen, zijn er evenwel wat kanttekeningen te plaatsen bij de indicator. Zo wordt er niet achter de 'voordeur' gekeken; het geeft slechts een grove indicatie van de geschiktheid van woningen. Daarnaast wordt een aanpassing van 10.000 euro als 'aanvaardbaar' geacht, maar wordt geen rekening gehouden met de vraag of een huishouden of een verhuurder daadwerkelijk de financiële middelen heeft om dergelijke aanpassingen te financieren. Een andere tekortkoming is dat de indicator geen inzicht geeft in de reden waarom een woning ongeschikt wordt bevonden. Dat kan bijvoorbeeld zijn, omdat het aanpassen van de woning meer zou kosten dan 10.000 euro. Maar ook omdat de woning echt in technische zin niet valt aan te passen. Dit onderscheid is van wezenlijk belang wanneer we kijken naar de aanpassingsopgave die het langer zelfstandig wonen van ouderen met zich meebrengt; een opgave die niet precies vast te stellen is. Een andere – wederom aan de aanpassingsopgave gerelateerde – tekortkoming van de indicator is dat het geen onderscheid maakt tussen woningen die reeds geschikt zijn (al dan niet omdat ze al zijn aangepast) en woningen die tegen beperkte kosten aan te passen zijn. Hierdoor kan met de indicator geen beeld worden gegeven van de omvang van de aanpassingsopgave. Wél kan met de indicator een beeld geschetst worden van de mate waarin ouderen in een ongeschikte woning wonen en de mate waarin specifieke groepen in een ongeschikte woning wonen om op die manier potentiële knelpunten in kaart te brengen.

---

<sup>52</sup> Voor 1,6 miljoen woningen (21% woningvoorraad) ontbrak een ster-classificatie. Dit hing veelal samen door de zogenoemde 'portiekwoningen-problematiek': op pandniveau is bekend hoeveel appartementen in het pand aanpasbaar zijn maar onbekend is welk appartement aanpasbaar is omdat men niet weet of het gaat om een beneden- of bovenwoning.

## **Wonen in ongeschikte woningen**

In hoeverre is de Nederlandse woningvoorraad nu toegesneden op de opgave van het langer zelfstandig wonen van ouderen? Van de in totaal 7,7 miljoen woningen zijn 864 duizend woningen ongeschikt om zelfstandig te blijven wonen bij toenemende (fysieke) beperkingen. Dit betekent dat circa 11 procent van de gehele Nederlandse woningvoorraad niet geschikt (te maken) is voor ouderen met een (ernstige) lichamelijke beperking.<sup>53</sup> Ongeschikte woningen zijn vooral in de huursector te vinden. Het gaat hierbij vaak om huurwoningen die door corporaties worden verhuurd. Koopwoningen zijn relatief vaak geschikt dan wel tegen beperkte kosten geschikt te maken (Leidelmeijer et al. 2017a).

In 2015 waren er circa 140 duizend ouderenhuishoudens die in een ongeschikte woning woonden; dit komt neer op een kleine 7 procent van alle ouderenhuishoudens. De mate waarin ouderenhuishoudens in een ongeschikte woning wonen, neemt wel iets af met de leeftijd (zie figuur 3.26). Dit suggereert dat een deel van ouderen die woonachtig zijn in ongeschikte woningen na verloop van tijd verhuist naar een geschikte woning. Het verhuisgedrag van ouderen wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 6.

Het merendeel van de ouderenhuishoudens woont dus in een woning die geschikt (te maken) is. Het gaat hier in totaal om 1,9 miljoen 65-plus huishoudens. De RIGO-indicator geeft geen uitsluitel in welke mate ouderen hun 'geschikte' woning daadwerkelijk moeten aanpassen om er langer zelfstandig in te kunnen blijven wonen. Wel is er een algemene consensus dat een rijtjeswoning doorgaans van nature minder geschikt is om langer zelfstandig te wonen dan een zogenoemde nultredenwoning. Van de ouderen in een geschikt (te maken) woning woonde circa 71 procent in een eengezinswoning.<sup>54</sup> Dit suggereert dat een ruime meerderheid van de ouderenhuishoudens in een geschikt (te maken) woning hun woning nog moeten aanpassen door in ieder geval een traplift te plaatsen. Andere ouderen zullen hun in potentie geschikte woning wellicht nog iets moeten aanpassen door bijvoorbeeld drempels te verwijderen, een hellingbaan te plaatsen of het sanitair aan te passen om langer zelfstandig in de woning te kunnen blijven wonen.

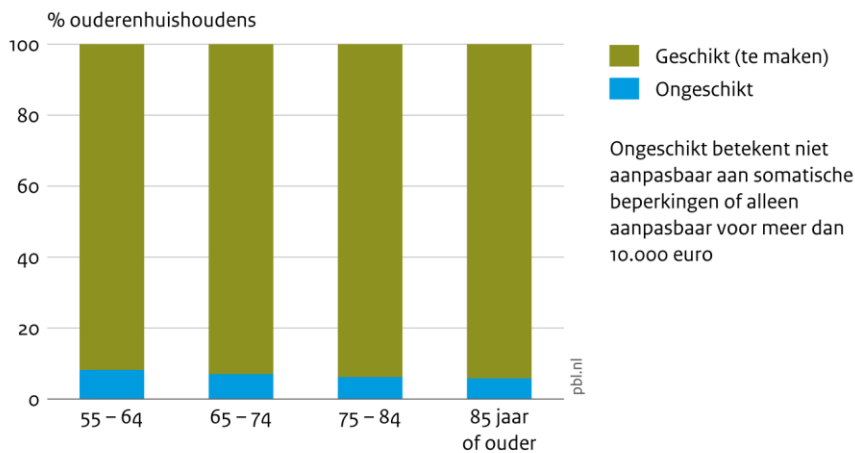
---

<sup>53</sup> Voor het onderzoek hebben we de RIGO-indicator vergeleken met de TNO-indicator om een beeld te krijgen van de overeenkomsten en verschillen tussen de indicatoren en de robuustheid van de uitkomsten. Er blijkt een grote overlap te bestaan tussen beide indelingen. Woningen die volgens de TNO-indicator aanpasbaar en dus geschikt zijn, zijn dit volgens de RIGO-indicator ook. Er zijn echter ook verschillen. Zo zijn er volgens de RIGO-indicator veel meer ongeschikte woningen dan volgens de TNO-indicator (11 procent versus 4 procent). Mogelijk hangt dit verschil deels samen met het feit dat ruim de helft van de woningen die RIGO als ongeschikt classificeert, geen ster-classificatie hebben in de TNO-indicator; van deze woningen heeft TNO de geschiktheid nog niet vastgesteld. Wanneer dit laatste alsnog gebeurt, dan is het goed mogelijk dat beide indicatoren onderling beter vergelijkbaar worden.

<sup>54</sup> De TNO-indicator laat op dit punt een vergelijkbare uitkomst zien. Deze indicator maakt zogezegd onderscheid tussen twee typen 'geschikte' woningen: rijtjeswoningen waar trapliften in gemonteerd kunnen worden enerzijds en begane grondwoningen en woningen die met liften bereikbaar zijn anderzijds. Volgens de TNO-indicator woonde in 2016 circa 70 procent van de 55-plussers in een rijtjeswoning.

**Figuur 3.26**

**Aandeel ouderenhuishoudens in geschikte woning naar kwetsbaarheid, 2015**



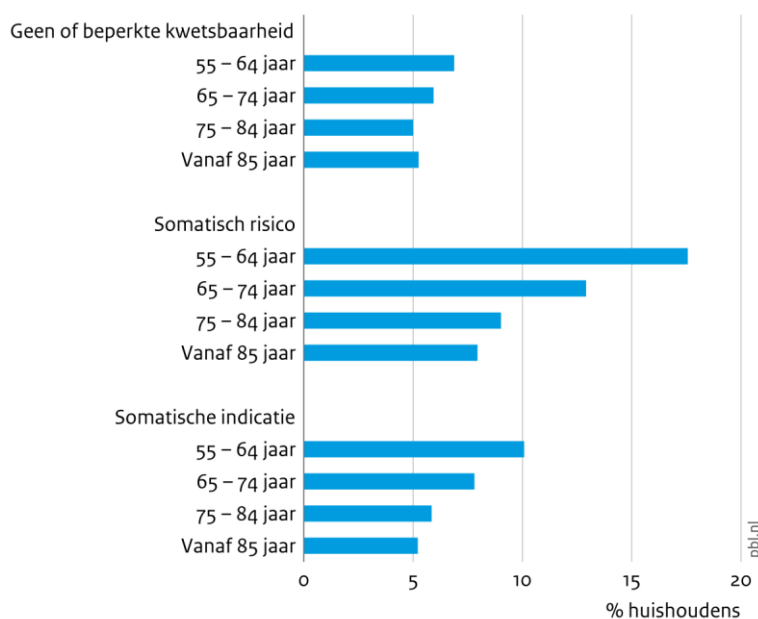
Bron: CBS; RIGO; bewerking RIGO/PBL

Niet bij alle ouderen in een ongeschikte woning zal sprake zijn van een acuut probleem. Het wonen in een ongeschikte woning wordt pas problematisch als er sprake is van lichamelijke beperkingen en toenemende mobiliteitsproblemen. Leidelmeijer en collega's (2017a) spreken dan ook pas van een 'problematische woonsituatie' als een (kwetsbaar) ouderenhuishouden met beperkingen of een grote kans daarop (zie ook paragraaf 3.1) in een ongeschikte woning woont.

Bij ruim 58.000 ouderenhuishoudens is sprake van een problematische woonsituatie: zij wonen in een ongeschikte woning en hebben een verhoogd risico op somatische beperkingen of hebben een somatische indicatie. Voor deze ouderen zou het beter zijn om te verhuizen. Echter, zoals ook in enkele interviews met professionals werd gezegd, een oudere kan er ook voor kiezen om in de woning te blijven wonen en te leren leven met de ongemakken van de woning. Zo'n keuze kan samenhangen met de gehechtheid aan de buurt en woning maar ook met een gebrek aan (betaalbare) alternatieven. De keuze om de woning niet aan te passen, gaat echter wel gepaard met een hoger risico op valongelukken (Van Triest 2019). Verrassend genoeg wonen ouderen met een risico op somatische beperkingen vaker in een ongeschikte woning dan ouderen zonder beperking (figuur 3.27). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouderen met een grotere kans op somatische problemen vaker een laag inkomen hebben. En ouderenhuishoudens met een laag inkomen wonen nu eenmaal vaker in een ongeschikte woning – zoals een goedkope kleine portiekflat zonder lift en zeer kleine eengezinswoningen – dan ouderenhuishoudens met een hoog inkomen. Tot slot zien we dat ouderenhuishoudens met een indicatie minder vaak in een ongeschikte woning wonen dan ouderenhuishoudens met een risico op somatische beperkingen. Dit suggereert dat huishoudens bij toenemende problemen op een gegeven moment toch verhuizen naar een woning die geschikt (te maken) is.

**Figuur 3.27**

**Aandeel huishoudens in ongeschikte woning naar leeftijdsklasse en kwetsbaarheid, 2015**



Ongeschikt betekent niet aanpasbaar aan somatische beperkingen of alleen aanpasbaar voor meer dan 10.000 euro

Bron: CBS; RIGO; bewerking RIGO/PBL

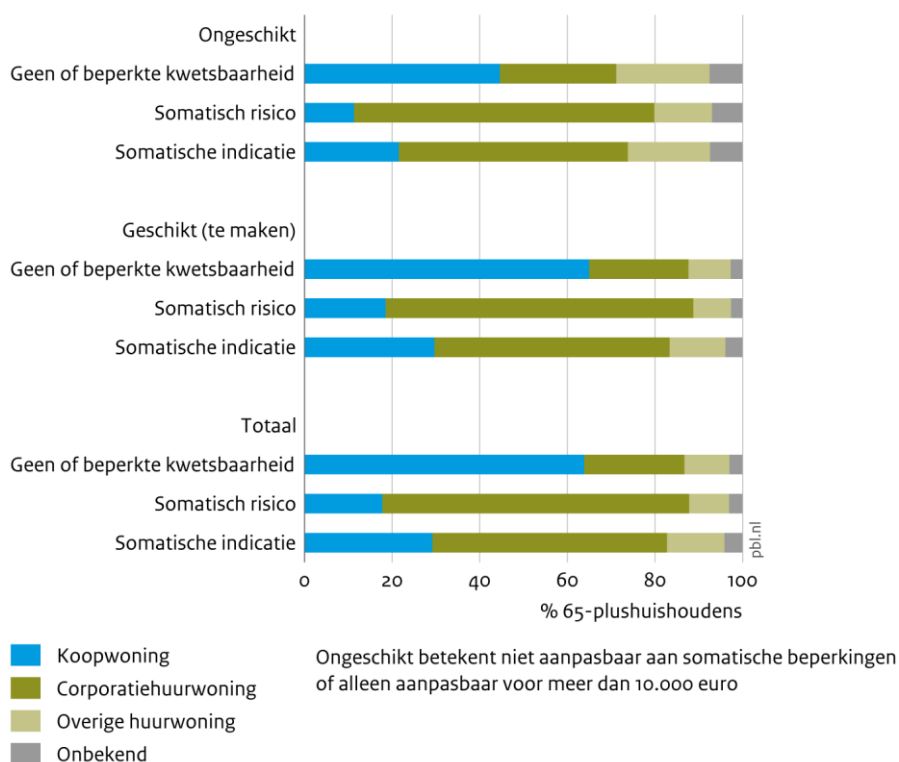
Eerder constateerden we dat er in 2015 ruim 58.000 ouderenuishoudens met een somatische indicatie of een risico op somatische problemen woonden in een ongeschikte woning. Bijna twee derde hiervan woonde in een huurwoning die werd verhuurd door een woningcorporatie (zie figuur 3.28). Er lijkt dus een concrete opgave te liggen voor de corporatiesector daar waar het gaat om het begeleiden van deze ouderen naar een woning die beter aansluit bij hun beperkingen.

In de koopsector komen problematische woonsituaties nauwelijks voor: het gaat hier om circa 8.000 ouderenuishoudens van de in totaal 1 miljoen ouderenuishoudens in een koopwoning. Deze huishoudens moeten ofwel verhuizen ofwel de woning tegen een relatief fors bedrag (in ieder geval meer dan 10.000 euro) aanpassen als dit laatste überhaupt (in bouwkundige zin) mogelijk is.

Ongeveer 609.000 ouderenuishoudens met een somatische indicatie of een risico op somatische problemen wonen in een woning die geschikt (te maken) is tegen beperkte kosten. Zo'n twee derde van deze groep huishoudens woont in een corporatiehuurwoning. Hoewel we niet met zekerheid kunnen vaststellen in hoeverre deze woningen nog aangepast moeten worden (dan wel reeds aangepast zijn), lijkt hier een behoorlijke aanpassingsopgave te liggen voor corporaties. Daarnaast zijn er 139.000 ouderenuishoudens met een somatische indicatie of een risico op somatische problemen die in een koopwoning wonen die geschikt (te maken) is. Deze huishoudens staan zelf aan de lat voor het aanpassen van de woning, maar kunnen uiteraard wel een verzoek indienen bij de gemeente om via de Wmo de woningaanpassing (mede) te financieren. In hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op de aanpassingsopgave.

**Figuur 3.28**

**Aandeel 65-plushuishoudens in koop en huur naar geschiktheid van woning en kwetsbaarheid, 2015**



Bron: CBS; RIGO; bewerking RIGO/PBL

Ouderenhuishoudens die woonachtig zijn in ongeschikte woningen behoren relatief vaak tot de lagere inkomensgroepen.<sup>55</sup> Bij een eventuele verhuizing is deze groep veelal aangewezen op de sociale huursector, aangezien zij vanwege hun inkomen vermoedelijk nauwelijks opties hebben in de vrije huursector en in de koopsector. Ook qua vermogen zijn ouderen die in een ongeschikte woning wonen minder goed af dan ouderen die woonachtig zijn in een woning die geschikt te maken is (figuur 3.29). De helft van deze ouderenhuishoudens heeft minder dan 10.000 euro aan spaargeld (figuur 3.30)<sup>56</sup>.

Ouderenhuishoudens die woonachtig zijn in een woning die geschikt (te maken) is voor minder dan 10.000 euro, hebben dus doorgaans meer inkomen en vermogen dan ouderenhuishoudens die woonachtig zijn in een ongeschikte woning. Dat betekent evenwel niet dat zij vrij eenvoudig eventuele woningaanpassingen kunnen financieren. Maar liefst een derde van hen heeft namelijk niet voldoende spaargeld; 28 procent heeft zelfs minder dan 5.000 euro aan spaargeld. Als ouderen in een woning wonen die met aanpassingen geschikt te maken is, dan is het nog maar de vraag of zij dit zelf (direct) kunnen bekostigen vanuit hun spaargeld.

<sup>55</sup> De inkomensgrenzen zijn gebaseerd op het besteedbare inkomen: het bruto-inkomen, minus betaalde inkomensoverdrachten, premies en belastingen. De inkomensdecielen zijn door het CBS bepaald op basis van het gestandaardiseerd inkomen (zodat ook huishoudens van verschillende grootte vergeleken kunnen worden). Bij de decielen gelden in 2015 de volgende grenzen: Deciel 1: tot € 11988, deciel 2: € 11988 tot €14809, deciel 3: € 14809 tot € 17057, deciel 4: € 17057 tot € 19003, deciel 5: € 19003 tot € 21337, deciel 6: € 21337 tot € 24077, deciel 7: € 24077 tot € 27262, deciel 8: € 27262 tot € 31435, deciel 9: € 31435 tot € 38695, deciel 10: € 38695 of meer. Tot de categorie 'laag' worden de 40% van de huishoudens met de laagste inkomens en vermogens gerekend, tot de categorie 'hoog' de 20% met de hoogste (Leidelmeijer et al. 2017b).

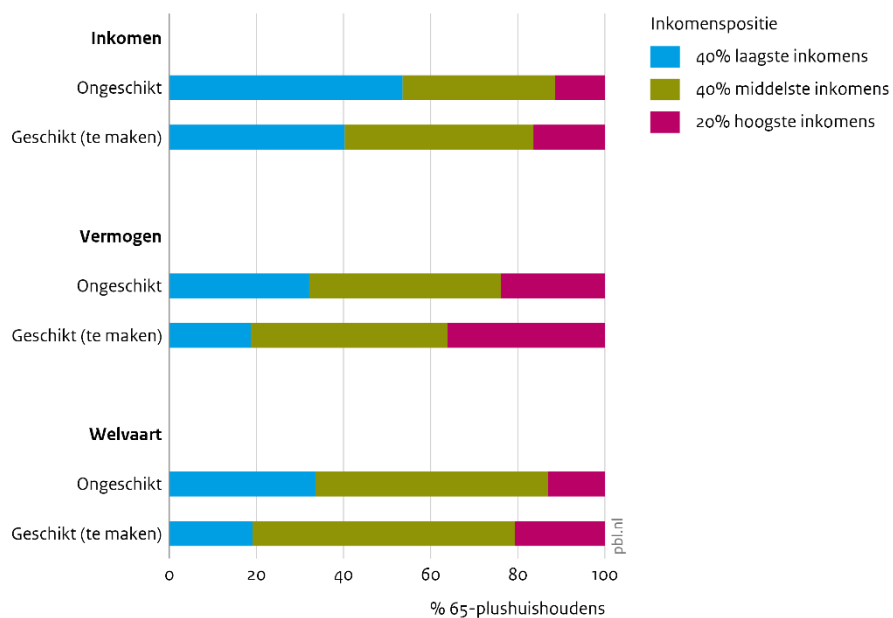
<sup>56</sup> In lijn met Leidelmeijer en collega's (2017a) zijn woningen die niet geschikt zijn om langer zelfstandig te wonen gedefinieerd als woningen die ofwel technisch niet of alleen tegen een forse investering van meer dan 10.000 euro zijn aan te passen.



In hoofdstuk 6 wordt nader ingegaan op de mogelijkheden die ouderenuishouders hebben om woningaanpassingen te bekostigen.

**Figuur 3.29**

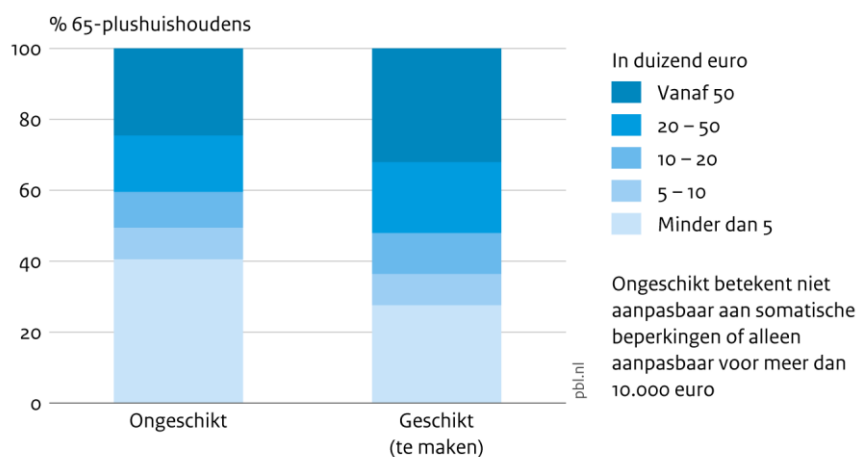
**Verdeling 65-plushuishoudens naar inkomenspositie en geschiktheid woning, 2015**



Bron: CBS en RIGO; bewerking PBL/RIGO

**Figuur 3.30**

**Vrij besteedbaar vermogen van 65-plushuishoudens naar geschiktheid woning, 2015**



Bron: CBS; RIGO; bewerking RIGO/PBL

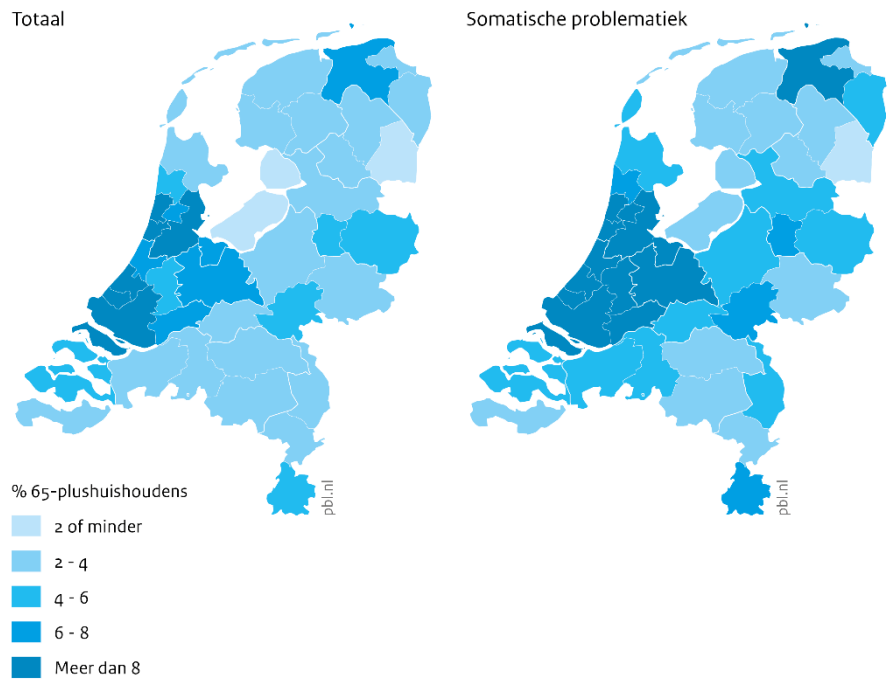
De mate waarin ouderen in ongeschikte woningen wonen, verschilt uiteraard regionaal. Hierbij springt vooral de Randstad in het oog. Ouderenuishouders in de Randstad wonen vaker in een ongeschikte woning dan ouderenuishouders elders in het land (figuur 3.31). Dit sluit

aan bij het onderzoek van Post en collega's (2012) dat laat zien dat vooral landelijke woonmilieus verhoudingsgewijs veel nultredenwoningen bieden (Post et al. 2012). In Groot-Amsterdam woonde in 2015 een op de vijf ouderenuishoudens in een ongeschikte woning. In de Achterhoek gold dit voor zo'n een op de vijfentwintig ouderenuishoudens. Dit betekent ook dat de opgave regionaal varieert.

Als ouderen in een ongeschikte woning wonen, is er z gezegd niet gelijk sprake van een probleem; zolang het huishouden vrij is van beperkingen kan de oudere prima blijven wonen in een ongeschikte woning. Problematische woonsituaties waarbij ouderenuishoudens met een risico op somatische beperkingen of met een somatische indicatie in een ongeschikte woning wonen komen vooral voor in grootstedelijke regio's waarbij de gehele Randstad in het oog springt (figuur 3.31). En daarbinnen spant vooral de regio Amsterdam de kroon: in 2015 woonde circa 22 procent van alle ouderenuishoudens met somatische problematiek in een ongeschikte woning. In absolute aantallen komt dit neer op zo'n 11.300 ouderenuishoudens. Ook in Den Haag wonen relatief veel ouderenuishoudens met somatische problematiek in een ongeschikte woning: in 2015 gold dit voor een vijfde van hen, wat neer komt op zo'n 6.800 ouderenuishoudens. In de Achterhoek woont circa 3,5 procent van alle ouderen met somatische problematiek in een ongeschikte woning wat neerkomt op nog geen 600 ouderenuishoudens. In kader 'Wonen in een ongeschikte woning: Achterhoek versus Amsterdam' wordt verder ingezoomd op de verschillen tussen gemeenten in de twee casusregio's.

**Figuur 3.31**

**Aandeel ouderenhuishoudens in ongeschikte woningen per COROP-regio, 2015**

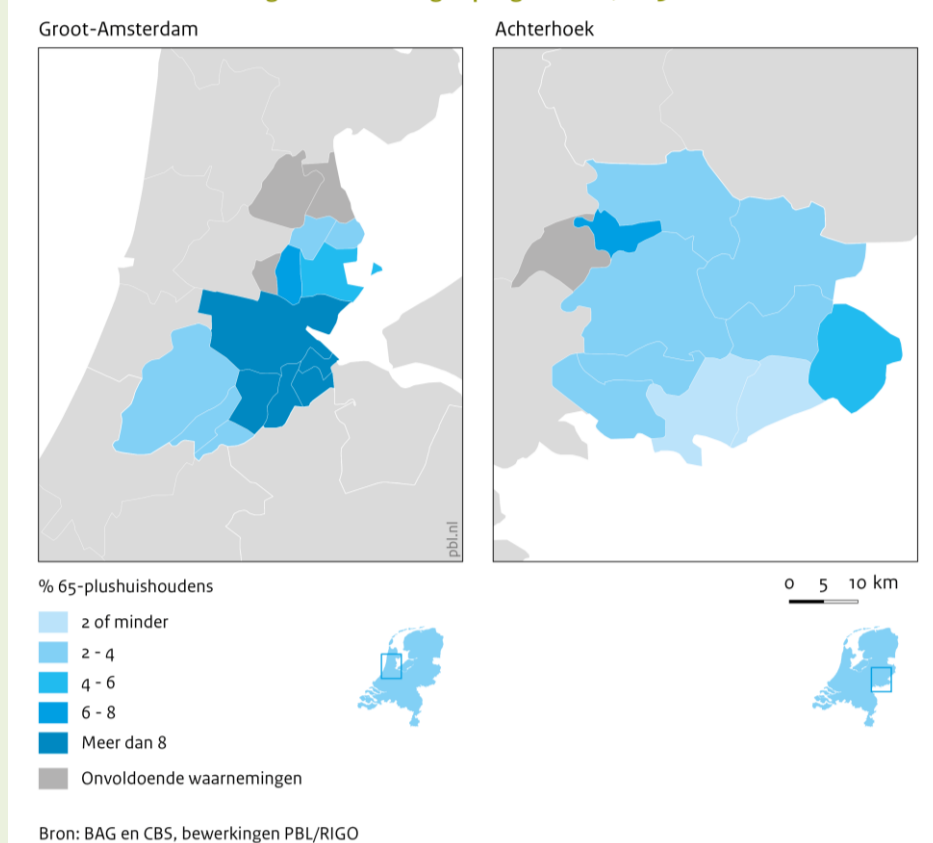


Bron: BAG en CBS; bewerkingen PBL/RIGO

## Wonen in een ongeschikte woning: Achterhoek versus Amsterdam

Ouderenhuishoudens in de Achterhoek wonen veel vaker in een woning die geschikt (te maken) is dan ouderenhuishoudens in de regio Amsterdam. In de regio Amsterdam woont maar liefst 20 procent van alle ouderenhuishoudens in een woning die niet geschikt is voor het langer zelfstandig wonen. Maar zoomen we in op de verschillen tussen gemeenten in de casusregio's, dan blijken vooral de ouderen in de hoofdstad minder goed af te zijn. In de gemeente Amsterdam woont een kleine 29 procent van alle ouderenhuishoudens in een ongeschikte woning wat samenhangt met de samenstelling van de woningvoorraad. De hoofdstad telt namelijk relatief veel portiekwoningen en kleinere eengezinswoningen die moeilijk zijn aan te passen. Ouderenhuishoudens in bijvoorbeeld Purmerend en Aalsmeer zijn beter af; in deze gemeenten woont 7 procent van de ouderenhuishoudens in een ongeschikte woning. In de Achterhoek zijn de verschillen tussen gemeenten veel kleiner. In Zutphen woont circa 7 procent van alle ouderenhuishoudens in een ongeschikte woning, tegenover 3 procent van de ouderenhuishoudens in Doetinchem en in Bronckhorst.

### Aandeel ouderen in ongeschikte woningen per gemeente, 2015



Waar in de regio Amsterdam sterker ingezet zal moeten worden op het stimuleren van verhuizingen onder ouderen in ongeschikte woningen, zal in de Achterhoek meer aandacht nodig zijn voor het aanpassen van woningen die in potentie geschikt te maken zijn.

De professionals in de Achterhoek waarschuwen dat de definitie van een geschikte of geschikt te maken woning de omvang van de opgave camoufleert. Veel woningen hebben achterstallig onderhoud. Ouderen ontberen de financiële middelen voor woningaanpassing, weten niet op welke punten zij de woning moeten aanpassen (welke gebreken zullen zij oplopen?), noch welke aannemer betrouwbaar is, of hebben helemaal geen zin in de rommel.

De professionals in Groot Amsterdam zijn juist van mening dat er voldoende geschikte woningen zijn, maar dat ouderen nog regelmatig 'in de verkeerde woning' wonen. Ouderen zijn echter moeilijk tot een verhuizing te verleiden, omdat het een eenmalige kans is. Verhuizen gaat gepaard met veel kosten en moeite, waarbij de opgespaarde woonduur eenmalig inzetbaar is! De sprong is dus alleen het wagen waard, als de aangeboden woning zich in de juiste buurt ('die ze kennen') en zelfs het juiste complex ('waar de sfeer goed is') bevindt. Beperking in het aanbod is dat de mutatierruimte van corporatiewoningen in sommige buurten ook door ander doelgroepen wordt benut, zoals urgentieverklaringen en statushouders.

### 3.7.2 Nieuwe woonconcepten

Nieuwe woonconcepten bieden, behalve de genoemde fysieke condities, ook vormen van gemeenschappelijkheid en zorg. Woonconcepten voorzien daarmee niet alleen in de fysieke geschiktheid van de woning, maar ook in de sociale omgeving en praktische en zorginhoudelijke ondersteuning die ouderen nodig kunnen hebben.

Omgezet in termen van (te ontwikkelen) passend woningaanbod wordt in de literatuur (en praktijk) vaak gesproken over levensloopgeschikte woningen. Daaronder wordt verstaan (het bouwen van) woningen die geschikt zijn of geschikt te maken zijn voor bewoning door meerdere doelgroepen, al dan niet met beperkingen. Met een goede voorbereiding en monitoring zouden de meerkosten voor levensloopgeschikte woningen ten opzichte van reguliere woningen beperkt zijn; het gaat vooral om functionele eisen om op het gebied van toegankelijkheid, veiligheid, bereikbaarheid en privacy (Aedes-Actiz Kenniscentrum 2011a, 2011b). Deze functionele eisen zijn vertaald in verschillende pakketten. WoonKeur Bestaande woningen en Woonkeur Nieuwbouw zijn landelijk de bekendste ([www.opplussen.nl](http://www.opplussen.nl); Aedes-Actiz Kenniscentrum, 2011a). Daarnaast bestaan er regionale classificatiesystemen met een indeling in verschillende toegankelijkheidsniveaus (<http://www.woonkeur-skw.nl>; Aedes-Actiz Kenniscentrum, 2011a; in oplopende vorm van toegankelijkheid): gelijkvloers, geschikt voor rollator, rolstoel toegankelijk, rolstoel doorgankelijk en volledig bezoekbaar en doorgankelijk voor elektrische rolstoel. Recent probeert ook Vivalib in Nederland voet aan de grond te krijgen. Dit van oorsprong Franse keurmerk en woonconcept onderscheidt zich door verregaande integratie van zorgondersteunende technologie en domotica waar in de sterk vergrijsde en dun bevolkte delen van Frankrijk al meer ervaring mee is opgedaan.

Afgezet tegen de behoeften van ouderen valt het volgens Verheijen (2015) op dat levensloopgeschikt wonen vooral gaat over woontechnische kwaliteit en dus vooral over de fysiologische en functionele behoeften. Sommige keurmerken hebben daarnaast expliciet oog voor de mogelijkheden om gebruik te maken van zorg- of dienstverlening vanuit nabijgelegen steunpunten in de omgeving van de woning. Er worden maar beperkt eisen genoemd die voorzien in de door Verheijen (2015) genoemde sociale en psychologische behoeften. De nieuwe woonvormen of -varianties "tussen thuis en verpleeghuis" voorzien juist wel in sociale en psychologische behoeften. In hoofdstuk 6 wordt nader op deze nieuwe woonvormen ingegaan.

## 3.8 Woonomgeving

De woning waar ouderen in wonen is onlosmakelijk verbonden met de woonomgeving. Een woning kan nog zo geschikt zijn, als de woonomgeving ongeschikt is, kan het alsnog lastig zijn om er langer zelfstandig te blijven wonen bij toenemende mobiliteitsbeperkingen.

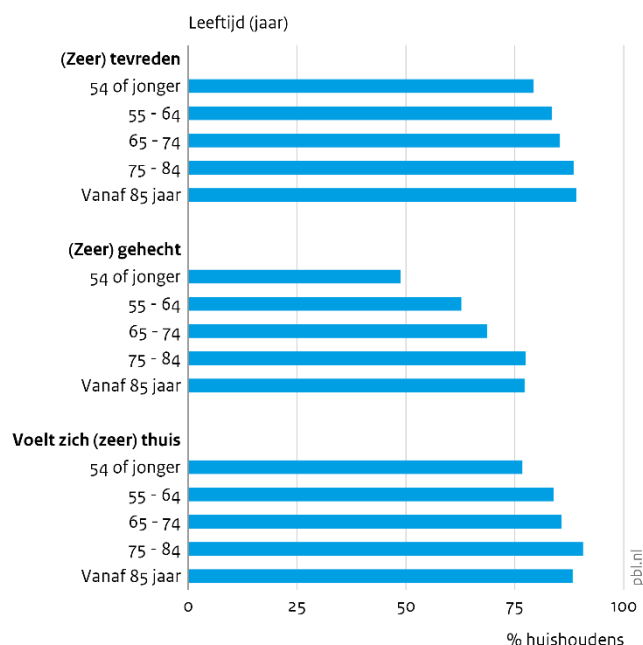
Naarmate mensen ouder worden, neemt hun actieradius af, en worden zij meer afhankelijk van contacten en voorzieningen in de buurt (Van den Berg et al. 2015; Van Dam et al. 2013; Vermeij 2016). Het is mogelijk dat ouderen in de ene woonomgeving langer zelfstandig kunnen blijven wonen dan in de andere woonomgeving, terwijl ze in precies hetzelfde type woning wonen.

Over het algemeen zijn ouderen (zeer) tevreden met hun woonomgeving (figuur 3.32). In 2015 gold dit voor maar liefst 85 procent van de 65 tot 74 jarige huishoudens. Over het algemeen zijn jonge huishoudens wat minder tevreden met hun directe woonomgeving dan oudere huishoudens, hoewel ook jongere huishoudens doorgaans erg tevreden zijn. Ook zijn ouderenhuishoudens doorgaans (zeer) gehecht aan hun huidige buurt. Dit hangt samen met de lange bewoningsduur. Doorgaans wonen ouderen al lang op dezelfde plek in dezelfde woning, en uit de literatuur is bekend dat de gehechtheid aan de buurt toeneemt naarmate mensen langer ergens wonen (Nouws 2015; Buffel et al. 2012; Krause 2004). Tot slot voelen ouderenhuishoudens zich iets vaker (zeer) thuis in hun huidige buurt dan jongere

huishoudens. Dit hangt wederom deels samen met de doorgaans lange bewoningsduur van ouderenhuishoudens.

**Figuur 3.32**

**Waardering huidige woonomgeving naar leeftijd, 2015**



Bron: WoON 2015; bewerking PBL

Noot: (Zeer) gehecht aan de buurt is afgeleid van de stelling 'Ik ben gehecht aan deze buurt'. Degenen die het (helemaal) eens zijn met deze stelling zijn (zeer) gehecht) aan hun huidige buurt. (Zeer) thuis voelen betekent dat mensen het (helemaal) eens zijn met de stelling dat zij zich thuis voelen in de buurt.

In het vervolg van deze paragraaf wordt de geschiktheid van de woonomgeving onder de loep genomen. Daarbij kijken we in het bijzonder naar de functionele geschiktheid van de woonomgeving die wordt bepaald door de aanwezigheid en nabijheid van voorzieningen. Of een woonomgeving geschikt is voor het langer zelfstandig wonen hangt voorts af van fysieke en sociale kenmerken, zoals de inrichting van openbare ruimte en bijvoorbeeld het contact tussen burens en buurtgenoten.

**3.8.1 Fysieke kenmerken**

Of een woonomgeving geschikt is voor het langer zelfstandig wonen hangt deels af van fysieke kenmerken van de woonomgeving. De fysieke kenmerken verwijzen naar de zichtbare, materiele en natuurlijke elementen van de omgeving (Peace et al. 2006 op citaat in Buffel et al. 2011). De fysieke dimensie van de buurt is volgens de Wereld Gezondheids Organisatie erg belangrijk bij het ontwikkelen van zogenoemde 'age-friendly cities' (WHO 2007). De fysieke dimensie bepaalt hoe gemakkelijk en ook hoe veilig ouderen zich in de buurt kunnen verplaatsen. Het heeft niet alleen invloed op hun mobiliteit maar ook zelfredzaamheid en kwaliteit van het leven en beïnvloedt de mate waarin ouderen langer zelfstandig kunnen wonen (to "age in place") (WHO 2007, p. 12). Bij de fysieke kenmerken gaat het om de inrichting van de openbare ruimte; denk bijvoorbeeld aan wegen, stoepen, oversteekplaatsen, parkeergelegenheid nabij de woning, bankjes om te rusten en de aanwezigheid van groen (zie bijvoorbeeld Stichting Woonkeur 2004, Penninx & Royers 2007, Leslie et al. 2007, WHO 2007). Ook de conditie van de stoepen is van groots belang (WHO 2007). Zijn de stoepen effen qua bestrating (geen uitstekende stoeptegels) en kunnen obstakels gemakkelijk worden

omzeild? Voor ouderen in scootmobiel en voor ouderen met een rollator is het ook van belang dat de stoepen breed genoeg zijn om te kunnen passeren. Stoepen moeten ook een glad oppervlak hebben, zonder losliggende of ontbrekende tegels en gaten in het wegdek (dus geen onvolkomenheden in het wegdek; zie bijvoorbeeld WHO 2007; Sluijs et al. 1992). In de Nederlandse context waarbij ouderen tot op hoge leeftijd fietsen, zeker met de opkomst van de e-bike) is daar het belang van voldoende brede en kwalitatief in orde zijnde fietspaden evenzeer aan toe te voegen. Voor ouderen die gebruik maken van het Openbaar Vervoer (OV) is het van belang dat de loopafstanden tot haltes niet te lang zijn (zie ook volgende subparagraaf), de haltes goed zijn ingericht en dat de routes van de bus/tram/metro duidelijk zijn aangegeven. Verzamelplaatsen en zitgelegenheden zijn voor ouderen spelen hierbij ook een rol (Höppner & Arnold 2013; Driest 2004).

Een buurt die in fysieke zin geschikt is om langer zelfstandig te wonen kan ook een extra impuls geven aan het langer zelfstandig wonen. Volgens Hoogendijk en collega's (2014) kan een verhoogde (wandel)activiteit namelijk bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van ouderen. En de wandelactiviteit van ouderen kan worden gestimuleerd of worden verhoogd via ingrepen in de fysieke kenmerken van de buurt. Bijvoorbeeld door de openbare ruimte in een straal tot 1200 meter om de woningen esthetisch op te knappen en het aantal functionele elementen (bijvoorbeeld bankjes en oversteekplaatsen) te vergroten zo blijkt uit onderzoek van Etman en collega's (2014). De wandelactiviteit van ouderen kan verder worden versterkt door de dichtheid van het wandelnetwerk en het aantal kruisingen (Leslie et al. 2007; Höppner & Arnold 2013; Timmermans et al. 2016).

De inrichting en het onderhoud c.q. beheer van de openbare ruimte kunnen ook bijdragen aan een gevoel van (sociale) veiligheid, wat weer een positief effect kan hebben op de mate waarin ouderen een ommetje maken (Etman et al. 2014). De inrichting van de openbare ruimte kan bovendien ook de verkeersveiligheid en de beleving daarvan verbeteren en daarmee ook de tevredenheid van ouderen inzake hun woonomgeving (aangezien verkeersonveiligheid een belangrijke reden is waarom ouderen niet tevreden zijn met hun woonomgeving, zo blijkt uit onderzoek van Kullberg & Ras 2004). De lengte van de oversteektijd bij voetgangersoversteekplaatsen is te beïnvloeden, net als de overzichtelijkheid van kruispunten en de duidelijkheid van verkeersborden.

De fysieke dimensie van een buurt is tot slot nauw verbonden aan de sociale dimensie van de buurt. Dat wil zeggen dat de fysieke inrichting van de buurt de sociale cohesie en sociale contacten in de buurt kan versterken (De Kam & Needham 2003; Volker et al. 2007 op cit in Buffel et al. 2011). Toevallige ontmoetingen komen bijvoorbeeld vaker voor in voetgangersgeoriënteerde buurten dan in buurten met druk verkeer; ook is de sociale participatie groter in buurten die voetgangers vriendelijker zijn (Leyden 2003; op citaat in Buffel et al. 2011). Met andere woorden: een omgeving die in fysieke zin geschikt is, vergroot de kans dat deze woonomgeving ook in sociaal opzicht geschikt is om langer zelfstandig te wonen.

### 3.8.2 Functionele kenmerken

De geschiktheid van de woonomgeving voor het langer zelfstandig wonen wordt mede bepaald door de functionele kenmerken van de woonomgeving. Het gaat dan om de aanwezigheid van voorzieningen alsook om de bereikbaarheid daarvan. Met name de nabijheid van primaire voorzieningen, zoals een huisarts of apotheek en een levensmiddelenwinkel, is een belangrijke voorwaarde (Timmermans et al. 2016; Horner et al. 2015; Michael et al. 2006). Deze primaire voorzieningen worden ook wel aangeduid als triple A-voorzieningen: arts, apotheek en AH/Aldi (Nouws 2015; Merkens 2015).<sup>57</sup> De nabijheid van een supermarkt is niet alleen van belang voor de dagelijkse boodschappen, maar kan ook een sociale functie

<sup>57</sup> <https://www.gebiedsontwikkeling.nu/artikelen/triple-a-in-de-zorg-over-identiteit-en-zorgvoorzieningen-rijswijkbuiten/>  
<http://www.bouwendnederland.nl/nieuws/5231576/senioren-van-nu-willen-niet-sneu-wonen>



vervullen. Lokale winkels en voorzieningen bieden ouderen immers gelegenheid tot uitstapjes te voet en vergroten de kans dat ouderen elkaar ontmoeten (Michael et al. 2006; Höppner & Arnold 2013). Een bezoek aan de lokale supermarkt – zo blijkt uit kwalitatief onderzoek – kan door ouderen worden gezien als verzetje en/of een aanleiding om naar buiten te gaan. Zo komt men buiten om een frisse neus te halen en een praatje te maken in de buurt (Höppner & Arnold 2013). De aanwezigheid van voorzieningen in de buurt heeft dus een positieve invloed op de wandelactiviteit van ouderen wat weer een positieve invloed heeft op het langer zelfstandig wonen (Hoogendijk et al. 2014).

### ***Wat is nabij?***

Naar mate mensen ouder worden, neemt de mobiliteit (actieradius) af (zie paragraaf 3.5). Ouderen verplaatsen zich minder vaak en leggen bovendien steeds minder grote afstanden af (Van Dam et al 2013). Zij zijn in steeds sterkere mate aangewezen op de directe omgeving voor primaire voorzieningen (De Kam te verschijnen 2019). Welke afstand ouderen per voet kunnen overbruggen is uiteraard afhankelijk van eventuele mobiliteitsbeperkingen, maar globaal gesproken wordt er vanuit gegaan dat ouderen die in de 70 zijn gemiddeld genomen een afstand van 500 meter kunnen afleggen in 10 tot 20 minuten looptijd (Burton & Mitchell 2006). Aangezien dat de tijdspanne is die ouderen rond die leeftijd maximaal aangesloten kunnen lopen, is de woonomgeving als geschikt te beschouwen wanneer de primaire voorzieningen binnen 500 meter loopafstand van de woning liggen. Secundaire of niet dagelijks benodigde voorzieningen zouden binnen een loopafstand van 800 meter moeten liggen, mits er onderweg voldoende rustplekken voor handen zijn (Burton & Mitchell 2006, Etman et al. 2014). Voor minder vitale ouderen is een afstand van 500 meter echter al te ver. Höppner en Arnold (2013) stellen daarom dat ouderen met een mobiliteitsbeperking binnen 200 meter van de woning de benodigde diensten en zorg moeten kunnen bereiken (zie ook Driest 2004).

Het gemak waarmee ouderen naar de buurtsuper of de huisarts kunnen lopen hangt uiteraard ook af van de fysieke inrichting van de openbare ruimte (Timmermans et al. 2016). Deze omgevingskenmerken zijn zowel van belang voor kwetsbare ouderen als voor meer vitale ouderen (Etman et al. 2014). Een gevoel van onveiligheid, bijvoorbeeld door verkeersdrukte of een onverzorgde omgeving, heeft een negatieve uitwerking op de ervaren toegankelijkheid van de leefomgeving en daarmee op het ondernemen van activiteiten buitenshuis (Michael et al. 2006, Kemperman & Timmermans 2014) zoals het loopje naar de supermarkt. Kortom: er bestaat een relatie tussen fysieke en functionele kenmerken waarbij fysieke kenmerken de functionele geschiktheid van een woonomgeving voor een oudere kunnen versterken.

### ***Nabijheid tot voorzieningen onder druk***

De nabijheid van voorzieningen staat echter onder druk, doordat voorzieningen in de buurt verdwijnen. Vaak wordt gedacht dat het verdwijnen van voorzieningen een direct gevolg is van bevolkingskrimp. Maar eigenlijk verdwijnen voorzieningen zoals de dorpswinkel vooral door processen als schaalvergroting en de toegenomen mobiliteit van consumenten zelf zo blijkt uit een promotieonderzoek van Christiaanse (2016). Naast een veranderende mobiliteit en schaalvergrotings- en concentratietendensen hangt het lokale aanbod van voorzieningen volgens Ritsema van Eck en collega's (2010) verder af van een veranderd keuzegedrag van consumenten en gebruikers, conjuncturele ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen (denk bijvoorbeeld aan internet) en sociaal-culturele ontwikkelingen (zie ook Van Dam 1995; Van Dam et al. 2006; Galle et al. 2004). Onderzoek van Evers (2011) laat zien dat ondanks dat het totale winkeloppervlak in Nederland groeit, het aantal buurtwinkels c.q. vestigingen sinds de eeuwwisseling gestaag daalt. Niet alleen de afstand tot supermarkten maar ook tot de huisarts neemt toe, zeker in de avonden en in het weekend (Schellingerhout & Van Campen 2006; zie ook RTL Nieuws 2018). Ook moeten mensen steeds verder lopen tot de dichtstbijzijnde brievenbus. In de nieuwe in 2016 in werking getreden Postwet is de eis dat

er een bus te bereiken moet zijn in een straal van 500 meter in stedelijke gebieden met een woonkern van minimaal 5.000 inwoners opgerekt naar 1 kilometer. Deze afstand is zeker voor kwetsbare ouderen echter lastig te overbruggen (zie bijvoorbeeld Höppner & Arnold 2013; Driest 2004).

Met name in plattelandsgebieden staat het draagvlak voor voorzieningen onder druk (Van den Berg et al. 2015; Steenbekkers & Vermeij 2013; Van Dam 2012).<sup>58</sup> Zo laat onderzoek van het Fries Sociaal Planbureau zien dat in de kleine Friese dorpen (minder dan 500 inwoners) en middelgrote Friese dorpen (500-1500 inwoners) de supermarkt, pinautomaat en de huisarts vaak niet meer aanwezig zijn (De Vries & Van der Veen 2016). De gemiddelde afstand over de weg tot voorzieningen is in plattelandsgebieden dan ook beduidend groter dan in meer stedelijke gebieden (Daalhuizen et al. 2019)). Het verdwijnen van voorzieningen en de grote afstand tot voorzieningen is hangt echter samen met de toenemend mobiliteit van de bevolking en is alleen problematisch voor ouderen en voor mensen met mobiliteitsproblemen (Christiaanse & Haartsen 2017; De Vries & Van der Veen 2016). De schaalvergroting van het bestaan heeft directe gevolgen voor de functionele geschiktheid van de woonomgeving voor ouderen.

Hoewel voorzieningen soms verdwijnen, neemt de variatie in functies per voorziening overigens wel toe (Van Dam 1995). Denk bijvoorbeeld aan de combinatie van levensmiddelenwinkels met een postagentschap en bankautomaat (NRC 2014; ND 2003). Het verdwijnen van het aantal banken en postkantoren kan dus deels worden gecompenseerd door een toename van het aantal servicepunten vermengd met andere voorzieningen. Een specifiek op ouderen gerichte voorziening waar vaak functiemenging optreedt, zijn woonzorglocaties. Naast intramurale opvang bieden woonzorglocaties tevens een keur aan voorzieningen voor zowel de eigen inwoners als voor ouderen die in de directe nabijheid (nog) zelfstandig wonen. Denk bijvoorbeeld aan een restaurant, een klein winkeltje, een recreatieruimte en de mogelijkheid om hier naar de kapper of pedicure te gaan (Van den Berg et al. 2015, Höppner & Arnold 2013). Woon- en zorgcomplexen vervullen daarmee een belangrijke buurtfunctie, als ondersteuning bij de zelfredzaamheid van ouderen in de directe omgeving (Tennekes et al. 2017).

### ***Functionele geschiktheid woonomgeving in kaart***

In welke mate wonen ouderenhuishoudens nu in een functioneel geschikte woonomgeving? Hiervoor is eerst gekeken naar de nabijheid van triple A voorzieningen (supermarkt, arts en apotheek) en de nabijheid tot een openbaar vervoer halte (zie bijlage ov-haltes). Separaat is ook de nabijheid tot een woonzorglocatie in kaart gebracht vanuit de veronderstelde buurtfunctie van woonzorglocaties (Tennekes et al. 2017, zie bijlage woonzorglocaties). Ouderen zonder somatische klachten, kunnen doorgaans verder lopen dan ouderen met somatische problemen. In deze studie is daarom gekeken of ouderen een voorziening op loopafstand (afgeleid van de afstand over de openbare weg) hebben van 200 meter, tussen de 200 en 500 meter, tussen de 500 en 800 meter of dat ze meer dan 800 meter moeten lopen om bij de voorziening te komen.<sup>59</sup> Daarbij is gebruikgemaakt van de CBS nabijheidsstatistieken (zie ook Inleiding). Ten tweede is gekeken naar het aantal primaire voorzieningen op loopafstand (binnen 500 meter) van de woning. Wanneer alle primaire voorzieningen op loopafstand zijn, wordt de woonomgeving als zeer geschikt bestempeld om langer zelfstandig te wonen. Zijn er drie primaire voorzieningen op loopafstand dan is de woonomgeving als geschikt geclassificeerd. Wanneer zich maar twee primaire voorzieningen op loopafstand bevinden van de woning bevinden dan is de woonomgeving matig geschikt met het oog op het langer zelfstandig wonen van ouderen. Wanneer er maar één of helemaal geen primaire

---

<sup>58</sup> Een ander voorbeeld is dat de ambulancenorm steeds vaker niet wordt gehaald in het landelijke gebied mede door de lagere dichtheid in ambulanceposten (Nederlandse Zorgautoriteit 2016a, <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/ambulances-nog-regelmatig-te-laet.7838758.lynkx>).

<sup>59</sup> Bij de afstand tot een woonzorglocatie is gebruik gemaakt van hemelsbrede afstanden in plaats van de afstand over de openbare weg.

voorzieningen op loopafstand zijn, dan is de woonomgeving vanuit functioneel oogpunt respectievelijk weinig tot niet geschikt om langer zelfstandig te wonen.

#### *Kwetsbare ouderen wonen dichtbij voorzieningen*

De meeste ouderen wonen niet heel dichtbij primaire voorzieningen (tabel 3.1). Wel wonen oude ouderen vaker op rollatorafstand (binnen 200 meter van de woning) van een supermarkt dan jongere ouderen. Zo heeft van de zelfstandig wonende 85-plussers bijna een derde een ov-halte binnen 200 meter wandelen en woont bijna een kwart uiteindelijk in de nabijheid van een woonzorglocatie (tegen 6 procent van de 55-64 jarigen). Het is mogelijk dat zij vormen van aanleunwoningen bewonen. Het verschil tussen de jongste en de oudste zelfstandig wonende leeftijdsgroepen is het grootst voor de nabijheid van een woonzorglocatie.

**Tabel 3.1 De nabijheid van voorzieningen binnen 200 meter naar leeftijdsklasse**

	supermarkt	huisarts	apotheek	OV-halte	Woonzorglocatie
<b>55-64</b>	7	6	4	23	6
<b>65-74</b>	7	7	4	24	7
<b>75-84</b>	9	8	5	27	12
<b>85+</b>	11	10	7	31	23

Bron: CBS, bewerking RIGO/PBL.

Ouderen met een risico op somatische beperkingen of met een somatische indicatie wonen gemiddeld genomen dichtbij primaire voorzieningen dan ouderen die geen beperkingen hebben (tabel 3.2). Van de ouderen met een risico op somatische aandoeningen of een somatische indicatie woont circa 11 procent op 'rollatorafstand' van een supermarkt. Voor ouderen zonder beperkingen geldt dit voor 7 procent. Het gros van de ouderen heeft een openbaar vervoer halte op loopafstand; het openbaar vervoer is daarmee veel nabijder dan bijvoorbeeld de supermarkt voor de dagelijkse boodschappen.

Veel ouderen moeten veel verder dan 200 meter lopen om bij primaire voorzieningen te komen (tabel 3.2). Zo moet ongeveer de helft van de ouderenuishoudens verder dan 800 meter lopen om bij de dichtstbijzijnde apotheek te komen. En ongeveer een derde van de ouderenuishoudens heeft geen supermarkt in de directe omgeving; de dichtstbijzijnde supermarkt bevindt zich op meer dan 800 meter lopen. Van de ouderen met een risico op somatische problemen, heeft 22 procent geen supermarkt binnen 800 meter; 31 procent heeft geen huisarts en 38 procent heeft geen apotheek op loopafstand. Gezien de trend van 'aging in place' wijzen Horner en collega's (2015) op de mogelijke beperkingen die ook de toekomstige generatie ouderen gaat ervaren met het voorzieningenniveau in hun huidige woonbuurt. Dit sluit nauw aan bij het vraagstuk hoe het voorzieningenniveau in bepaalde gebieden van Nederland, zoals landelijke gebieden en groeikernen is opgewassen tegen de vergrijzingsgolf (Christiaanse 2016; De Jong & Daalhuizen 2014)

**Tabel 3.2 Nabijheid primaire voorzieningen voor ouderenuishoudens naar (risico op) somatische aandoeningen**

Afstanden	Beperkingen	Supermarkt	Huisarts	Apotheek	OV-halte
<b>200 meter of minder</b>	Geen beperkingen	7.0	6.4	4.0	23.3
	Somatische risico	11.7	9.7	6.8	30.6
	Indicatie Somatic	11.1	10.3	6.8	30.4
	Totaal	8.4	7.5	4.9	25.6
<b>200-500 meter</b>	Geen beperkingen	27.3	23.8	18.4	48.7
	Somatische risico	37.9	31.6	27.3	53.5
	Indicatie Somatic	34.6	29.0	24.1	50.1
	Totaal	30.3	26.0	20.8	49.8
<b>500-800 meter</b>	Geen beperkingen	26.8	24.9	23.1	17.1
	Somatische risico	28.3	27.8	27.7	12.1
	Indicatie Somatic	27.4	26.3	25.7	13.1
	Totaal	27.2	25.6	24.3	15.6
<b>Meer dan 800 meter</b>	Geen beperkingen	38.9	44.9	54.6	10.8
	Somatische risico	22.1	30.8	38.2	3.8
	Indicatie Somatic	26.9	34.4	43.4	6.4
	Totaal	34.2	40.9	50.0	8.9

Bronnen: CBS, REISinformatiegroep 2018, bewerking RIGO/PBL

Een manier om het voorzieningenniveau af te stemmen op vergrijzing is door gebruik te maken van woonzorglocaties (zie ook De Kam et al. 2012 en te verschijnen in 2019). Woonzorglocaties kunnen ook een buurtfunctie bieden aan ouderen in aanleunwoningen en voor zelfstandig wonende ouderen in de omgeving. De nabijheid van een woonzorglocatie kan op verschillende manieren het langer zelfstandig wonen bevorderen. Het kan beleefd worden als een positief gevoel van zekerheid dat men daar zo nodig terecht kan. Een woonzorglocatie in de buurt impliceert dat er een professionele zorgorganisatie is die belang heeft bij wat er in die buurt geboden wordt aan zelfstandig wonende ouderen. En sommige woonzorglocaties bieden ook dagverzorging, maaltijden, steunpunten, prikposten, kappers of andere voorzieningen die belangrijk zijn voor zelfstandig wonende ouderen. Tot slot is het mogelijk dat ook het sociale klimaat een rol speelt. Tabel 3.3 toont dat ruim een vijfde van de ouderen met een indicatie voor somatiek in de directe (rollator)nabijheid van een woonzorglocatie wonen, terwijl dit voor de ouderen zonder beperking nog geen 8% is.

**Tabel 3.3 Nabijheid woonzorglocatie voor ouderenuishoudens naar (risico op) somatische aandoeningen**

	geen beperking	Somatisch risico	Indicatie somatiek	Totaal
<b>200 meter of minder</b>	7.7	13.2	20.9	10.9
<b>200-500 meter</b>	25.1	29.1	24.8	25.8
<b>500-800 meter</b>	22.6	23.9	20.3	22.6
<b>Meer dan 800 meter</b>	44.7	33.8	33.9	40.7

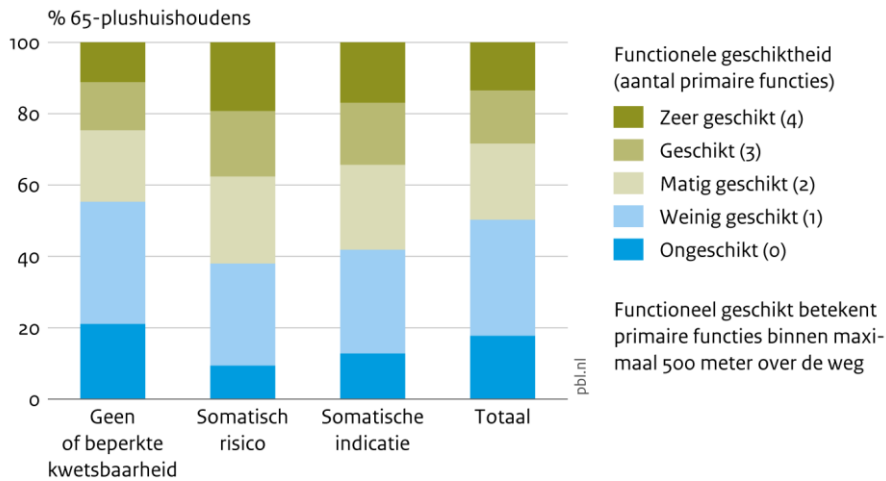
Bronnen: CBS, LISA, bewerking RIGO/PBL.

Hoewel er geen landsdekkend overzicht is van de mate waarin woonzorglocaties een functie voor de buurt vervullen, of van de veranderingen daarin als gevolg van de transitie en andere maatschappelijke ontwikkelingen, zijn er ook signalen uit onderzoek die bevestigen dat de buurtfunctie van woonzorglocaties onder druk staat. Verbeek (2015) signaleert in haar onderzoek naar drie cases in het Noorden van het land dat de buurtfunctie soms maar bescheiden is en zich beperkt tot de bewoners van de aanleunwoningen. Omdat de Wlz de toegang tot intramuraal wonen beperkt is tot ouderen met een zware zorgbehoefte, wordt een voorziening die sterk de sfeer van een verpleeghuis ademt, door meer vitale ouderen steeds minder vanzelfsprekend gezien als een plek waar zij graag gaan eten of deelnemen aan activiteiten. Bovendien bieden de budgetten in de Wlz minder ruimte om wijkgerichte functies te exploiteren, de regeling voor het financieren van zorginfrastructuur bestaat niet meer. Wel ontstaat de intentie om de buurtfunctie te versterken op het moment dat het besluit voorligt om een locatie te handhaven of te transformeren. Diverse exploitanten van verzorgingshuizen nemen concrete initiatieven om 'aanverwante' of 'sectorvreemde' diensten in het gebouw te behouden of te versterken, zodat ontmoetingsplekken ontstaan (Tennekes et al. 2017).

Zagen we eerder dat ouderenuishoudens vaak in een woning wonen die geschikt (te maken) is, bij de woonomgeving knelt het wat meer. Want van alle 65-plushuishoudens woont de helft in een woonomgeving die vanuit functioneel oogpunt weinig of niet geschikt is om langer zelfstandig te wonen (figuur 3.33); slechts 27 procent van de ouderenuishoudens woont in een woonomgeving die (zeer) geschikt is. Zij hebben ten minste drie van de vier primaire voorzieningen (arts, apotheek, supermarkt en ov-halte) op 500 meter lopen liggen. Ouderen met een risico op somatische beperkingen of een somatische indicatie wonen vaker in een vanuit functioneel oogpunt bezien geschikte woonomgeving dan ouderen die geen risico lopen. Circa 261 duizend ouderenuishoudens hebben een risico op somatische beperkingen of een somatische indicatie en wonen in een weinig tot niet geschikte woonomgeving.

**Figuur 3.33**

**Aandeel 65-plushuishoudens in functioneel geschikte woonomgeving naar kwetsbaarheid, 2015**



Bron: CBS; bewerking RIGO/PBL

De mate waarin ouderen in een geschikte of minder geschikte woonomgeving wonen, verschilt regionaal (figuur 3.34). Zagen we bij de woningen dat de steden er negatief uitsprongen, bij de functionele woonomgeving springen ze juist in positieve zin in het oog. Ouderen in de Noord of Zuidvleugel van de Randstad wonen namelijk vaker op loopafstand van primaire voorzieningen en wonen daarmee in een woonomgeving die vanuit functioneel oogpunt (zeer) geschikter is dan bijvoorbeeld veel plattelandsgebieden. Dit is logisch aangezien de gemiddelde afstand tot een huisarts of supermarkt in de stad kleiner is dan op het platteland. Ouderen in een landelijke woonomgeving lijken dus meer aangewezen te zijn op hun eigen zelfredzaamheid dan ouderen in een stedelijke woonomgeving (Vermeij 2016). Van alle 65-plushuishoudens in de Achterhoek heeft 60 procent geen of maar één van de primaire voorzieningen op een loopafstand van 500 meter. Voor de ouderenuishoudens in de regio Amsterdam geldt dit voor zo'n 37 procent. Dit is evenwel nog altijd een behoorlijk aandeel als je uitgaat van een maximale loopafstand van 200 meter voor ouderen met beperkingen. In het tekstkader 'Wonen in een weinig tot niet geschikte woonomgeving' wordt verder ingezoomd op de verschillen tussen gemeenten in de twee casusregio's Amsterdam en de Achterhoek.

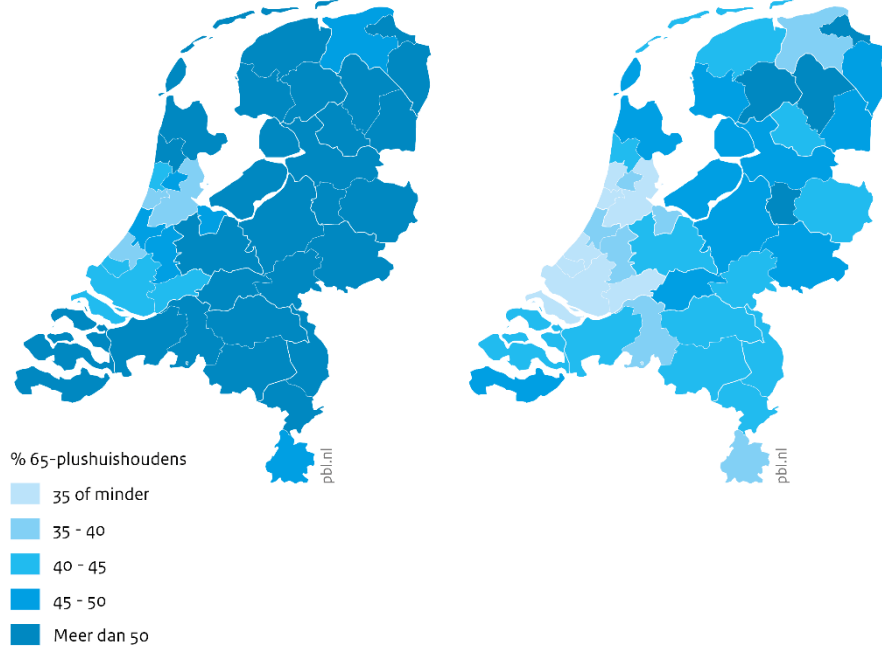
Als ouderen in een weinig tot niet geschikte woonomgeving wonen, dan is er niet gelijk sprake van een problematische situatie. Zolang een oudere nog vrij vitaal en mobiel is, is het voor ouderen vaak nog wel mogelijk om wat verder te lopen naar voorzieningen zoals de supermarkt of huisarts. Voor ouderen met somatische beperkingen of een somatische indicatie kan het wel degelijk een probleem zijn om niet in de nabijheid – of op rollatorafstand – van voorzieningen te wonen. Problematische woonsituaties waarbij ouderenuishoudens met een risico op somatische beperkingen of met een somatische indicatie in een weinig tot niet geschikte woonomgeving wonen komen vaker voor in de noordelijke en oostelijke gelegen regio's dan in het westen van het land (figuur 3.34). In Rijnmond woonde in 2015 ongeveer een derde van de ouderen met somatische problematiek in een weinig tot niet geschikte woonomgeving terwijl dat voor ouderen in Noord-Drenthe voor meer dan de helft gold.

**Figuur 3.34**

**Aandeel 65-plushuishoudens in weinig tot niet geschikte woonomgeving per COROP-regio, 2015**

65-plushuishoudens

Somatische problematiek



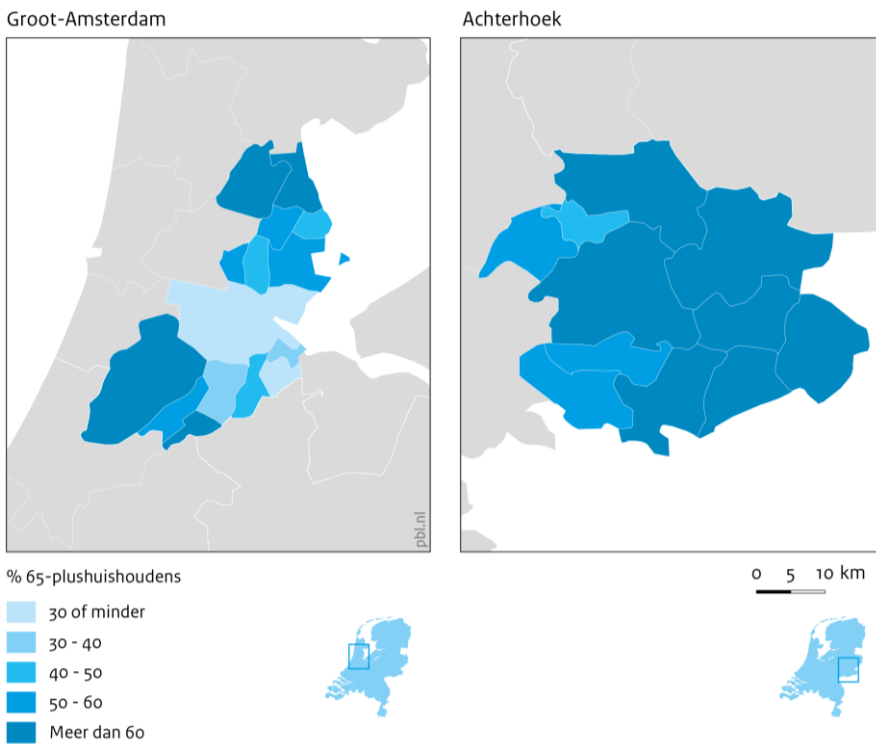
Bron: CBS; bewerking PBL/RIGO

## Tekstkader: Wonen in een weinig tot niet geschikte woonomgeving

In de regio Amsterdam is de woonomgeving vanuit functioneel opzicht, vanwege de nabijheid tot primaire voorzieningen, geschikter om langer zelfstandig te blijven wonen dan in de Achterhoek. Binnen de regio Amsterdam zijn echter grote verschillen waar te nemen tussen gemeenten. In de kleine en meer landelijke gemeenten Zeevang en Beemster woont respectievelijk 79 en 73 procent van de thuiswonende ouderen in een weinig tot niet geschikte woonomgeving. Voor thuiswonende ouderen in de stad Amsterdam geldt dit voor slechts 23 procent van hen. In Purmerend woont ongeveer de helft van de thuiswonende ouderen in een weinig tot ongeschikte woonomgeving.

Ook in de Achterhoek zien we een scheidslijn tussen meer stedelijke gemeenten en meer landelijke gemeenten. Deze verschillen hangen samen met het dichtere voorzieningenniveau in steden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de verschillen tussen gemeenten in deze regio minder groot zijn. In centrumgemeente Doetinchem woont circa 54 procent van de ouderenhuishoudens in een woonomgeving die vanuit functioneel oogpunt weinig tot niet geschikt is. Voor de ouderenhuishoudens in het meer landelijke Bronckhorst en Oost Gelre geldt dit voor respectievelijk 69 en 70 procent.

### Aandeel 65-plushuishoudens in weinig tot niet geschikte woonomgeving per gemeente, 2015



Bron: CBS/Woonzorgwijzer (2015); bewerking PBL/RIGO

In de Achterhoek is de kwaliteit van de sociale omgeving (mantelzorg en professioneel) van groter belang, omdat de functionele geschiktheid van de woonomgeving nu al beperkt is. Men is van oudsher gewend dat de afstand tot voorzieningen relatief groot is. Maar met de toenemende krimp en vergrijzing is het wel een knelpunt dat commerciële partijen weinig dienstverlening aan huis leveren, omdat dit bij de lage dichtheid niet rendabel is (boodschappendiensten, huishoudelijke hulp, thuiskeepers etc). Ook ervaren aanbieders van zorg en ondersteuning concurrentie bij het vervullen van vacatures, als gevolg van de krimpende beroepsbevolking. Zowel het openbaar vervoer als de digitale infrastructuur is problematisch in het buitengebied. Dit versterkt de dreiging van bereikbaarheidsarmoede. Gemeenten willen met het planologisch instrument van woningsplitsing de woonsituatie van ouderen verbeteren, zeker op verspreide locaties in het buitengebied (waar een gezin in de tweede woning de oudere buur kan ondersteunen). Maar dit wordt door provincie gezien als bevorderend voor de leegstand (omdat daarmee een ander huis 'leeg' blijft).

Maar ook in stedelijke buurten van Amsterdam zien professionals het voorzieningenniveau verschromen, terwijl dit noodzakelijk is voor het gespreid zelfstandig wonen van ouderen. De gemeente Amsterdam zet daarom in op het openhouden van resterende woonzorglocaties waar omwonenden diensten kunnen (blijven) afnemen (ism met eigenaren corporaties en zorgaanbieders), want het Wmo-budget is niet toereikend voor alle aanvragen die gedurende het jaar ingediend worden. Ook komt binnen bepaalde wijken het draagvlak onder druk te staan als gevolg van stapeling/concentratie van mensen met een zwakkere positie in de samenleving, die al moeite genoeg hebben zichzelf staande te houden (laat staan een ander te ondersteunen).



### ***Boodschappen aan huis als oplossing voor afwezigheid buurtsuper?***

Als ouderen niet op loopafstand wonen van primaire voorzieningen dan is de woonomgeving vanuit functioneel opzicht minder geschikt voor het langer zelfstandig wonen. Tegelijkertijd kun je de vraag stellen of de fysieke aanwezigheid van voorzieningen (nog) wel zo belangrijk is. Ouderen kunnen immers ook hun boodschappen bij supermarkten bestellen die aan huis bezorgen. En apotheken kunnen medicijnen ook thuis bezorgen als een oudere niet in staat is om de medicijnen zelf af te halen. Internet- en bezorgdiensten kunnen bepaalde voorzieningen dus 'dichterbij' brengen en een functioneel minder geschikte woonomgeving op die manier geschikter maken. De mate waarin internet- en bezorgdiensten de afwezigheid van fysieke voorzieningen op loopafstand kunnen compenseren is echter (nog) onduidelijk. Dit hangt deels samen met een aantal knelpunten, waaronder in de digitale infrastructuur en de digitale vaardigheden van ouderen.

Ten eerste is de mobiele dekking in Nederland weliswaar vergevorderd, maar nog lang niet overal van voldoende kwaliteit. Er zijn 'witte vlekken', met name in dorpen. En door deze witte vlekken kunnen levensbedreigende situaties niet altijd adequaat genoeg opgelost worden (Meindertsma & Van der Parre 2016). Ook beschikken nog altijd niet alle Nederlanders thuis over internet. Volgens het NRC is dit te wijten aan een 'duopolie' van KPN en Ziggo in het buitengebied, waarbij KPN investeert in glasvezel tot de wijkkast (en niet de voordeur) en Ziggo het kabelnetwerk niet actief uitbreidt (Hijink 2017). Er is sprake van een 'digital divide', oftewel een kloof tussen digitaal goed ontsloten stedelijke gebieden en de door lage abonneedichtheid slecht ontsloten landelijke gebieden. En deze digitale kloof zal naar verwachting toenemen. In stedelijke gebieden verloopt de introductie en adoptie van nieuwe technieken via glasvezel en 4G/5G mobiele netwerken immers al sneller dan in landelijke gebieden, waar de dekkinggraad achterblijft (Townsend et al 2013, Salemink et al. 2017). Ten tweede, ook als gebieden en woningen goed ontsloten zijn, betekent dit niet vanzelfsprekend dat er exploitanten zijn die digitale diensten aanbieden. Zo zijn de mogelijkheden om online boodschappen te doen bijvoorbeeld nog beperkt in gebieden waar het aantal voorzieningen en supermarkten terugloopt. Vooral in Noord-Nederland is het vaak nog niet mogelijk om online boodschappen te bestellen (Retailnieuws 2017).

Ten derde zijn er knelpunten in de digitale vaardigheden van ouderen. Hoewel ouderen wel een inhaalslag hebben gemaakt in de afgelopen jaren, is online shoppen voor ouderen voorts nog minder gebruikelijk dan voor andere generaties (Ruigrok Netpanel 2017). Dus zelfs als de toegang tot het internet goed is geregeld en het aanbod van digitale diensten op peil is, dan nog is het niet gezegd dat de fysieke afwezigheid van bepaalde voorzieningen kan worden gecompenseerd door digitale diensten.

### **3.8.3 Sociale geschiktheid woonomgeving**

De vraag of ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, hangt tot slot ook af van de geschiktheid van de sociale woonomgeving (Buffel et al. 2012). Buffel et al. (2012) verklaren aan de hand van vijf redenen waarom deze sociale woonomgeving voor ouderen zeer belangrijk is. Allereerst merken deze wetenschappers op dat ouderen relatief veel tijd doorbrengen in hun directe woonomgeving (zie ook Philipson 2007). Volgens Blokland (2003) kan dit grotendeels verklaard worden, doordat ouderen hun woonomgeving zodra zij met pensioen zijn niet meer hoeven te verlaten om naar hun werk te gaan. Daarnaast hechten mensen naarmate zij ouder worden meer waarde aan hun directe woonomgeving (Buffel et al. 2012; Krause 2004). Met name bij ouderen die al gedurende een langere periode in een bepaalde woonomgeving wonen, kan deze woonomgeving een gevoel van controle en/of onafhankelijkheid oproepen (Buffel et al. 2012; Fogel 1992). De derde reden waarom de sociale woonomgeving voor ouderen zeer belangrijk is, hangt nauw met deze tweede reden samen. Het langer zelfstandig thuis wonen is niet alleen een beleidsdoelstelling, maar ook een grote wens van ouderen zelf (Means 2007). Zelfs als zij zorg nodig hebben, economische problemen hebben of in een inadequate woonomgeving wonen, willen ouderen het liefst zo lang

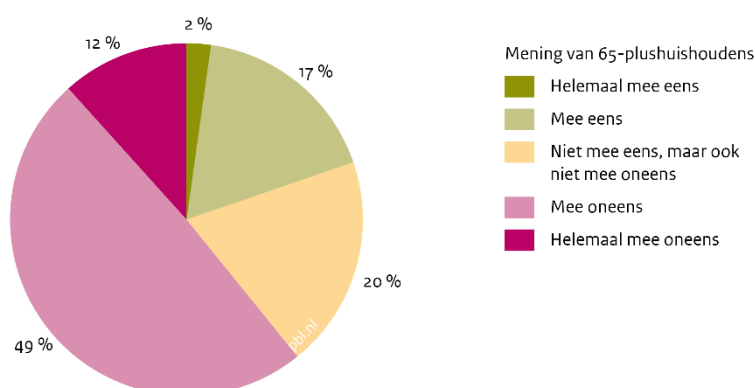
mogelijk in hun vertrouwde woonomgeving blijven wonen (Gilleard et al. 2007; Verté et al. 2007).

Ten vierde vinden ouderen het belangrijk om deel uit te maken van een groter geheel, van een sociaal netwerk. Binnen de directe sociale woonomgeving van ouderen kan deze wens tot insluiting vervuld worden (zie ook Phillipson 2007). Echter, hierbij dient opgemerkt te worden dat de sociale woonomgeving van ouderen ook tot het tegenovergestelde, namelijk tot uitsluiting, kan leiden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn op het moment dat het grootste deel van de plaatselijke bevolking verhuist en ouderen zich niet meer kunnen identificeren met de nieuwe bewoners. Ten slotte kunnen buurtnetwerken voorzien in de behoefte aan sociale relaties van ouderen die zelf geen toegang (meer) hebben tot bredere sociale netwerken (Buffel et al. 2012). Ouder worden gaat immers gepaard met een afname van de actieradius (Peace et al. 2007). Hierdoor wordt de nabijheid van interactie- en ontmoetingsmogelijkheden, met name voor oudere ouderen, steeds belangrijker (Buffel et al. 2012). Binnen sociale netwerken die zich in de nabijheid van ouderen bevinden, krijgen ook minder mobiele ouderen de kans om te socialiseren.

De sociale relaties die ouderen in hun buurt (directe woonomgeving) onderhouden, zijn volgens Penninx en Royers (2007) grofweg te verdelen in twee categorieën. Allereerst onderhouden ouderen volgens deze onderzoekers veelal "oppervlakkige" persoonlijke relaties die over het algemeen toevallig tot stand komen. Denk hierbij aan contacten met lokale winkeliers en de postbode. Ook de mensen die ouderen van gezicht kennen en groeten op straat of bij de bushalte vallen onder deze categorie sociale relaties. Daarnaast onderscheiden Penninx en Royers (2007) de sociale relaties die ouderen op gezette momenten onderhouden binnen buurtnetwerken. Onder buurtnetwerken worden onder andere kerken, kroegen en sportverenigingen verstaan. De sociale relaties die binnen dergelijke sociale verbanden in stand gehouden worden, zijn volgens deze wetenschappers minder oppervlakkig, omdat de deelnemers van buurtnetwerken elkaars geschiedenis over het algemeen min of meer kennen. Aan de hand van de data die is verzameld voor WoON 2015 kan geconcludeerd worden dat een grote meerderheid van de 65-plussers (61 procent) het gevoel heeft dat de bewoners uit de buurt waar zij woonachtig zijn elkaar goed kennen (zie figuur 3.35). Daarnaast blijkt dat het merendeel van de 65-plussers veel contact heeft met zijn/haar directe burens (zie figuur 3.36).

**Figuur 3.35**

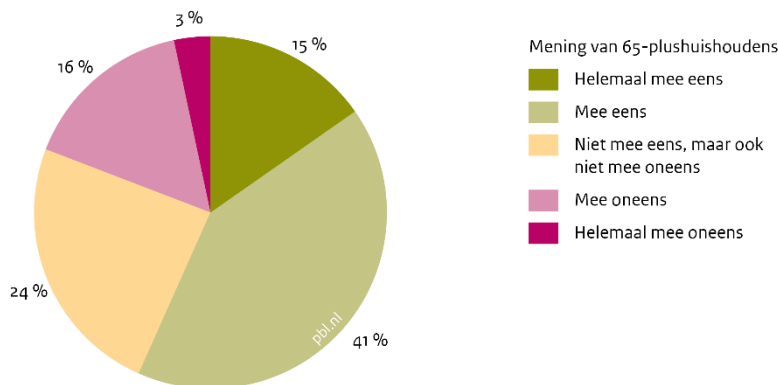
**Mensen kennen elkaar in deze buurt nauwelijks, 2015**



Bron: WoON 2015; bewerking PBL

**Figuur 3.36**

**Ik heb veel contact met mijn directe buren, 2015**



Bron: WoON 2015; bewerking PBL

De mogelijkheid om buurtgenoten te ontmoeten, is mede afhankelijk van de mate waarin hiervoor in de sociale woonomgeving voldoende fysieke, laagdrempelige mogelijkheden aanwezig zijn. Denk hierbij aan voorzieningen zoals een bibliotheek, kerk, zwembad, buurthuis, restaurant, terrasjes en overdekte winkelcentra. Ook parken en plantsoenen worden door ouderen gezien als een prettige omgeving om hun sociale contacten vorm te geven en te onderhouden (Thissen & Van der Straeten 2015). Over het algemeen vinden ouderen dat zij binnen hun directe woonomgeving voldoende mogelijkheden hebben voor ontmoeting, recreatie, cultuur, vorming en educatie (Thissen & Van der Straeten 2015). Echter, dit is niet vanzelfsprekend het geval binnen iedere woonomgeving. In sommige woonomgevingen concurreren verschillende doelgroepen bijvoorbeeld met elkaar om het gebruik van de beperkt beschikbare openbare ruimten (De Volkskrant 2005b). Daarnaast wordt de samenkoms van ouderen in openbare ruimten in sommige woonomgevingen door medebuurtbewoners niet gewaardeerd (De Volkskrant 2005b). In Oude Pekela werd in april 2005 bijvoorbeeld tijdelijk een samscholingsverbod ingesteld voor winkelcentrum De Helling, omdat de ouderen die hier samskwamen overlast zouden veroorzaken voor winkeliers en het winkelende publiek (De Volkskrant 2005b). Dit leidde tot zoveel verontwaardiging, dat binnen het bewuste winkelcentrum uiteindelijk speciaal voor de ouderen een hangplek is ontworpen (De Volkskrant 2005b).

Er zijn grote lokale verschillen waar te nemen in de mate waarin de sociale woonomgeving geschikt is voor ouderen. Met name kleine, relatief afgelegen dorpen lijken voor de oudste ouderen in Nederland minder geschikt te zijn (Thissen & Van der Straeten 2015; Droogleever Fortuijn et al. 2006). Deze ouderen zijn immers in sterke mate op hun directe woonomgeving aangewezen en in deze veelal krimpgebieden is de aanwezigheid van lokale ontmoetingsruimten over het algemeen zeer beperkt. Ouderen die in kleine, relatief afgelegen dorpen woonachtig zijn, kunnen daardoor voor sociale interacties minder gemakkelijk bij hun buurtgenoten terecht (Thissen & Van der Straeten 2015, Vermeij 2016). Daarnaast zijn er verschillen waar te nemen tussen stedelijke en landelijke gebieden. Het gaat hier hoofdzakelijk om maatschappelijke verschillen die verklaard kunnen worden door het verschillende karakter van de stad en het platteland. Ouderen voelen zich over het algemeen bijvoorbeeld vaker onveilig in stedelijke gebieden en dan met name op plekken met (veel) hangjongeren en/of veel criminaliteit. Ook gedepriveerde buurten, met veel vandalisme en (hang)jongeren lijken daarom voor ouderen geen geschikte sociale woonmilieus te zijn (Thissen & Van der Straeten 2015).

Hierbij dient opgemerkt te worden dat ouderen zelf eigenlijk altijd in interactie staan met hun omgeving. Zij zijn hierdoor zelden alleen het slachtoffer van hun omgeving, maar geven hun omgeving ook mede vorm (Thissen & Van der Straeten 2015). Aan dit

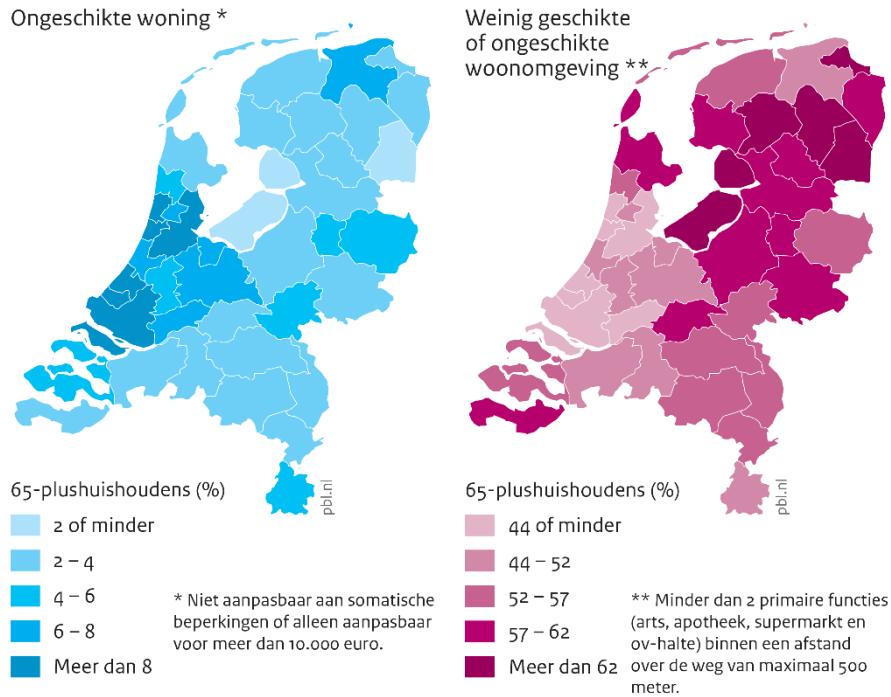
vormgevingsproces kan op verschillende manieren invulling gegeven worden. Het is voor ouderen bijvoorbeeld mogelijk om actief te participeren in hun directe woonomgeving en hieraan een tastbare bijdrage te leveren, zoals een net plantsoen of bingoavond. Ouderen staan echter ook in contact met hun omgeving op het moment dat zij enkel betekenis aan hun omgeving ontleen (Thissen & Van der Straeten 2015). De betekenis die ouderen aan hun omgeving ontleen is immers per definitie subjectief en wordt mede bepaald door de bril van waaruit de oudere zijn/haar omgeving beoordeelt en dus indirect vormgeeft. In de sociale woonomgeving die voor de ene oudere passend is, hoeft een andere oudere zich bijvoorbeeld niet per definitie op zijn/haar gemak te voelen. Dit betekent overigens niet dat ouderen altijd zelf de keus hebben voor het woonmilieu waarbinnen zij woonachtig zijn. Integendeel, soms komen ouderen per toeval in een bepaalde sociale woonomgeving terecht (Thissen & Van der Straeten 2015).

### 3.9 De bakstenen én de omgeving

Het merendeel van de ouderenuishoudens woont in een woning die geschikt (te maken) is voor het langer zelfstandig wonen. Deze woningen voldoen aan de eisen die het langer zelfstandig wonen stelt aan een woning of zijn tegen relatief beperkte kosten aan te passen (paragraaf 3.7). Maar woningen die geschikt (te maken) zijn, staan lang niet altijd in een woonomgeving die geschikt is. En een woonomgeving laat zich minder makkelijk aanpassen dan een woning. In woonomgevingen die vanuit functioneel oogpunt minder geschikt zijn voor het langer zelfstandig wonen, zijn relatief veel geschikte woningen en in zeer geschikte woonomgevingen zijn de woningen relatief vaak ongeschikt (zie figuur 3.37). Dit is verklaarbaar omdat ongeschikte woningen – zoals portiekflats zonder lift – vooral in de steden zijn te vinden waar het voorzieningenniveau doorgaans hoger is dan in de meer landelijke gebieden, die er juist uitspringen als gebieden waar ouderen vaak in een woning wonen die geschikt (te maken) is. Vaak gaat het hier om grotere eengezinswoningen.

**Figuur 3.37**

**Aandeel 65-plushuishoudens in ongeschikte woonsituatie per COROP-regio, 2015**



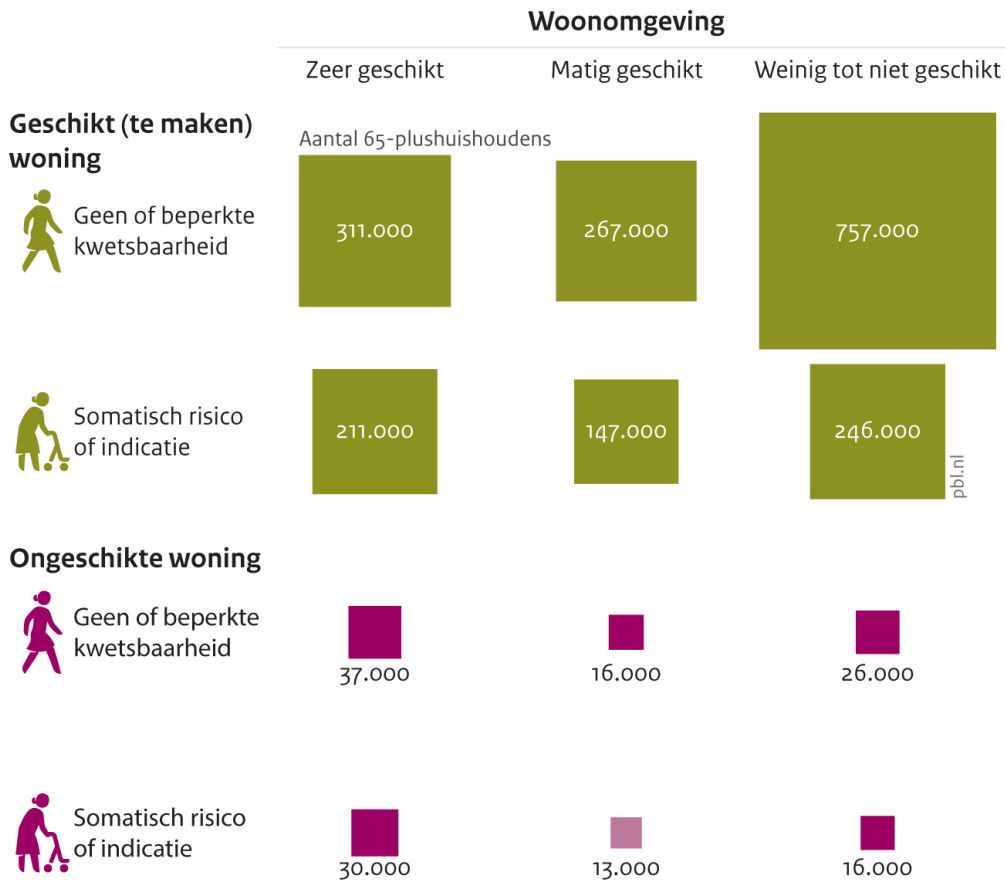
Bron: BAG, REISinformatiegroep, CBS en RIGO; bewerkingen PBL/RIGO

Van alle ouderenuishoudens in een woning die geschikt (te maken) is, woonde iets meer dan de helft in een woonomgeving die weinig tot niet geschikt was (figuur 3.38). In totaal gaat het hier om ruim een miljoen thuiswonende ouderenuishoudens. Ruim een kwart woonde in een woonomgeving die vanuit functioneel oogpunt (zeer) geschikt was. Ouderen met een risico op somatische problemen of een somatische indicatie ('somatische problematiek'), wonen vaker in een woonomgeving die (zeer) geschikt is: voor een derde van hen is dit het geval. Dit komt deels doordat ouderen met somatische problemen vaker verhuizen. Als ouderen verhuizen, verhuizen zij immers vaak naar een woonomgeving waar de voorzieningen nabij zijn.

Ouderen die in een woning wonen die weinig geschikt is voor het langer zelfstandig wonen, wonen vaak in een woonomgeving die (zeer) geschikt is; voor de helft van hen is dit het geval. Dit hangt samen met het feit dat ongeschikte woningen, zoals portiekflats, vaak in sterk stedelijke woonomgevingen zijn te vinden waar op 'elke hoek' wel een supermarkt zit. Van de ouderen met somatische problematiek (zij lopen ofwel een risico of hebben een indicatie) in een ongeschikte woning, woont ongeveer een kwart in een woonomgeving die niet of weinig geschikt is voor het langer zelfstandig wonen. Bij deze groep, circa 15.000 ouderenuishoudens, is de woonsituatie in het bijzonder problematisch te noemen. Want niet alleen de woning maar ook de woonomgeving is weinig tot niet geschikt.

**Figuur 3.38**

**Geschiktheid van de woonsituatie van 65-plushuishoudens naar kwetsbaarheid, 2015**



Bron: CBS, RIGO; bewerking RIGO/PBL

Noot: Ouderenhuishoudens met somatische problemen omvatten ouderenhuishoudens met een risico op somatische problemen en/of een somatische indicatie. Aantallen afgerond op 1.000 tallen.

Het is al met al belangrijk om mogelijke knelpunten bij de woning in samenhang te bezien met de mogelijke knelpunten die de woonomgeving oplevert. De VROM-raad waarschuwt in dit opzicht voor te veel 'digitaal denken' waarbij de woningvoorraad wordt gelabeld als "wel" of "niet geschikt" voor ouderen, terwijl de werkelijkheid waarschijnlijk een veel genuanceerder beeld laat zien van gradaties van geschiktheid al naar de eigenschappen van de woning in combinatie met kenmerken van de omgeving (VROM Raad 2005).

Als je kijkt naar woningvoorraad in combinatie met woonomgeving dan wijst de Rijksbouwmeester Floris Alkemade op knelpunten in de naoorlogse woningvoorraad. Deze bestaat uit te grote woningen waarbij de woonwijken zijn ingericht op automobilisten en slecht toegankelijk voor voetgangers. Ook is het verschrallende verenigings- en familielevens of de teruglopende rol van de kerk in het sociaal leven niet opgevangen door het faciliteren van nieuwe ontmoetingsplekken, die zo belangrijk zijn in het welzijn van ouderen. Sterker nog, het sluiten van woonzorglocaties doet het aanbod van voorzieningen en activiteiten voor ouderen in de wijk verder afnemen (NOS 2018).

En juist vanuit zo'n woonzorglocatie kunnen aan zelfstandig wonende ouderen aanvullende (buurt)voorzieningen worden geleverd zoals dagverzorging, een restaurant, een winkeltje, een steunpunt, een prikpost en mogelijkheden voor bijvoorbeeld fysiotherapie (Tennekes

2017; Daalhuizen et al. 2019). Uit onderzoek naar de rol van woonzorglocaties in zogenaamde woonservicegebieden blijkt dat de fysieke conditie het mogelijk maakt de regie te richten op de verbinding van welzijn en zorg, en tussen formele en informele vormen van ondersteuning en zorg, voor bewoners én omwonenden (De Kam 2012 en te verschijnen in 2019). De mogelijkheid om lang en met behoud van kwaliteit van leven thuis te wonen hangt niet alleen af van de geschiktheid van woning en de functionele kwaliteit van de woonomgeving. Het gaat ook om de sociale omgeving, inclusief de *institutionele vormgeving* van die omgeving: het welbevinden blijft beter op peil als rond het dagelijks leven zoals een oudere dat zelf wil leiden de informele en formele zorg en ondersteuning goed op elkaar worden afgestemd (Daalhuizen et al 2019; zie ook hoofdstuk 4 en 6).

### 3.10 Besluit

De kwetsbaarheid neemt toe met het oplopen van de leeftijd en hangt samen met factoren zoals geslacht, opleidingsniveau, het hebben van chronische ziekten, de omvang van het sociaal netwerk (dat is al structureel kleiner bij eerder genoemde kenmerken) en gevoel van eenzaamheid (dat verslechtert over tijd) (Hoogendijk et al. 2016). Vrouwen en laagopgeleiden zijn bijvoorbeeld eerder kwetsbaar dan mannen en hoogopgeleiden. Verhoogde kwetsbaarheid is vervolgens van invloed op het sociaal functioneren van ouderen (Van Campen 2011; Vermeij 2016; Hoogendijk et al. 2016). Bij toenemende beperkingen leidt een verminderd activiteitenpatroon in combinatie met vraagverlegenheid geregeld tot een kleiner (sociaal en ruimtelijk) netwerk en groter isolement. De combinatie van toenemende eenzaamheid en afnemende regie heeft gevolgen voor de zelfredzaamheid van (kwetsbare) ouderen.

In dat licht is een belangrijke constatering dat ruim de helft van de ouderen in een woonomgeving woont die niet of slechts weinig geschikt is om langer zelfstandig te wonen. Gunstig is dat de woningen hiervoor goeddeels geschikt (te maken), maar het bewonen van een geschikte woning is niet toereikend als de primaire voorzieningen niet aanwezig of niet bereikbaar zijn in de directe woonomgeving. Met name in de landelijke gebieden zijn supermarkten, huisartsen, apotheken en ov-haltes niet binnen wandelafstand van de woning aanwezig<sup>60</sup>.

De toegankelijkheid van primaire voorzieningen is anderszins te bevorderen. Als de oudere zelf niet bij de voorziening komt, is de voorziening ook bij de ouderen thuis te brengen: of wel door middel van technische toepassingen zoals domotica, e-health, bezorgdiensten, et cetera), of wel door meer aanspraak te maken op het sociale vangnet. Ook de zorg die ouderen voor elkaar kunnen verzorgen speelt daarbij een rol: voor ouderen, door ouderen<sup>61</sup>. In de kwalitatieve verkenning onder experts zijn verschillende keren de grenzen van dit soort organisatiekracht onderstreept. Het bijspringen bij het doen van boodschappen kan bijvoorbeeld nog wel voor één of twee bekenden uit de buurt die wat minder goed ter been zijn, maar men kan slechts verwachten dat mobielere ouderen de hele dag voor anderen in touw zijn. De belastbaarheid van (netwerken van) ouderen is niet beschreven in een natuurwet, maar onderzoek toont aan dat de belastbaarheid vaak minder is dan verwacht wordt (Spierings 2014).

Ouderen staan dus grotendeels zelf aan de lat voor het organiseren van de invulling van de eigen woon- en zorgbehoeften. Hiermee wordt een behoorlijke claim op hun zelfredzaamheid gelegd. Kwetsbare groepen kenmerken zich echter door minder toegang tot bronnen en minder vaardigheden om een beroep te doen op zaken waar men recht op en behoefte aan heeft (FO et al. 2016). Ook is het niet voor alle ouderen vanzelfsprekend om niet-familieleden om hulp te vragen (Broese van Groenou 2014). De VGN, GGZ Nederland, RIBW-alliantie en

<sup>60</sup> <https://themasites.pbl.nl/langere-zelfstandig-wonen/>

<sup>61</sup> <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>

Federatie Opvang waarschuwt in een brief aan het kabinet naar aanleiding van de eindrapportage van het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen dan ook dat er grenzen zijn aan de zelfredzaamheid van ouderen en ingevolge ook aan het langer zelfstandig wonen (FO et al. 2016). Wij verkennen in het volgende hoofdstuk hoe beleid en regelgeving – uit het woon-, zorg- en ruimtelijk domein, de speelruimte beïnvloedt voor professionals in het ondersteunen van langer zelfstandig wonen.

In dit hoofdstuk lag de focus op de hedendaagse knelpunten bij het langer zelfstandig wonen van ouderen. Het is goed denkbaar dat de toekomstige ouderen te maken krijgen met andere-soortige knelpunten. De toekomstige ouderen behoren tot de babyboomgeneratie; een generatie die vooral is opgegroeid in voorspoed en welvaart, in tijden waarin meer nadruk kwam te liggen op democratisering en individuele ontplooiing. De babyboomgeneratie verschilt hierin wezenlijk van de vooroorlogse generatie die de economische en politieke crisis van de jaren dertig hebben meegemaakt, en ook de daaropvolgende Tweede Wereldoorlog en de wederopbouw heel bewust hebben meegemaakt (Van den Broek, Bronneman & Veldheer 2010; zie ook RIGO 2016). Gedacht wordt dat de 'nieuwe' generatie ouderen welvarender, vitaler, hoger opgeleid, actiever en mondiger zal zijn dan de huidige generatie ouderen (o.a. Veldheer, Jonker, Van Noije & Vrooman 2012; Sprangenberg & Jobsen 2016). Tegelijkertijd is de algemene verwachting dat de ouderen van straks vaker alleenstaand en kinderloos zullen zijn (zie bijvoorbeeld PBL 2015; Van Iersel et al. 2009). Ouderen zonder partner en zonder kinderen hebben in de regel een kleiner netwerk waar zij een beroep op kunnen doen. Kortom: het is goed denkbaar dat voor de ouderen van straks bepaalde knelpunten minder 'knellen' terwijl andere knelpunten juist meer 'knellen' in vergelijking met de ouderen van nu. Verder betekent het feit dat een klein aandeel van de 'huidige' generatie ouderen echt tegen knelpunten aanloopt, niet dat de opgave niet zo groot is. Uiteindelijk krijgt bijna elke oudere ergens aan het eind van het leven wel met die knelpunten te maken, en het aantal 'oude ouderen' zal de komende jaren fors groeien. Oftewel de opgave is groot vanuit levenslopperspectief.



## Literatuur

- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg (2011b) Levensloopgeschied bouwen: Praktische overwegingen. Verkregen op 28-03-2019 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl).
- Albrecht, G.L. & P.J. DeVlieger (1999) The disability paradox: High quality of life against all odds, *Social Science & Medicine*, 48, pp. 977-988.
- Alzheimer Nederland (2014) Cijfers en feiten over dementie en allochtonen. Verkregen op 11-07-2017 via [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).
- Alzheimer Nederland (2017) Cijfers en feiten over dementie. Alzheimer Nederland. Verkregen op 11-07-2017 via [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).
- Amsterdam, J. van & K. Proper (2012) Determinanten van afnemende participatie van ouderen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Appelhof, P., & Walraven, M. (2002), *Sociale competentie ter bevordering van participatie in de samenleving: Een verkenning*. Utrecht: Oberon.
- Bakker, C., M.E. de Vught, D. van Vliet, F.R.J. Verheij, Y.A. Pijnenburg M.J.F.J. Vernooij-Dassen, M.J.F.J. & R.T.C.M. Koopmans (2013) Predictors of the time to institutionalization in young- versus late-onset dementia. Results from the Needs in young onset dementia (NeedYD) study, *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(4), pp. 248-253.
- Beer, J. de, & N. van der Gaag (2018) Hoe kunnen verschillen in levensverwachting uitpakken voor een gedifferentieerde AOW-leeftijd?, nieuwsbericht 31-07-2018, verkregen op 27-03-2019 via [www.mejudice.nl](http://www.mejudice.nl).
- Bemelmans, W.J.E., I. Mulder & R.T. Hoogenveen (2005) Het risico van roken: Epidemiologie. In K. Knol, C. Hilvering, D.J.T. Wagener & M.C. Willemsen (2005) *Tabaksgebruik: Gevolgen en bestrijding* (pp. 91-106). Utrecht: Lemma BV.
- Berendsen, E. (2018) De gevolgen van langer doorwerken voor de kans op arbeidsongeschiktheid. *Sociaal Bestek*, 80(1), pp. 48-49.
- Berg, E. van den, M. den Draak, K. Wittebrood & M. Kromhout (2016) Van start in het sociaal domein: Ervaringen in drie gemeenten met de decentralisaties in 2015. In E. Pommer & J. Boehouwer (2016) *Overall rapportage sociaal domein: Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Berg, M. van den (2014) *Mantelzorg en etniciteit*. Twente: Universiteit Twente.
- Berg, P. van den, A. Kemperman, B. de Kleijn & A. Borgers (2015) Locations that support social activity participation of the aging population, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), pp.10432-10449.
- Bijl, R., J. Boelhouwer & A. Wennekers (2017) *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Blokland, T. (2003) *Urban Bonds*. Cambridge: Polity Press.
- Boer, A. de & M. de Klerk (2013) *Informeel zorg in Nederland: Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bonenkamp, J. de, J.W. Nussekder, J. Markenbach, F. Peters & H. ter Rele (2013) *Herverdeling door pensioenregelingen*. Tilburg: Netspar.
- Bovenberg, L., W. Koelewijn & N. Kortleve (2011) *Naar een dynamische toekomstvoorziening: Integratie van werk, pensioen, zorg en wonen over de levensloop*. Tilburg: Netspar.
- Broek, A. van den, R. Bronneman & V. Veldheer (2010) *Wisseling van de macht: Generaties in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broese Van Groenou, M.I. (2014) Hoe (on)realistisch is het overheidsbeleid als het gaat om de inzet van informele zorg? *Tijdschrift over ouder worden & samenleving, Geron*, 3, pp. 45-49.
- Bruggink, J.W. (2009), Trends in gezonde levensverwachting. *TSG*, 5, p. 209.
- Buffel, T., S. Demeere, L. de Donder & D. Verté (2011) Fysieke, sociale en psychologische dimensies van de woonomgeving: ouderen aan het woord over hun verbondenheid met de buurt. *Tijdschrift voor Sociologie*, 1, pp. 59-86.

- Buffel, T., D. Verté, L. de Donder, N. de Witte, S. Dury, T. Vanwing & A. Bolsenbroek (2012) Theorising the relationship between older people and their immediate social living environment, *Internal Journal of Lifelong Education*, 31(1), pp. 13-32.
- Bui, G. (2011) *Kleurrijke vergrijzing, een onderzoek naar de woonwensen van de huidige en toekomstige oudere migranten in Nederland*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.
- Burton, E. & L. Mitchell (2006) *Inclusive urban design: Streets for life*. Amsterdam: Architectural Press Elsevier.
- Campen, C. van (2011) *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.
- Campen, C. van, M. den Draak & M. Ras (2011) *Kwetsbaar alleen: De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van, J. Iedema, M. Broese van Groenou & D. Deeg (2017) *Langer zelfstandig: Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS Statline (2017) *Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau*. Verkregen op 15-01-2019 via [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl).
- CBS Statline (2018) *Gezonde levensverwachting; vanaf 1981*. Verkregen op 20-12-2018 via [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl).
- CBS (2018a) *Levensverwachting; geslacht, leeftijd (per jaar en periode van vijf jaren)*. Verkregen op 08-11-2018 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2018b) *2,7 duizend 80-plussers op de loonlijst*. Verkregen op 19-11-2018 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2018c) *Laag en langdurig inkomen van huishoudens; huishoudenskenmerken*. Verkregen op 28-08-2018 via [www.opendata.cbs.nl](http://www.opendata.cbs.nl).
- CBS (2017a) *Lager opgeleiden minder gezond en tevreden*, nieuwsbericht 14-12-2017, verkregen op 18-04-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2017b) *Kwaliteit van Leven in Nederland*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2015) *Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen*, nieuwsbericht 28-04-2015, verkregen op 27-03-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Comijs, H. (2011) *Psychische kwetsbaarheid*. In C. van Campen (2011) *Kwetsbare ouderen* (pp. 107-120). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Conijn, J., J. Rouwendal & F. Schilder (2016) *Veranderende verhoudingen op de Nederlandse woningmarkt*, *TPE Digitaal*, 10(2), pp. 23-41.
- Côté, J.E., & C.G. Levine (2002) *Identity formation, agency and culture: A social psychological synthesis*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Centraal Planbureau (2018) *Effect van stijging AOW-leeftijd op arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Christiaanse, S. (2016) *Dat voorzieningen sluiten komt in principe door schaalvergroting*, nieuwsbericht 20-04-2018, verkregen op 27-03-2019 via [www.rug.nl](http://www.rug.nl).
- Christiaanse, S. & T. Haartsen (2017) *The influence of symbolic and emotional meanings of rural facilities on reactions to closure: The case of the village supermarket*, *Journal of Rural Studies*, 54, pp. 326-336.
- Daalhuizen, F., C. de Groot & G. de Kam (2019) *Langer zelfstandig in een geschikte woonomgeving*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/lang-ger-zelfstandig-wonen/>
- Dam, F. van (2012) *De gevolgen van krimp voor de woningmarkt en woonomgeving*, *Geron*, 14(3), pp. 17-19.
- Dam, F. van (1995) *Meer voor minder: Schaalverandering en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden in Nederland*. Utrecht: Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen Universiteit Utrecht.

- Dam, F. van, F. Daalhuizen, C. de Groot, M. van Middelkoop & P. Peeters (2013) *Vergrijzing en ruimte: Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Dam, F. van, C. de Groot & F. Verwest (2006) *Krimp en ruimte: bevolkingsafname, ruimtelijke gevolgen en beleid*. Den Haag: Ruimtelijk Planbureau.
- Dekker, F., M. Stavenuiter & B. Tierolf (2012) *Kwetsbare ouderen in tel: De balans tussen lokale zorgvraag en lokale ondersteuning*. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Denktaş, S. (2011) *Health and Health Care Use of Elderly Immigrants in the Netherlands: A comparative study*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- De Volkskrant (2017) *Pensioen komt te laat voor zware beroepen, verdubbeling afgekeurde ouderen in metaalindustrie*, nieuwsbericht 12-07-2017, verkregen op 19-11-2018 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- De Volkskrant (2005a) *Oude Pekela krijgt een 'hangplek' voor ouderen*, nieuwsbericht 03-04-2005, verkregen op 03-01-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- De Volkskrant (2005b) *Tweede kopje gratis*, nieuwsbericht 17-11-2005, verkregen op 01-01-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- Dijk, H.M. van, J.M. Cramm, F.J.B. Lotters & A.P. Nieboer (2013) *Even buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak in Rotterdam*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Dijkstra, E. (2006) *Oud worden in Nederland: Een kwantitatief onderzoek onder allochtone ouderen in Den Haag, naar hun beleving van het ouder worden en de omgang hiermee*. Twente: Universiteit van Twente.
- Draak, M. den & C. van Campen (2011) *Kwetsbare ouderen in Nederland*. In C. van Campen (2011) *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Driest, P. (2004) *Woonbehoefte in tijden van vergrijzing*. In M. van Well (2004) *Beter bouwen en bewonen: Een praktijkgerichte toekomstverkenning* (pp. 170-175). Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.
- Droogleever Fortuijn, J., M.J. van der Meer & F. Thissen (2006) *Kwetsbare ouderen en de kwaliteit van de buurt*, *Rooijlijn*, 39(5), pp. 245-250.
- Egging, S., A.H. de Boer & N.L. Stevens (2011) *Zorgzame vrienden en burens als mantelzorgers van oudere volwassenen: een vergelijking met kinderen*, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42, pp. 243-255.
- EIB (2017) *Eerder stoppen met werken voor zware beroepen*. Den Haag: Economisch Instituut voor de Bouw.
- Etman, A., C.B.M. Kamphuis, R. G. Prins, A. Burdorf, F. H. Pierik & F. J. van Lenthe (2014) *Characteristics of residential areas and transportational walking among frail and non-frail Dutch elderly: Does the size of the area matter?*, *International Journal of Health Geographics* 2014, 13(7), pp. 1-7.
- Evers, D. (2011) *Detailhandel en beleid: Een continue wisselwerking*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Faber, M. von (2002) *Maten van succes bij ouderen: Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Rotterdam: Optima.
- Feijten, P., R. Schellingerhout, M. de Klerk, A. Steenbekkers, P. Schyns, F. Vonk, A.M. Marangos, A. de Boer & L. Heering (2017) *Zicht op de Wmo 2015: Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Financieel Dagblad (2017) *Werkgevers breken lans voor versoepeling AOW-leeftijd*, nieuwsbericht 17-07-2017, verkregen op 19-01-2019 via [www.fd.nl](http://www.fd.nl).
- Findlay, R.A. (2003) *Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence?* *Ageing & Society*, 23(5), pp. 647-658.
- FO, RIBW, GGZ Nederland & VNG (2016) *Rapport van het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen*. Amersfoort: FO, RIBW, GGZ Nederland & VNG.
- Fogel, B. (1992) *Psychological aspects of staying at home*, *Generation 16*, pp. 15-19.

- Fokkema, C.M. & T.G. van Tilburg (2007) Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, pp. 161-177.
- Fokkema, C.M. & T.G. van Tilburg (2006) *Aanpak van eenzaamheid: Helpt het?* Den Haag: NIDI.
- FORUM & NIZW (2003) *Allochtone ouderen en wonen*. Utrecht: NIZW.
- Fried, L.P., C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, T. Seeman, R. Tracy, W.K. Kop, G. Burke & M.A. McBurnie (2001) Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J. Gerontol Med Sci*, 56, pp. 146-156.
- FNV (2018) *Stand van zaken pensioen en AOW*, nieuwsbericht 16-11-2018, verkregen op 15-01-2019 via [www.fnv.nl](http://www.fnv.nl).
- Gaag, M. van der, I. van der Heide, P. Spreeuwenberg, A.E.M. Brabers & J.J.D.J.M. Rademakers (2017) Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. Den Haag: BMC Health Serv. Res.
- Galle, M., F. van Dam, P. Peeters, L. Pols, J. Ritsema van Eck, A. Segeren & F. Verwest (2004) *Duizend dingen op een dag: Een tijdsbeeld uitgedrukt in ruimte*. Rotterdam: Ruimtelijk Planbureau.
- Garssen, J. (2011) *Demografie van vergrijzing*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- GGD Amsterdam (2015) *Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden*, Fact sheet Gezondheidsenquête volwassenen en ouderen G4. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Gilleard, C., M. Hyde & P. Higgs (2007) The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over-50s in England, *Research on Aging*, 29, pp. 590-605.
- Gobbens, R., K. Luijkx, R. Wijnen-Sponselee, M. van Assen & J. Schols (2011) Wetenschappelijke definities en metingen van kwetsbaarheid. In C. van Campen (2011) *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Groot, C. de, F. Schilder, F. Daalhuizen & F. Verwest (2014) *Kwetsbaarheid van regionale woningmarkten: Financiële risico's van huishoudens en hun toegang tot de woningmarkt*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Groetegoed, E. & D. van Dijk (2012) The return of the family? Welfare state retrenchment and client autonomy in long-term care, *Journal of Social Policy*, 41, pp. 677-694.
- Hoefman, R.J., T.J. Meulenkamp & J.D. de Jong (2017) Who is responsible for providing care? Investigating the role of care tasks and past experiences in a cross-sectional survey in the Netherlands. Den Haag: BMC Health Services Research.
- Hoogendijk, E., B. Suanet, E. Dent, D. Deeg & M. Aartsen (2016) Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Studies Amsterdam, *Maturitas* 83, pp.45-50.
- Hoogendijk, E., H. van Hout, M. Heymans, H. van der Horst, D. Frijters, M. Broese van Groenou, D. Deeg & M. Huisman (2014) Explaining the association between educational level and frailty in older adults: Results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands, *Annals of Epidemiology*, 24, pp. 538-544.
- Höppner, R. & J. Arnold (2013) Ankerpunten voor Rotterdamse ouderen, *Agora* 2013, 3, pp. 16-19.
- Horner, M., M. Duncan, B. Wood, Y. Valdez-Torres & C. Stansburry (2015), Do aging populations have differential accessibility to activities? Analyzing the spatial structure of social, professional, and business opportunities. *Travel Behaviour and Society*, nr. 2, pp.182-191.
- Hortulanus, R., A. Machielse & L. Meeuwesen (2003) *Sociaal isolement: Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Huisman, M. (2011) *Sociaaleconomische status*. In C. van Campen (2011) *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Iersel, M.B. van, Jansen, D.R.M. & M.G.M. Olde Rikkert (2009) 'Frailty bij ouderen', *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 153(A183), pp. 1-5.

- Jager-Vreugdenhil, M. (2012) *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Jong Gierveld, J. de & T. Fokkema (2016) *Sociaal 'konvooi' beste middel tegen eenzaamheid*, Demos: bulletin over bevolking en samenleving, 32(5), pp. 3.
- Jong, A. de & F. Daalhuizen (2014) *De Nederlandse bevolking in beeld: Verleden, heden en toekomst*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Kam, G. de (te verschijnen, 2019) *Woonservicegebieden: theorie en praktijk*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Kam, G. de, D. Damoiseaux, L. Dorland & R. Pijpers, M. van Biene, E. Jansen & J. Slaets (2012) *Kwetsbaar en zelfstandig: Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kam, G. de & B. Needham (2003) *Een hele opgave: Over sociale cohesie als motief bij stedelijke gerstructurering*. Nijmegen: DGW/NETHUR Partnership 24.
- Kemperman, A. & H. Timmermans (2014) *Green spaces in the direct living environment and social contacts of the aging population*, *Landscape and Urban Planning*, 129, pp. 44-54.
- KIS (2017) *Welke woongroepen, verpleeghuizen en aanbieders van dagbesteding richten zich op ouderen met een migratieachtergrond?*, blog 02-08-2017, verkregen op 27-03-2019 via [www.kis.nl](http://www.kis.nl).
- Klerk, M. de (2004) *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier & M. den Draak (2019) *Zorgen voor thuiswonende ouderen: Kennissynthese over zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de., A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns & S. Kooiker (2015) *Informeel hulp: Wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier & P. Schyns (2017a), *Kwesties voor het kiezen: Analyses van enkele maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P. (2017b) *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kullberg, J. & M. Ras (2004) *Met zorg gekozen? Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, i.s.m. Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Krause, N. (2004) *Neighbourhoods, health and well-being in later life*. In H.W. Wahi, R.K. Scheidt, P.G. Windlet & K.W. Scharf (2004) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 22-49). New York: Springer.
- Leidemeijer, K. (2018) *Langer zelfstandig wonen: Analyse MIT-bestanden voor PBL*. Amsterdam: RIGO.
- Leidemeijer, K., J. van Iersel & D. Leering (2017a). *Monitor Investeren in de Toekomst. Modelontwikkeling toekomstverkenning*. Amsterdam: RIGO.
- Leidemeijer, K., J. van Iersel & D. Leering (2017b). *Monitor Investeren in de Toekomst. Ouderen en langer zelfstandig wonen*. Amsterdam: RIGO.
- Leslie, E., N. Coffee, L. Frank, N. Owen, A. Bauman & G. Hugo (2007) *Walkability of local communities: Using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes*. *Health and Place*, 13, pp.111-112.
- Leyden, K.M. (2003) *Social Capital and the Built Environment: The Importance of Walkable Neighborhoods*, *American Journal of Public Health*, 93(9), pp. 1546-1551.
- Lijzenga, J., C. Bouwkamp & D. Boertien (2015) *De rol van woningcorporaties bij het langer zelfstandig wonen*. Arnhem: Companen.
- Machielse, A., (2011) *Sociaal isolement bij ouderen: Een typologie als richtlijn voor effectieve interventies*, *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4), pp. 40-61.

- Machielse, A. (2006) Onkundig en onaangepast: Een theoretisch perspectief op sociaal isolement. Utrecht: Jan van Arkel.
- Machielse, A. (2003) Niets doen, niemand kennen: De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Machielse, A., Hortulanus, R. (2011) Sociaal isolement bij ouderen: Op weg naar een Rotterdamse aanpak. Amsterdam: SWP.
- Means, R. (2007) Safe as Houses? Ageing in Place and Vulnerable Older People in the UK. *Social Policy & Administration*, 41(1), pp. 65-85.
- Merkens, K. (2015) Denken senioren al 'oud of the box'? Breda: Werkgroep Zorg en Wonen, Via Latus.
- Michael, Y., M. Green & S. Farquhar (2006) Neighborhood design and active aging, *Health and Place* 12, pp.734-740.
- Ministerie van VWS (2018) Programma Langer Thuis. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- ND (2003) Postlokken in supers van Spar, nieuwsbericht 10-07-2015, verkregen op 14-01-2019, via [www.nd.nl](http://www.nd.nl).
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016) Normoverschrijdingen responstijden ambulances. De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NIZW & FORUM (2002) Allochtone ouderen en wonen. Factsheet. Utrecht: NIZW/FORUM.
- Noccon, A. & M. Pearson (2000) The roles of friends and neighbors in providing support for older people, *Ageing and Society*, 20, pp. 341-367.
- NOOM, NVOG, LOC, PCOB & Unie KBO (2010) Kwetsbare ouderen: Van onzichtbaar tot onmisbaar. Utrecht: NOOM.
- NOS (2018) Woonwijken nog lang niet klaar voor vergrijzing, nieuwsbericht 05-02-2018, verkregen op 17-04-2019 via [www.nos.nl](http://www.nos.nl).
- NOS (2016) Tientallen dorpen hebben nog altijd nauwelijks mobiel bereik, nieuwsbericht 31-10-2016, verkregen op 10-10-2017 via [www.nos.nl](http://www.nos.nl).
- Nouws, H. (2015) Verhuurbaarheid seniorenwoningen. Haag: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- NRC (2017) Hier loopt het internet dood, nieuwsbericht 11-11-2017, verkregen op 27-03-2019 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- NRC (2014) De supermarkt is het nieuwe postkantoor, gemeentehuis en de elektronikawinkel, nieuwsbericht 16-12-2014, verkregen op 10-01-2019 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- PBL (2015) Cahier Demografie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Peace, M., H.W. Wahi, H. Mollenkopf & F. Oswald (2007) Environment and ageing. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohl & G. Westerhof (2007.) *Ageing in Society* (pp. 209-234). Londen: SAGE.
- Penninx, K. & T. Royers (2007) Werken aan een uitnodigende leefomgeving voor ouderen, een handreiking voor welzijn ouderen. Utrecht: Vilans, Kenniscentrum voor langdurende zorg.
- Penninx, K. (2005) Kwetsbare ouderen in beeld. Utrecht: NIZW Zorg.
- Phillipson, C. (2007) The 'elected' and the 'excluded': Sociological perspectives on the experience of place and community in old age. *Ageing & Society*, 27, pp. 321-342.
- Pommer, E. & J. Boelhouwer (2016) Overall rapportage sociaal domein 2015: Rondom de transitie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Post, H., C. Poulus, J. van Galen & W. van Staalduinen (2012), Wonen, zorg en verhuisgedrag van ouderen. Een kwantitatieve analyse. Soesterberg: TNO.
- Prins, G. & C. De Boeck (2018) Nederlandse huishoudens hebben weinig spaargeld, bloh 30-07-2018, verkregen op 27-03-2019 via [www.economie.rabobank.nl](http://www.economie.rabobank.nl).
- Ravensteijn, B. (2016) Measuring the Impact of Public Policy on Socioeconomic Disparities in Health. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.



- Retailnews (2017) Spar heeft online het grootste bereik, nieuwsbericht 17-05-2017, verkregen op 15-01-2019 via [www.retailtrends.nl](http://www.retailtrends.nl).
- Rijksoverheid (2018) Waarom gaat de AOW-leeftijd omhoog? Verkregen op 19-11-2018 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- RIVM (2018) Levensverwachting: Hoe oud worden we in de toekomst? Verkregen op 08-11-2018 via [www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl).
- Ritsema van Eck, J., F. van Dam, C. de Groot & A. de Jong (2013) Demografische ontwikkelingen 2010-2040: Ruimtelijke effecten en regionale diversiteit. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Royers, T. (2000) Kwaliteit van het sociale leven in een wooncentrum voor ouderen, *Geron*, 2(3), pp. 43-51.
- RTL Nieuws (2018) Afstand tot huisarts, supermarkt en basisschool neemt toe, nieuwsbericht 24-07-2018, verkregen op 15-01-2019 via [www.rtlnieuws.nl](http://www.rtlnieuws.nl).
- Ruigrok Netpanel (2017) What's happening online? Amsterdam: Ruigrok Netpanel.
- Salemink, K., D. Strijker & G. Bosworth (2017) Rural development in the digital age: A systematic literature review on unequal ICT availability, adoption, and use in rural areas, *Journal of Rural Studies*, 54, pp. 360-371.
- Schellingerhout, R. (2009) Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. & C. van Campen (2006) Gezondheid en zorg. In A. Steenbekkers, C. Simon & V. Veldheer (red) *Thuis op het platteland*, pp. 151-76. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schilder, F. (2019) Grijze haren, groene huizen: Over waarom langer zelfstandig wonende ouderen hun woning (niet) verduurzamen. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Schilder, F., F. Daalhuizen & C. de Groot (2018) Krasse knarren kunnen kraken: Over hoe het stapelen van verschillende beleidsdoelen ouderen onder druk kan zetten. Den Haag: PBL. <https://themasites.pbl.nl/krasse-knarren/>
- Schilder, F., M. van Middelkoop & R. van den Wijngaart (2016) Energiebesparing in de woningvoorraad: Financiële consequenties voor corporaties, huurders, eigenaren-bewoners en Rijksoverheid. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Schors, A. van der, D. S. Siesling, B. Starink & M. Warnaar (2016) Bestedingen van ouderen: De ontwikkeling van het uitgavenpatroon van gepensioneerden onder de loep. Utrecht: Nibud/ PwC.
- Sluijs, J.F. D. J. Dubbeling & J. H. van Lopik (1992) Ouderen en woonomgeving. Inrichtings-eisen voor woonmilieus gericht op ouderen. Den Haag: Ministerie van VROM.
- Sourial, N., H. Bergman, S. Karunanathan, C. Wolfson, J. Guralnik, H. Payette, L. Gutierrez-Robledo, D.J. Deeg, J.D. Fletcher, M.T. Puts, B. Zhu & F. Béland (2012) Contribution of frailty markers in explaining differences among individuals in five samples of older persons, *J. Gerontol A Biol Sci Med Scie*, 67(11), pp. 1197-1204.
- Spierings, D. (2014) De wenselijke schaal: Fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen. Arnhem/ Nijmegen: Hogeschool Arnhem en Nijmegen.
- Sprangenberg, F. & P. Jobsen (2016) Breek het verpleeghuis open: Want leven is meer dan zorg alleen. In *Waardigheid en trots (2016) Verpleeghuiszorg 2025 Liefdevolle zorg voor onze ouderen*, pp.64-72. Utrecht: Waardigheid en Trots.
- Steenbekkers A. & L. Vermeij (2013) De dorpenmonitor: Ontwikkelingen in de leefsituatie van dorpsbewoners. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Stevens, N.L. & M.S. Martina (2006) Eenzaamheidsinterventies bij ouderen: Ordening en effectiviteit, *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 37(2), pp. 47-53.
- Taskforce Verzilveren (2013) Eigen haard is zilver waard. Verkregen op 27-03-2019 via [www.eigenhuis.nl](http://www.eigenhuis.nl).
- Tennekes, J., H. van Amsterdam, L. Bijlsma, L. van Duinen, H. van der Linden & A. Vlak (2017) Maatschappelijk vastgoed in verandering. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

- Thissen, F. & L. van der Straeten (2015) Stad of platteland, de verschillen voor ouderen in Vlaanderen en Nederland, *Gerön*, 3, pp. 12-16.
- Tilburg, T.G. van (2000) Persoonlijke relatienetwerken van ouderen: Een inleiding. In D.J.H. Deeg, R.J. Bosscher, M.I. Broese van Groenou, L.M. Horn & C. Jonker (2000) Ouder worden in Nederland: Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (pp. 131-136). Amsterdam: Thela.
- Timmermans, E., L. Schaap, M. Visser, H. van der Ploeg, A. Wagtendonk, S. van der Pas & D. Deeg (2016) The association of the neighbourhood built environment with objectively measured physical activity in older adults with and without lower limb osteoarthritis. Den Haag: BMC Public Health.
- TK/EK (2012) Wet verhoging AOW- en pensioenrichtleeftijd. Verkregen op 21-11-2018 via [www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl)
- TK/EK (2015), Versnelling stapsgewijze verhoging AOW-leeftijd. Verkregen op 21-11-2018 via [www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl).
- Townsend, L., A. Sathiaselan, G. Fairhurst & C. Wallace (2013) Enhanced broadband access as a solution to the social and economic problems of the rural digital divide, *Local Economy*, 28(6), pp.580-595.
- Triest, N. van (2019) Woningvoorraad moet duurzaam en ouderproof worden. Den Haag: Platform31.Tweede Kamer (2004/2005), Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning. Memorie van Toelichting, kamerstuk 30131, nr. 3.
- Veldheer, N., J.J. Jonker, L. van Noije, C. Vrooman (2012) Een beroep op de burger: Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verheijen, T.L.A. (2015) Wonen naar behoeften: Een onderzoek naar een woonzorgconcept voor licht zorgbehoevende senioren. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.
- Verhoeven, A., S. Kooiker & C. van Campen (2011) Perspectieven van ouderen op kwetsbaarheid en kwaliteit van leven. In C. van Campen (2011) Kwetsbare ouderen (pp. 25-38). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vermeij, L. (2016) Kleine gebaren: Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verté, D., N. de Witte & I. de Donder (2007) Schaakmat of Aan Zet? Monitor voor lokaal ouderenbeleid in Vlaanderen. Brugge: Van den Broele.
- Vries, W. de & E. van der Veen (2016) Fluchskrift Senioren en voorzieningen in Fryslân. Leeuwarden: Fries Sociaal Planbureau. [https://www.fsp.nl/wp-content/uploads/2019/01/fsp\\_fluchskrift\\_senioren\\_en\\_voorzieningen-def.pdf](https://www.fsp.nl/wp-content/uploads/2019/01/fsp_fluchskrift_senioren_en_voorzieningen-def.pdf)
- VROM-raad (2005) Oude bomen? Oude bomen moet je niet verplanten. Advies over ouderenbeleid en wonen. Den Haag: VROM-raad.
- Witter, Y & T. Fokkema (2018) Huisvesting en zorg voor oudere migranten in Nederland, *Demos*, 34(6), pp. 1-4.
- World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: a Guide*. Frankrijk: World Health Organization.
- Zantinge, E., C. van der Wilk, C. Schoemaker & M. van Wieren (2011) De gezondheid van ouderen in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.



# 4 Knelpunten bij beleid en institutionele spelers

In dit hoofdstuk verkennen we welke knelpunten ervaren worden bij het langer zelfstandig wonen als gevolg van wet- en regelgeving en beleid. Waar in hoofdstuk 2 een historisch overzicht is gegeven van het zorgbeleid, is in hoofdstuk 3 duidelijk geworden dat het langer zelfstandig wonen van ouderen evenzeer beïnvloed wordt door beleid uit andere domeinen, zoals mobiliteit, voorzieningen en ruimtelijke ordening. Het gaat zowel om knelpunten die ouderen zelf ervaren, als om knelpunten die professionals betrokken bij het langer zelfstandig wonen tegenkomen; knelpunten op het terrein van de geschiktheid van de eigen woning, de buurt, alsmede zorg en institutionele spelregels. Zowel de fysieke geschiktheid van de leefomgeving als de institutionele spelregels zijn terug te voeren op wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiend beleid, uit diverse domeinen en op diverse schaalniveaus.

In dit hoofdstuk wordt de relatie gelegd tussen knelpunten bij het langer zelfstandig wonen en de relevante wet- en regelgeving en relevant beleid. We verkennen waar zich knelpunten voordoen en waarom het vooralsnog moeizaam lijkt te lukken om deze te beslechten met onderlinge samenwerking van de betrokken professionals.

## 4.1 Knelpunten in wet- en regelgeving en beleid

Ouderen ervaren diverse knelpunten bij het zelfstandig wonen, zo is in hoofdstuk 3 te lezen. Voor een deel hangen deze knelpunten samen met praktische tekortkomingen in de dagelijkse leefomgeving van ouderen en voor een deel met praktische hobbels voortkomen uit institutionele spelregels. Zowel de inrichting van de dagelijkse leefomgeving als de institutionele spelregels zijn terug te voeren op wet- en regelgeving en beleid uit diverse domeinen, op diverse schaalniveaus.

In deze paragraaf is eerst voor het fysieke domein (leefomgeving) en vervolgens voor het zorg- en woondomein de relevante wet- en regelgeving en het relevante beleid geïnventariseerd. Tevens is verkend waar dit institutioneel kader niet toereikend is voor het langer zelfstandig wonen van ouderen. We maken daarbij onderscheid naar de verschillende beleidsdomeinen van internationaal tot lokaal. De verkenning is uitgevoerd aan de hand van literatuuronderzoek alsmede 35 interviews met landelijke professionals die uit hoofde van hun functie betrokken zijn bij het langer zelfstandig wonen van ouderen (zie hoofdstuk 1 en de bijlage gesprekspartners).

### 4.1.1 Wettelijke kaders in relatie tot de leefomgeving

Omdat vergrijzing een wereldwijde uitdaging is, heeft de World Health Organization reeds tien jaar geleden de Global Age-Friendly Cities Guide uitgebracht (WHO 2007) met daarbij een checklist 'of essential features' ofwel kenmerken op acht domeinen om te komen tot een leeftijdsvriendelijke stad: openbare ruimte en gebouwen, transport, wonen, sociale participatie, sociale inclusie, burgerparticipatie/werkgelegenheid, communicatie en informatie,

dienstverlening en gezondheid<sup>62</sup>. Toch laat deze aanpak ruimte voor kritiek. Zo zijn de voorgestelde domeinen en kenmerken nogal theoretisch tot stand gekomen en weinig 'evidence-based'. Verder is er vooral aandacht voor langer zelfstandig wonen in steden, terwijl de problematiek van vergrijzing zich – zoals in het voorgaande hoofdstuk uiteen is gezet – ook in veel delen van het platteland openbaart, soms op andere wijze. Tot slot is er relatief weinig aandacht voor de diversiteit onder de bevolking, zo ook onder de ouderen (Lui et al. 2009). In Nederland is deze kritiek recent in andere woorden gegoten door de Rijksbouwmeester Floris Alkemade. Uitgaande van het feit dat ouderen steeds langer zelfstandig wonen in de eigen woning en eigen buurt, constateert hij dat zowel de woningen als de woonomgeving niet passend zijn (NOS 2018). Zeker de naoorlogse woningvoorraad bestaat uit te grote woningen waarbij de woonwijken zijn ingericht op automobilisten en slecht toegankelijk zijn voor voetgangers. Ook is het verschromelende verenigings- en familieleven of de teruglopende rol van de kerk in het sociaal leven niet opgevangen door het faciliteren van nieuwe ontmoetingsplekken, die zo belangrijk zijn voor het welzijn van ouderen. Sterker nog, het sluiten van woonzorglocaties doet het aanbod van voorzieningen en activiteiten voor ouderen in de wijk verder afnemen, aldus de Rijksbouwmeester (NOS 2018; zie ook paragraaf 3.8.2). Deze constatering van de Rijksbouwmeester roepen de vraag op in hoeverre bestaande kaders voor de inrichting van de gebouwde omgeving en het sociale domein passend zijn voor het langer zelfstandig wonen. Nadat we in hoofdstuk 3 de (woon)situatie van ouderen in kaart hebben gebracht, richten we ons in deze paragraaf op beleid, wet- en regelgeving in relatie tot de fysieke ruimte.

### **Wettelijk kader en beleid voor voorzieningen**

Ook in Nederland zijn de in de Global Age-Friendly Cities Guide genoemde kenmerken herkenbare domeinen waarop voortdurend wordt gewerkt aan geschikte woonomgevingen – ook voor ouderen, in stad en land – langs meerdere sporen. Een op de 'fysieke woonomgeving' gericht spoor moet via allerlei wetten, nationale normen en beleidsregels de aanwezigheid en nabijheid van primaire voorzieningen ('Triple A' van arts, apotheek, aldi/ah supermarkt plus ov-halte), voor alle Nederlanders garanderen.

#### *Huisarts en spoedhulp*

Zo heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg uit 2006) de Nederlandse zorgautoriteit (Nza) als onafhankelijk toezichthouder op de zorg aangesteld. Voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts heeft de Nza telefonische normen vastgelegd (drempelloos contact binnen 30 seconden bij spoed, 90 seconden overig contact) en fysieke bereikbaarheidsnormen<sup>63</sup>. De huisarts moet binnen een reistijd van niet meer dan 45 minuten bereikbaar zijn voor patiënten; 80% van de verzekerden moet binnen 30 minuten een huisarts kunnen bereiken (Nza 2014). Samen met het Ministerie van VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGZ) en Zorginstituut Nederland is de Nza vooralsnog van mening dat met de huidige normen 'het belang van de burger voldoende wordt geborgd' (Nza 2016b). Verder is in de Wmg geregeld dat de Nza de aanrijdtijden van hulpdiensten in beleidsregels vastlegt en bewaakt. In Nederland geldt de norm dat een ambulance in 95% van de spoedeisende gevallen binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn (Nza 2014). De normen voor de brandweer zijn volgens het Besluit Veiligheidsregio's een aanrijdtijd van 8 minuten bij woningen en 6 minuten bij wooneenheden voor niet zelfredzamen, maar daar mag onderbouwd van worden afgeweken in de 25 afzonderlijke veiligheidsregio's<sup>64</sup>.

<sup>62</sup> [http://www.who.int/ageing/publications/Age\\_friendly\\_cities\\_checklist.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf)

<sup>63</sup> Fysieke bereikbaarheidsnormen zijn in de landelijke normen in tijd uitgedrukt. Hoewel afstand en tijd erg nauw met elkaar samenhangen, kan dit wel verschillen tussen bijvoorbeeld leeftijdsgroepen (ouderen worden minder mobiel). In hoofdstuk 3 hebben wij daarom tijd omgezet in afstand. Voorzieningen worden als bereikbaar beschouwd binnen een afstand van 500 meter over de weg, omdat deze afstand voor vitale ouderen binnen 10 tot 20 minuten te bewandelen is.

<sup>64</sup> <http://wetten.overheid.nl/BWBR0027844/2015-07-08#> Hoofdstuk 3

Toch worden de aanrijdtijden niet altijd en niet overal gehaald (Tweede Kamer 2015/2016). Sinds 2010 blijkt dat in de meerderheid van de RAV (regionale ambulancevoorziening) een ambulance niet in 95% van de spoedeisende gevallen binnen 15 minuten ter plaatse is (NZA 2016b; NRC 2018). Aan de regio's waar de norm niet wordt gehaald heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verbeterplannen gevraagd van de zorgverzekeraars (in samenwerking met de RAV'en), met daarin oplossingen om aan de norm te gaan voldoen. De NZa houdt de uitvoering van de verbeterplannen in de gaten en houdt zo toezicht op de zorgplicht (Ministerie van VWS 2017). Oorzaken verschillen regionaal en zijn zeer divers; soms vormen beschikbaarheid van personeel en materiaal een beperking, soms is het de behoudende omgang met de financieringsmarge door zorgverzekeraars, of de voorkeur voor inzet richting stedelijke gebieden ten opzichte van de landelijke gebieden. Daar komt bij dat de vergrijzing en het langer thuis wonen van mensen die voorheen in een zorginstelling zouden verblijven een 'productiestijging' veroorzaakt (NZa 2016a).

### *Apotheek*

Voor de apotheken bestaan geen bereikbaarheidsnormen. Wel dient de openbare apotheek verantwoorde zorg te leveren. Daartoe is per 1 januari 2016 de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KwZ) vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), waarvan de naleving onder toezicht staat van de IGZ. Verantwoorde zorg betekent zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De precieze invulling van deze norm wordt niet door de wetgever maar door de beroepsgroep zelf - de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)- vastgesteld in de Nederlandse Apotheek Norm (NAN) (KNMP 2006)<sup>65</sup>. Ook neemt de KNMP tezamen met de huisartsen (Landelijke Huisartsen Vereniging) deel aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO). Dat overleg vindt regelmatig plaats in plaatselijke of regionale groepen en zoekt afstemming over het voorschrijven en verstrekken van medicijnen, het innemen van een gezamenlijk standpunt bij actuele ontwikkelingen zoals wijzigingen in het vergoedingssysteem van de verzekeraars, en het op de markt verschijnen of verdwijnen van medicijnen.

Uit de NAN en overlegstructuren van de KNMP vloeit een (liberaal) vestiging- en spreidingsbeleid voort voor openbare apotheken. Maar niet alle apotheken zijn bij de KNMP aangesloten. En ondanks de verwachte toename in de vraag naar medicijnen, is het aantal zelfstandige apotheken dalende door onder andere schaalvergroting bij bestaande aanbieders. Een zorgwekkende ontwikkeling volgens de KNMP is echter vooral de terugval in het aantal bereidende apotheken (van 800 in 2011 naar 350 in 2017; KNMP 2017), die kunnen voldoen aan de behoefte aan gepersonaliseerde geneesmiddelen, bijvoorbeeld voor ouderen met multimorbiditeit (Algemeen Dagblad 2017).

### *Openbaar Vervoer*

Voor de aanwezigheid of nabijheid van voor ouderen relevante ov-haltes bestaan geen landelijke normen of wetten. De beschikbaarheid van het openbaar vervoer is met de Wet personenvervoer 2000 – met uitzondering van het treinverkeer- toevertrouwd aan de provincies, ofwel de Gedupeerde Staten (GS), die daartoe 19 OV-autoriteiten als concessieverlener aansturen. Deze OV-autoriteiten maken elk een eigen Programma van Eisen, waardoor de criteria voor de aanbesteding dus regionaal kunnen variëren<sup>66</sup>. Dichtheid van ov-haltes, lijndiensten en ritfrequentie kunnen daarmee regionaal en lokaal uiteen lopen. Aan de toegankelijkheid van het openbaar vervoer zijn overigens wel weer nationale eisen gesteld door de rijksoverheid<sup>67</sup> in het Besluit toegankelijkheid van het openbaar vervoer

<sup>65</sup> De NAN wordt vervangen door de in ontwikkeling zijnde Professionele Standaard, die bestaat uit richtlijnen die de goede zorg beschrijven (en van kwaliteitsindicatoren voorzien) en fungeren als toezichtkader voor IGZ.

<sup>66</sup> <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011470/2015-12-15#> Hoofdstuk II

<sup>67</sup> <http://wetten.overheid.nl/BWBR0029974/2015-01-01>

2015 en de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte 2003<sup>68</sup> (denk aan lagevloerbussen en aangepaste haltes). Dat leidt tot de vreemde situatie dat ov-haltes, bussen, metro's en trams weliswaar toegankelijk moeten zijn voor ouderen, maar dat zij niet kunnen rekenen op de aanwezigheid ervan. Voor veel gebruikers van doelgroepenvervoer vormt juist het deel van de reis tussen de voordeur en de halte een struikelblok wanneer zij gebruik willen maken van het ov. Voor deze gebruikersgroepen zijn fijnmazige vervoersoplossingen nodig, bijvoorbeeld in de vorm van vraag gestuurd lokaal vervoer met opstappunten vlakbij ieders voordeur (Tweede Kamer 2016/2017a).

Voor mensen die alsnog geen gebruik kunnen maken van het openbaar vervoer, dient de gemeente via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een vangnet te bieden tot en met 5 ov-zones (ritten verder dan 5 ov-zones worden uitgevoerd door de landelijke vervoersorganisatie Valys). Dit gebeurt veelal in de vorm van een collectief vervoersysteem, zoals deeltaxi's voor ouderen met een Wmo-vervoerspaspas, maar het kan ook aanpassing van de eigen auto of een scootmobiel betreffen<sup>69</sup>. In een evaluatie van de 'oude' Wmo beoordeelde het merendeel van de mensen met een chronische ziekte en/of beperking de mogelijkheid om zich naar wens door de eigen buurt te kunnen verplaatsen als voldoende (Storm & Post 2012). Desondanks stuitten Storm en Post (2012) op moeilijkheden in de uitvoering, zoals onduidelijkheid over wie precies tot de doelgroep behoort, te lange wachttijden en angst voor hoge kosten. Gemeenten kunnen een eigen bijdrage vaststellen; ook na 1 januari 2019 doordat personenvervoer bij een AmvB buiten het dan in werking getreden Wmo-abonnementstarief<sup>70</sup> is gehouden<sup>71</sup>.

Waar een regionaal of lokaal vervoersysteem niet aanwezig is, biedt het ministerie van VWS aan ouderen met recht op een Wmo vervoersvoorziening Valys-vervoer per (deel)taxi buiten de eigen regio (uitstapjes over een langere afstand, namelijk van meer dan 5 ov-zones) voor 0,20 euro per kilometer met een maximum van 600 kilometer per jaar (Tweede Kamer 2016/2017b). Ook heeft het Rijk bepaald dat medisch noodzakelijk vervoer tot het basispakket van de zorgverzekeraars behoort (Rijksoverheid 2019). Voor het gebruik van ziekenvervoer geldt het verplicht eigen risico en betaalt de verzekerde een eigen bijdrage. In 2019 is deze eigen bijdrage €103,- (Rijksoverheid 2019). Het medisch vervoer kan per ambulance, (eigen) auto, taxi of openbaar vervoer plaatsvinden<sup>72</sup>. De keuzevrijheid die de verzekerde hierin heeft, verschilt per zorgverzekeraar. Al met al kan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van openbaar vervoer en aanvullende meer vraag gestuurde vervoersoplossingen regionaal verschillen. Voor de oudere kan dit een ingewikkelde puzzel zijn.

### *Overige voorzieningen*

Naast de landelijke bereikbaarheidsnormen voor de huisarts plus spoeddiensten, het spreidingsbeleid voor de apotheek en het recht op een vervoersvoorziening zijn er meer wetten of landelijke normen die de nabijheid van overige relevante voorzieningen regelen, of daarop van invloed zijn. Zo is in de nieuwe Woningwet (2015) de bewegingsvrijheid van woningbouwcorporaties in niet-DAEB activiteiten (commerciële activiteiten) beperkt, waardoor ze minder budget op het terrein van leefbaarheid hebben en minder mogelijkheden hebben om tegen een maatschappelijk tarief onderdak te bieden aan voor ouderen relevante voorzieningen zoals levensmiddelenwinkels of ontmoetingsruimten. Een ander voorbeeld is het

<sup>68</sup> <http://wetten.overheid.nl/BWBR0014915/2017-01-01> en <https://www.mensenrechten.nl/gelijkebehandelingswetgeving>

<sup>69</sup> [https://www.judex.nl/rechtsgebied/uitkeringen\\_%26\\_sociale\\_zekerheid/wet-maatschappelijke-ondersteuning/artikelen/697/wmo-en-vervoersvoorzieningen.htm](https://www.judex.nl/rechtsgebied/uitkeringen_%26_sociale_zekerheid/wet-maatschappelijke-ondersteuning/artikelen/697/wmo-en-vervoersvoorzieningen.htm)

<sup>70</sup> Huishoudens betalen in 2019 maximaal € 17,50 per vier weken voor Wmo-maatwerkvoorzieningen.

<sup>71</sup> <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35093-3.html>

<sup>72</sup> Al met al bedragen de subsidies ten behoeve van de vijf voornaamste regelingen voor doelgroepenvervoer (Wmo vervoer, Valysvervoer, Zittend ziekenvervoer (Zzv), Wlz-vervoer en leerlingenvervoer) opgeteld 650 miljoen euro per jaar; ongeveer de helft van de totale exploitatiesubsidies voor het OV van 1,2 miljard euro (Tweede Kamer 2016/2017a). De aan Wmo-vervoer bestede subsidie is van alle regelingen het hoogst: jaarlijks circa 220 miljoen (Tweede Kamer 2016/2017a).

Postbesluit, waarin is opgenomen dat elke woning een brievenbus binnen een straal van 1 kilometer heeft liggen en in het buitengebied een straal van 2,5 kilometer<sup>73</sup>.

Verder decentraliseert het Rijk de verantwoordelijkheid voor een geschikte woonomgeving voor ouderen naar lagere overheden. Criteria voor een 'goede ruimtelijke ordening' zijn vastgelegd in de Wet ruimtelijke ordening (Wro) en – in de nabije toekomst- in de Omgevingswet (Rijksoverheid 2017a). Gemeenten mogen hieraan dus een eigen invulling geven, mits zij bij het ontwikkelen en onderhouden van de lokale woonomgeving wel een 'goede ruimtelijke ordening' bedrijven. Lagere overheden kunnen binnen de nationale kaders aanvullende normen hanteren, maar hebben in bepaalde domeinen ook de vrijheid om deze verantwoordelijk naar eigen inzicht in te vullen. De inrichting van de openbare wegen (m.u.v. rijks- en provinciale wegen), de hoeveelheid en locatie van supermarkten, detailhandel en dergelijke, wordt op gemeentelijk bestuursniveau bepaald.

Ter ondersteuning kunnen gemeenten gebruikmaken van diverse handleidingen, zoals de Richtlijn Toegankelijkheid (CROW 2014) waarin binnen de kaders van Europese en nationale wetten diverse richtlijnen te vinden zijn over toegankelijkheid en inrichting van de openbare wegen, parkeerruimten, ov-haltes en openbaar vervoer plus bijbehorende informatievoorziening. In die handleidingen of richtlijnen is echter niet altijd onderscheid gemaakt naar bevolkingsgroepen ofwel ouderen. Een voorbeeld betreft de inrichting van het fietspad: er zijn geen wettelijke voorwaarden of normen voor de breedte. Wel is als uitgangspunt de maximale breedte van de fiets te nemen (vaak wordt 65 cm gebruikt, maar het wettelijk maximum is 75 cm volgens het Voertuigreglement); daar wordt veelal de vetergang (het geslinger) van de gemiddelde (!) fietser bij opgeteld, zijnde 25 centimeter (Fietzersbond 2019). Afhankelijk van de ingeschatte ruimte tot de berm of stoep is vervolgens een fietspadbreedte van 1 tot 1,5 meter gangbaar. Ouderen ondervinden echter achteruitgang in spierkracht, balans en coördinatie, waardoor hun vetergang ruimer is, ongeveer 35 centimeter (net als bij kinderen). TNO adviseert daarom op basis van de toenemende diversiteit in snelheid en doelgroep de breedte van fietspaden te vergroten naar minimaal 2.0 meter in elke richting (De Goede et al. 2013).

Gemeenten werken op eigen initiatief ook samen met andere organisaties aan een geschikte woonomgeving specifiek voor oudere inwoners. Voorbeeld zijn de zogenaamde Woonservicegebieden (ook wel aangeduid als woonzorgzones) die ongeveer sinds de eeuwwisseling in veel gemeenten een gangbaar beleidsarrangement zijn om de toenemende vergrijzing tegemoet te treden.

#### *Woonservicegebieden*

In Nederland worden de eerste gedachten over woonservicegebieden – eerder vaak aangeduid met de naam woonzorgzones- 40 jaar geleden uitgewerkt (Mens & Wagenaar 2009). Een belangrijke stimulans kwam van architecten die zich bezig hielden met gebouwen voor de gezondheidszorg, die het concept in eerste instantie voor ouderen, later voor alle doelgroepen met behoefte aan zorg en ondersteuning uitwerkten (STAGG 2000). De verspreiding van het denken over woonservicegebieden is door het Rijk gestimuleerd door het financieren van de 'experimentenprogramma's van de toenmalige SEV (Glaser et al. 2001). De kern van dat beleidsarrangement is dat gemeenten veelal samen met zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en woningcorporaties gebieden selecteren waar zij bijzondere inspanningen leveren om het zelfstandig wonen van ouderen (beter) mogelijk te maken.

Uit een eerste effectmeting in 2012, waarbij tien woonservicegebieden zijn vergeleken met tien controlegebieden, blijkt dat het welbevinden van ouderen in de onderzochte woonservicegebieden minder snel achteruit gaat bij toenemende beperkingen. Woonservicegebieden sluiten aan bij de wensen van de ouderen en zij wonen er langer zelfstandig. Ook hebben zij minder te maken met ziekenhuisopnames en kunnen zij beter met hun problemen omgaan. Het aanpassen van woningen in woonservicegebieden draagt eraan bij dat er minder beroep hoeft te worden gedaan op thuiszorg (De Kam et al. 2012).

<sup>73</sup> <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2015-404.html>

Uit een tweede effectmeting in 2018 wordt duidelijk dat het langer zelfstandig wonen in woonservicegebieden nog steeds succesvol is, maar dat het verschil met de controlewijken is afgenomen (De Kam te verschijnen in 2019). In interviews delen lokale professionals dit deels toe aan de transitie in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Woningwet: marges om gezamenlijk in te zetten op langer zelfstandig wonen werden kleiner, partijen richtten de blik meer naar binnen, exploitaties van multifunctionele accommodaties staan onder druk, en vallen soms om. Tegelijkertijd heeft de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) er toe geleid dat welzijn een sterker accent gekregen heeft in het gemeentelijk beleid; meer preventieve (algemene) voorzieningen en (veelal duurder) maatwerkvoorzieningen moeten uit het zelfde budget betaald worden. Gemeenten hebben beter in beeld gekregen (en hebben daar zelf ook baat bij) wat de behoefte van hun inwoners is op het terrein van welzijn ondersteuning en zorg bij zelfstandig wonen. In woonservicegebieden versterkt de institutionele vormgeving, waarbij zorgaanbieders, corporaties en welzijnsorganisaties goed samenwerken, de infrastructuur met betrekking tot welzijn en ondersteuning, en de afstemming tussen eerste lijn en thuiszorg. Een kenmerkende trend is (wijk)teams te vormen van professionals die zich bezighouden met welzijn, jeugd en gezinsvragen, en veelal ook participatie (De Kam 2019 te verschijnen).

### ***Wettelijk kader en beleid voor participatie***

Een iets ruimere opvatting van 'ruimtelijk beleid' is het kader dat de Wmo vormt voor de gemeente om de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van burgers (met beperkingen) te bevorderen. Het in de Wmo vastgelegde compensatiebeginsel houdt in dat de gemeente de plicht heeft om oplossingen te bieden aan burgers met beperkingen via het treffen van voorzieningen die hen in staat stellen om: een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel (doelgroepenvervoer), medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan (Storm & Post 2012).

Het SCP hield eind 2015 en begin 2016, dus vlak na de herziening van het zorgstelsel, een Wmo-evaluatie in 33 gemeenten (Feijten et al. 2017). Daaruit bleek dat een kwart van de mensen die aanklopten bij het Wmo-loket (54% > 65 jaar) niet participeert in de samenleving (via opleiding, betaald werk, vrijwilligerswerk, informele hulp, onbetaalde politieke en bestuurlijke functies en/of diverse typen vrijetijdsactiviteiten) en dat bijna een vijfde van de melders zich ernstig eenzaam voelt. Ruim vier vijfde van de mensen die een Wmo-aanvraag indiende kreeg een maatwerkvoorziening toegekend. Ondanks de ontvangen steun lukte het circa een kwart van hen niet om het huishouden te doen en bijna een vijfde bleef moeite hebben om zich te verplaatsen. Een zinvolle invulling geven aan de dag bleef, ondanks hulp en ondersteuning, alsnog niet haalbaar voor een kwart van degenen die dit niet zelfstandig konden. Van aanvragers die geen maatwerkvoorziening kregen, zei een derde dat ze vaker thuis bleven dan gewenst en een zesde dat ze minder sociale contacten hadden dan ze zouden willen.

Het SCP stelt zelf vast dat de periode van evaluatie feitelijk een transitieperiode betreft; toch is 80% van de Wmo-aanvragen gehonoreerd en is bij ongeveer driekwart van de aanvragers kennelijk een verbetering van de functionele en/of sociale woonomgeving opgetreden (Feijten et al. 2017). Niettemin beoordeelden de Wmo-aanvragers zelf dat hun participatiemogelijkheden van een onvoldoende voorafgaand aan de Wmo-steun zijn verbeterd naar een matige voldoende na het ontvangen van Wmo-ondersteuning (Feijten et al. 2017).

In de interviews met professionals is ter sprake gekomen dat er geen duidelijke normen voor participatie bestaan. Enerzijds heel begrijpelijk omdat de behoeften aan participatie niet in een maat te vangen zijn en ook de perceptie tussen personen wezenlijk kan verschillen. Anderzijds maakt het ontbreken van een norm dat het aan de Wmo te ontleen 'participatierecht' feitelijk boterzacht is.



## Geschikte woonomgeving verschilt naar regio: Achterhoek versus Amsterdam

Het zelfstandig wonen van ouderen is uiteraard afhankelijk van de eigen gezondheid, maar de mate van zelfredzaamheid wordt evenzeer beïnvloed door de fysieke én sociale woonomgeving. Wat ouderen daarbij verwachten en kunnen verwachten van hun omgeving, verschilt tussen regio's. Om deze verschillen beter te kunnen duiden, zijn in twee regio's minisymposia georganiseerd. In paragraaf 1.3.1 is deze werkwijze nader toegelicht.

Uit de minisymposia in de Achterhoek komt naar voren dat de afstand tot voorzieningen niet snel als problematisch wordt ervaren. Men is het gewend en in buurtschappen is het gebruikelijk is om 'gewoon naar elkaar om te zien'. Wel blijkt het als dreigend problematisch te worden ervaren dat dienstverlening aan huis door bijvoorbeeld boodschappen-diensten, kappers en pedicures weinig rendabel is bij een grote spreiding van langer zelfstandig wonende ouderen.

Er zijn ook buurten waar het draagvlak om naar elkaar om te zien ontbreekt, omdat individuen de handen al vol hebben aan 'het ophouden van de eigen broek'. Met name in Groot-Amsterdam komt ter sprake dat de draagkracht in burenhulp vooral weglekt in buurten waar veel corporatiewoningen staan. De concentratie van huishoudens met problematiek achter de voordeur leidt tot stapeling van problemen in de buurt.

Het alloceren van ouderen naar mogelijk meer geschikte woonlocaties stuit echter op diverse knelpunten; in zowel landelijke regelgeving (passend toewijzen of effect op toeslagen), de plaatselijke woon- en zorgvisie (middelen voor woningaanpassing en zorg aan huis versus verhuizen) maar zeker ook de verhuisgeneigdheid of voorkeuren van ouderen zelf (gehechtheid aan woning of sociale omgeving). In de Achterhoek is men bijvoorbeeld vaak gehecht aan de eigen woning, die soms al meerdere generaties wordt bewoond. Maar bijvoorbeeld woningsplitsing ten behoeve van mantelzorg aan huis is geen optie, omdat in de regionale woonvisie is bepaald dat elke gemeente gebonden is aan een maximale woningvoorraad om verdere leegstand bij bevolkingskrimp te voorkomen.

### *Concluderend*

Er is veel beleid dat via de gebouwde omgeving en de ruimte invloed heeft op het langer zelfstandig wonen van ouderen. Zo is wettelijk vastgelegd binnen welke afstanden bepaalde voor ouderen relatief belangrijke voorzieningen als een huisarts en apotheek beschikbaar moeten zijn. Toch blijkt in de praktijk dat de vastgelegde normen niet altijd worden gerealiseerd. Door regionale verschillen in de mate waarin de normen al dan niet worden gerealiseerd, kunnen ook regionale verschillen in de mate waarin ouderen invulling kunnen geven aan het zelfstandig wonen ontstaan. Mobiliteit speelt hierin een belangrijke modererende rol. Het grote palet aan mogelijkheden, welke lang niet altijd goed op elkaar afgestemd zijn en bovendien lang niet voor iedere oudere op dezelfde manier worden gefinancierd of vergoed, maken het voor ouderen niet altijd makkelijker om prettig langer zelfstandig te blijven wonen.

### 4.1.2 Wettelijke kaders bij Zorgbeleid

Naast beleid voor een geschikte woonomgeving om in te kunnen participeren, is er ook beleid om te voorzien in voldoende zorg. In hoofdstuk 2 is de herziening van het zorgbeleid beschreven, hier gaan we in op de ervaringen die hiermee in de praktijk zijn opgedaan. Het SCP constateert in de evaluatie van de Wmo<sup>74</sup> over de periode eind 2015 begin 2016,

<sup>74</sup> De Wmo vormt dus enerzijds een belangrijk wettelijk kader bij het participeren in de samenleving, dus het kunnen verplaatsen en ontmoeten van anderen in de woonomgeving (paragraaf 4.1.1). Anderzijds biedt de Wmo ook een belangrijk wettelijk kader voor het ontvangen van zorg en ondersteuning binnenshuis, zoals thuiszorg of huishoudelijke hulp (paragraaf 4.1.2)

feitelijk de transitiefase naar het nieuwe zorgstelsel, dat zich (nog) problemen voordoen bij de overstap van ouderen tussen de Wmo, de Zvw en de Wlz (Feijten et al. 2017).

### **Wettelijk kader in transitie**

Een eerste belangrijke belemmering in de praktijk is de bestaande privacywetgeving waardoor samenwerking en een warme overdracht van dossiers wordt bemoeilijkt. Zes op de tien mantelzorgers zegt zich niet voldoende gehoord en gesteund te voelen. De overdracht van mensen die zich melden bij de Wmo, Wlz en/of Zvw is volgens hen bepaald niet warm te noemen hoofdzakelijk doordat privacywetgeving het delen van dossiers bemoeilijkt (Feijten et al. 2017).

En er zijn nog meer praktische problemen in de overdracht tussen de drie zorgwetten. Zo is er ten eerste vaak een 'wachttijd' waarin de diagnose vastgesteld moet worden en een wachttijd voor het in behandeling nemen van de daaruit volgende aanvraag. Daarbij is het overgangsrecht of de overbruggingszorg niet altijd voldoende, waardoor de 'oude' ondersteuning niet altijd volledig of niet in de gewenste vorm kan doorlopen totdat de 'nieuwe' zorg goed is geregeld (MEE Noordwest-Holland 2015; Zorginstituut Nederland 2019).

Een tweede aanpalende transitiepijn betreft het hanteren van verschillende mate van tegemoetkoming voor dezelfde beperking in de Wmo, Zvw en Wlz<sup>75</sup>. Op het moment dat ouderen het met een Wmo voorziening of wijkverpleegkundige (Zvw) niet langer zelfstandig redden en op de wachtlijst komen voor een plek in het verpleeghuis (Wlz), doet zich als gevolg van een verschil in zorgmaat een tegenstrijdige situatie voor. Juist wanneer het hard nodig is, loopt de zorg aan huis terug; de zogenaamde 'zorgval' (De Monitor 2017). Maar ook binnen een enkele zorgwet kunnen problemen in de afstemming ontstaan als er meerdere (formele en/of informele) hulpverleners zijn. Hoewel de overgrote meerderheid (90%) van mensen met ondersteuning van meerdere typen hulpverleners via de Wmo geen afstemmingsproblemen ervaren, nemen de afstemmingsproblemen wel toe naarmate er meer hulpverleners betrokken raken. Iets meer dan een derde van de Wmo-aanvragers met meerdere hulpverleners gaf aan dat niemand de hulp van deze hulpverleners coördineert. De professionals die de keukentafelgesprekken voerden, gaven aan dat zij zelden of hooguit regelmatig controleerden of de formele en de informele zorg op elkaar aansloten (Feijten et al. 2017).

De afstemming tussen hulpverleners, in het bijzonder de aansluiting tussen formele en informele zorg, raakt de ouderen ook op een meer indirecte wijze, namelijk via het welzijn van de potentiële mantelzorgers in hun nabijheid. Binnen de kaders van de Wmo zijn de gemeenten niet alleen verantwoordelijk voor ondersteuning van de ouderen, maar ook voor mantelzorgondersteuning en ondersteuning van het vrijwilligerswerk. Om versnippering van kennis tegen te gaan en gemeenten te ondersteunen, zijn er twee landelijke verenigingen actief op dit terrein. Mezzo is sinds 2006 (met voorlopers sinds 1994) de landelijke vereniging die informatie, (juridisch) advies en steun aan mantelzorgers biedt. De Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV) is sinds 1994 de belangenorganisatie binnen het vrijwilligerswerk in Nederland die (met de gemeenten) meedenkt over beleid en advies geeft. Beide organisaties constateren dat door de extramuralisering en decentralisatie steeds meer en complexere zorgvragen bij vrijwilligers en mantelzorgers terecht komen<sup>76</sup>. Nu ouderen bijvoorbeeld pas bij een hogere zorgzwaarte aanspraak kunnen maken op een intramurale verblijfsplaats, heeft de problematiek die in de eigen woning opgevangen moet worden vaak een complexer en omvangrijker karakter. De NOV is in 2016 een driejarig programma Vrijwillig Dichtbij gestart, met als voornaamste doel vrijwilligers beter te equiperen. Maar met de

<sup>75</sup> Tientallen zorgmedewerkers melden dat mensen, terwijl ze nog thuis wonen, in de problemen komen wanneer ze overgaan van de Wmo of Zvw naar de Wlz. Vanuit die Wlz wordt niet alleen het verblijf in het verpleeghuis betaald, maar ook de zorg die mensen thuis nodig hebben tijdens het wachten op hun plekje in de instelling. Voor dezelfde beperking wordt in de Wlz echter een andere zorgmaat gehanteerd dan in de Wmo en Zvw. Minder zorg voor meer geld, want ook de eigen bijdrage die ze betalen wordt hoger zodra ze zich melden voor het verpleeghuis ([https://www.npo.nl/de-monitor/10-12-2017/KN\\_1692669](https://www.npo.nl/de-monitor/10-12-2017/KN_1692669)).

<sup>76</sup> Ook andere organisaties, zoals Alzheimer Nederland wijzen op de toenemende volumes en complexiteit in zorgvraag die bij mantelzorgers terecht komt (Alzheimer Nederland 2017, Jansen et al. 2016).



toenemende vergrijzing is het de vraag in welke mate de reductie in intramurale capaciteit kan worden opgevangen door de rest van het zorgsysteem en de samenleving (Daalhuizen et al. 2018; De Klerk et al. 2017).

### **Betaalbaarheid**

Al vóór de recente wetwijziging in de zorg speelde de eigen bijdrage een rol in de bestedingsruimte van huishoudens. SEO en SCP constateerden in 2004 dat extramuraal wonenden met een matige beperking beter kunnen rondkomen als zij tot de laagste inkomens behoren dan als zij tot de middeninkomens behoren. Hun inkomensafhankelijke bijdragen zijn immers lager zijn en hun inkomensafhankelijke subsidies (bijvoorbeeld huursubsidie) hoger uitvallen (Pommer & Boelhouwer 2016; Kok et al. 2004). Ondanks de doelstelling van de hervorming om zorg betaalbaar te houden door op langdurige zorg te bezuinigen en op gemeentelijk niveau meer maatwerk te leveren, is de betaalbaarheid van de zorg nog steeds een punt van zorg, zowel in collectieve zin (het systeem) als in individuele zin (het huishoudenspotje).

Om met die laatste te beginnen, het basis pakket in de Zvw is voor iedereen zo goed als gelijk, maar de aanvullende verzekeringen zijn individueel geregeld en de eigen bijdrage varieert dus. Ook voor ondersteuning en zorg vanuit de Wlz of de Wmo moeten vaak een eigen bijdragen worden betaald. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van het inkomen en/of vermogen en de aard van de voorziening. Dat levert diverse knelpunten op.

Ten eerste blijken de aanvragers van een Wmo voorziening te lang in onzekerheid te verkeren over de uiteindelijk te betalen eigen bijdrage<sup>77</sup>, omdat gemeenten slecht in staat zijn om van tevoren inzage in de te verwachten kosten te geven<sup>78</sup> (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2016). Daarbij stellen gemeenten zelf de hoogte van de eigen bijdrage bij Wmo aanvragen vast: in de ene gemeente moet een oudere voor de benodigde aanpassing van de badkamer of het gebruik van tafeltje-dek-je zelf vijfhonderd euro's bijdragen, terwijl de andere gemeente geen eigen bijdrage int bij het toekennen van Wmo-aanvragen<sup>79</sup> (Straatmeijer 2017). Welbeschouwd zijn de lokale verschillen inherent aan de keuze tot decentralisatie ten einde beter maatwerk te kunnen verstrekken. Niettemin zijn de knelpunten aanleiding geweest om per 1 januari 2019 een vast Wmo-abonnementstarief van 17,50 euro per maand te introduceren voor maatwerkvoorzieningen. Dit tarief geldt niet voor algemene Wmo-voorzieningen en voor Wmo-maatwerkvoorzieningen die zijn uitgezonderd in een Algemene maatregel van Bestuur (AmvB)<sup>80</sup>. Nu bestaat de vrees dat met het loslaten van 'bijdragen naar draagkracht' de drempel tot aanvraag van een Wmo-voorziening dermate is verlaagd dat de vraag naar Wmo voorzieningen zal toenemen, de gemeenten meer kosten moeten maken, terwijl er minder inkomsten binnen komen (VNG 2018a). Het (eventuele) knelpunt van betaalbaarheid wordt in feite verlegd van de aanvrager naar de gemeente. De Raad van State (2018) ziet op termijn een reëel gevaar voor verschraving van het voorzieningenniveau.

Ten tweede zijn de eigen bijdragen voor de Wlz in veel gevallen hoger dan de eigen bijdragen voor de Wmo. Dat kan ertoe leiden dat mensen de overgang naar de Wlz uitstellen (Nap et al. 2016). Dit verschil in eigen bijdrage tussen Wmo en Wlz zal naar verwachting groter

---

<sup>77</sup> Per 1 januari 2019 is overgegaan op een vast abonnementstarief voor Wmo-maatwerkvoorzieningen van 17,50 euro per 4 weken per huishouden. Onder meer de VNG vreest dat gemeenten de inkomsten uit de eigen bijdrage zien wegvallen, terwijl de Wmo-uitgaven zullen toenemen. De prikkel voor ouderen om de eigen kracht aan te spreken of het eigen sociale netwerk te mobiliseren, bijvoorbeeld voor een aantal uren huishoudelijke hulp, valt immers weg op het moment dat de benodigde hulp voor 17,50 euro per 4 weken bij de gemeente is af te nemen.

<sup>78</sup> Gemeenten meldden de Nationale ombudsman dat zij geen inzage kunnen geven in de hoogte van individuele Wmo-eigen bijdragen. Hiervoor zijn immers inkomens- en vermogensgegevens nodig, waarnaar gemeenten niet mogen vragen. Het inkomen speelt immers geen rol bij de toekenning van een Wmo voorziening, maar alleen bij het vaststellen van de hoogte van de eigen bijdrage. Gemeenten verwijzen burgers daarvoor naar het CAK (Centraal Administratie Kantoor) (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2016). Het CAK berekent de eigen bijdrage die mensen bijvoorbeeld voor Wmo-ondersteuning moeten betalen. Zij doen dit echter pas nadat er een beschikking door de gemeente is afgegeven (De Klerk 2017). Gevolg is dat de kosten van de Wmo voorziening en bijbehorende eigen bijdrage pas na toekenning bekend zijn en zorgaanvragers geen weloverwogen keuze kunnen maken.

<sup>79</sup> <https://www.zorgverzekering.org/algemene-informatie/langdurige-zorg/wmo/eigen-bijdrage-wmo/>

<sup>80</sup> <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35093-3.html>, paragraaf 2.2.

worden na invoering van het Wmo-abonnementstarief. Ten derde zijn de eigen bijdrage van de Wmo en Wlz afzonderlijk vastgesteld naar financiële draagkracht van de aanvrager, maar kunnen zij als gevolg van administratieve verkokering gestapeld raken, met alle gevolgen voor het huishouden van dien. Zo kan het bij een overgang van Wmo naar Zvw of Wlz voorkomen dat men de eigen bijdrage van Wmo nog aan het afbetalen is, terwijl die van de 'nieuwe' Wlz of Zvw al wordt opgestart. Dit knelpunt doet zich waarschijnlijk minder voor als per 1 januari het Wmo-abonnementstarief van kracht is. Andersom ervaren cliënten knelpunten rond de uitbetaling van het persoonsgebonden budget (uit de Wlz) wanneer de Wmo-indicatie eenmaal gesteld is<sup>81</sup> (MEE Noordwest-Holland 2015).

De eigen bijdrage in de zorgkosten kan tot uitstel of afstel van voor langer zelfstandig wonen noodzakelijk zorggebruik leiden (Van Esch et al; 2015, Remmerswaal et al. 2015; zie ook Binnenlands Bestuur 2016). Van de ondervraagde zorggebruikers zegt een kwart te zijn gestopt met zorg of te hebben besloten minder zorg af te nemen. Gemeenten zijn minder pessimistisch over het aantal afhakers: zij geven aan dat één op de vijf zorgbehoevenden regelmatig afziet van zorg door de hoogte van de eigen bijdrage. Gemeenten stellen dat zeven op de tien inwoners 'nauwelijks' afzien van zorg. Slechts één op de twintig Nederlanders ziet 'nooit' af van zorg vanwege de eigen bijdrage. Tien procent van de gemeenten heeft geen zicht op inwoners afzien van zorg (Binnenlands Bestuur 2016).

De vraag is in hoeverre vraaguitval of zorg mijden de kosten elders in de zorgketen, namelijk bij de crisisopvang of spoedeisende hulp (SEH), uiteindelijk stuwt (NZa 2016b). Over 2015 en 2016 heeft zich een groei in spoedopname onder ouderen voorgedaan van 10%. Het betreft een totaal van 800.000 bezoeken door 65-plussers, waarvan 'slechts' 39% daadwerkelijk een tweedelijns somatische klacht betrof die thuis hoort op de SEH (Winkel & De Kousemaeker 2017). Ongeveer een kwart betrof een met vroegdiagnostiek te voorkomen vraag (met een rol voor de wijkverpleging), 17% had een eerstelijns somatische klacht (observatie in eerstelijnsverblijf-bed (ELV-bed) en 19% had een niet somatisch aantoonbare klacht, maar een welzijnsklacht (Wmo-zorg). Door betere geleiding van de betreffende klachten hadden 4100 ziekenhuisbedden onbelast kunnen blijven, hetgeen gelijk staat aan een besparing van bijna 1,4 miljard euro in de tweedelijns zorg (Winkel & De Kousemaeker 2017).

De inkomensafhankelijke bijdragen voor de Zvw en Wlz maken onderdeel uit van ons sociale zekerheidsstelsel. Deels is dit systeem gebaseerd op het principe van solidariteit: in de eerste plaats omdat de bijdragen inkomensafhankelijk zijn en in de tweede plaats omdat de inkomensafhankelijke bijdrage van werknemers hoger is dan de inkomensafhankelijke bijdrage van ouderen. Mensen met een hoger inkomen dragen dan ook meer bij dan mensen met een lager inkomen (Zorgwijzer 2019). De inkomensafhankelijke bijdrage wordt over alle bronnen van inkomsten ingehouden; salaris, pensioen, uitkeringen, winst uit onderneming of inkomsten uit overig werk. Voor werknemers worden deze bijdragen door de werkgever afgedragen aan de belastingdienst. Op een bruto AOW-pensioen wordt het volgende ingehouden: loonheffing en de bijdrage aan de Zvw en Wlz<sup>82</sup>. Het bedrag dat na die inhoudingen overblijft, is het netto AOW-pensioen. De inkomsten van de inkomensafhankelijke bijdragen worden gebruikt om de curatieve en langdurige zorg te financieren. De aanvullende eigen bijdragen in de Wlz en Wmo berusten meer op het principe dat de gebruiker betaalt. Met name bij het solidariteitsprincipe waarbij de inkomensafhankelijke bijdragen worden gebruikt om de curatieve en langdurige zorg te financieren, openbaart zich de vraag hoe lang

---

<sup>81</sup> Door aanpassing van de pgb-systematiek krijgen mensen sinds 2015 soms een veel hoger pgb dan daarvoor. Als ze hiervan geen gebruik maken, wordt de eigen bijdrage toch berekend op basis van het toegekend budget in plaats van op basis van het benut budget (MEE Noordwest-Holland 2015).

<sup>82</sup> Eigen bijdragen komen bovenop de inkomensafhankelijke bijdragen. Alleen de ouderen die in een instelling wonen en daar ook zorg krijgen, betalen een eigen bijdrage Wet langdurige zorg (Wlz); en alleen de ouderen die in een instelling wonen voor beschermd wonen betalen de eigen bijdrage Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

de intergenerationele solidariteit nog houdbaar is, als door de vergijzing de verhouding tussen de werkgeversheffing en de inkomensafhankelijke bijdragen van gepensioneerden gaat verschuiven. Tegelijkertijd is deze intergenerationele 'verschuiving' van tijdelijke aard: de babyboomgeneratie is verhoudingsgewijs omvangrijk, maar de navolgende cohorten ouderen zijn weer beperkter van omvang.

### **Regionale verschillen**

Vooropgesteld, al voor herziening van het zorgstelsel bestonden er ruimtelijke verschillen in het zorggebruik. Dit geldt ook voor zorggebruik van specifiek de ouderen. TNO constateerde bijvoorbeeld dat verschillen in zorggebruik tussen ouderen in stedelijke en dorpse woonmilieus weliswaar vervallen na correctie voor factoren met een grote invloed op gezondheid, zoals leeftijd en inkomen, maar dat er tussen dorpen en buitengebieden wel kleine verschillen resterden. Ouderen in landelijke woonmilieus kunnen mogelijk alleen in hun behoefte aan formele zorg voorzien door te verhuizen naar een grotere woonkern met beter voorzieningen-aanbod (Post et al. 2012). Eveneens voor de hervorming van het zorgstelsel heeft het Verweij-Jonker Instituut per gemeente het percentage kwetsbare 65-plussers (laag inkomen, alleenstaand en/of een chronische aandoening) in verband gebracht met het lokale formele zorggebruik (thuiszorg of zorg met verblijf). Zij troffen regio's, zoals Oost-Groningen en West-Brabant, waar het percentage kwetsbare ouderen hoog was terwijl het percentage zorggebruikers in verhouding erg laag bleef. Er waren ook regio's, zoals Noord-Holland, waar de situatie omgekeerd was. Dezelfde berekening voor 75-plussers toonde een nog grotere disbalans tussen kwetsbaarheid en zorggebruik. Regio's in Noord-Brabant en Groningen scoorden wat positiever, maar onder meer in Noord-Holland, Flevoland, (Oost-)Overijssel lag het zorggebruik hoger dan verwacht op basis van het aandeel kwetsbare 75-plussers (Dekker et al. 2012). Ook in een onderzoek naar regionale verschillen in het gebruik van langdurige zorg (Wlz) door ouderen en chronisch zieken stuit de Algemene Rekenkamer (AR) met het CBS op grote regionale verschillen die niet terug te voeren zijn op verschillen in objectieve behoefte aan zorg, zoals die blijkt uit ouderdom, gezondheid, leefstijl en beschikbare hulpbronnen van betrokkenen (Algemene Rekenkamer 2015). Vervolgonderzoek moet uitwijzen in hoeverre de verschillen in zorggebruik zijn terug te voeren op regio specifieke kenmerken, zoals culturele achtergronden (en de relatie met vraagverlegenheid), of meer persoonlijke kenmerken van de ouderen, zoals financiële (of andere) beperkingen of de beschikbaarheid over een eigen informeel zorgnetwerk.

Maar ook het gebruik van formele steunnetwerken verloopt niet altijd volgens verwachting. Zo vindt het SCP in een monitor van de drie grote decentralisaties die het Rijk de afgelopen jaren heeft ingezet (namelijk de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet) grote regionale verschillen in het gebruik van de verschillende 'sociaal domeinvoorzieningen'. Deze sociale domeinvoorzieningen omvatten de voorzieningen waarop mede de ouderen vaak aanspraak maken, zoals ondersteuning aan huis, hulpmiddelen en diensten en huishoudelijke zorg. De onderzoekers stellen met name in de krimpregio's een aanzienlijke afwijking van het landelijk gemiddelde vast, ook na correctie voor demografische en sociaaleconomische verschillen (Pommer & Boelhouwer 2016). In een vervolgstudie van Platform31 met de Groningse, Friese en Limburgse sociaal planbureaus wordt het bovengemiddeld gebruik van sociaal domeinvoorzieningen in krimpregio's toegeschreven aan de regionale eigenheid of wel contextfactoren - zowel culturele (historische), economische als fysiek-ruimtelijke - aan institutionele factoren (gedrag van betrokken instituties), aan kenmerken van de bevolking - een (toenemende) concentratie van kwetsbare huishoudens, met een grote afhankelijkheid van zorg en ondersteuning tot gevolg- en aan de beperkingen van het gebruikte statistische materiaal (Engbersen & Uytterlinde 2017). Overigens doen zich binnen de regio's evenzeer grote ruimtelijke verschillen voor. De onderzoekers noemen onder meer de mate van stedelijkheid en landelijkheid, welke enerzijds van invloed kan zijn op de aanwezige sociale cohesie en daarmee bijvoorbeeld op gebruik van Wmo-voorzieningen (zie ook Vermeij 2016) en welke zich anderzijds uit in een concentratie van voorzieningen in centrumgemeenten, waar

het aanbod de vraag schept. Harkes en Witter (2016) stellen daar tegenover dat in de gebieden, waar de formele voorzieningen minder aanwezig zijn, (informele) burgerinitiatieven het nodige opvangen. In het SCP onderzoek naar informele zorg antwoordde één op de zes mensen (17%) bevestigend, een derde (36%) ontkennend en bijna de helft (47%) wist niet of er in de buurt iets wordt georganiseerd om mensen met gezondheidsproblemen of ouderdomsklachten te helpen (De Klerk et al. 2017).

### 4.1.3 Wettelijke kaders bij Woningmarktbeleid

In zijn afscheidsrede in januari 2019 geeft professor Johan Conijn een mooi overzicht van het verloop van de recente hervormingen op de woningmarkt (Conijn 2019). Rond 2012 was er maatschappelijke consensus bereikt over het willen terugdringen van marktversturende subsidies in zowel de koopsector als de huursector. Meer marktconforme prijsniveaus en eigendomsneutraliteit werden nagestreefd, met een woontoeslag voor de laagste inkomens. Hiermee konden de schotten tussen koop en huur worden beslecht en scheef wonen worden opgelost. In 2013 mondde dit uit in een Hervormingsagenda Woningmarkt, waarbij hypotheekvoorwaarden werden aangescherpt (LTV stapsgewijs naar 100%, overdrachtsbelasting verlaagd), werd gestuurd op meer marktconform prijsniveau in de sociale huur (woningwaarderingsstelsel aangepast met WOZ-waarde, inkomensafhankelijke huurstijging en invoering van de verhuurdersheffing). Gevolgen voor langer zelfstandig wonen van ouderen openbaren zich in de koop- en huurmarkt.

#### **Koopsector**

Ouderen in een koopwoning bouwen vermogen op, waarvan de meerwaarde bij verkoop besteedbaar te maken is. De door de aangescherpte hypotheeknormen ontstane vrees voor een rem op de waardeontwikkeling van koopwoningen bleek al snel ongegrond. De gemiddelde transactieprijs van koopwoningen ligt al weer op recordniveau en de verkooptijd is niet zo kort geweest sinds 2000 (NVM 2018). Daarbij doen zich echter wel regionale verschillen voor. In regio's als Noordwest-Friesland, Kennemerland en Den Haag zijn de vraagprijsstijgingen het meest toegenomen en is de verkooptijd het kortst, in Zeeuws-Vlaanderen en Noordoost Groningen is er nauwelijks verandering in prijs opgetreden en is de verkooptijd langer dan een jaar (NVM 2018). In die regio's waar de waardeontwikkeling van woningen stagneert, kan dit leiden tot een lagere mutatiegraad van (verouderde) koopwoningen. Voor ouderen betekent dit dat zij niet altijd op het 'gouden ei' broeden waarmee zij denken in hun oude dag te kunnen voorzien. Bij woningen die in aanmerking komen voor een grondige renovatie (vanwege de bekende 'groene badkamertegels'; Trouw 2018), is als gevolg van een LTV van 100% bij aankoop de modernisatieslag niet mee te financieren in de hypotheek. Voor de doelstellingen ten aanzien van de woningmarkt betekent het dat dit deel van de woningvoorraad wellicht niet zo snel wordt verduurzaamd als gewenst; wisseling van eigenaar is hiertoe immers een natuurlijk moment (zie ook Schilder et al. 2018).

Als ouderen in hun koopwoning blijven wonen, is het langer zelfstandig wonen te ondersteunen met woningaanpassingen vanuit het Wmo-beleid (zie hoofdstuk 2). Via beleid in het woondomein is te sturen op beschikbare mantelzorg. Want hoewel mantelzorgers en mantelzorgvragers eerder de voorkeur hebben om in elkaars nabijheid te wonen, niet zozeer om samen te wonen, kan dit wel perspectief bieden. Vroeger kwam het veel voor in het buitengebied waar kinderen bijvoorbeeld het (agrarisch) bedrijf van de ouders overnemen. Nu zou het inwonen van de mantelzorger of de mantelzorgvrager kunnen bijdragen aan het langer zelfstandig wonen. Maar dubbel wonen kan alleen als die mogelijkheid in een bestemmingsplan is opgenomen. Uit inwonen komen echter veranderingen voort, omdat er een gezamenlijke huishouding wordt gevoerd waarbinnen bijvoorbeeld de kosten voor verwarming en verlichting gedeeld worden. Dit kon tot gevolg hebben dat ouderen op hun AOW uitkering worden gekort, maar de kostendelersnorm in de AOW is halverwege 2017 afgeblazen (Rijks-overheid 2017b). Maar de verandering in huishoudenssamenstelling kan wel gevolgen hebben, zoals een lichtere Wmo-indicatie vanwege meer beschikbare hulp in huis

(Duivenvoorden & Van Triest 2017). In sommige gemeenten worden de effecten van verandering in huishoudenssamenstelling (op bijvoorbeeld uitkeringen of heffingen) gemeden met de optie om de woning te splitsen. Vervolgens is die splitsing soms alleen mogelijk voor de duur van de mantelzorg, omdat de administratief nieuw gecreëerde woning meetelt in het regionale woningbouwprogramma (Duivenvoorden & Van Triest 2017). Met name in krimpregio's vreest men dat voor elke (via splitsing) toegevoegde woning elders een woning leeg komt te staan, zoals ook de provincie Gelderland verwoordde bij de regiobijeenkomst (zie tekstkader: Geschikte woonomgeving verschilt naar regio). Hier biedt provinciale regelgeving geen ruimte aan gemeenten voor het instrument van woningsplitsing. Elders kan de gemeente dus in bepaalde mate, bijvoorbeeld in de wijze van faciliteren van mantelzorg, (-gegeven de druk op de woningmarkt en/of het Wmo-budget- moeten) kiezen tussen het verdelen van de kosten van het langer zelfstandig wonen over het Wmo-beleid of het huisvestingsbeleid.

### **Huursector**

De Woningwet (2015) bracht de inzet van woningbouwcorporaties terug tot de kerntaak van het bouwen, verhuren en beheren van woningen voor de doelgroep van lage inkomens en anderen kwetsbaren op de woningmarkt. Ook het geografisch werkgebied van corporaties moest beter afgestemd met de regionale woningmarkten en de (prestatie)afspraken met de gemeenten zouden daartoe voortaan minder vrijblijvend moeten zijn (Conijn 2019). Dat heeft tot gevolg gehad dat de ruimte voor woningbouwcorporaties om naar eigen inzicht leefbaarheidsbudgetten te beheren en bijvoorbeeld tegen maatschappelijke tarieven ruimten te verhuren zijn ingeperkt. Voorzieningen die het welzijn én zelfstandig wonen van ouderen ondersteunen, zoals zorg- en welzijnsorganisaties of verenigingen waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten, moeten huren tegen commerciële tarieven. En dat betekent dat investeringen in zowel het voorzieningenniveau als de sociale cohesie binnen buurten meer onder druk zijn komen te staan. De stringente landelijke regels kunnen een effectieve aanpak voor kwetsbare burgers in de wijk in de weg staan (Van Bochove et al. 2018).

Direct effect van de Huisvestingswet die per 1 januari 2015 van kracht is, is het opstellen van nieuwe gemeentelijke huisvestingsverordeningen waarin ook het onderwerp ouderen-huisvesting aan de orde komt (Nouws 2015). De Huisvestingswet biedt gemeenten de mogelijkheid om een urgentieregeling vast te stellen, waarbij de mantelzorgverleners en -ontvangers (volgens de definitie uit de Wmo) een verplichte urgentiecategorie zijn. Zij kunnen op die manier met voorrang een vrijkomende woning bemachtigen (Duivenvoorden & Van Triest 2017). Voor mantelzorgers en zorgvragers die willen verhuizen om zorg voor elkaar te kunnen blijven verlenen, kan de passendheidsnorm<sup>83</sup> echter knellen<sup>84</sup>. De aard van de zorgvraag en de woonafstand is van groot belang bij het bepalen of de mantelzorger recht heeft op voorrang op een huis in de nabije omgeving. Maar op basis van het inkomen kan de situatie ontstaan dat de geschikte vrijgekomen woning toch niet mag worden toegewezen (Duivenvoorden & Van Triest 2017). Ook het gaan delen van de voordeur blijft niet zonder gevolgen. Verandering van huishoudenssamenstelling en -inkomen is van invloed op de Wmo-indicatie en toeslagen, zoals de huurtoeslag (Duivenvoorden & Van Triest 2017). Tot slot zullen corporaties de investeringen in de woning ten behoeve van langer zelfstandig wonen (evengoed als ten behoeve van verduurzaming) doorberekenen in de huurprijs van huidige en toekomstige huurders. Deze doorberekening of huurprijsverhoging kent voor toekomstige huurders echter een plafond door de in 2015 ingevoerde passendheidstoets. Dat

---

<sup>83</sup> Dit is een wettelijke norm die bepaalt dat woningcorporaties vanaf 2016 minimaal 95% van alle huurtoeslag-gerechtigde woningzoekenden een financieel passende woning moeten toewijzen met een huurprijs onder de aftoppingsgrens (De Groot et al. 2016).

<sup>84</sup> In de Kamerbrief 'Maatregelen huurmarkt en evaluatie herziene woningwet' oppert Minister Ollongren het voornemen, om ouderen met een laag inkomen en met vermogen uit te zonderen van passend toewijzen, met de Tweede Kamer te willen bespreken (Ministerie van BZK 2019). Door het passend toewijzen komen deze mensen niet in aanmerking voor een woning boven de aftoppingsgrens, terwijl zij juist een deel van hun vermogen willen inzetten om in een duurdere huurwoning te wonen (Tweede Kamer 2016/2017 dossier 27926 nr. 278).

zet mogelijk een rem op de hoeveelheid aanpassingen van huurwoningen (Lijzenga et al. 2015).

### Regionale effecten van landelijk beleid: Achterhoek versus Amsterdam

Landelijke beleid kan regionaal verschillende effecten met zich meebrengen. Dat geldt bijvoorbeeld in de nieuwe Woningwet (2015) waar de bewegingsvrijheid van woningbouwcorporaties in niet-DAEB activiteiten (commerciële activiteiten) is beperkt en evenals de ruimte voor niet-passend toewijzen. Ook in combinatie met de Huisvestingswet (2014) waarin onder meer eventuele urgentie van huisvesting kan worden geregeld kan regionaal verschillend uitpakken.

In de regio Groot-Amsterdam waar een relatief omvangrijk deel van de ouderen een (ongeschikte) huurwoning bewoont, zorgt het moeten delen van de ruimte voor passend toewijzen met diverse andere omvangrijke doelgroepen als statushouders en mensen met urgentieverklaringen dat vrijkomend aanbod van voor ouderen geschikte woningen zeer beperkt is. Dat ouderen hun opgebouwde wachttijd slechts eenmaal kunnen besteden dus aangeven dit alleen aan 'het gouden ei' te doen, drukt de verhuismobiliteit verder.

In de regio Achterhoek is niet zozeer het aantal geschikte woningen een beperkende factor, als wel de voorwaarden waaraan bewoning is gebonden. Zo geven professionals aan het sociaal-wenselijk te achten dat ouderen een voorkeur kunnen delen. Met de huidige regelgeving worden samenlevingsvormen van oudere broers of zussen die gezamenlijk nog langer zelfstandig zouden kunnen wonen verhinderd.

#### 4.1.4 Interactie tussen domeinen en actoren

Op zichzelf biedt het institutioneel kader voldoende ruimte om het langer zelfstandig wonen te faciliteren. Maar als gevolg van de regionale omstandigheden, zoals de samenstelling van de woningvoorraad en bevolkingsontwikkeling (en daarop gebaseerd provinciaal beleid), variëren de handelingsmogelijkheden voor betrokken actoren. Uit bovenstaande moge duidelijk zijn dat met name op het lokale schaalniveau ruimte (of noodzaak) voor afweging tussen de domeinen en de betrokken actoren ontstaat. Waar veel ouderen of eventuele mantelzorgers passend te huisvesten zijn, via passend toewijzen van de corporatie of ruimte voor inwoners via de gemeente, kunnen de uitgaven voor Wmo voorzieningen beperkt blijven. Als via het woonbeleid weinig ondersteuning aan het langer zelfstandig wonen wordt geboden, ligt in de lijn der verwachting dat er meer investeringen in woningaanpassing of hulp aan huis via zorgbeleid, of wel de Wmo en/of Zvw worden aangevraagd.

De inrichting van de directe woonomgeving voor ouderen is belangrijk voor het zelfstandig kunnen wonen. Of wel tenminste de primaire voorzieningen, waaronder de huisarts, supermarkt en/of OV-halte, moeten in de nabijheid van de woning liggen, of wel de bereikbaarheid van voorzieningen wordt gerealiseerd via dienstverlening aan huis (digitale diensten en zorgdiensten). De vraag is in hoeverre de inrichting van de woonomgeving overal reeds voldoende toegesneden is op de opgave van langer zelfstandig wonen. Denk aan verschillen in het bestaande lokale voorzieningenaanbod (evenals financiering daarvan, inclusief de eigen bijdrage), regionale verschillen in beschikbaarheid of tekort aan personeel (in de wijkverpleging), de te verwachten groei in het aantal en aandeel ouderen, ook met dementie, in het aantal spoedopnamen, waarbij de normen voor aanrijtijden niet altijd kunnen worden gehaald.

Door verschillen in demografie, dichtheid en regionale of lokale ruimtelijke ordening, bestaan er nu eenmaal ruimtelijke verschillen in de functionele geschiktheid van de woonomgeving. Waar de fysieke en functionele woonomgeving niet voldoende faciliteert in langer zelfstandig wonen, omdat de nabijheid of bereikbaarheid van primaire voorzieningen onvoldoende is, zou dit opgevangen moeten of kunnen worden door de sociale omgeving. Onder de sociale



omgeving is zowel de instrumentele steun van het eigen netwerk van mantelzorgers als het professionele arbeidsaanbod te verstaan (in zorg, maar ook dienstverlening in brede zin: bijvoorbeeld bezorg- en onderhoudsdiensten).

Het Rijk stelt als systeemverantwoordelijke weliswaar nationale kaders en normen vast, maar door de decentralisatie op de domeinen van de woningmarkt (woningmarktregio's en gemeenten), zorg (zorgregio's en gemeenten), veiligheid (veiligheidsregio's, RAV-regio's) en mobiliteit (OV-autoriteiten), kunnen in de uitvoering steeds meer ruimtelijke verschillen ontstaan<sup>85</sup>. Ook de afstemming tussen de domeinen en tussen de verantwoordelijke actoren is niet vanzelfsprekend. In theorie kan dit tot de vreemde situaties leiden, bijvoorbeeld dat ovhaltes, bussen, metro's en trams weliswaar toegankelijk moeten zijn voor ouderen, maar dat zij niet vanzelfsprekend kunnen rekenen op de aanwezigheid ervan. Of dat een zorgverzekeraar niet voldoende bedden heeft gereserveerd, waardoor ouderen noodgedwongen langer thuisblijven (met een zorgpakket) of buiten de regio terecht komen. Soms is in de praktijk een verschuiving waarneembaar, waarbij ook marktpartijen een publieke verantwoordelijkheid nemen. Zo gaat Post NL in navolging van Finse, Franse en Belgische postbedrijven het werkpakket van postbezorgers verbreden met het waarnemen en melden van misstanden in de wijk tot het over de drempel optioneel opnemen van waterstanden of afleveren bij minder mobiele cliënten (NOS 2017). Deze trend is deels herkenbaar en terug te voeren op historische vormen van huisvesting, scholing en vermaak die de vroegere industriëlen voor hun arbeiders verzorgden (denk aan Bata-dorp of Hivea-dorp).

### **Ruimte voor andere actoren**

Ook voor marktpartijen kan een rol weggelegd zijn in het faciliteren van, onder meer, het langer zelfstandig wonen<sup>86</sup>. Een welbekend voorbeeld betreft de aanpassing van badkamers voor ouderen; waar dit (deels) via de Wmo als maatwerk kan worden toegekend, zijn ook commerciële aanbieders steeds meer actief in het aanbieden van voor ouderen geschikt sanitair (zie bijvoorbeeld de reclamefilmpjes van Molenaar, Sanidrome of Baderie).

Een ander voorbeeld dat zowel de regionale economie kan versterken als de 'bereikbaarheid' van voorzieningen kan vergroten, is de ontwikkeling van een digitaal snelwegennet (Salemink & Strijker 2012). De inzet op de uitrol van een glasvezelnet is vooralsnog regionaal zeer verschillend. De provincies Friesland, Drenthe, Overijssel en Noord-Brabant hebben momenteel beleid om initiatieven te ondersteunen. En onlangs heeft de regio Rivierenland groen licht van de Europese Commissie gekregen om een digitaal netwerk als nutsvoorziening te mogen aanleggen, om de maatschappelijke taken op het gebied van zorg, onderwijs en digitale overheidsdiensten goed te kunnen vervullen (State Aid Register case number SA.46613)<sup>87</sup>.

Daarbij lijken beleggers met een lange termijn visie geïnteresseerd te raken in de commerciële exploitatie van een dergelijk netwerk. Uiteraard is die belangstelling afhankelijk van te behalen stabiele rendementen. Zo verzorgt de Centrale Antenne Inrichting Westland (CAIW), een gerenommeerd beleggingsfonds in telecommunicatie infrastructuur en datacenters, breedband in grote delen van Nederland, zowel in stedelijke- als in buitengebieden<sup>88</sup> (Hijink 2017).

---

<sup>85</sup> Opvallend is dat de inzet van provincies niet direct ter sprake komt. Slechts in een enkel geval is de uitvoering van de wet door de wetgever aan de provincie opgedragen, zoals bij het openbaar vervoer. Wat verder tot provinciaal belang hoort, bepalen de provincies zelf, voor over het niet strijdig is met nationale en internationale regelgeving. Dit ligt echter voor de hand bij gemeentegrensoverschrijdende voorzieningen (denk aan fietspaden) of bij negatieve bovengemeentelijke effecten van gemeentebestuur (Buitelaar et al. 2014). In dat kader zijn de provincies belast met zeven kerntaken: een duurzame ruimtelijke ontwikkeling (waaronder waterbeheer), een veilige en schone omgeving (op het gebied van milieu, energie en klimaat), een vitaal platteland (inclusief natuurbeheer en sociaaleconomische vitaliteit), regionale bereikbaarheid, regionale economie, culturele infrastructuur en monumentenzorg en kwaliteit van het openbaar bestuur (<http://www.ipo.nl/over-de-provincies/de-zeven-kerntaken-van-de-provincies>).

<sup>86</sup> [https://www.ing.nl/media/ING\\_EBZ\\_Dienstverlening-voor-de-nieuwe-oudere-maart-2016\\_tcm162-101220.pdf](https://www.ing.nl/media/ING_EBZ_Dienstverlening-voor-de-nieuwe-oudere-maart-2016_tcm162-101220.pdf)

<sup>87</sup> <https://www.gemeente.nu/ruimte-milieu/leefomgeving/rivierenland-mag-breedbandnetwerk-aanleggen/>  
<https://vng.nl/groen-licht-voor-glasvezel/>

<sup>88</sup> <https://overalglasvezel.nl/achtergrond/>

Het lastige bij het betrekken van het marktpartijen, bijvoorbeeld bij de totstandkoming van digitale diensten en innovaties, is dat het onderscheid tussen commercieel en publiek niet altijd helder is. En daarmee zijn verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid ook niet duidelijk. Dit kan met name tot problematische situaties leiden bij innovatieve producten of diensten die direct betrekking hebben op de zorgverlening, bijvoorbeeld in het geval van e-health. Want voor wier rekening komt snelle veroudering van systemen of producten en een eventuele overstap naar een nieuw te installeren versie: de verzekeraar, de producent of cliënt? En wie heeft welke verantwoordelijkheid of is aansprakelijk in het geval de e-health toepassing ondersteunt bij zelfmedicatie, waarbij een medische misser plaatsvindt? Je kan stellen dat de overheid daar waar het gaat om (semi)publieke diensten en dus ook digitale systemen in de zorg een rol als hoeder van het publiek belang heeft, denk aan het waarborgen van gelijke toegang. Maar ook in die rol doen zich ethische vraagstukken voor, zoals de balans tussen het individuele recht op privacybescherming versus het collectieve recht op evidence-based en efficiënte zorg (Kool et al. 2017; RIVM 2018).

## 4.2 Attitudes van professionals

Binnen de kaders van de wetten en (beleids-)regels werken diverse overheden en andere actoren elk op hun eigen domein of deelverantwoordelijkheid aan hun eigen doelstellingen. Maar hoe is uit die stapeling aan deelverantwoordelijkheden zo'n meerwaarde te genereren dat ouderen in voor hen geschikte woningen en woonomgevingen kunnen wonen? Uiteindelijk is de inzet en daadkracht in de uitvoering van professionals bepalend voor het faciliteren van het langer zelfstandig wonen. In de interviews onder landelijke professionals en tijdens de regionale minisymposia hebben wij de professionals bevraagd op welke inzet zij van wie verwachten en welke belemmeringen zij daarbij zien.

Belangrijke gedeelde constatering is dat weeffouten of gebrekkige afstemming tussen de verschillende domeinen en wetten soms perverse prikkels in de uitvoering teweeg brengen. Besluit een zorgverzekeraar anders over vergoeding van een zorgbed in de woonkamer wanneer het gemeentelijke Wmo-potje dat in trapliften voorziet vol dan wel leeg is (en andersom)? De positie en de attitude van de actoren die het langer zelfstandig wonen moeten (willen) ondersteunen is daarin veel bepalend. Dat zoveel verschillende actoren hun bijdragen leveren aan het langer zelfstandig wonen van ouderen, maakt het weliswaar een maatschappelijk breed gedragen, maar niet eenvoudig te bereiken doel.

### 4.2.1 Eigen achterban

In de eerste plaats ontstaat verkokering doordat actoren vooral bezig zijn met hun eigen doelen, verantwoordingskader en huishoudboekje. Dat komt de transparantie van hun bedrijfsvoering en de efficiënte inzet van hun middelen zeker ten goede (zie hoofdstuk 3). Maar actoren hebben veelal een doel of missie die maar ten dele raakt aan het langer zelfstandig wonen van ouderen. Ten tweede overlapt ook in geografisch opzicht het werkveld maar ten dele. Zo zijn gemeenten er voor bewoners van eigen grondgebied, voor leefbaarheid in brede zin. Corporaties richten zich op de doelgroep van –niet alleen oudere- huurders in hun woningmarktregio. Zorgverzekeraars bestrijken veelal grotere zorgregio's en hanteren rekenregels op basis van bevolkingssamenstelling<sup>89</sup> met het (korte termijn) doel om premie voor alle leden betaalbaar te houden. Dat leidt tot budgettaire plafonds in zorgregio's, zonder dat afstemming met lokale Wmo-budgetten plaats vindt. Gemeenten en zorgverzekeraars laten

<sup>89</sup> Vanwege de acceptatieplicht van zorgverzekeraars kan de ene zorgverzekeraar meer verzekerden hebben met hogere zorgkosten of risico daarop dan de andere. Om prikkels tot selectie (voor populatie of regio) bij zorgverzekeraars te voorkomen is er een principe van Risicoverevening opgenomen in de Zvw. De hoogte van de verevening wordt gebaseerd op het gemiddelde risicoprofiel van de populatie verzekerden; verzekeraars met een gunstig populatieprofiel dragen bij aan het zorgverzekeringsfonds waaruit verzekeraars met een ongunstig risicoprofiel verevend worden.



zich daardoor soms kritisch uit over elkaars inzet: gemeenten ervaren weinig toeschietelijkheid bij zorgverzekeraars, maar zorgverzekeraars vinden dat gemeenten cliënten soms te snel afschuiven naar de wijkverpleging (zie ook Francke et al. 2017). Kortom, het systeem biedt geen prikkel tot investeringen waarvan de baten liggen bij de ander: waarom zouden zorgverzekeraars aan preventie of domotica doen, als dit een taak is van de gemeente (en corporatie), die uiteindelijk een besparing oplevert voor de langdurige zorguitgaven van het Rijk? Dientengevolge kan de ondersteuningsbehoefte van een oudere wel eens anders worden ingevuld, afhankelijk van of het budgettaire plafond bij de zorgverzekeraar reeds is bereikt en of de gemeente nog Wmo-budget heeft of niet.

In sommige gevallen ontstaan marktinitiatieven om de 'gaten' tussen zorgverzekeraar en gemeente te vullen. Een voorbeeld in het mobiliteitsdomein is de oprichting van de dienst Automaatje van de ANWB, waarbij de ANWB software en coördinatie levert voor particulier vervoer van en door buurtgenoten (nadrukkelijk niet inzetbaar als vervanging van WMO-vervoersdiensten). De eventuele inzet van maatschappelijke en/of commerciële partijen heeft echter nog geen plaats in kwaliteitstoetsen (terwijl veiligheid en betrouwbaarheid van extra belang zijn bij de kwetsbare groep (zie ook paragraaf 4.1.3)).

Ook is dienstverlening met het klassieke verdienmodel vaak afhankelijk van dichtheden in vraag en aanbod: een dienst is eerder rendabel in de stad dan in de periferie. Bijvoorbeeld zorgaanbieders worstelen met de rendabiliteit, nu het werkpakket is opgeknipt tussen Wmo en Zvw. Nu de huishoudelijke ondersteuning verloopt via de gemeente, zijn de (resterende) medische behandelingen kortdurend en veelal geconcentreerd aan het begin en einde van de dag. Rooster technisch is dit moeilijk rendabel te vullen en kan de zorgplicht op gespannen voet komen te staan met klantvriendelijkheid en het wel of niet honoreren van zorgaanvragen op meer afgelegen locaties. Ook de rendabiliteit van investeren in zorgveilig vastgoed (brandpreventie, inbraakpreventie en valpreventie) is onder druk komen te staan met de scheiding van wonen en zorg. Waar zorgondernemers dit vastgoed als integraal verzorgd wonen exploiteerden, verandert met de scheiding van wonen en zorg het verdienmodel. Zolang er intramurale zorg geboden wordt, ontvangt de zorginstelling een Normatieve Huisvestingscomponent (NHc) ter financiering van het appartement. Zodra er extramurale zorg geleverd wordt, moet het appartement bekostigd worden vanuit de huurinkomsten<sup>90</sup>. De huurinkomsten zijn gebaseerd op het Woningwaardering stelsel (WWS). In veel gevallen is de maximale huur die gevraagd mag worden lager dan de inkomsten die voor dezelfde woning vanuit de NHc bekostigd zouden worden (zie ook paragraaf 5.4 over maatschappelijk vastgoed). Het verdienmodel (de businesscase) wordt in dergelijke situaties minder gunstig voor de verhuurder. Dat verandert de wil van zorgaanbieders tot investeren in dergelijk vastgoed: wie durft het onzekere aan? Kortom, verkokering remt samenwerking, op alle niveaus en tussen alle actoren.

#### 4.2.2 Onduidelijke verantwoordelijkheid in maatschappelijke opgave van LZW

Naast bovengenoemde verkokering, blijkt dat de rollen en verantwoordelijkheden ten aanzien van het langer zelfstandig wonen van ouderen onduidelijk zijn. Professionals mogen zich niet zomaar ongevraagd achter de voordeur begeven, dus kunnen veelal pas in actie komen op het moment dat er reeds problemen zijn. Maar bij onduidelijke taakverdeling in de opgave, is het afhankelijk van de persoon in hoeverre vervolgens actie wordt ondernomen. Vaak is dit weinig of niets: actoren trekken zich liefst terug tot het doel en werkveld dat dat

---

<sup>90</sup> Zorginstellingen maken steeds vaker huurcontracten waarin wonen en zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Je mag dan alleen in een extramuraal appartement van de zorginstelling wonen als je bij de zorginstelling zorg inkoop. In dergelijke situaties worden de huurovereenkomst en individuele zorg-overeenkomst middels een koppelbeding met elkaar verbonden. In dat koppelbeding wordt dan nadrukkelijk vastgelegd dat wonen bij de zorgorganisatie alleen mogelijk is gedurende de looptijd van de zorg-overeenkomst. Als de zorg-overeenkomst beëindigd wordt of als de bewoner zich onttrekt aan zijn/haar plicht tot het aanvaarden van professionele begeleiding komt ook de huurovereenkomst ten einde.

met zekerheid het hunne is. Toch eenmaal achter de voordeur blijkt afstemming tussen ondersteunende partijen niet vanzelfsprekend: er is tijd dus geld mee gemoeid en het delen van dossiers is privacygevoelig dus complex (AVG). Dit vereist wilskracht en daadkracht van de professionals en het roept op dit huishoudensniveau de vraag op bij wie de regie ligt (zie ook Kromhout et al. 2018). Laat staan dat innovaties tot stand komen.

Wie zou het voortouw moeten nemen in e-health of domotica toepassingen? En wie is er vervolgens verantwoordelijk bij mogelijk optredende storingen of fouten in de uitvoering: de oudere gebruiker, de technisch leverancier, de aankopende corporatie, de zorginstelling of zorgverzekeraar? Ander voorbeeld is dat een oudere vanwege toenemende zorgbehoefte een Wlz-indicatie krijgt, op een wachtlijst terecht komt en vanwege verschillen in zorgnormen, thuis tijdelijk minder ondersteuning ontvangt dan voorheen via de Wmo of Zvw (Monitor 2017, MEE Noordwest-Holland 2015). Gevolg van 'handelingsverlegenheid' is dat de oudere tussen wal en schip blijft hangen. Anderzijds zoeken sommige actoren graag de grenzen van het toelaatbare op, benutten de speelruimte ten volle. Zo durfde een zorginstelling het kunstbudget voor verschillende vestigingen te besteden aan een experimentele, interactieve fietsinstallatie voor inactieve en dementerende ouderen (Poissonnier 2017). Neemt niet weg dat ook in dit geval bezwaren tegen de bestedingsrichting denkbaar zijn of – erger – dat een gebruiker geblesseerd raakt. Dus zowel bij risicomijdend gedrag als initiërend gedrag spelen kwesties als verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid evenzeer.

Zelfs als de rollen wel verdeeld zijn, is de invulling niet vanzelfsprekend voldoende belegd. Zo blijkt de systeemverantwoordelijkheid van het Rijk in de praktijk problematisch: de uitvoering van het beleid tot langer zelfstandig wonen is goeddeels neergelegd bij gemeenten en zorgverzekeraars. Daardoor heeft het Rijk weinig sturingsmogelijkheden op lokale problemen, maar zij wordt wél aangesproken wanneer dingen niet goed lopen. Tegelijkertijd hebben gemeenten een sterke regisseursrol verkregen in het sociaal domein waar het langer zelfstandig wonen toebehoort. Maar deze is niet of nauwelijks met verve te vervullen: naast het ontbreken van eigen kennis (met grote verschillen tussen gemeenten) is de regierol lastig, omdat de gemeente nu eenmaal niet veel te zeggen heeft over de inzet van marktpartijen of actoren met een doelstelling over een ruimer werkgebied of doelgroep (zie ook Lijzenga et al. 2015). Regisseren komt dan aan op het kunnen mobiliseren van de goede wil van alle betrokkenen.

### Samenwerking tussen professionals: Achterhoek versus Amsterdam

Het schaalniveau van de opgave van langer zelfstandig wonen heeft ook gevolgen voor het schaalniveau waarop actoren effectief (kunnen) samenwerken. De gedachte van de landelijke professionals en actoren in de Achterhoek is dat in de stad zoveel partijen actief zijn dat het afstemming en samenwerking onvermijdelijk complexer maakt. Maar in Amsterdam wordt deze indruk toch niet gedeeld: op lokale schaal –wijk of buurt– weten de partijen elkaar goed te vinden. Overigens vindt men in beide regio's het schaalniveau van samenwerking wel belangrijk om effectief te kunnen zijn; er wordt unaniem gedeeld dat de zorgverzekeraar op een dermate hoog schaalniveau opereert (vaak landsdeel of zorgkantorregio (32) dat er weinig of geen ruimte is voor overleg of lokaal maatwerk. Wel geldt dat het succes van de samenwerking op het lokale niveau sterk afhankelijk is van de mentaliteit van actoren en de mate van problematiek in de wijk (met name in wijken met veel corporatiebezit is soms sprake van stapeling van problematiek). Overigens roept het samenwerken aan de beoogde doelstelling van langer zelfstandig wonen de vraag op naar de grenzen van het langer zelfstandig wonen. Volgens de meeste professionals en regionale actoren hangen deze sterk samen met de veiligheid in de dagelijkse leefomgeving, dus op het lokale schaalniveau. Zodra iemand een gevaar is voor zichzelf en omgeving, dan is langer zelfstandig wonen niet houdbaar.

### 4.2.3 Geen domein-overstijgend perspectief, dus geen gedeelde visie of aanpak op LZW

Over het algemeen zijn de geïnterviewde professionals van mening dat een integrale visie en aanpak van langer zelfstandig wonen ontbreekt; dit wordt als een groot gemis ervaren. Hoewel de schotten tussen domeinen en werkvelden belangrijke voordelen met zich meebrengen van transparantie en het goed kunnen sturen op onder meer het eigen doelbereik en inzet van de eigen capaciteit of budget, gaat dit ten aanzien van de bredere integrale opgave van langer zelfstandig wonen gepaard met een onduidelijke taakverdeling of het niet goed duiden van verantwoordelijkheden (zie voorgaande twee paragrafen).

Decentralisatie en extramuralisering zou financiële voordelen en ruimte tot maatwerk opleveren, maar dit is niet gepaard gegaan met een visie van hoe LZW eruit moet komen te zien en wat dit precies vraagt, ruimtelijk maar ook bestuurlijk. Een paar voorbeelden. Zo wordt tussen corporaties en gemeenten in de prestatieafspraken soms wel concreet afgestemd over langer zelfstandig wonen, soms ook niet (Lijzenga et al. 2015). Zaken als voorrang verlenen aan doelgroepen, woningen met een seniorenlabel, of meekoppelkansen van verduurzaming en langer zelfstandig wonen worden nog lang niet optimaal benut; ze worden evenmin integraal afgewogen, zoals in de weerslag die het kan hebben op andere doelgroepen in de volkshuisvesting. De relatie van langer zelfstandig wonen met welzijn, als voorwaarde voor succesvol zelfstandig wonen, is evenmin geborgd. Waar voor zorg het wettelijk kader houvast biedt (de verdeling in indicatiestelling tussen gemeente, wijkverpleging en Rijk is weliswaar ingewikkeld, maar het bestaat), is dit voor welzijn veel beperkter. In het Zorgpact voor ouderen wordt de urgentie van eenzaamheid onder ouderen geduid, maar tegelijkertijd blijkt afstemming van eerstelijns hulp met welzijn gebrekkig. Of op zijn minst afhankelijk van individuen. Huisartsen zijn bijvoorbeeld beperkt op de hoogte van alle initiatieven op het terrein van welzijn, ook omdat de dynamiek groot is (duizend bloemen bloeien). Sommigen zien in het verbinden van thema's als zorg met welzijn en met verduurzaming een grote rol voor het Rijk liggen, anderen verwachten meer van gemeenten. Die zouden in hun woon- en zorgvisie concreter prestatieafspraken kunnen vastleggen met corporaties en zorgverzekeraars. Tegelijkertijd hebben ook professionals vaak geen vastomlijnd, laat staan unaniem, idee over hoe die integraliteit er dan uit moet komen te zien en wie welke rol moet pakken. Onderdeel van verantwoording naar de eigen opdrachtgever of achterban is immers de kritische blik of wie investeert naar verhouding ook de opbrengst ontvangt: daardoor is men vooral met de eigen professe bezig en is het domein-overstijgende perspectief niet of nauwelijks in beeld, ook dat geldt op alle niveaus en bij alle actoren.

### 4.2.4 Domein-overstijgende opgaven van langer zelfstandig wonen

Zoals gezegd, vraagt het langer zelfstandig wonen in toenemende mate om mantelzorg uit het eigen sociale netwerk; tegelijkertijd is er echter sprake van een krimpend netwerk aan mensen in de werkzame en mantelzorg verlenende leeftijd (De Jong & Kooiker 2018). Zorgpunt voor de toekomst is dan ook de gesignaleerde (toenemende) overbelasting van mantelzorgers (De Klerk et al. 2017; Jansen et al. 2016; Alzheimer Nederland 2016; CBS 2016a; CBS 2010). Concreet voorbeeld is dat momenteel circa 270.000 mensen dementie hebben, maar als gevolg van de vergrijzing zal dit ongeveer verdubbelen naar meer dan een half miljoen in 2040 (Van der Heide et al. 2018). 70% Van hen woont thuis en wordt verzorgd door een mantelzorger (Alzheimer Nederland 2017). Mantelzorgers die samenwonen met een persoon met dementie voelen zich vaak tamelijk belast tot overbelast (59%) (Jansen et al. 2016; Van der Heide et al. 2018). Een ander punt is dat dementeren ook risico's geeft voor alleenstaande ouderen en omwonenden, denk aan brandgevaar.

Langer zelfstandig wonen stelt verder eisen aan de geschiktheid van de fysieke en functionele omgeving. Zo is de opkomst van de e-bike weliswaar een impuls voor de mobiliteit onder ouderen, maar heeft dit eveneens tot extra uitdagingen in verkeersveiligheid geleid. Gegeven de bredere vetergang van ouderen, ligt hier met name in de bebouwde omgeving

een investeringsopgave voor de toekomst<sup>91</sup>. Verder blijft het een uitdaging om voorzieningen bereikbaar en toegankelijk te houden, of aan huis leverbaar te maken. Het verdwijnen van buurtwinkels wordt nu bijvoorbeeld versterkt door het uitsterven van traditionele verzorgingshuizen. De verzorgingshuizen vervullen een belangrijke buurtfunctie, ook voor zelfstandig wonende ouderen, omdat er diverse diensten aangeboden worden zoals een eetgelegenheid, kapper of fysiotherapeut (Tennekes et al. 2017; De Volkskrant 2018). Tegelijkertijd is de invoering van digitale dienstverlening en bezorgdiensten weliswaar in opmars, maar nog niet overal aanwezig en toegankelijk voor ouderen. Op dit moment heeft circa 60% van de 75 plussers internettoegang en ongeveer de helft is actief gebruiker (CBS 2016b).

Investerings in het geschikt maken van vastgoed, infrastructuur en andere onderdelen van de leefomgeving zijn te beschouwen als een afruil met te verwachten zorgkosten. Het voorkomt calamiteiten en/of spoedopvang (zie bijvoorbeeld interview met directeur SWOV<sup>4</sup> en Winkel & Kousemaker 2017). Verder baat een deel van de benodigde aanpassingen de maatschappij in zijn geheel. Zo komen infrastructurele aanpassingen ook ten goede van de verkeersveiligheid van andere doelgroepen, zoals kinderen; of komt de aanleg van een snel glasvezelnet ten behoeve van e-health of domotica ook ten gunste van het bedrijfsleven of onderwijs (UK 2016). Waar het investeringen betreft om maatschappelijke taken op het gebied van zorg, onderwijs en digitale overheidsdiensten goed te vervullen, is de vraag gerechtvaardigd of de overheid hierin (als nutsvoorziening) heeft te voorzien (Gemeente.nu 2018; VNG 2018b).

### 4.3 Besluit

Het langer zelfstandig wonen is een opgave die slechts in beperkte mate wordt gedeeld door professionals met elk eigen doelstellingen, achterbannen of geografische werkvelden; maar hoe is dan van het geheel toch meer te maken dan de som der delen? Het institutioneel kader lijkt voldoende instrumenten te bieden om het langer zelfstandig wonen te faciliteren. Er doen zich wel weeffouten voor. Zo zijn in het mobiliteitsbeleid wel normen voor de toegankelijkheid van OV-haltes geformuleerd, maar niet voor de aanwezigheid/nabijheid ervan. Dergelijke weeffouten zijn grotendeels oplosbaar en mogelijk te beschouwen als (tijdelijke) transitiepijn: gaandeweg worden belemmeringen in regelgeving aangepast. Denk aan het in 2017 opheffen van de kostendelersnorm, waardoor ouderen niet langer op de AOW worden gekort als zij de voordeur gaan delen. Of aan het omzetten van de eigen bijdrage aan Wmo-voorzieningen die per gemeente kan verschillen in een vast abonnementstarief (waarbij overigens de vrees bestaat dat gemeenten de inkomsten uit die eigen bijdrage zien wegvallen, terwijl de Wmo-uitgaven zullen toenemen).

Tegelijkertijd zijn de regionale omstandigheden, zoals de samenstelling van de woningvoorraad en bevolkingsontwikkeling (en daarop gebaseerd provinciaal beleid), van grote invloed op de handelingsmogelijkheden voor betrokken actoren. Gegeven de druk op de woningmarkt, het Wmo-budget en de (mantel)zorg, kan de afruil tussen de domeinen en de inzet van daar gevestigde actoren op de opgave van langer zelfstandig anders uitvallen. Waar in de ene regio via de huisvestingsverordening te sturen is op geschikter wonen in de nabijheid van de mantelzorger (met meer inzet van de corporatie en minder (gemeentelijke) zorguitgaven), is het huisvestingsbeleid in de andere regio meer gericht op woningaanpassing door huiseigenaren en inkoop van zorg aan huis via de Wmo en/of Zvw. De regionale of lokale strategie is tegelijkertijd sterk van invloed op en onder invloed van prestatieafspraken/samenwerkingsverbanden met andere actoren uit het woon- en zorgdomein. Met name op het lokale schaalniveau ontstaat ruimte (of noodzaak) voor afstemming tussen de domeinen en de betrokken actoren.

---

<sup>91</sup> <https://www.ad.nl/binnenland/jaag-gemeenten-aan-om-verkeersveiligheid-te-verbeteren~aa6854d1/>

De attitude van actoren wordt in die afweging, of samenwerkingsvorm, een invloedrijker factor. Ondersteunende actoren zijn ieder voor zich maar deels verantwoordelijk, hebben veelal een bredere doelgroep dan ouderen die langer zelfstandig wonen, handelen naar hun eigen huishoudboekje en achterban, en in maar deels overlappende geografische werkgebied (gemeente versus woningmarktregio en zorgregio). Het geheel is daardoor nooit meer, vaak minder dan de som der delen. Het wegnemen van perverse prikkels is een eerste te zetten stap. Er zijn bijvoorbeeld weinig prikkels voor corporaties of verzekeraars om te investeren in preventie, als de baten in de vorm van lagere Wmo-uitgaven bij de gemeente belanden. En met een beperkt Wmo-budget zijn gemeenten mogelijk sneller geneigd patiënten naar de zorgverzekeraar te verwijzen, terwijl deze ook aanvragen moet verwerken die door de verhoogde drempel in zorgzwaarte buiten de Wlz vallen. Het is dus nodig die split incentives om te buigen naar prikkels die actoren juist bewegen naar vermogen te handelen ten dienste van langer zelfstandig wonen, ook als dat voor de eigen kerntaak suboptimaal is. In hoofdstuk 6 verkennen we een aantal opties.

## Literatuur

- Algemeen Dagblad (2017) Zeeuwse apotheker verleert het pillendraaien, nieuwsbericht 09-10-2017, verkregen op 09-04-2019 via [www.ad.nl](http://www.ad.nl).
- Algemene Rekenkamer (2015) Regionale verschillen in de langdurige zorg: Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Alzheimer Nederland (2017) Cijfers en feiten over dementie. Alzheimer Nederland. Verkregen op 11-07-2017 via [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).
- Alzheimer Nederland (2016) Overbelasting mantelzorger bij dementie neemt toe, nieuwsbericht 03-11-2016, verkregen op 08-04-2019 via [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).
- Binnenlands Bestuur (2016) Kwart zorggebruikers mijdt dure zorg, nieuwsbericht 10-02-2016, verkregen op 08-04-2019 via [www.binnenlandsbestuur.nl](http://www.binnenlandsbestuur.nl).
- Bochove, B. J. van, L. Spies, J. Olthof, E. van de Kuilen, M. Pruis & C. van de Wiel (2018) Evaluatie herziene Woningwet: Kansen en belemmeringen voor de maatschappelijke opgave van woningcorporaties. Den Haag: Aedes.
- CBS (2016a) Een op zeven mantelzorgers vindt zichzelf zwaarbelast, nieuwsbericht 09-11-2016, verkregen op 08-04-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2016b) 75-plussers sterkst groeiende groep internetters, nieuwsbericht 27-12-2016, verkregen op 08-04-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- CBS (2010) Een op de tien mensen zorgt voor ziek of hulpbehoevend familielid, nieuwsbericht 20-09-2010 verkregen op 08-04-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Conijn, J.B.S. (2019) Kennis is als een fata morgana, afscheidsrede. Amsterdam: UvA/ASRE.
- CROW (2014) Richtlijn toegankelijkheid: Voor het inrichten van looproutes, bushaltes, parkeerplaatsen en reis- en routeinformatie. Ede: CROW.
- Daalhuizen, F., C. de Groot & H. van Amsterdam (2018) Zorg om banen in de ouderenzorg. Den Haag: PBL. <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>
- De Volkskrant (2018) Politicus Eric van der Burg veranderde van standpunt: 'We hebben weer verzorgingshuizen nodig', nieuwsbericht 15-06-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- Dekker, F., M. Stavenuiter & B. Tierolf (2012) Kwetsbare ouderen in tel: De balans tussen lokale zorgvraag en lokale ondersteuning. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.
- Duivenvoorden, A. & N. van Triest (2017) Mantelzorg en wonen: Kennisdossier G32-werkgroep wonen en zorg. Den Haag: Platform31.
- Engbersen, R. & M. Uyterlinde (2017) Regionale verschillen geduid: Exploratief onderzoek naar hoog voorzieningengebruik in het sociale domein. Den Haag: Platform31.
- Esch, T. van, A.E.M. Brabers, C. van Dijk, P.P. Groenewegen & J.D. de Jong (2015) Inzicht in zorgmijden: Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Utrecht: NIVEL.
- Feijten, P., R. Schellingerhout, M. de Klerk, A. Steenbekkers, P. Schyns, F. Vonk, A.M. Marangos, A. de Boer & L. Heering (2017) Zicht op de Wmo 2015: Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Fietsersbond (2019) Fietspaden. Verkregen op 08-04-2019 via [www.fietsersbond.nl](http://www.fietsersbond.nl).
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij & H.R. Boeije (2017) Evaluatie van de wijkverpleging: Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Utrecht: NIVEL.
- Gemeente.nu (2018) Rivierenland mag breedbandnetwerk aanleggen, nieuwsbericht 12-04-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.gemeente.nu.nl](http://www.gemeente.nu.nl).
- Glaser, M., D. Harkes & J. Singelenberg (2001) Woonzorgzones. Rotterdam: Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting.
- Goede, M. de, C. Obdeijn & A. van der Horst (2013) Conflicten op fietspaden - fase 2. Soesterberg: TNO.
- Groot, C. de, F. Daalhuizen, F. Schilder & J. Tennekes (2019). Betaalbaarheid van het wonen in de huursector: Verkenning van beleidsopties. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Harkes, D. & Y. Witter (2016) Diversiteit is het adagium: Op weg naar seniorvriendelijke



- Woonomgevingen, *Gerōn*, 4, pp. 50-52.
- Heide, I. van der, S. van den Buuse & A. L. Francke (2018) *Dementiemonitor Mantelzorg 2018: Mantelzorgers over ondersteuning, zorg, belasting en de impact van mantelzorg op hun leven*. Utrecht: NIVEL.
- Hijink, M. (2017) Hier loopt het internet dood, *NRC Economie* pp. 10-11.
- Jansen, D., W. Werkman & A.L. Francke (2016) *Dementiemonitor Mantelzorg 2016: Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning*. Utrecht: NIVEL/Alzheimer Nederland.
- Jong, A. de & S. Kooiker (2018) *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen tussen 1975-2040*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kam, G. de (te verschijnen) *Woonservicegebieden: theorie en praktijk*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Kam, G. de, D. Damoiseaux, L. Dorland, R. Pijpers, M. van Biene, E. Jansen & J. Slaets (2012) *Kwetsbaar en zelfstandig: Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier & P. Schyns (2017) *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- KNMP (2017) *Apotheekbereidingen voor 2,5 miljoen patiënten onder druk*, nieuwsbericht 05-10-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.knmp.nl](http://www.knmp.nl).
- KNMP (2006) *Nederlandse Apotheeknorm 2006*. Den Haag: KNMP.
- Kok, L., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiraj & I. Woittiez (2004) *Kosten en baten van extramuralisering: De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen*. Den Haag: SEO & Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kool et al., J. Timmer, L. Royakkers & R. van Est (2017) *Opwaarderen – Borgen van publieke waarden in de digitale samenleving*, Den Haag: Rathenau Instituut.
- Kromhout, M., M. de Klerk & N. Kornalijslijper (red.) (2018) *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Leidelmeijer, K. (2018) *Langer zelfstandig wonen: Analyse MIT-bestanden voor PBL*. Amsterdam: RIGO.
- Lijzenga, J., C. Bouwkamp & D. Boertien (2015) *De rol van woningcorporaties bij het langer zelfstandig wonen*. Arnhem: Companen.
- Lui, C. W., J. Everingham, J. Warburton, M. Cuthill & H. Bartlett (2009) *What makes a community age-friendly: A review of international literature*, *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), pp.116–121.
- Mens, N. & C. Wagenaar (2009) *De architectuur van de ouderenhuisvesting: Bouwen voor wonen en zorg*. Rotterdam: NAI Uitgevers.
- Monitor, de (2017) *Schotten in zorg risico voor dementerende ouderen*. Uitzending 10-12-2017. Hilversum: KRO-NCRV.
- MEE Noordwest-Holland (2015) *Signaleringsrapportage 2015: Regio Noord-Kennemerland*. Alkmaar: MEE Noordwest-Holland.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) (2019), *Kamerbrief 'Maatregelen huurmarkt en evaluatie herziene woningwet' (2019-0000067864)*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017) *Commissiebrief Tweede Kamer inzake het bericht dat bij 385.000 Nederlanders de ambulance niet op tijd kan zijn (Rtlnieuws, 31 oktober 2017)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nap, H. H., L. Cornelisse, S. van der Weegen & M. Minkman (2016) *Wlz monitor. Signalen van zorgaanbieders*. Utrecht: Vilans.
- Nouws, H. (2015) *Verhuurbaarheid seniorenwoningen*. Amersfoort: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Nederlandse Vereniging van Makelaars (2018) *Analyse Woningmarkt: 3<sup>e</sup> kwartaal 2018*. Nieuwegein: Nederlandse Vereniging van Makelaars.
- Nederlandse zorgautoriteit (2014) *Beleidsregel TH/BR-018: Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.



- Nederlandse zorgautoriteit (2016a) Toegankelijkheidsnormen eerstelijnszorg: Briefkenmerk 215061/293232, 10 november 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse zorgautoriteit (2016b) Normoverschrijdingen responstijden ambulances: De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NOS (2018) Woonwijken nog lang niet klaar voor vergrijzing, nieuwsbericht 05-02-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.nos.nl](http://www.nos.nl).
- NOS (2017) Van snoeiwerk tot meterstand: postbode gaat meer klusjes doen, nieuwsbericht 23-02-2017, verkregen op 08-04-2019 via [www.nos.nl](http://www.nos.nl).
- NRC (2018) Ambulances vaker te laat op bestemming, nieuwsbericht 05-07-2018, verkregen op 08-04-2019, via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- Poissonnier, C. (2017) Buiten komt voorbij: Interactieve installatie voor fysieke en mentale beweging. Verkregen op 08-04-2019 via [www.cal-xl.nl](http://www.cal-xl.nl).
- Pommer, E. & J. Boelhouwer (2016) Overall rapportage sociaal domein: Rondom de transitie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Post, H., C. Poulus, J. van Galen & W. van Staalduinen (2012) Wonen, zorggebruik en verhuisgedrag van ouderen. Soesterberg: TNO.
- Raad van State (2018) Voorstel van wet tot wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 inzake de bijdrage voor maatschappelijke ondersteuning en de beoordeling voor de verstrekking van de maatwerkvoorziening, met memorie van toelichting. Den Haag: Raad van State.
- Remmerswaal, M., R. Douven & P. Besseling (2015) Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg, CPB Achtergronddocument. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rijksoverheid (2019) Is ziekenvervoer opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering? Verkregen op 08-04-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Rijksoverheid (2017a) Beleid ruimtelijke ordening. Verkregen op 08-04-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- Rijksoverheid (2017b) Kostendelersnorm AOW uit wet gehaald, nieuwsbericht 07-07-2017, verkregen op 08-04-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- Salemink, K. & D. Strijker (2012) Breedband op het platteland: Rapportage voor Woon- en Leefbaarheidsbasisplan Oost-Groningen. Groningen: RUG-FRW.
- Schilder, F., F. Daalhuizen & C. de Groot (2018) Krasse knarren kunnen kraken: Over hoe het stapelen van verschillende beleidsdoelen ouderen onder druk kan zetten. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/krasse-knarren/>
- STAGG (2000) Verblijven of Wonen; zorg voor eenieder: varianten voor wonen en zorg. Amsterdam: Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg.
- Storm, I. & N. Post (2012) Meedoen door toegankelijke omgeving: Een verkenning van omgevingsmaatregelen om participatie van chronisch zieken of lichamelijk beperkten te stimuleren. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen.
- Straatmeijer, J. (2017) Van Almelo tot Zoetermeer: Verschillen in koopkracht van senioren op lokaal niveau. Amsterdam: Regioplan.
- Tennekes, J., H. van Amsterdam, L. Bijlsma, L. van Duinen, H. van der Linden & A. Vlak (2017) Maatschappelijk vastgoed in verandering. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Trouw (2018) Geld ouderen zit vaak in gedateerde huizen met 'gifgroene badkamertegels', nieuwsbericht 22-08-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.trouw.nl](http://www.trouw.nl).
- Tuzgöl-Broekhoven, A.J.H., J. Stam & M. Dutij (2016) Onderzoek van de Nationale ombudsman naar de informatieverstrekking over de eigen bijdrage ingevolge de Wmo. Den Haag: De Nationale Ombudsman.
- Tweede Kamer (2016/2017a) Brief van de staatssecretarissen van Infrastructuur en Milieu en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief 23.645 nr. 639. Den Haag: Tweede Kamer.

Tweede Kamer (2016/2017b) Evaluatie wet voorzieningen gehandicapten. Kamerstuk 25847 nr. 134. Den Haag: Tweede Kamer.

Tweede Kamer (2015/2016) Acute zorg, Kamerbrief 29.247 nr. 223. Den Haag: Tweede Kamer.

UK (2016) Surfen in slomotion: De digitale rimboe. Verkregen op 08-04-2019 via [www.ukrant.nl](http://www.ukrant.nl).

Vereniging Nederlandse Gemeenten (2018) Abonnementstarief Wmo: besluitvorming en overleg toegelicht, nieuwsbericht 14-06-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.vng.nl](http://www.vng.nl).

Vereniging Nederlandse Gemeenten (2018b) Groen licht voor glasvezel, blog 20-04-2018, verkregen op 08-04-2019 via [www.vng.nl](http://www.vng.nl).

Vermeij, L. (2016) Kleine gebaren: Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Winkel, E. & G. de Kousemaeker (2017) Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen. Den Haag: Fluent Healthcare/ActiZ.

World Health Organization (2007) Global Age-friendly Cities: A Guide. Frankrijk: World Health Organization.

Zorginstituut Nederland (2019) Overbruggingszorg en andere transitieperioden (Wlz). Verkregen op 08-04-2019 via [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)

Zorgwijzer (2019) Wat is de inkomensafhankelijke bijdrage? Verkregen op 08-04-2019 via [www.zorgwijzer.nl](http://www.zorgwijzer.nl).

# 5 Gevolgen van langer zelfstandig wonen

Het langer zelfstandig wonen van ouderen is een integraal vraagstuk met wederkerige relaties tussen verschillende beleidsdomeinen (zoals wonen, zorg, welzijn en financiën). Deze wederkerigheid uit zich niet alleen in mogelijke knelpunten in de persoonlijke situatie van ouderen (zie hoofdstuk 3) en in (de uitvoering van) het beleid omtrent langer zelfstandig wonen (zie hoofdstuk 4). Het zelfstandig wonen van ouderen heeft namelijk óók gevolgen in bredere zin: voor (aanpalende) beleidsdomeinen, spelers die binnen deze domeinen opereren en beleidsdoelstellingen die zijn geformuleerd binnen deze domeinen. Daardoor roept het nieuwe beleidsvraagstukken en dilemma's op. De gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen hangen daarbij deels af van het gedrag van ouderenhuishoudens en in het bijzonder van het verhuis- en investeringsgedrag. In dit hoofdstuk verkennen we op basis van de interviews met landelijke professionals (zie bijlage gesprekspartners), aangevuld met relevante literatuur, de (positieve en negatieve) gevolgen van het langer zelfstandig wonen voor een vijftal door de landelijke professionals genoemde domeinen: de gevolgen voor respectievelijk de woningmarkt (bestaande uit de verduurzaming en dynamiek op de woningmarkt), het maatschappelijke vastgoed, de arbeidsmarkt, en de financiën.

## 5.1 Verduurzaming van de woningvoorraad

Om de doelen van het Klimaatakkoord van Parijs te halen, staat Nederland voor een enorme opgave. Die opgave het hoofd bieden, betekent onder meer dat we de energievraag van woningen terug moeten brengen, en de resterende energievraag moeten verduurzamen. Dit betekent dat woningen geïsoleerd moeten worden, en dat met name de energie voor verwarming moet worden verduurzaamd. Dit kan via all-electric oplossingen (bijvoorbeeld verregaande isolatie in combinatie met lage temperatuur verwarming door een warmtepomp), of door (beperkte) isolatie en het aansluiten van woningen op een warmtenet.<sup>92</sup> Het besluit om de gaswinning uit Groningen drastisch te verminderen, heeft de verduurzaming van de woningvoorraad alleen maar urgenter gemaakt.

Parallel aan de verduurzamingsopgave loopt de ontwikkeling van het langer zelfstandig wonen van ouderen. Langer zelfstandig wonen hoeft niet te betekenen dat ouderen langer in hun oude woning blijven wonen; een woning die, doordat ouderen doorgaans weinig aan onderhoud doen, langere tijd niet verduurzaamd wordt. Ouderen kunnen immers ook verhuizen uit hun oude woning en zelfstandig gaan wonen in een nieuwe duurzame woning, of gaan wonen in een van de nieuwe woonconcepten die de laatste jaren ontwikkeld worden. In de praktijk doen ouderen dat echter niet in groten getale. Het is dus niet ondenkbaar dat het beleid om ouderen langer zelfstandig te laten wonen botst met het beleid om de Nederlandse woningvoorraad te verduurzamen. In deze paragraaf wordt hier kort op gereflecteerd. Deze reflectie is onder andere gebaseerd op het PBL-onderzoek 'Grijze haren, groene huizen' (Schilder 2019). Daarnaast is ten behoeve van deze analyse gebruikgemaakt van de interviews die ten behoeve van het voorliggende onderzoek naar langer zelfstandig wonen zijn gehouden met professionals.

---

<sup>92</sup> De warmte in het warmtenet moet vanzelfsprekend ook duurzaam zijn: nu worden warmtenetten vaak gevoed door restwarmte uit verbrandingsinstallaties, waardoor de warmte niet heel duurzaam is. Geothermie, warmte uit de aarde, is een mogelijke duurzame warmtebron voor warmtenetten.

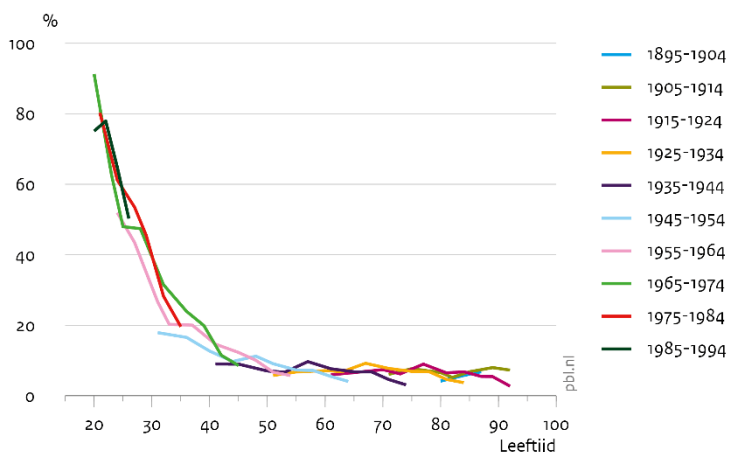
### 5.1.1 Het domein overstijgend effect, in theorie en een blik op de praktijk

De verhuismobiliteit onder huishoudens daalt snel naarmate de levensjaren verstrijken (Van Dam et al. 2013; Schilder 2019). Dat is overigens niet nieuw of typisch Nederlands, maar is een bekend fenomeen dat al jaren overal in de wereld lijkt te gelden (Clark & Onaka 1983; Li 2004; Venti & Wise 1989). Wanneer dit patroon, dat al decennia lang over de hele wereld wordt gerapporteerd, zich bij een vergrijzende samenleving ongewijzigd voortzet, kan dat in ieder geval in theorie consequenties hebben voor het tempo waarmee de Nederlandse woningvoorraad verduurzaamd kan worden. De rationale achter de rem op de verduurzaming als gevolg van het langer zelfstandig wonen van ouderen is eenvoudig, en tweeledig: druk op de verduurzaming door lage verhuismobiliteit en druk als gevolg van rationeel financieel gedrag.

De lage verhuismobiliteit onder ouderen zou, versterkt door de druk op ouderen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen, kunnen leiden tot een afname van de zogenaamde 'natuurlijke momenten': momenten waarop huiseigenaren flink investeren in het verbouwen van hun woning. Dat gebeurt immers vooral bij aankoop van een woning. Ook voor verhuurders daalt (bij een door vergrijzing afnemende mutatiegraad) het aantal momenten waarop de woning, zonder overlast voor de huurder, kan worden verduurzaamd.<sup>93</sup> Figuur 5.1 toont de verhuismobiliteit van huishoudens naar cohort en leeftijd. Daaruit blijkt dat alle huishoudens minder verhuizen wanneer ze ouder worden en dat dit al generaties lang op dezelfde wijze werkt. Door de vergrijzing van huishoudens neemt de verhuismobiliteit sowieso af: ook zonder beleid gericht op het langer zelfstandig wonen van ouderen zou het aantal 'natuurlijke momenten' afnemen. Het langer zelfstandig wonen van ouderen zal het aantal verhuizingen naar verwachting eerder doen afnemen, dan doen toenemen, en daarmee de verduurzaming van de woningvoorraad niet stimuleren.

**Figuur 5.1**

**Aandeel huishoudens dat in de afgelopen twee jaar is verhuisd, naar geboortecohort en leeftijd**



Bron: WBO 1982 tot en met WoON 2015; bewerking PBL

Naast een meer demografisch gedreven oorzaak van een mogelijk domein overstijgend effect van langer zelfstandig wonen op de verduurzaming van de woningvoorraad, speelt ook een rationele financiële afweging. Hier spelen vooral afwegingen met betrekking tot risico's een rol. Ouderdom komt met gebreken, maar wanneer en met welke gebreken ouderen geconfronteerd gaan worden is onbekend. Het is voor ouderen dus lastig om vooraf voorzieningen te treffen om de uitdagingen van het ouder worden het hoofd te bieden. Dit kan consequenties hebben voor de financiële planning van ouderen: met onzekere vooruitzichten kan het verstandig zijn om bepaalde investeringen uit te stellen. Immers, investeringen leggen een

<sup>93</sup> Verhuurders verduurzamen overigens vaak planmatig, zeker bij vergaande verduurzaming. Hierdoor zijn zij minder afhankelijk van natuurlijke momenten.

beslag op de financiële middelen van ouderen, via het eigen vermogen of via een claim op het inkomen. Gedane investeringen kunnen latere investeringen mogelijk in de weg staan, met het uit- of zelfs afstellen van niet-noodzakelijk geachte investeringen als gevolg. Zolang investeringen in de duurzaamheid van de woning niet als strikt noodzakelijk worden gezien, is het dus mogelijk dat ouderen, vanuit hun individueel perspectief rationeel, investeringen in de verduurzaming van hun woning uitstellen. Dezelfde redenering geldt voor het verhuizen naar een reeds verduurzaamde koop- of huurwoning; dat gaat immers veelal gepaard met hogere woonlasten. Ook andere onzekerheden, zoals rond gemeentelijke warmtevisies, maken het onaantrekkelijk om te investeren in de verduurzaming van woningen. Immers, investeren in een all-electric oplossing is relatief duur wanneer de gemeente korte tijd later een warmtenet in de wijk aan laat leggen. Ook verhuurders worden met dit soort onzekerheden geconfronteerd en hebben een prikkel om investeringen uit te stellen.

Investeringen die zich op de lange termijn terugverdienen kennen vanuit het perspectief van ouderen een vergelijkbaar probleem. Ouderen hopen vanzelfsprekend nog lang en in relatief goede gezondheid in hun woning te kunnen blijven wonen, maar op enig moment komt daar een eind aan. Naarmate huishoudens ouder zijn, neemt de verwachte resterende levensduur af. Voor oudere huishoudens is een investering met een terugverdientijd van 15 jaar of langer, wat gangbare termijnen zijn voor vergaande verduurzaming zoals de nul-op-de-meter woningen, dus vanuit financieel oogpunt niet snel interessant; een 75-jarige heeft die investering past terugverdiend in het negentigste levensjaar. Voor verhuurders geldt dit risico niet: zij kunnen de woning immers aan een andere huurder verhuren. Verhuurders kunnen daardoor een langere investeringshorizon hanteren bij hun afwegingen om te verduurzamen. Toch speelt met name voor commerciële verhuurders de terugverdientijd wel een rol, omdat deze het rendement van de investering beïnvloedt.

In theorie lijkt het streven naar langer zelfstandig wonen de verduurzaming van de woningvoorraad in de wielen te rijden. In de praktijk is dat maar zeer de vraag. Op de eerste plaats is het de vraag in hoeverre het beleid verantwoordelijk is voor het langer zelfstandig wonen van ouderen; het is moeilijk om te bepalen hoeveel jaar ouderen nu precies langer dan voorheen zelfstandig blijven wonen, en het is nog moeilijker te onderscheiden in hoeverre dat door het eigen gedrag komt en in hoeverre dat door het beleid gestuurd is. Het is immers ook de wens van veel ouderen zelf, zo blijkt uit de interviews die in het kader van het voorliggende onderzoek met professionals gehouden zijn, en uit interviews met ouderen zelf (Schilder 2019). Daar komt bij dat ouderen in de gehouden interviews vaak aangeven helemaal niet met verduurzaming bezig zijn, ondanks dat zij het belang ervan wel onderkennen. Kortom, veel van de uitdagingen bij het realiseren van beide beleidsdoelen zouden zich in meer of mindere mate ook zonder het op langer zelfstandig wonen gerichte beleid hebben gemanifesteerd. Hoe groot de invloed van het gewijzigde beleid op deze uitdagingen is geweest, is echter (nog) niet te kwantificeren.

### 5.1.2 Beleidsmatige dilemma's bij domein overstijgende problemen langer zelfstandig wonen

Vanuit het perspectief van de verduurzamingsopgave lijkt het langer zelfstandig wonen niet bij te dragen aan het verminderen van het aantal beren op de weg. Toch is het zeker niet zo dat op basis van bovenstaande argumenten vastgesteld kan worden dat door het langer zelfstandig wonen van ouderen de verduurzaming van de woningvoorraad niet of minder makkelijk van de grond zal komen. Bovendien is niet gesteld dat er geen aangrijpingspunten voor het beleid zijn om de verduurzaming van de woningvoorraad alsnog binnen de kaders van de andere beleidsdoelen te faciliteren. Daarbij speelt echter wel een aantal uitdagingen, waar oplossingen voor gevonden zullen moeten worden.

Op het eerste zicht biedt een demografisch beeld dat het verhuisgedrag van ouderen weergeeft over een periode van enkele tientallen jaren weinig hoop op verandering. Toch signaleren verschillende professionals in de gehouden interviews dat het gedrag van ouderen wel degelijk veranderd is over tijd. Zo stellen verschillende professionals dat ouderen meer dan vroeger ook echt de voorkeur hebben om zelfstandig in de eigen woning te blijven wonen.

Een klein deel de professionals gaat zelfs nog wat verder door te stellen dat de ouderen van de toekomst, veel meer dan nu, actief gaan plannen. Doordat de oudere van de toekomst veel meer ervaring heeft met financiële producten, en gedurende het werkzame leven veel mobieler is geweest dan de ouderen tot nu toe, zullen zij beter in staat zijn om hun persoonlijke woon- en leef- voorkeuren te plannen. De mogelijke knelpunten die nu rond het langer zelfstandig wonen en de verduurzaming worden geconstateerd, zoals het teruglopen van het aantal natuurlijke momenten, kunnen in de toekomst wel eens minder relevant zijn.

Ook de onzekerheid rond levensgebeurtenissen zal niet veranderen: het valt niet met zekerheid te voorspellen wanneer een huishouden met beperkingen zal worden geconfronteerd. Huishoudens zullen dus altijd de afweging moeten maken of een bepaalde investering, bijvoorbeeld in de verduurzaming van hun woning, verantwoord is binnen het persoonlijke financiële plaatje. Ook de vraag of investeringen met een lange terugverdientijd voor ouderen interessant zijn, zullen blijven spelen. Veel investeringen in de verduurzaming van de woning zijn (nog) niet rendabel, doordat de investeringen groter zijn dan de totaal uitgespaarde energielasten (Van Middelkoop 2014; Schilder et al. 2016; Schilder 2019). Maar ook hierin zijn aangrijpingspunten voor beleid te bedenken. Schuiven met bijvoorbeeld de energiebelasting, zoals door dit kabinet gebeurt, kan bijdragen aan het sneller terugverdienen van investeringen die betrekking hebben op verduurzaming. Daarbij dient overigens wel de betaalbaarheid van het totale levensonderhoud voor huishoudens in het oog gehouden te worden (Van Middelkoop et al. 2018).

In de interviews met professionals is gesuggereerd om de financiële planning van huishoudens omtrent wonen, zorg en pensioen meer integraal te benaderen, zoals bijvoorbeeld ook in Bart et al. (2016). Dit kan huishoudens meer vrijheid geven om afwegingen te maken, bijvoorbeeld met betrekking tot investeringen in de woning en onttrekking van het vermogen aan de woning ten behoeve van zorguitgaven. Dat vereist echter, zeker voor kwetsbaardere ouderen met beperkte financiële kennis, wel een systeem waarin actoren als pensioenbeheerders en verzekeraars in gezamenlijkheid een optimale uitkomst voor het huishouden mogelijk maken. De huidige schotten tussen de verschillende systemen en spelers maken dit niet vanzelfsprekend, zoals ook door de experts aangegeven. Tegelijkertijd bieden de schotten partijen die de regie voeren ook de mogelijkheid om de eigen onafhankelijkheid te borgen. De uitdaging ligt bij een juiste invulling van de organisatie van het langer zelfstandig wonen, zeker in relatie tot verduurzaming van de woningvoorraad. Dit vraagt om een goed werkende taak- en rolverdeling tussen actoren.

## 5.2 Behoeftte aan geschikte woningen

In 2015 had ongeveer 80 procent van de 75-plussers twee of meer chronische aandoeningen. Dit betekent uiteraard niet meteen dat deze ouderen zich ook gehinderd voelen in hun dagelijkse functioneren (RIVM 2018), laat staan dat hun woning gelijk niet meer aan hun behoeften voldoet (De Groot et al. 2019). Echter, een ongeschikte woning kan het langer zelfstandig wonen wel degelijk in de weg staan, zeker voor kwetsbare ouderen met (een risico op) mobiliteitsproblemen in de somatische sfeer (Leidemeijer et al. 2017; zie ook hoofdstuk 3). De implementatie van dit beleidsdossier vraagt dus iets van de woningvoorraad. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in het actieprogramma '*Langer Thuis*' daarom twee beleidsopgaven geformuleerd die betrekking hebben op de woningmarkt, namelijk: het aanpassen van de huidige woningvoorraad en het vergroten van het aanbod van vernieuwende woon(zorg)concepten die specifiek gericht zijn op ouderen (Ministerie van VWS 2018). In de voorliggende paragraaf wordt kort op de omvang van deze beleidsopgaven gereflecteerd. Deze reflectie is gebaseerd op het eerdere PBL-onderzoek 'Aanpassen of naar een hofje?' (De Groot et al. 2019). In hoofdstuk 6 wordt vervolgens nader ingegaan op de vraag of en zo ja hoe de (lokale) overheid samen met haar partners het aanbod van voor ouderen geschikte woningen in de toekomst kan bevorderen.

### 5.2.1 Omvangrijke aanpassingsopgave

Veel ouderen zullen oud worden in de woning die zij betrokken nog voordat het verouderingsproces zijn intrede deed (zie paragraaf 5.1 en paragraaf 5.3). Het overgrote deel van deze woningen is geschikt of (voor minder dan 10.000 euro) geschikt te maken om ook bij toenemende gezondheidsproblemen zelfstandig te blijven wonen (zie ook hoofdstuk 3). Uit de beschikbare data is niet exact af te leiden in welke mate woningen die geschikt te maken zijn om langer zelfstandig te wonen reeds zijn aangepast. Hoe omvangrijk de aanpassingsopgave in Nederland op dit moment precies is, is daardoor niet inzichtelijk. Naar verwachting heeft slechts een kwart van de gemeenten deze opgave goed in beeld (Kien 2015). Middels het Woon Onderzoek Nederland uit 2015 (WoON 2015) kan evenwel een eerste globale inschatting van de aanpassingsopgave gegeven worden. Blijkens dit onderzoek is slechts 20 procent van de eengezinswoningen en 40 procent van de meergezinswoningen waarbinnen ouderenhuishoudens wonen in meer of mindere mate aangepast<sup>94</sup>. Vaak betekent dit dat relatief kleine woningaanpassingen, zoals het plaatsen van wandbeugels en douchestoelen en het verwijderen van drempels, zijn doorgevoerd. Ruim een kwart van de aangepaste eengezinswoningen beschikt daarnaast over een traplift en bovendien is binnen een kleine 30 procent een tweede toilet geïnstalleerd. Opvallend is dat ruim een derde van de ouderenhuishoudens die woonachtig zijn in een aangepaste eengezinswoning en iets minder dan de helft van de ouderenhuishoudens die woonachtig zijn binnen een aangepaste meergezinswoning ten behoeve van WoON 2015 heeft aangegeven dat de doorgevoerde aanpassingen (nog) niet noodzakelijk zijn. Deze huishoudens hebben hun woning mogelijk preventief aangepast en zodoende geanticipeerd op de kans dat zij de komende jaren slechter ter been worden. Uiteraard is het ook denkbaar dat hun woning reeds was aangepast toen zij deze betrokken.

In 2015 woonden circa 1,4 miljoen ouderenhuishoudens in een eengezinswoning die geschikt (te maken) was om langer zelfstandig te blijven wonen. Daarnaast woonden een kleine half miljoen ouderenhuishoudens in een meergezinswoning die hiervoor geschikt (te maken) was. De aanpassingsopgave lijkt vooralsnog het grootst binnen het eengezinswoningensegment. Dit terwijl eengezinswoningen doorgaans gemakkelijker aan te passen zijn aan (beginnende) mobiliteitsproblemen dan meergezinswoningen. Denk aan het plaatsen van stevige tussentreden, zodat de tredeafstand wordt gehalveerd, of aan het plaatsen van een traplift (Leidemeijer et al. 2017). Dit neemt overigens niet weg dat de aanpassingsopgave voor meergezinswoningen naar verwachting eveneens aanzienlijk is. Dat veel ouderen woonachtig zijn in een woning die nog niet of levensloopbestendig is gemaakt, blijkt ook uit andere onderzoeken (zie o.a. Spierings 2016; Lager et al. 2016). Het langer zelfstandig wonen van ouderen lijkt, in combinatie met de toenemende vergrijzing, dus op korte termijn in een aanzienlijke aanpassingsopgave te resulteren. Deze aanpassingsopgave kan niet volledig los gezien worden van de functionele en sociale woonomgeving waarbinnen de aan te passen woningen zich bevinden (Daalhuizen et al. 2019). Het heeft immers weinig zin als ouderen in een aangepaste woning wonen, maar niet uit de voeten kunnen voor bijvoorbeeld het doen van boodschappen of het participeren in de samenleving (Daalhuizen et al. 2019; De Groot et al. 2019). Dit kan tot problemen leiden, aangezien de woningen die geschikt (te maken) zijn om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen zich geregeld binnen een ongeschikte woonomgeving bevinden (Daalhuizen et al. 2019).

### 5.2.2 Vraag naar vernieuwende woonvormen

Door de wijzigingen die in 2013 in het ouderenzorgstelsel zijn doorgevoerd, komen ouderen met een relatief lage zorgbehoefte niet langer in aanmerking voor verblijfszorg binnen de muren van een klassieke zorginstelling. In de populaire media, politiek en in het beleid bestaat een zekere overtuiging dat hierdoor een (latente) behoefte is ontstaan aan vernieuwende woon(zorg)concepten<sup>95</sup> tussen zelfstandig thuis en het verpleeghuis, ook wel

<sup>94</sup> Deze cijfers lijken te duiden op een aanzienlijke aanpassingsopgave. Het is echter niet duidelijk in hoeverre binnen (nog) niet aangepaste woningen (op korte termijn) ook daadwerkelijk aanpassingen nodig zijn.

<sup>95</sup> Uiteraard is de term 'nieuwe woonconcepten' een containerbegrip. Nieuw is niet altijd helemaal nieuw. Hier komen we later, in hoofdstuk 6, nog uitgebreid op terug.

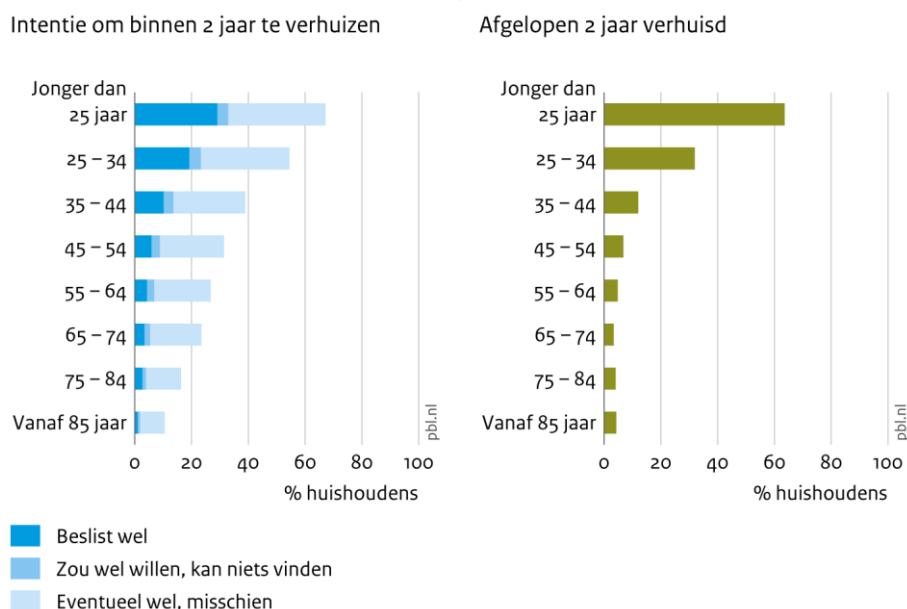


'tussenvormen' genoemd (zie bijvoorbeeld Ministerie van VWS 2018; Rijksoverheid 2019; Van Rijn 2016; Drachtster Courant 2019; Zorgvisie 2019; Algemeen Dagblad 2019). De idee is dat niet alle ouderen in hun eigen woning oud willen worden vanwege bijvoorbeeld (mogelijke toekomstige) gebreken of een behoefte aan gezamenlijkheid bij (het anticiperen op) toenemende kwetsbaarheid, maar tegelijkertijd nog te vitaal zijn voor een verblijfplaats binnen een klassieke 24-uurs zorginstelling (zie bijvoorbeeld Eimers 2015; Van Klaveren et al. 2018). Het is lastig om een exacte inschatting te geven van de daadwerkelijke behoefte aan dergelijke woonvormen. Er zijn wel enkele indicatoren aan de hand waarvan een globaal beeld van deze behoefte geschetst kan worden. Het verhuisgedrag van ouderen is er daar één van.

Ouderenhuishoudens zijn, zeker in vergelijking tot jongere huishoudens, erg honkvast (zie o.a. De Groot et al. 2013; Gielen et al. 2018). En als ouderenhuishoudens al geneigd zijn om te verhuizen dan is deze wens vaak minder sterk dan onder jongere huishoudens (zie figuur 5.2). Van de huishoudens jonger dan 25 jaar gaf in 2015 bijvoorbeeld circa 67 procent aan binnen twee jaar te willen verhuizen, terwijl dit onder ouderenhuishoudens circa 17 procent was. Dit verschil kan (gedeeltelijk) verklaard worden, doordat jongere huishoudens vaker te maken krijgen met zogenoemde 'natuurlijke verhuismomenten', zoals uit huis gaan, samenwonen of uit elkaar gaan. Ouderen zijn daarentegen eerder geneigd om te verhuizen vanwege hun gezondheid of de behoefte aan zorg. Onder 85-plushuishoudens met een verhuisintentie gold dit in 2015 zelfs voor maar liefst 80 procent (De Groot et al. 2019). Hoewel ouderen erg honkvast zijn, verhuizen met het verstrijken van de jaren toch nog behoorlijk wat ouderen. Ongeveer een kwart van de huidige ouderenhuishoudens is na het 65<sup>e</sup> levensjaar nog verhuisd naar een andere zelfstandige woning (WoON 2015). Binnen de groep 75-plussers geldt dit voor 38 procent.

**Figuur 5.2**

### Verhuisintentie en -realisatie naar leeftijd, 2015



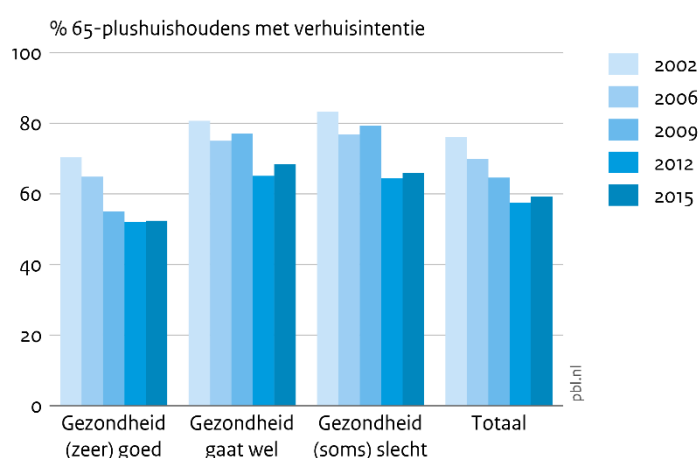
Bron: WoON 2015; bewerking PBL

Een tweede indicator voor de behoefte aan vernieuwende tussenvormen is de mate waarin ouderen met een verhuisintentie belangstelling hebben voor een woning die specifiek bestemd (en dus geschikt) is voor ouderen. In 2015 had ongeveer 60 procent van de verhuisgeneigde ouderenhuishoudens belangstelling voor zo'n 'ouderenwoning'. De vraag of ouderenhuishoudens naar een ouderenwoning willen verhuizen, lijkt sterk samen te hangen met hun gezondheidsbeleving (zie figuur 5.3). Ouderen die de eigen gezondheid als slecht

beoordelen, gaven ten behoeve van WoON 2015 vaker aan bereid te zijn om naar een ouderenwoning te verhuizen dan ouderen die hun gezondheid als zeer positief beoordelen. De populariteit van ouderenwoningen is de afgelopen jaren overigens onder beide groepen afgenomen (zie ook Gielen et al. 2018; zie ook figuur 5.3). Dit kan mogelijk verklaard worden, doordat veel ouderen nog relatief onbekend zijn met nieuwe woonvormen zoals thuishuizen en zorghofjes (Dijkman 2017; Van Klaveren et al. 2018). Met meer traditionele woonzorgconcepten, zoals aanleunwoningen, seniorenwoningen en serviceflats, zijn zij over het algemeen weliswaar beter bekend (Van Klaveren et al. 2018), maar het imago van deze woonvormen is volgens sommige geïnterviewde professionals niet al te best. Mogelijk maakt onbekend dus onbemind.

**Figuur 5.3**

**Aandeel 65-plushuishoudens met verhuisintentie dat naar ouderenwoning wil verhuizen naar gezondheidsbeleving**



Bron: WBO 2002; WoON 2006, 2009, 2012, 2015; bewerking PBL

Noot: ouderen die hun eigen gezondheid als 'slecht' of 'soms goed, soms slecht' hebben beoordeeld, zijn vanwege het beperkte aantal waarnemingen samengevoegd tot de categorie '(Soms) slecht'. Bron: WBO 2002, vanaf 2006 het WoON, bewerking PBL

Ouderen met een verhuisintentie kunnen er dus voor kiezen om te verhuizen naar een (aangepaste) reguliere woning of naar een specifieke ouderenzorgwoning. Er lijkt in potentie zeker een behoefte te bestaan aan woonvormen die specifiek geschikt zijn voor ouderen. Het is aannemelijk dat deze behoefte de komende jaren in absolute aantallen flink toeneemt als gevolg van de vergrijzing onder het grote cohort van babyboomers. Vooral vernieuwende woonconcepten lijken kansrijk. Dit wordt onderstreept door vrijwel alle geïnterviewde professionals. Bovendien geven de ouderen die bekend zijn met dergelijke woonvormen relatief vaak aan dat zij daar graag zouden willen wonen (Van Klaveren et al. 2018 p. 17; zie ook De Groot et al. 2019). Vernieuwende woonconcepten, zoals hofjes en kleinschalige woongroepen onderscheiden zich van de meer traditionele woonconcepten door het element van gezamenlijkheid, waarbij hulp, steun en gezelligheid dichtbij is. Woonconcepten met zorg en dienstverlening lijken overigens vooral kansrijk voor ouderen met (een risico op) gezondheidsproblemen; met name deze groep heeft immers belangstelling voor woonvormen die specifiek geschikt zijn voor ouderen. Echter, uit onze gesprekken met professionals blijkt dat dergelijke woonvormen (nog) niet vanzelfsprekend tot stand komen. Niet alleen duurt het volgens hen vaak jaren voordat een nieuwe woonzorgvorm zijn deuren kan openen, ook krijgen initiatiefnemers geregeld te maken met organisatorische en financiële problemen (zie paragraaf 6.4).

## 5.3 Dynamiek op de woningmarkt

Het langer zelfstandig wonen van ouderen heeft effecten op het aanbod van woningen op de woningmarkt voor woningzoekenden. De 'uitstroom' vindt immers op een later moment plaats. Het 'uitstromen' uit de woningmarkt is hierin een eufemisme voor een drietal mogelijke situaties waarbij een huishouden een woning vrijmaakt zonder een nieuwe te betrekken: het gaan samenwonen, het verhuizen naar een institutionele woonvorm<sup>96</sup> en het overlijden. Met name die laatste twee situaties zijn bij het langer zelfstandig wonen van ouderen van belang: mensen worden niet alleen gemiddeld ouder dan voorheen, ouderen wonen ook langer zelfstandig dan voorheen en verhuizen in geringere mate en op veel latere leeftijd naar verzorgings- of verpleeghuizen dan voorheen.<sup>97</sup> Dit alles heeft effecten op de omvang en timing van het aantal vrijkomende woningen en daarmee op de doorstroming en dynamiek op de (regionale) woningmarkt. Deze paragraaf is deels gebaseerd op een eerdere studie die het PBL deed naar de invloed van de vergrijzing op de dynamiek op de woningmarkt (zie hoofdstuk 4 in De Groot et al. 2013; zie ook Eskinasi & Ritsema van Eck 2018).

### 5.3.1 Geringere dynamiek op de korte termijn

Ouderen wonen langer zelfstandig. Dit hoeft in theorie niet in dezelfde woning te zijn als de woning die zij betrokken in de gezinsvormende fase. Maar de werkelijkheid is weerbarstiger. Want ouderen zijn doorgaans erg honkvast, zoals we ook al zagen in paragraaf 5.1 en 5.2 (figuur 5.1). Doordat ouderen doorgaans weinig verhuizen, neemt het aantal verhuizingen per 1.000 inwoners, onder gelijkblijvende omstandigheden, gestaag af (De Groot et al. 2013).<sup>98</sup> En minder verhuizingen betekent minder doorstroming (Schilder & Conijn 2009). Op korte termijn leidt het langer zelfstandig wonen van ouderen in combinatie met het geringe verhuisgedrag van ouderen dan ook tot een relatieve verstopping van de regionale woningmarkt. De woningen van de huidige en toekomstige ouderen komen immers pas op langere termijn vrij. En daarmee kan het een obstakel vormen voor andere huishoudens op de woningmarkt die willen doorstromen (Clark & Deurloo 2006). Want ouderen wonen doorgaans in gewilde woningen die voorlopig nog niet beschikbaar komen (Rouwendal & Vermeulen 2007). Vooral in het eengezinswoningensegment worden knelpunten voorzien, omdat ouderenhuishoudens steeds vaker oud worden in een eengezinswoning (Van Iersel et al. 2009; zie ook De Groot et al. 2013). Vooral in die gebieden waar een sterke vergrijzing hand in hand gaat met schaarste op de woningmarkt, kan het moeilijker worden om aan een woning te komen passend bij de aanvankelijke woonvoorkeuren. Woningzoekenden zullen mogelijk vaker genoodzaakt zijn om hun woonvoorkeuren bij te stellen en genoeg te nemen met een woning die niet helemaal voldoet aan de aanvankelijke woonvoorkeur of ervoor kiezen om helemaal niet te verhuizen (Hooimeijer et al. 1986). En daarmee heeft het langer zelfstandig wonen van ouderen effect op de gehele verhuisketen, want huishoudens houden op hun beurt vaak ook weer woningen bezet (De Groot et al. 2013).

In de literatuur wordt vaak gesteld dat de ouderen van straks anders zijn dan de ouderen van vandaag en van gisteren. Ook neemt de diversiteit onder ouderen toe. Wat dit precies betekent voor de verhuismobiliteit is onduidelijk. Er zijn enerzijds verwachtingen dat de ouderen van straks minder honkvast zijn dan de ouderen van weleer (Sprangenberg & Jobsen

---

<sup>96</sup> Met de opkomst van vernieuwende woonvormen wordt de scheidslijn tussen institutioneel wonen en zelfstandig wonen steeds diffuser. Bovendien komt bij een verhuizing naar een specifieke woonvorm voor ouderen (zoals een hofjeswoning of een kangoeroewoning) een 'reguliere' woning vrij voor een ander huishouden. Vanwege data-technische redenen sluiten we in deze aan bij de CBS definitie van intramuraal wonen. Huishoudens worden volgens die definitie bestempeld als intramuraal wonend wanneer deze in een woonruimte wonen en daar bedrijfsmatig worden voorzien in dagelijkse levensbehoeften (zie ook De Jong et al. 2006). Wanneer ouderen naar een woonzorgconcept verhuizen waarbij ouderen zelfstandig wonen en het wonen en zorg financieel gezien gescheiden zijn, dan hebben zij de woningmarkt nog niet verlaten en wordt de woningmarkthandeling niet geschaard onder de noemer 'uitstroom'.

<sup>97</sup> Het aantal mensen dat op oudere leeftijd nog gaat samenwonen (en daarmee zorgt voor een vrijkomende woning) is relatief gering: van zo'n 3000 stellen nu tot zo'n 7000 stellen in 2050.

<sup>98</sup> De Groot et al. (2013) laten evenwel ook zien dat vooral de 'ver-middelbaring' van het grote cohort babyboomers effect heeft gehad op de ontwikkeling in het aantal verhuizingen. Want ouderen mogen dan wel weinig verhuizen, de grootste afname in de verhuismobiliteit vindt plaats tussen het dertigste en veertigste levensjaar.

2016). Deze verwachting is gestoeld op onder meer het feit dat ouderen vaker hoogopgeleid zijn dan vroeger, en bekend is dat hoger opgeleiden vaker verhuizen dan mensen met een lagere, dat wil zeggen een meer praktisch ingestoken, opleiding (Fischer & Malmberg 2001). Ook verwachten sommigen dat ouderen vaker zullen verhuizen als het aanbod van alternatieve woonvormen toeneemt (zie bijvoorbeeld Filius 1993; Brands & Zijdeveld 2012). Anderzijds zijn er ook factoren die er voor kunnen zorgen dat ouderen juist nóg honkvaster worden dan dat ze al zijn. Bijvoorbeeld het toenemende eigenwoningbezit onder ouderen (zie ook hoofdstuk 3). Bekend is dat ouderen in een koopwoning minder vaak verhuizen dan ouderen in een huurwoning. Oudere huiseigenaren zijn veelal alleen geneigd te verhuizen als daar een urgente reden voor is, zoals het overlijden van de partner of een sterk verslechterde gezondheid (zie bijvoorbeeld Chiuri & Jappelli 2006; Walker 2004; zie ook Feijten 2005). Tezamen met de technologische ontwikkelingen en innovaties in de zorg die het mogelijk maken om tot op hoge leeftijd thuis te blijven wonen, is het volgens diverse studies zeer denkbaar dat de toch al honkvaste ouderen in de toekomst nog honkvaster worden (Hooimeijer 2007; Leidelmeijer et al. 2011). De inzet van het Rijk op het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen van ouderen, in combinatie met de honkvastheid van de ouderen zelf, kan het moeilijker maken om de doorstroming op de woningmarkt te bevorderen, één van de doelstellingen in het woonbeleid (De Groot et al. 2013).

### 5.3.2 Toenemende dynamiek op de langere termijn

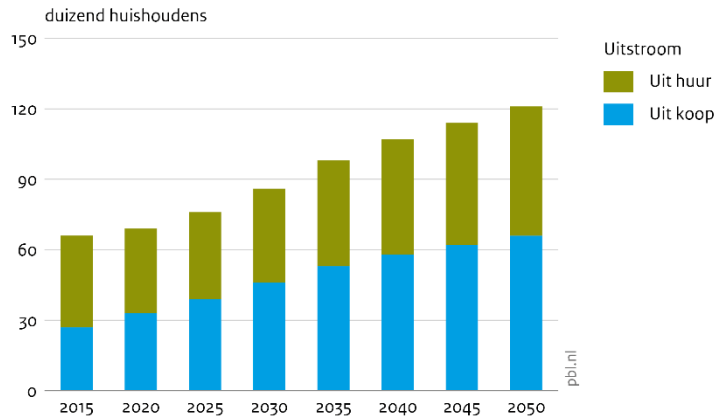
Ouderen blijven uiteraard niet eendeloos in hun woning wonen; er komt een moment waarop zij naar een zorginstelling moeten verhuizen of komen te overlijden. Op enig moment komen er dan ook in groten getale woningen beschikbaar. Zeker vanaf 2020, als de kopgroep van de babyboomgeneratie 75 jaar wordt, zal de uitstroom op de woningmarkt naar verwachting toenemen. Huishoudensopheffingen door overlijden worden steeds belangrijker voor de doorstroming op de woningmarkt (Filius 1993).

Recentelijk heeft het PBL een nieuwe, landsdekkende raming van die uitstroom gemaakt op basis van de scenariostudie Welvaart en Leefomgeving 2015 en met behulp van een simulatiemodel (voor een uitgebreide toelichting op het simulatiemodel, zie Eskinasi et al. 2012). De uitstroom van ouderen door een verhuizing naar institutionele woonvormen, overlijden of samenwonen is (nu ook al) van groot belang voor het aanbod van woningen op de regionale woningmarkt (zie ook Eskinasi & De Groot 2013). Landelijk gaat het momenteel om zo'n 65 duizend vrijkomende woningen per jaar, een aantal dat in orde van grootte vergelijkbaar is met het aantal woningen dat de laatste jaren door nieuwbouw aan de woningvoorraad is toegevoegd. Gezien de toenemende omvang van het cohort ouderenshuishoudens (de omvangrijke babyboomgeneratie) dat in de nabije toekomst de woningmarkt zal verlaten – ook al gebeurt dat enigszins vertraagd door het langer zelfstandig wonen van hen – heeft dat ook van toenemend belang voor het regionale aanbod van woningen. In de komende dertig jaar zal dat aanbod door woningverlating van ouderen elk jaar verder toenemen. In 2030 zal het gaan om 85 à 90 duizend woningen en in 2050 om zo'n 120 duizend woningen (figuur 5.4). Dit zou betekenen dat de uitstroom de komende decennia ongeveer verdubbelt: van jaarlijks circa 65 duizend nu naar circa 120 duizend huishoudens in 2050.

Minstens net zo belangrijk is de verschuiving in de samenstelling van de vrijkomende woningvoorraad (Eskinasi & De Groot 2013). Komen nu nog relatief veel huurwoningen vrij als ouderen de woningmarkt verlaten, in de toekomst zijn dit steeds vaker koopwoningen, omdat de toekomstige ouderen vaker huiseigenaar zijn dan de ouderen van nu (figuur 5.4). Momenteel bestaat zo'n 40 procent van het vrijkomende aanbod uit koopwoningen. In 2030 is dit naar verwachting zo'n 53 procent. In absolute aantallen blijft de uitstroom uit de huursector overigens wel toenemen: van ongeveer 40 duizend naar 55 duizend woningen per jaar (in 2050). De absolute toename in de koopsector is echter veel groter: van nog geen 30 duizend vrijkomende woningen in 2015 tot ongeveer 65 duizend vrijkomende woningen per jaar rond 2050 (figuur 5.4).

#### **Figuur 5.4**

### Uitstroom van 65-plus huishoudens per jaar, scenario Hoog



Bron: Eskinasi & Ritsema van Eck (2018)

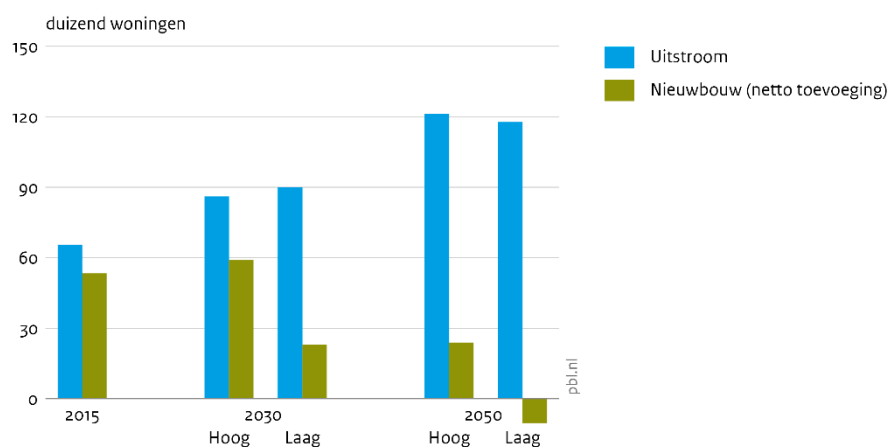
Noot: Modelberekeningen op basis van twee WLO-scenario's: Hoog en Laag. De resultaten van de twee scenario's verschillen nauwelijks van elkaar; het aantal toekomstig aantal ouderen in beide scenario's loopt namelijk nauwelijks uiteen (CPB & PBL 2016).

Hoewel de 'gewone' doorstroming (door verhuizingen) weliswaar van veel groter belang is voor het vrijkomend aanbod van woningen, neemt het belang van de uitstroom door ouderen (voornamelijk door overlijden) in de komende decennia toe. Dit wordt geïllustreerd in figuur 5.5 en figuur 5.6.

Het belang van de uitstroom voor de dynamiek op de woningmarkt is regionaal verschillend en varieert momenteel per regio van 5 tot 10 procent. In 2050 zal dit naar verwachting 11 tot 25 procent zijn. In nu al relatief vergrijsde regio's, zoals Zuidwest Drenthe, is dat aandeel nu al hoog (12 procent) en zal dat niet veel verder meer toenemen (tot 16-20 procent); in relatief jonge regio's, zoals Flevoland is dat aandeel nu nog gering (6 procent) maar zal dat in de komende decennia fors toenemen (eveneens naar 16-20 procent). In absolute omvang is de uitstroom het grootst in de grote steden. In de regio Amsterdam zal die uitstroom toenemen van 5.000 woningen per jaar nu, via 7.000 in 2030 naar 10.000 tot 12.000 woningen per jaar rond 2050. In deze regio betreft dat vooral huurwoningen. In de Achterhoek stijgt het volume van de uitstroom van 1.600 woningen in 2015 naar 2.200 tot 3.000 woningen rond 2050. Hier betreft het vooral (eengezins)koopwoningen.

**Figuur 5.5**

**Omvang uitstroom en nieuwbouw in twee scenario's**

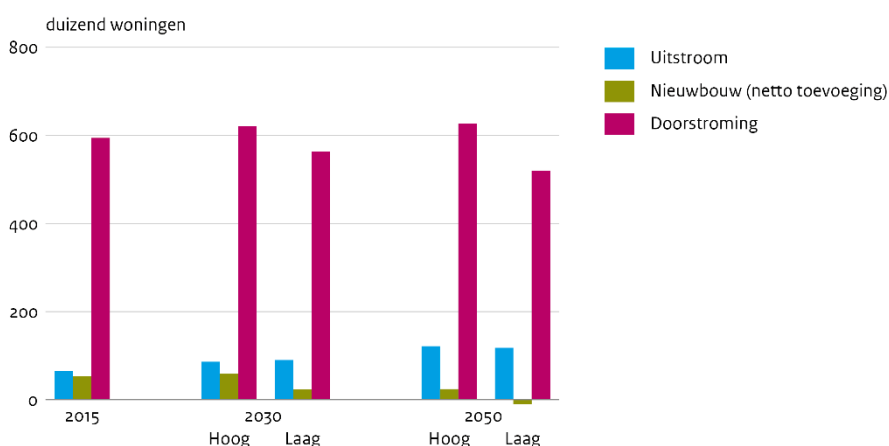


Bron: Eskinasi & Ritsema van Eck (2018)

Noot: Modelberekeningen op basis van twee WLO-scenario's: Hoog en laag

**Figuur 5.6**

**Omvang uitstroom, nieuwbouw en doorstroming in twee scenario's**



Bron: Eskinasi & Ritsema van Eck (2018)

Noot: Modelberekeningen op basis van twee WLO-scenario's: Hoog en laag

Steeds meer woningaanbod, betekent meer keuzemogelijkheden voor woningzoekenden. In hoeverre de vrijkomende woningen aftrek vinden, is evenwel de vraag. Het gros van de babyboomers gaat de woningmarkt immers verlaten in een tijdperk waarin regionaal maar ook lokaal sprake kan zijn van een krimp van het aantal huishoudens. Tussen 2025 en 2040 krijgen namelijk zes regio's in het Noorden, de Achterhoek, Zeeland en Limburg te maken met huishoudenskrimp. Bij een erg lage groei van het aantal huishoudens zullen 13 van de 40 regio's te maken krijgen met een krimp van het aantal huishoudens (figuur 5.7).<sup>99</sup>

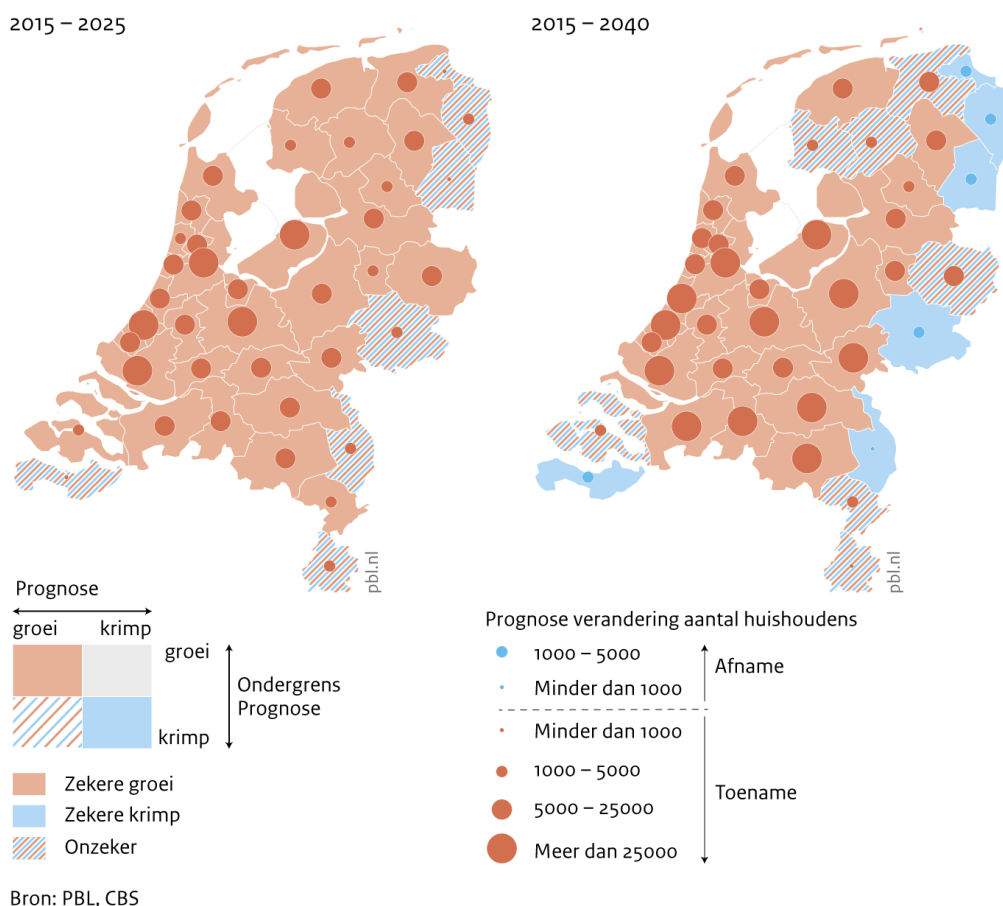
Een groot deel van de ouderen woont in een eengezinswoning en zal een eengezinswoning achterlaten wanneer zij de woningmarkt verlaten. Het aantal gezinnen zal naar verwachting de komende jaren stabiliseren of licht afnemen (Van Duin et al. 2016). Sowieso is er sprake van een afname van het aantal huishoudens in de leeftijdsfase waarop vaak de eerste stappen op de woningmarkt worden gezet (De Groot et al. 2013). Het is dan ook de vraag of er

<sup>99</sup> Een lage groei verwijst naar de onderkant van het 67 procent onzekerheidsmarge rondom de CBS/PBL-huishoudensprognose.

in de toekomst nog voldoende vraag zal bestaan naar de vrijkomende eengezinswoningen, zeker indien daarbij rekening wordt gehouden met de staat van onderhoud en verduurzaming van die woningen.

**Figuur 5.7**

**Ontwikkeling aantal huishoudens per COROP-regio**



De gevolgen die dit toenemend vrijkomend aanbod van woningen heeft op de regionale woningmarkt, en de opgaven die daarmee gemoeid zijn, verschillen regionaal. In regio's met een gespannen woningmarkt (met name stedelijke regio's) en waar het aantal huishoudens in de komende jaren nog gaat toenemen, zorgt de uitstroom voor meer woningaanbod voor woningzoekenden, en dan met name voor (jonge) gezinnen. De uitstroom van babyboomers kan in die regio's de vraag- en aanbodverhoudingen meer in balans brengen en de druk op de woningmarkt verlichten. In ontspannen woningmarktregio's en in gebieden waar sprake is van een krimp van het aantal huishoudens is het een ander verhaal. In deze regio's kan het moeilijker worden om de vrijgekomen woningen te verkopen of te opnieuw te verhuren, zeker als deze woningen niet voldoen aan de dan geldende kwaliteitseisen. Want ouderen zijn doorgaans minder geneigd om grootscheepse investeringen in de verduurzaming en het grote onderhoud van hun woningen te plegen (zie bijvoorbeeld Davidoff 2004; De Groot et al. 2013; Van Middelkoop 2014; Schilder et al. 2016; zie ook paragraaf 5.1). Niet alle woningzoekenden zitten te wachten op een kluswoning waar nog van alles aan gedaan moet worden, ook in energetische zin. De vraag is dus hoe aantrekkelijk en gewild de woningen zijn die de babyboomgeneratie zal achterlaten. In gebieden met grote druk op de woningmarkt zullen die woningen waarschijnlijk wel verkocht of verhuurd worden, maar in gebieden waar de markt evenwichtiger is, hoeft dat niet per se het geval te zijn. In die gebieden kan de uitstroom van ouderen dan ook voor problemen zorgen, en resulteren in toenemende



leegstand en prijsdalingen (Mankiw & Weil 1989; Rouwendal & Vermeulen 2007). Hoewel het nog onzeker is hoe de woningprijzen zich gaan ontwikkelen onder invloed van de uitstroom van ouderen, wordt vooral gevreesd dat de grote toename in het woningaanbod lokaal kan resulteren in neerwaartse prijseffecten (Eskinas & Ritsema van Eck 2018; Leidelmeijer et al. 2011). Een waardedaling is gunstig voor starters, maar ongunstig voor 'de insiders' op de koopwoningmarkt' alsook voor eventuele erfgenamen. Wanneer de huizenprijzen dalen, neemt de kans op een potentiële restschuld immers toe. Als de woning uiteindelijk wordt verkocht, bestaat immers de kans dat de uiteindelijke opbrengsten te laag zijn om de hypotheek en de gemaakte kosten (voor het doorbetalen van de hypotheek en bijvoorbeeld de erfbelasting) te dekken.

## 5.4 Maatschappelijk vastgoed

Doordat de instroom van ouderen binnen verzorgings- en verpleeghuizen aanzienlijk is beperkt<sup>100</sup>, hebben zorginstellingen een grotere kans op leegstaand maatschappelijk zorgvastgoed (Tennekes et al. 2017). Uit onderzoek van organisatieadviesbureau Berenschot blijkt dat door deze leegstand op termijn voor ruim 800 van de in totaal ca. 2000 verzorgingshuizen sluiting dreigt (Castelijns et al. 2013). Dit aantal is gebaseerd op het gegeven dat ruim 40% van de oorspronkelijke bewoners van verzorgingstehuizen over een indicatie beschikt waarmee zij nu geen toegang meer zouden krijgen tot verblijfszorg<sup>101</sup>. Het Kadaster (2015) heeft een vergelijkbare exercitie uitgevoerd, maar gaat hierin uit van de gemiddelde grootte van een (zelfstandige) woonruimte in een verzorgings- en verpleeghuis (57 vierkante meter). Uit deze analyse blijkt dat op termijn naar verwachting 3 miljoen vierkante meter ouderenzorgvastgoed leeg komt te staan. Omdat bij deze berekening een aantal fundamentele kanttekeningen<sup>102</sup> te plaatsen is, zal het werkelijk aantal leegstaande vierkante meters in praktijk hoogstwaarschijnlijk lager uitvallen.

Hoeveel locaties inmiddels daadwerkelijk leeg staan en/of gesloten zijn, is (nog) onbekend. De meest recente onderzoeken waarin een antwoord op deze vraag is gezocht, dateren uit 2014. Uit een enquête die brancheorganisatie ActiZ (2014) onder haar leden heeft gehouden, bleek dat er reeds 17 locaties gesloten waren en naar verwachting op korte termijn nog 65 locaties zouden sluiten. Een paar jaar later concludeerde Actiz (2016) op basis van een kwalitatief onderzoek dat ongeveer één op de drie respondenten met sluiting van meestal één en soms twee zorglocaties te maken heeft gehad. Als deze resultaten geëxtrapoleerd worden, zou dit voor alle leden van deze brancheorganisatie duiden op een sluiting van ongeveer 150 tot 200 intramurale ouderenzorglocaties (Actiz 2016). Echter, zowel Berenschot als Actiz concludeerden dat de gevonden leegstandscijfers slechts een eerste indruk geven en dat niet duidelijk is hoeveel ouderenzorglocaties daadwerkelijk leeg zijn komen te staan. Het gegeven dat de precieze leegstandscijfers (nog) niet in beeld te brengen zijn, neemt overigens niet weg dat leegstand wel degelijk grote (financiële) gevolgen kan hebben voor (individuele) zorgaanbieders.

Omdat er de afgelopen jaren veel is gewijzigd in de financiering van verzorgings- en verpleeghuizen wordt het voor ouderenzorginstellingen steeds belangrijker om leegstand zo veel mogelijk te beperken. Tot 2009 moesten ouderenzorginstellingen, conform het bouwregime, beschikken over twee vergunningen voor de realisatie van huisvesting voor hun verblijfscliënten: een vergunning 'Toelating met bouw' van het Ministerie van VWS en een bouwvergunning van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ). In deze vergunningen werden onder

<sup>100</sup> Ouderen met een relatief lage zorgbehoefte (ZZP 1 t/m 3 en 50 procent van ZZP 4) komen vanaf 2016 niet meer in aanmerking voor verblijfszorg binnen een klassiek verzorgings- of verpleeghuis (Tweede Kamer 2012).

<sup>101</sup> Dit is later, doordat niet meer alle cliënten met een indicatie ZZP 4 geen toegang hebben tot verblijfszorg, bijgesteld tot 600.

<sup>102</sup> Er is geen rekening gehouden met het gegeven dat in de oorspronkelijke situatie een deel van de ouderen met een indicatie ZZP 1, 2, 3 of 4 hun verblijfsplaats niet verzilverden. Daarnaast is gerekend met een woonoppervlakte van 57 vierkante meter per wooneenheid, terwijl de verwachting is dat leegstand zich voornamelijk voordoet in oudere locaties met beduidend kleinere woonoppervlakten (zie ook Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg 2015).

andere afspraken gemaakt over de maximaal toegestane investering en het aantal te realiseren zorgplaatsen. Als zorginstellingen zich hielden aan de in de vergunningen opgenomen afspraken werden, ook als er sprake was van leegstand of onderbezetting, de volledige kapitaallasten voor de desbetreffende locatie op basis van nacalculatie vergoed (Tennekes et al. 2017; Linders 2009). In 2009 is een nieuw bekostigingssysteem geïntroduceerd, waarin niet langer het gebouw zélf, maar de daadwerkelijk geleverde zorg (zorgproductie) als uitgangspunt wordt genomen. Zorginstellingen ontvangen per verblijfscliënt naast de vergoeding voor zorg voortaan ook een vergoeding voor de huisvesting. Deze vergoeding wordt de Normatieve Huisvestingscomponent (NHc) genoemd. Bij een lagere bezetting (minder cliënten), ontvangt de zorginstelling ook een lagere NHc. Hierdoor worden zorginstellingen zelf financieel verantwoordelijk voor de keuzes die zij met betrekking tot (de bezetting van) hun vastgoed maken. Aangezien door het langer zelfstandig wonen van ouderen een groter risico op leegstand binnen verzorgings- en verpleeghuizen ontstaat, kan deze nieuwe financieringswijze voor zorginstellingen leiden tot exploitatie-, boekwaarde- en (her-) financieringsproblemen (Rli 2014). De huisvestingslasten lopen in en dergelijke situatie immers door, terwijl hier geen opbrengsten meer tegenover staan.

Doordat deze wijziging in de bekostigingssystematiek grote gevolgen kan hebben voor ouderenzorginstellingen is zij geleidelijk aan ingevoerd. Op basis van het overgangsregime hadden gevestigde zorginstellingen in 2015, 2016 en 2017 nog recht op respectievelijk 50 procent, 30 procent en 15 procent van de oorspronkelijke nacalculatie. De NHc was gedurende deze jaren daarom als aparte financieringscomponent zichtbaar. Vanaf 2018 worden daarentegen integrale tarieven voor zorg en vastgoed gehanteerd (Van der Heijden & Van Hove 2016). Deze tarieven zijn, zonder een minimumtarief en tot aan het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde maximumtarief, vrij onderhandelbaar tussen het regiozorgkantoor en de ouderenzorginstelling (Bollinger et al. 2016). Deze onderhandelingsruimte biedt regiozorgkantoren de mogelijkheid om bijvoorbeeld een lagere vergoeding overeen te komen voor verouderde verzorgings- en verpleeghuizen. De regiozorgkantoren hebben in hun inkoopbeleid voor 2018 en 2019 aangegeven vooralsnog geen gebruik te maken van deze mogelijkheid tot onderhandeling (Zorgverzekeraars Nederland 2018).

## 5.5 Zorg- en arbeidsmarkt

In hoofdstuk 4 is uiteengezet hoe vanuit het perspectief van ouderen de ondersteuning bij het langer zelfstandig wonen krappere zal worden. Met de toenemende vergrijzing zal zowel het aantal beschikbare arbeidskrachten als het aantal mantelzorgers per oudere blijven krimpen, zo bleek ook uit eerder PBL-onderzoek (zie o.a. De Jong & Kooiker 2018; Daalhuizen et al 2018; De Jong & Daalhuizen 2014). Tot 2040 verdubbelt het aandeel van de potentiële beroepsbevolking dat nodig is om het aantal ouderenzorgbanen (in welzijn, thuiszorg, verpleeg- en verzorgingstehuizen) per 75-plusser gelijk te houden en halveert het aantal potentieel beschikbare 50-75 jarige mantelzorgers per hoogbejaarde (zie hoofdstuk 3). Overigens betreft dit niet alleen een Nederlandse opgave, maar is het een vraagstuk op Europese schaal (NRC 2018a).

Deze paragraaf belicht de gevolgen van het langer zelfstandig wonen voor de (krapte op de) arbeidsmarkt. Meer zelfstandig wonende ouderen betekent dat er meer professionele diensten zorgverleners in de wijk nodig zijn. Dientengevolge voorziet De Nederlandsche Bank een toename in het relatieve belang van de binnenlandse bestedingen met een verschuiving naar diensten die vooral in eigen land worden geproduceerd, zoals zorg (Parlevliet et al. 2016). Rainer Münz, lid van de EPSC, de denktank die Europese Commissievoorzitter Jean-Claude Juncker adviseert, voegt daar recent in het NRC aan toe: "Zonder migratie of verhoging van pensioenleeftijden heeft de EU tussen nu en 2060 een gat op de arbeidsmarkt van zo'n 60 miljoen mensen" (NRC 2018b).

### *Concurrentie tussen sectoren op de arbeidsmarkt*

Meer zelfstandig wonende ouderen vraagt om meer professionele dienst- en zorgverleners in de wijk. De oplopende druk van het toenemend aantal zelfstandig wonende ouderen drukt zich onder meer uit in overbelasting van de professionals (zoals huisartsen) en een groeiend aantal vacatures in de (thuis)zorg en wijkverpleging (zie hoofdstuk 4). De verlichting van de werkdruk en invulling van deze vacatures wordt bemoeilijkt doordat het aantal mensen in de werkzame leeftijd daalt. Gevolg is dat niet alleen voor de zorgvacatures maar voor allerlei banen concurrentie om de beschikbare arbeidskracht ontstaat.

De urgentie van die arbeidstekorten verschilt tussen economische sectoren, onder meer als gevolg van verschil in leeftijdsopbouw van het huidige personeelsbestand binnen de sectoren (Ekamper & Henkens 2006). Nu al lopen de arbeidstekorten op in met name publieke sectoren: politie, onderwijs en zorg (CBS 2018). Inmiddels is 21 procent van de basisschoolleerkrachten 55 jaar of ouder (CBS 2018). In de wetenschap dat deze leerkrachten de komende 10 jaar uitstromen en dat tegelijkertijd het aantal PABO-studenten sinds de eeuwwisseling terugloopt, is personeelstekort in het onderwijs nog niet ten einde. Eenzelfde situatie doet zich voor in de zorgsector, waar bijna een kwart van de arbeidskrachten 55 jaar of ouder is (ANP 2018). In deze sectoren zullen in de nabije toekomst veel arbeidskrachten uittreden; bij invulling van de vacatures is de concurrentie op imago en salaris zwaar.

### *Concurrentie binnen de zorgsector.*

De verschuiving van intramuraal wonen naar zelfstandig wonen vraagt om het 'meeschuiven' van zorgpersoneel uit intramurale instellingen naar meer professionele zorg en ondersteuning verspreid in de wijk. Maar met de versoepelde toegang tot intramuraal wonen, het sluiten van verpleeg- en verzorgingstehuizen en de trend om ook met beperkingen langer zelfstandig te blijven wonen, ontstaan tevens diverse nieuwe woonconcepten. Bij deze woonconcepten wordt, weliswaar in financieel opzicht gescheiden van het wonen, veelal wel een bepaalde vorm van zorg aangeboden (zie paragraaf 5.2.2). Dit heeft tot gevolg dat zich tevens binnen de zorgsector concurrentie om arbeidskrachten kan voordoen tussen traditionele zorgverlening in intramurale instellingen, de thuiszorg of de wijkverpleging én de zorgverlening in het toenemend aantal nieuwe woonconcepten<sup>103</sup>.

Onder het geschoold zorgpersoneel blijkt een deel van de arbeidskrachten liever als zzp-er te werken en/of een eigen zorgonderneming te runnen (zoals bijvoorbeeld gebeurt bij de Herbergier en de Thomashuizen) dan werknemer te zijn van een grote organisatie. Qua arbeidsvoldoening is het aannemelijk dat een parallel getrokken mag worden met het verschil tussen werken in kleinschalige verpleegunits en grote verpleeghuizen. Personeel in kleine units vindt meer voldoening in hun werk, onder andere doordat zij met minder regels te maken hebben, zelf meer controle hebben en meer steun van directe collega's ervaren (Te Boekhorst 2011, p. 95). Als ervaren werkers zich inderdaad liever als zzp-er inzetten, bijvoorbeeld in nieuwe woonconcepten<sup>104</sup>, en deze in aantal zullen toenemen, kan dit ertoe leiden dat het tekort aan professionals in de wijk –en de kosten van inhuur van zzp-ers bij traditionele zorgorganisaties– verder oploopt (Trouw 2018; De Volkskrant 2018a).

### *Concurrentie tussen betaalde arbeid en mantelzorg: uitstel mantelzorg en meer arbeidsverzuim*

Meer ouderen die langer zelfstandig wonen, ook met beperkingen, betekent dat er een groter beroep wordt gedaan op mantelzorgers. Maar de tijd die mensen besteden aan betaalde arbeid, kunnen ze niet meer aan mantelzorgen besteden. Er is dan ook een verschil in het aandeel mantelzorgers onder werkenden (18 procent) en niet-werkenden (23 procent) (Mezzo 2017). En onder de werkenden bestaat vervolgens verschil tussen sectoren in het aandeel mantelzorgers; zo combineert in de ziekenhuis- en zorgsector één op de vier werknemers

<sup>103</sup> Mogelijk doet zich nog een versterkend effect voor in het geval voor kleine groepen cliënten verhoudingsgewijs meer arbeidskrachten nodig zijn dan voor grote groepen cliënten.

<sup>104</sup> Mogelijk is dit ook van invloed op de woonvoorkeuren van ouderen, die het prettig vinden dat zij in de woonconcepten meer eigen invulling aan de zorg en ondersteuning kunnen geven.

werk en mantelzorg<sup>105</sup>. De combinatie van betaalde arbeid en mantelzorgen kan druk of stress opleveren. Gevoel van druk of stress als gevolg van de combinatie van werk en mantelzorg komt relatief vaak voor bij werknemers in de sectoren onderwijs (26 procent), transport (23 procent), zorg en welzijn (23 procent) (Mezzo 2017).

Toch leidt het beginnen aan mantelzorg niet tot een structurele aanpassing van de arbeidsparticipatie; met uitzondering van degenen met hoge arbeidsdeelname die de meest intensieve mantelzorg starten. Kennelijk offeren mantelzorgers eerder vrije tijd op dan dat ze hun werkuren aanpassen. Maar dat heeft een prijs; het verlenen van intensieve of langdurige mantelzorg heeft een negatief effect op het arbeidsverzuim (Josten & De Boer 2015).

Andersom stelt het SCP dat een lange werkweek mensen wel weerhoudt van het starten met mantelzorg. Na correctie voor verschillen in achtergrondkenmerken (zoals geslacht en leeftijd) tussen mensen was 9 procent van de niet-mantelzorgers met een grote arbeidsdeelname twee jaar later begonnen met mantelzorg; van de mensen met een kleine baan en niet-werkenden was een groter deel (11 à 12 procent) daarmee gestart.

De combinatie van het verder verhogen van de AOW-leeftijd en de wens op het verhogen van de arbeidsparticipatie van o.m. vrouwen en deeltijders zal in de toekomst leiden tot het vaker voorkomen van de combinatie van mantelzorg met betaald werk (Josten & De Boer 2015). Daarbij benadrukken de geïnterviewde experts dat die te verlenen mantelzorg bovendien vaker een intensief of langdurig karakter zal hebben nu ook ouderen met zwaardere en/of complexere zorgbehoeften langer zelfstandig thuis blijven wonen (De Volkskrant 2018b). Overbelasting van de mantelzorger ligt op de loer; evenals een stijging van het arbeidsverzuim.

#### *De 'onbekende' baten*

Gestuwd door de stijgende (gezonde) levensverwachting neemt met het langer zelfstandig wonen ook het langer doorwerken toe. Naast de noodzaak van langer doorwerken ter bekostiging van de pensioenen, voedt werken het gevoel van zingeving en autonomie (of eigen regie) en vergroot daarmee het individuele welbevinden (Bovenberg et al. 2011; Van Amsterdam & Proper 2012; Machielse 2016; Grootegoed et al. 2013). Steeds vaker werken ouderen zelf door na het passeren van de pensioengerechtigde leeftijd (CBS 2017). Vooral onder de 65-jarigen steeg de arbeidsparticipatie van 9,8 naar 23,3 procent, terwijl deze in de leeftijdsgroep 65- tot 75-jarigen wel blijft steken op 10,1 procent (Verkooijen 2017). De meeste werkende 65-plussers hebben betaald werk naast hun AOW of pensioen. Het aandeel 65 tot 75 jarige werknemers dat voltijds werkt steeg van 18 naar 24 procent. Hoewel over het algemeen loondienst het meeste inkomen genereert, heeft de overgrote meerderheid van de 65-plussers een flexibel arbeidscontract of werkt als zelfstandige; van de werkenden van 55 tot 65 jaar was 71 procent in vaste loondienst; van de 65- tot 75-jarigen was dit 23 procent (Verkooijen 2017). De stijgende trend in arbeidsparticipatie van ouderen wordt ondersteund door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), die onder meer het imago van beperkte productiviteit en flexibiliteit onder ouderen proberen weg te nemen (Ministerie SZW 2016). Ondanks de belemmerende institutionele kaders en hun niet zo gunstig imago als arbeidskracht geven ouderen dus in toenemende mate zelf mede invulling aan de krapte die op de arbeidsmarkt ontstaat.

Maar ook zelfstandig wonende ouderen die geen betaalde arbeid verrichten of zelfstandig ondernemen, kunnen een (indirecte) productieve bijdrage aan de arbeidsmarkt leveren. Zo creëren zij als omvangrijke bevolkingsgroep een grote consumptieve vraag. Deze consumptieve vraag van zelfstandig wonende ouderen is een andere dan die van ouderen gezamenlijk gehuisvest in een verpleegtehuis. De zelfstandig wonende ouderen hebben, naast algemene consumptiebehoeften, zoals boodschappen- of horecadiensten en onderhoudsservices, ook meer specifieke behoeften naar persoonlijke dienstverlening, zoals naar (thuis) kappers, vervoerders en zorgverleners. In de interviews met experts is meermalen naar voren gekomen dat langer zelfstandig wonen van ouderen daarmee kans kan bieden aan mensen in de werkzame leeftijd die nog niet tot de werkzame beroepsbevolking horen. De gedachte is dat zij in

---

<sup>105</sup> Hier speelt een samenstellingseffect; het aandeel mantelzorgers onder werkenden is het hoogst onder deeltijders en vrouwen ouder dan 45 jaar (Josten & De Boer 2015).

nieuw te vormen beroepen, zoals 'personal assistants' voor ouderen (Re-employ 2017), hun weg (terug) naar de arbeidsmarkt kunnen vinden. Het langer zelfstandig wonen biedt op die manier ook kansen om het 'latente' arbeidspotentieel beter te benutten.

Tot slot passen langer zelfstandig wonende ouderen in groten getale op kleinkinderen, hetgeen samenhangt met de forse toename in arbeidsparticipatie van vrouwen in de afgelopen jaren. In 2000 rapporteert de WRR dat het aantal uren dat wordt besteed aan informele opas tussen 1975 en 1995 met 160 procent is gegroeid. Vooral oma's zijn meer gaan oppassen. Vrouwen tussen de 50 en 65 jaar waren destijds goed voor 20 duizend voltijdequivalenten (van destijds 40 uur per week) en de 65-plussers voor nog eens 10 duizend voltijdequivalenten (WRR 2000). Inmiddels maakt één op de vijf ouders gebruik van informele kinderopvang, welke voor het leeuwendeel uit grootouders bestaat (Roeters & Bucx 2017). Omdat het vaker oppassen van grootouders kan samenhangen met het relatief in goede gezondheid langer zelfstandig wonen, als ook met het prijskaartje dat aan formele kinderopvang hangt (en dus leidt tot een verschuiving van werkgelegenheid uit het formele circuit naar het eigen sociaal netwerk), is niet eenduidig te zeggen welke invloed het langer zelfstandig wonen kan uitoefenen op de arbeidsparticipatie.

### *Tijdelijkheid*

Uiteraard kunnen ouderen alleen de zorg voor kleinkinderen op zich nemen of zelf langer doorwerken, zolang zij zelf voldoende gezond zijn. Met de dubbele vergrijzing en toenemende gebreken onder de oudste ouderen, zal het arbeids- en oppaspotentieel op den duur toch weer slinken. Maar ook de eerder genoemde arbeidsmarkteffecten, zoals de concurrentie tussen en binnen sectoren op de arbeidsmarkt en de combinatiedruk met mantelzorg, hebben uiteindelijk een tijdelijk karakter.

Ten eerste komt deze omvangrijke babyboomgeneratie te overlijden (in 2040 zijn zij tussen de 80 en 95 jaar), waarmee de grijze druk zal afnemen. Ten tweede is er gedeeltelijk sprake van transitiepijn: de arbeidsmarkt is op andere aspecten evenzeer in beweging. Zo maken robotica en andere technologische innovaties menselijke arbeidskracht in sommige beroepen wellicht minder noodzakelijk. Denk in het geval van langer zelfstandig wonen van ouderen aan toepassingen in e-health en domotica. Tegelijkertijd zal bij een dergelijke transitie tevens nieuwe werkgelegenheid ontstaan gebaseerd op nieuwe kennis en vaardigheden om de nieuwe technologie te (blijven) ontwikkelen en beheren (Management Impact 2017).

## 5.6 Financiën

De zogenaamde extramuralisering was in beginsel een bezuinigingsmaatregel (In voor zorg! 2012). Wonen en zorg ontvangen in instellingen zou duurder zijn dan thuis wonen en zorg ontvangen, waardoor het beleid bijdraagt aan het betaalbaar houden van de langdurige zorg (zie bijvoorbeeld Algemene Rekenkamer 2015). Bovendien zijn sociale regelingen die onder de huidige Wmo vallen gedecentraliseerd. Ook dit zou kostenbesparend moeten werken, omdat gemeenten, meer dan de rijksoverheid, dicht bij de oudere staan en daardoor in staat zouden moeten zijn maatwerk te leveren bij de invulling van de zorgvraag.

In deze paragraaf staat de veranderde financiering van het langer zelfstandig wonen en enkele gevolgen daarvan centraal. Het raakt financieringsstromen tussen overheden, private partijen, maatschappelijke organisaties en burgers: geldstromen veranderen, worden kleiner en soms juist ook groter, en afstemming erover heeft ineens plaats met andere actoren. De overgang van de door Rijksoverheid georganiseerde hulp bij dagelijkse ondersteuning via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de door de gemeente georganiseerde Wmo raakt echter veel meer groepen mensen dan alleen ouderen: ook jongeren en gehandicapten hebben hier mee te maken gekregen. Het toegenomen takenpakket bij gemeenten, financieel (grotendeels) gecompenseerd via een grotere bijdrage uit het gemeentefonds, leidt tot grotere organisatorische en financiële risico's bij gemeenten (Pommer & Boelhouwer 2016). Het is moeilijk te duiden wat de decentralisatie precies voor ouderen betekend heeft, omdat de bijdrage aan de Wmo via het gemeentefonds niet geormerkt is: de gemeente

heeft de ruimte om te schuiven met budgetten tussen bijvoorbeeld jongeren- en ouderenzorg.

Ondanks de majeure stelselwijziging zijn veel systemen gelijk gebleven. Er is geen ministerie van Langer Zelfstandig Wonen; het thema en de verantwoordelijkheden daaromtrent zijn verdeeld over verschillende ministeries. Bij gemeenten is dat niet anders. Ook andere actoren hebben zich (nog) niet radicaal hervormd naar aanleiding van deze ingrijpende verandering in de zorg. Hoewel dit misschien ook niet nodig is, zal een ingrijpende wijziging bij gelijkblijvende systemen in ieder geval in de aanloop leiden tot nieuwe, nog onbekende uitdagingen. In het eerste deel reflecteren we kort op de beoogde kostenbesparing van het langer zelfstandig wonen. Daarna beschrijven we de kern van veel door de experts gerapporteerde problemen met betrekking tot de financiering van het langer zelfstandig wonen: een gebrek aan coördinatie.

### 5.6.1 Decentralisatie: andere potjes en verschuivende schotten

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 2 is de ondersteuning van ouderen per 1 januari 2015 fors veranderd. Waar ouderen voorheen via de AWBZ via de Rijksoverheid ondersteuning ontvingen voor bijvoorbeeld ondersteuning in het huishouden, moesten zij zich na de hervorming richten tot de gemeente in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ouderen die langdurige, intensieve zorg nodig hadden, werden na 1 januari 2015 via de Wet langdurige zorg (Wlz) ondersteund. Met de decentralisatie werd niet alleen een verbetering van de zorg beoogd, lokale actoren zouden immers beter weten hoe ouderen ondersteund zouden moeten worden, maar werd ook een structurele kostenbesparing ingerekend. Het 'centrale' budget werd, na een bezuiniging, verdeeld over gemeenten (voor de Wmo) en zorgverzekeraars (voor de wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw)).

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. Hiermee staan gemeenten aan de lat voor de ondersteuning van ouderen in het langer zelfstandig wonen via onder meer hulp in de huishouding en aanpassingen aan woningen. De gemeenten krijgen hiervoor, zoals gesteld, een bijdrage van de rijksoverheid, die via het gemeentefonds wordt uitgekeerd (VNG 2016; Algemene Rekenkamer 2018). Uit de interviews die in het kader van dit onderzoek met professionals gehouden zijn, blijkt dat de bijdragen die via het gemeentefonds worden uitgekeerd niet geoormerkt zijn. Hierdoor is het heel moeilijk te traceren of de budgetten van gemeenten voor de uitvoering van de Wmo voldoende zijn. Aan de ene kant zijn er signalen die geïnterpreteerd zouden kunnen worden als tekorten, zoals de bezuinigingen op het aantal verleende uren ondersteuning, of de forse druk op tarieven bij aanbestedingen. Dezelfde signalen kunnen echter even goed een signaal zijn dat gemeenten inderdaad beter dan de Rijksoverheid kunnen inschatten wat de behoeften van ouderen zijn: één van de geïnterviewde experts benadrukt dat vooral onder nieuwe cliënten de tevredenheid over de geboden ondersteuning hoog is. Aan de andere kant zijn er ook signalen afgegeven in de interviews dat gemeenten gelden oppotten met het oog op toekomstige verwachte uitgaven<sup>106</sup>. Dat kan geïnterpreteerd worden als een signaal dat de budgetten voor gemeenten nu nog ruim genoeg zijn. Er zijn overigens binnen de Wmo wel duidelijke grenzen aan de vrijheid van gemeenten om te bezuinigen en schuiven met gelden: op 9 maart 2015 heeft de rechtbank bepaald dat de gemeente onvoldoende had onderbouwd dat de, aanzienlijk lagere geboden ondersteuning, voldoende was om aan de verplichtingen vanuit de Wmo te voldoen.

Niet alleen gemeenten hebben met de decentralisatie van de ondersteuning van ouderen geld van Rijksoverheid gekregen. Ook zorgverzekeraars krijgen sinds de hervorming van de AWBZ een vergoeding voor het toegenomen takenpakket. Zorgverzekeraars zijn via de Zvw verantwoordelijk geworden voor de wijkverpleging (CPB 2018; Zorgwijzer 2014). Ook bij de

---

<sup>106</sup> Zo is per 1 januari 2019 een vast Wmo-abonnementstarief van 17,50 euro per maand geïntroduceerd voor Wmo-maatwerkvoorzieningen. Dit tarief geldt niet voor algemene Wmo-voorzieningen en voor Wmo-maatwerkvoorzieningen die zijn uitgezonderd in een Algemene maatregel van Bestuur (AmvB). Nu bestaat de vrees dat met het loslaten van 'bijdragen naar draagkracht' de drempel tot aanvraag van een Wmo-voorziening dermate is verlaagd dat de vraag naar Wmo voorzieningen zal toenemen, de gemeenten meer kosten moeten maken, terwijl er minder inkomsten binnen komen (VNG 2018a). Het (eventuele) knelpunt van betaalbaarheid wordt in feite verlegd van de aanvrager naar de gemeente (zie paragraaf 4.1.2).



vergoeding die naar de zorgverzekeraars is gegaan, is het de vraag of de vergoedingen voldoende zijn voor het verlenen van de noodzakelijke zorg. Daar waar gemeenten echter nog kunnen schuiven met potjes, en wellicht reserves uit het verleden hebben opgebouwd, werken zorgverzekeraars met budgetplafonds (Puijk et al. 2018). Hoewel zorgverzekeraars meer uit mogen geven aan bijvoorbeeld wijkverpleging dan de vergoeding die zij vanuit Rijksoverheid krijgen, is het niet uit te sluiten dat zorgverzekeraars, al dan niet na enige overschrijding, vasthouden aan de gestelde plafonds. In dat geval zou bij voortzetting van de zorg de kosten bijvoorbeeld door de zorgverlener of door de oudere zelf gedragen moeten worden, of wordt een tijdelijke stop op de instroom van nieuwe patiënten gezet (Skipr 2016), zoals dat ook gebeurt in het kader van de Wlz.

### 5.6.2 Langer zelfstandig wonen: meer (woon)genot en minder kosten

Als wordt aangenomen dat de meeste ouderen van tegenwoordig langer thuis willen blijven wonen, en wordt verondersteld dat een bed in een intramurale setting duurder is dan zorg thuis, dan is de rekensom eenvoudig: langer zelfstandig wonen levert een forse besparing op. De eerste aanname lijkt steeds breder en algemener geaccepteerd, ook in de interviews met experts voor deze studie, en de interviews met ouderen in Schilder (2019). De tweede aanname is echter problematisch, omdat het risico van het vergelijken van appels met peren op de loer ligt.

Twee voorbeelden van studies waarin zo nauwkeurig mogelijk appels met appels worden vergeleken zijn van Kok et al. (2004) en Bakx et al. (2018). Kok et al. (2004) vinden een positief batig saldo van de extramularisering: het beleid draagt volgens hen bij aan het verminderen van de kosten van de zorg. De auteurs vergelijken daartoe ouderen met een lichte zorgvraag die intramuraal wonen, met hen die extramuraal wonen. Deze vergelijking kent echter beperkingen, zoals de auteurs zelf ook aangeven. Zo zijn er niet voor alle posten duidelijke kosten, en soms zijn er aannames gedaan, zoals dat de verleende zorg in de instelling en thuis, voor zover niet verdisconteerd in de prijs, kwalitatief gelijkwaardig is. En ook in de duiding van het batig saldo roepen de auteurs op tot voorzichtigheid, bijvoorbeeld bij de constatering dat de intramuraal wonende ouderen ten opzichte van qua zorgvraag vergelijkbare extramuraal wonende ouderen meer zorg en hulpmiddelen gebruiken. Het verschil kan betekenen dat er intramuraal onnodig veel zorg wordt verleend, of dat extramuraal wonende ouderen te weinig zorg krijgen. Recenter tonen Bakx et al. (2018) aan dat verpleeghuiszorg niet per definitie duurder is dan zorg aan huis. Zij hebben daartoe de zorguitgaven vergeleken van ouderen die een indicatie voor verpleeghuiszorg hebben gekregen met die van ouderen met een vergelijkbare zorgbehoefte die een indicatie voor thuiszorg hebben gekregen; alle ouderen in de data hebben echter een aanvraag gedaan voor verpleeghuiszorg. De resultaten hebben dus geen betrekking op ouderen met een (zeer) lichte zorgvraag. De auteurs maken gebruik van geavanceerde econometrische technieken om te corrigeren voor verschillen tussen de ouderen en tussen regio's. Er bleken, in ieder geval voor de gehele steekproef, geen belangrijke verschillen in kosten tussen beide groepen ouderen. Doordat de gebruikte data, die de periode 2009 – 2013 beschrijven, kunnen de resultaten niet zonder meer naar de huidige situatie worden vertaald, zo waarschuwen de auteurs. De verdergaande extramuralisering en een grote bezuiniging zijn hierdoor niet zichtbaar in hun analyses. Ook de waarde van 'gelukkig thuis wonen' is niet gewaardeerd. Het resultaat dat thuis niet altijd goedkoper is dan intramuraal blijft echter staan.

Bovengenoemde studies, en diverse andere artikelen, onderstrepen vooral hoe moeilijk het is om de kosten en baten van het langer zelfstandig wonen inzichtelijk te maken. Moeilijkheden zitten onder meer in het kwantificeren van het ervaren genot van het langer in de vertrouwde woonomgeving blijven wonen, het verzamelen van een compleet overzicht aan gemaakte kosten (eigen investeringen in wonen en zorg, de kosten van mantelzorgers en zo voort), en het ontbreken van een goede vergelijkbare groepen over tijd, ruimte en situatie. Ondanks het feit dat het moeilijk is om het langer zelfstandig wonen transparant en meetbaar te maken, waren de experts het er vrijwel unaniem over eens dat "de B.V. Nederland" er na succesvolle invoering van het langer zelfstandig wonen beter voor zou staan dan voorheen. En daar speelden, volledig wetenschappelijk onderbouwd of niet, twee argumenten



een belangrijke rol: 1. ouderen hebben onder de nieuwe situatie meer te zeggen over hoe, waar en met wie ze willen wonen, en 2. de zorg zal bij het langer zelfstandig wonen goedkoper zijn dan het geval zou zijn geweest bij voortzetting van de verpleeghuiszorg na pensioenering.

### 5.6.3 Schotten en systemen: nut en noodzaak, en problemen

Eén van de geïnterviewde professionals stelde dat binnen de huidige systemen alles wat nodig is voor het langer zelfstandig wonen van ouderen al gerealiseerd kan worden. Tegelijkertijd valt te constateren dat de systemen zelf, ondanks de majeure verandering in het zorglandschap, nauwelijks veranderd zijn. Grotendeels dezelfde spelers moeten binnen veelal dezelfde kaders nieuwe oplossingen zoeken. Daarbij lopen actoren in de praktijk vaak tegen 'schotten' aan: oplossingen voor de nieuwe uitdagingen blijken in de praktijk vaak gehinderd, doordat ze in het ene of het andere systeem niet goed passen, of doordat actoren tegengestelde belangen hebben. Zo blijken met name kwetsbare en veelal thuis wonende ouderen vaker op de spoedeisende hulp terecht te komen dan nodig: preventieve hulp en vroegtijdige signalering, zoals beoogd in het langer zelfstandig wonen via bijvoorbeeld multidisciplinaire wijkteams, komt in de praktijk te weinig van de grond met inefficiënte besteding van middelen tot gevolg (Winkel & De Kousemaeker 2017). Onderzoek van het RIVM (2017) beschrijft hoe gemeenten en zorgverzekeraars experimenteren met het verdelen van kosten en baten, maar daarbij wel eens tegen (financieel) tegengestelde belangen lopen. Ook in de voor dit onderzoek gehouden interviews is het probleem van de zogenaamde 'split incentives' naar voren gekomen. Dit werd o.a. geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld van de kosten en baten van investeringen in woningen ten behoeve van valpreventie. Een ander voorbeeld dat in de interviews is geopperd, is het uitsparen van zorgkosten door te investeren in welzijn onder het motto "een onseje welzijn scheelt een kilo zorg". Ook hiervoor geldt dat de investeringen gedaan worden door een andere partij dan de partij die de directe baten geniet. Vaak zijn de kosten en baten niet makkelijk hard te maken, wat de totstandkoming van een integrale aanpak in de weg kan staan.

## 5.7 Besluit

Het toenemende aantal ouderen die in toenemende mate zelfstandig woont, heeft in combinatie met de wijze waarop het beleid dat raakt aan het langer zelfstandig wonen van ouderen is vormgegeven, brede maatschappelijke gevolgen. Wij hebben deze verkend aan de hand van interviews met landelijke professionals. De genoemde gevolgen zijn vervolgens getoetst in de regionale bijeenkomsten en aangevuld met relevante literatuur. Deze werkwijze is beschreven in hoofdstuk 1.

Binnen het woondomein wezen de gesprekspartners vooral op de toenemende behoefte aan zogenoemde 'tussenvormen': nieuwe woonconcepten tussen zelfstandig thuis en in een verzorgingshuis. Ook werd door sommige gewezen op de gevolgen voor de doorstroming van het langer zelfstandig wonen van ouderen: woningen van ouderen komen vertraagd vrij voor andere – jongere – huishoudens. Deze woningen komen uiteraard uiteindelijk wel weer beschikbaar, maar het moment waarop is opgeschoven in de tijd. Slechts een enkeling benoemde ook de mogelijke gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen voor de verduurzaming van de woningvoorraad<sup>107</sup>. Binnen het zorgdomein wezen gesprekspartners vooral op de gevolgen voor de werkdruk: het groeiende tekort aan zorgprofessionals in de wijk, en de toenemende druk op de Spoed Eisende Hulp, huisartsen en mantelzorgers<sup>108</sup>. In het bredere arbeidsmarktperspectief springt eveneens de concurrentie om arbeidskracht in het oog, omdat ook andere publieke sectoren als onderwijs en politie met oplopende tekorten kampen. Ook werden door enkele gesprekspartners gewezen op de gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen voor het maatschappelijke vastgoed en de eigenaren van dit vastgoed. Door het beleid dreigt leegstand in verzorgingshuizen, zo vrezen

<sup>107</sup> <https://themasites.pbl.nl/krasse-knarren/>

<sup>108</sup> <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>

sommigen. Tot slot heeft de wijze waarop het beleid van het langer zelfstandig wonen van ouderen is vormgegeven ook financiële gevolgen. Zo zijn met de decentralisatie de potentiële gevolgen van het de vergrijzing en het langer zelfstandig wonen van ouderen voor het kasboekje van de staat deels afgewenteld op de gemeenten. Dit is gunstig voor de Rijksbegroting maar de vraag is of gemeenten voldoende budget hebben om ouderen op voldoende wijze te kunnen ondersteunen bij het langer zelfstandig wonen en of zij hiertoe bereid zijn. Onze gesprekspartners gaven namelijk aan dat gemeenten uit voorzorg minder budget besteden aan het sociaal domein dan dat ze ontvangen vanuit het gemeentefonds (zie ook Sociaal Web 2015). Los van de financiën, domineert in de gesprekken het geluid dat de kennis en kunde van veel gemeenten – die veelal een regisseursrol toegedicht krijgen (zie ook Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen 2016) – nog niet op peil is.

Tijdens de gesprekken vroegen we onze gesprekspartners niet alleen naar de gevolgen van het langer zelfstandig wonen van ouderen voor hun eigen werkdomein maar ook naar de mogelijke gevolgen voor andere, aanpalende, domeinen. Opvallend was dat veel gesprekspartners aangaven hier geen goed zicht op te hebben. Dit komt niet zo zeer door een gebrek aan professionaliteit in het veld. Het denken op een wat meer geaggregeerd niveau is eenvoudigweg razend ingewikkeld, waardoor veel professionals niet precies weten wat er allemaal speelt in andere domeinen, aldus een van de gesprekspartners benadrukte. In dit licht is het dan ook opvallend dat een aanzienlijk deel van de gesprekspartners aangaf dat zij het ontbreken van een integrale visie als een van de belangrijkste tekortkomingen beschouwen bij het beleid van het langer zelfstandig wonen van ouderen (zie ook hoofdstuk 4). Er is sprake van een sterke verkokering waarbij actoren vooral bezig zijn met hun eigen doelen, verantwoordingskader en huishoudboekje, vaak ook in een eigen geografisch werkveld. Als gevolg hiervan blijven broodnodige investeringen uit. Het systeem biedt geen prikkel tot investeringen waarvan de baten bij een andere partij liggen en actoren zijn niet bezig met de balans van kosten en baten van bepaalde investeringen voor de maatschappij als geheel. Waarom zouden zorgverzekeraars bijvoorbeeld aan preventie of domotica doen, als dit uiteindelijk een besparing oplevert voor de langdurige zorguitgaven van Rijksoverheid of de uitgaven van de gemeente inzake de maatschappelijke ondersteuning van ouderen?

Hoewel veel gesprekspartners stellen dat een integrale visie en integrale aanpak belangrijk is om ouderen langer zelfstandig te kunnen laten wonen, lijkt zo'n integrale visie niet vanzelf tot stand te komen. Want de gesprekspartners geven tegelijkertijd aan dat ze niet echt een beeld hebben van hoe zo'n integrale visie eruit zou moeten komen te zien en wie welke rol zou moeten pakken, hoewel veel gesprekspartners wel een bijzondere rol zien weggelegd voor gemeenten als zijnde regisseur. Dit is mogelijk ook gerelateerd aan de constatering dat er sprake is van een verkokering en focus van professionals op het eigen domein. In hoofdstuk 6 wordt dit verder uitgewerkt bij de handelingsopties van onder andere ouderen, woningcorporaties, zorgorganisaties marktpartijen en overheden.

## Literatuur

- Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen (2016) Van tehuis naar thuis. Den Haag: Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen.
- Actiz (2016) Resultaten kwalitatieve analyse Leegstand Verzorgingshuizen. Den Haag: Actiz.
- Actiz (2014) Rapport sluiting verzorgingshuizen. Den Haag: Actiz.
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg (2015) Leegstandsrisico van verzorgingshuizen: Een reactie op onderzoek van het Kadaster en CFZ. Verkregen op 17-10-2018 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl).
- Algemeen Dagblad (2019) Woongroep steeds populairder onder ouderen: 'Ik hoef hier nooit meer weg', nieuwsbericht 07-02-2019, verkregen op 09-04-2019 via [www.ad.nl](http://www.ad.nl).
- Algemene Rekenkamer (2018) Wegwijs in het sociaal domein: Advies ter verbetering van de informatievoorziening door de regering aan de Tweede Kamer met betrekking tot de Participatiewet, de Jeugdwet en de Wmo 2015. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer (2015) Regionale verschillen in de langdurige zorg: Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Amsterdam, J. van & A. Proper (2012) Determinanten van afnemende participatie van ouderen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- ANP (2018) Een kwart van de zorgwerknemers is 55-plus – en dat gaat zorgen voor enorme personeelstekorten, nieuwsbericht 12-03-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.buysinessinsider.nl](http://www.buysinessinsider.nl).
- Bart, F., B. Boon, L. Bovenberg, C. van Ewijk, N. Kortleve, E. Rebers & M. Visser (2016) De routekaart naar een meer integrale benadering van wonen, zorg en pensioen. Tilburg: Netspar.
- Bakx, P.H.M., B. Wouterse, E. van Doorselaers & A. Wong (2018) Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival. Rotterdam/ Amsterdam: Tinbergen.
- Boekhorst, S. te (2011) Group Living Homes for Older People with Dementia: Concept and Effects. Amsterdam: Faculteit Geneeskunde, Vrije Universiteit.
- Bollinger, D.S., J.C. van Houwelingen & A.A. Eisses (2016) Landelijke Benchmark zorgvastgoed. In Vreuger (red) Onderzoeken, trends en ontwikkelingen in zorgvastgoed en gemeentelijk vastgoed. Assen: Van Gorcum.
- Bovenberg, L., W. Koelewijn & N. Kortleve (2011) Naar een dynamische toekomstvoorziening. Integratie van werk, pensioen, zorg en wonen over de levensloop. NEA Paper 40. Tilburg: Netspar.
- Brands, M. & C. Zijderveld (2012) Ouderen op de grens van zelfstandig wonen naar verblijf. Woerden/Utrecht: ANBO/NPCF
- Castelijns, E., A. van Kollenburg & W. te Meerman (2013) De vergrijzing voorbij. Amersfoort: Berenschot.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018) Een op de vijf leraren in basisonderwijs is 55 plus, nieuwsbericht 25-04-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017) Arbeidsparticipatie ouderen flink gestegen, nieuwsbericht 14-10-2017, verkregen op 30-03-2019 via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Chiuri, M. & T. Jappeli (2006) Do the elderly reduce housing equity? An international comparison (working paper no 158). Salerno: Centre for Studies in Economics and Finance, University of Salerno.
- Clark, W.A.V. & M.C. Deurloo (2006) Aging in place and housing over consumption, Journal of Housing and the Built Environment, 21(3), pp. 257-70.
- Clark, W.A.V. & J.L. Onaka, (1983) Life cycle and housing adjustment as explanations of residential mobility, Urban Studies, 20, pp. 47-57.
- CPB (2018) Uitkering voor Wmo beïnvloedde huishoudelijke hulp en andere vormen van thuiszorg, nieuwsbericht 13-09-2018, verkregen op 10-04-2019 via [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl).

- Daalhuizen, F. C. de Groot & H. van Amsterdam (2018) Zorg om banen in de ouderenzorg. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>
- Daalhuizen, F., C. de Groot & G. de Kam (2019) Langer zelfstandig in een geschikte woonomgeving. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/langer-zelfstandig-wonen/>
- Dam, F. van, F. Daalhuizen, C. de Groot, M. van Middelkoop & P. Peeters (2013) Vergrijzing en ruimte: Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Davidoff, T. (2004) Maintenance and the Home Equality of the Elderly. Berkeley, CA: University of California.
- De Volkskrant (2018a) Snelle toename zorg-zzp'ers leidt tot problemen bij ziekenhuizen en zorginstellingen, nieuwsbericht 25-10-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- De Volkskrant (2018b) Mantelzorg anno 2018: Als de buurvrouw zo dement is dat alleen de burens voor haar kunnen zorgen, nieuwbericht 21-01-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- Dijkman, M. (2017) Collectief wonen voor senioren heeft de toekomst. *Geron*, 1, pp. 61-64.
- Drachtster Courant (2019) Belangstelling groot voor Hofje voor ouderen, nieuwsbericht 18-03-2019, verkregen op 19-03-2019 via [www.drachtstercourant.nl](http://www.drachtstercourant.nl).
- Duin, C., van, L. Stoeldraaijer, D. van Roon & C. Harmsen (2016) Huishoudensprognose 2015-2060: Jongeren en ouderen langer thuis. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Eimers, D. (2015) Villa Begonia niet achter de geraniums. Waar woon jij als je oud bent? Den Haag: Bigbusinesspublishers.
- Ekamper, P. & K. Henkens, (2006) Werkgevers zien oudere werknemer nog vooral als kostenpost. NIDI Arbeidsmarktjournaal. Verkregen op 12 maart 2019 via [www.nidi.nl](http://www.nidi.nl).
- Eskinasi, M. & J. Ritsema van Eck (2018) Uitstroom van ouderen uit de woningmarkt: Een landsdekkende raming op basis van de WLO-regio. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving
- Eskinasi, M. & C. de Groot (2017) PBL: 'gas geven met de woningbouw! Van huishoudenskrimp is vooralsnog geen sprake', blog 19-04-2017, verkregen op 13-03-2019 via [www.cobouw.nl](http://www.cobouw.nl).
- Eskinasi, M. & C. de Groot (2013) Uitgewoond? Nu al voorsorteren op uitstroom oudere huishoudens, *Tijdschrift voor Volkshuisvesting*, 2013(2), pp. 52-55.
- Eskinasi, M., C. de Groot, M. van Middelkoop, F. Verwest & J. Conijn (2012) Effecten van de staatssteunregeling voor de middeninkomensgroepen op de woningmarkt: Een simulatie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Feijten, P. (2005) Union dissolution, unemployment and moving out of homeownership, *European Sociological Review*, 21(1), pp. 59-71.
- Filius, F.C. (1993) Huishoudensopheffing en woningverlating in een vergrijzende samenleving. Utrecht: Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht.
- Fischer, P.A. & G. Malmberg (2001) 'Settled people don't move: On life course (im-)mobility in Sweden', *International Journal of Population Geography*, 7, pp. 357-371.
- Gielen, W., D. Herbers & F. Hitzert, (2018) Verhuizen van oudere huishoudens. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Groot, C. de, F. van Dam & F. Daalhuizen (2013) Vergrijzing en woningmarkt. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Groot, C. de, M. van der Staak, F. Daalhuizen & G. de Kam (2019) Aanpassen of naar een hofje? Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Grootegoed, E., D. van Dijk & E. Tonkens (2013), 'Zorgbehoevenden voelen zich met hulp uit hun sociale netwerk juist verre van zelfredzaam', opinie 13-02-2013, verkregen op 20-03-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).

- Heijden, G.J.L.M. van der & S.C. van Hoeve (2016) Caring community als wenkend perspectief: tijd van zorgvastgoed is voorbij. In Vreuger (red) *Onderzoeken, trends en ontwikkelingen in zorgvastgoed en gemeentelijk vastgoed*. Assen: Van Gorcum.
- Hooimeijer, P. (2007) *Dynamiek in de derde leeftijd*. Den Haag: Ministerie van VROM.
- Hooimeijer, P., W.A.V. Clark, & F.M. Dieleman (1986) 'Household in the reduction stage: Implications for the Netherlands housing market', *Housing Studies*, 1, pp. 195-209.
- Iersel, J. van, K. Leidelmeijer & A. Buys (2009) *Senioren op de woningmarkt, achtergrond-rapportage*. Amsterdam: RIGO.
- In voor zorg! (2012) *Extramuralisering lichte ZZP's: VWS geeft uitleg*, interview met Roland Beukers, projectleider extramuralisering bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 29 oktober 2012 (gewijzigd op: 11 juli 2014), blog 11-07-2014, verkregen op 28-08-2017 via [www.invoorzorg.nl](http://www.invoorzorg.nl).
- Jong, A. de & S. Kooiker (2018) *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen 1975-2040*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Jong, A. de & F. Daalhuizen (2014) *De Nederlandse bevolking in beeld: Verleden Heden en Toekomst*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Jong, A. de, P. Feijten, C. de Groot, C. Harmsen, M. van Huis & F. Vernooij (2006) *Regionale huishoudensdynamiek: Achtergronden bij de regionale huishoudensprognoses met het model pearl*. Den Haag: Ruimtelijk Planbureau / Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Josten, E. & A. de Boer (2015) *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kadaster (2015) *Leegstand, herbestemming en verzorgingshuizen: een verkenning door de oogharen heen*. In: Vreuger (red) *Onderzoeken, trends en ontwikkelingen in zorgvastgoed en gemeentelijk vastgoed*. Assen: Van Gorcum.
- Kien (2015) *Onderzoek gemeentebestuur woningaanpassingen ANBO*. Groningen: Kien.
- Kok, L., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiray & I. Woittiez (2004) *Kosten en baten van extramuralisering*. Den Haag/ Amsterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau/ SEO.
- Klaveren, S. van, N. van Triest & P. Senior (2018) *Langer thuis: een verkenning. Behoeften en toekomst woonzorg voor kwetsbare senioren*. Den Haag: Platform 31, Actiz-Aedes Kenniscentrum Wonen en Zorg.
- Lager, D., A. Brouwer, G. de Kam & E. Kibele (2016) *Op tijd de drempel wegnemen? Inzicht in het bewustzijn over het preventief aanpassen van de woonsituatie om langer thuis te kunnen wonen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen.
- Leidelmeijer, K. (2018) *Langer zelfstandig wonen: Analyse MIT-bestanden voor PBL*. Amsterdam: RIGO.
- Li, S.M. (2004) *Life course and residential mobility in Beijing, China*, *Environment and Planning*, 36, pp. 27-43.
- Linders, J.J.M. (2009) *Gezondheidswetgeving in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leidelmeijer, K., J. van Iersel & D. Leering (2017) *Monitor Investeren in de Toekomst: Ouderen en langer zelfstandig wonen*. Amsterdam: RIGO.
- Leidelmeijer, K., J. van Iersel & A. Buys (2011) *Demografie en eigenwoningbezit: Een verkennende studie in opdracht van BZK*. Amsterdam: RIGO.
- Machielse, A. (2016) *Empowerment van kwetsbare ouderen gaat altijd ook over zingeving*. Verkregen op 20-03-2019 via [www.socialevraagstukken.nl](http://www.socialevraagstukken.nl).
- Management Impact (2017) *Is Nederland klaar voor de vierde industriële revolutie?*, nieuwsbericht 23-11-2017, verkregen op 20-03-2019 via [www.managementinpact.nl](http://www.managementinpact.nl).
- Mankiw, N.G. & D.N. Weil (1989) 'The baby boom, the baby bust, and the housing market', *Regional Science and Urban Economics*, 19, pp. 235-258.
- Mezzo (2017) *Werk en Mantelzorg. Feiten en Cijfers, mei 2017*. Bunnik: Mezzo.

- Middelkoop, M. van (2014) Energiebesparing: voor wie loont dat? Onderzoek naar de betaalbaarheid van energie en energiebesparing voor huishoudens. Den Haag: Planbureau voor de leefomgeving.
- Middelkoop, M. van, S. van Polen, R. Holtkamp & F. Bonnerman (2018) Meten met twee maten: Een studie naar de betaalbaarheid van de energierekening van huishoudens. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Ministerie SZW (2016) Kamerbrief 'De arbeidsparticipatie van ouderen en allochtonen naar aanleiding van de Motie-Barth' (2016-0000249600). Den Haag: Ministerie SZW.
- Ministerie VWS (2018) Programma Langer Thuis. Den Haag: Ministerie VWS.
- NRC (2018a) Demografische paniek is in Oost-Europa 'zwaar onderschatte politieke factor', nieuwsbericht 21-09-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- NRC (2018b) 'Er dreigt een gat van 60 miljoen mensen op de Eu-arbeidsmarkt', nieuwsbericht 25-09-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- Parlevliet, J., M. Doll, R. Vermeulen & J. de Winter (2016) Perspectief op groei: De Nederlandse economie in beweging. Amsterdam: De Nederlandsche Bank.
- Pommer, E. & J. Boelhouwer (2016) Overall rapportage sociaal domein 2015. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Puijk, L., R. Meijer & N. Baas (2018) Keuzevrijheid in de wijkverpleging: Onderzoek naar ervaren knelpunten. Hilversum: Arteriaconsulting.
- Re-employ (2017) 11 beroepen die in 2025 hot zullen zijn. Verkregen op 20-03-2019 via [www.re-employ.nl](http://www.re-employ.nl).
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018) Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTT) 2018 – Themaverkenning 'Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017) Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars bij het verbinden van preventie, zorg en welzijn en preventie voor risicogroepen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rijksoverheid (2019) Stimuleringsregeling om nieuwe vormen van wonen en zorg voor ouderen vlot te trekken, nieuwsbericht 01-02-2019, verkregen op 09-04-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- Rijn, M. van (2016) 'Er moet meer zijn tussen thuis en verpleeghuis', blog 15-01-2016, verkregen op 19-03-2019 via [www.hetoudenhuis.nl](http://www.hetoudenhuis.nl).
- Rli (2014) Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn. Den Haag: Rli.
- Roeters, A. & F. Bucx (2017) Kijk op kinderopvang: Hoe ouders denken over de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van kinderopvang. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rouwendaal, J. & W. Vermeulen (2007) 'Vormt vergrijzing een bedreiging voor de Nederlandse woningmarkt?', Property Research Quarterly, 6(4), pp. 20-25.
- Schilder, F. (2019) Grijze haren, groene huizen. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Schilder, F. & J. Conijn (2009) De dubbele kloof tussen koop en huur: Omvang, Oorzaken en Consequentie. Amsterdam: ASRE Research Center.
- Schilder, F., M. van Middelkoop & R. van den Wijngaart (2016) Energiebesparing in de woningvoorraad: financiële consequenties voor corporaties, huurders, eigenaren-bewoners en Rijksoverheid. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Skipr (2016) Aanbieders wijkverpleging stuiten nu al op budgetplafond, nieuwsbericht 13-07-2016, verkregen op 10-04-2019 via [www.skipr.nl](http://www.skipr.nl).
- Sociaal Web (2015) 'Gemeenten, pot Wmo-geld niet op!', blog 03-02-2015, verkregen op 12-03-2019 via [www.sociaalweb.nl](http://www.sociaalweb.nl).
- Spierings, D. (2016) Eindrapportage Langer Thuis & KeuzeThuis. Arnhem/Nijmegen: Hogeschool Arnhem Nijmegen.
- Sprangenberg, F. & P. Jobsen (2016) Breek het verpleeghuis open: Want leven is meer dan zorg alleen. In: Waardigheid en trots (2016), Verpleeghuiszorg 2025 Liefdevolle zorg voor onze ouderen (pp.64-72). Utrecht: Waardigheid en Trots.



- Tennekes, J., H. van Amsterdam, L. Bijlsma, L. van Duinen, H. van der Linden & A. Vlak (2017) Maatschappelijk vastgoed in verandering. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Trouw (2018) De zorg zoekt ruim 100.000 mensen met name door vergijzing, nieuwsbericht 12-03-2018, verkregen op 20-03-2019 via [www.trouw.nl](http://www.trouw.nl).
- Tweede Kamer (2012) Uitwerking extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten. Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 28 september 2012. Vergaderjaar 2012-2013, 30597, nr. 266.
- Venti, S.F. & D.A. Wise (1989) Aging, moving and housing wealth. In: Wise, D.A. (ed.) The economics of aging. Chicago: University of Chicago Press for National Bureau of Economic Research.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (2016) De financiële stromen van Rijk naar gemeenten. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- Verkooijen, L. (2017) Arbeidsparticipatie onder ouderen flink gestegen. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Walker, L. (2004) Elderly households and housing wealth: Do they use it or lose it? Ann Arbor, MI: Retirement Research Center, University of Michigan.
- Winkel, E. & G. de Kousemaeker (2017) Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen. Fluent Healthcare/ ActiZ, Den Haag.
- WRR (2000) Doorgroei van de Arbeidsparticipatie. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Zorgverzekeraars Nederland (2018) Samen waarde toevoegen voor klanten: Aanvulling 2019 inkoopkader Wet Langdurige Zorg 2018-2020 voor bestaande zorgaanbieders. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Zorgvisie (2019) 'Pas bestaande bouw aan voor huisvesting ouderen', nieuwsbericht 01-03-2019, verkregen op 19-03-2019 via [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl).
- Zorgwijzer (2014) Wat gaan zorgverzekeraars betekenen voor de thuiszorg?, nieuwsbericht 12-06-2014, verkregen op 10-04-2019 via [www.zorgwijzer.nl](http://www.zorgwijzer.nl).



# 6 Beleid en handelingsopties

## 6.1 Inleiding

De ouderenzorg die tot aan 2014 onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd geleverd, is inmiddels ondergebracht in drie andere wetten, namelijk: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) (zie hoofdstuk 2). Er was sprake van een zogenoemde decentralisatie: de zorg die eerst centraal geregeld werd, is nu deels verspreid over decentrale actoren, waaronder gemeenten en zorgverzekeraars. Hierdoor hebben betrokkenen nieuwe taken en verantwoordelijkheden gekregen. Daarbij horen nieuwe spelregels en aangepaste samenwerkingsvormen (zie hoofdstuk 4). Een neveneffect van deze decentralisering is dat beslissingen die in het ene beleidsdomein genomen worden gevolgen (kunnen) hebben voor andere beleidsdomeinen (zie hoofdstuk 5). Onze gesprekspartners benadrukten daarom het belang van een integrale visie en aanpak, waarin alle betrokken partijen gezamenlijk, op bestuurlijk niveau, afspraken maken over hoe zij de ouderenzorg (gaan) organiseren. Echter, zo'n integrale visie en aanpak lijkt niet vanzelf tot stand te komen. Zoals in hoofdstuk 5 reeds is toegelicht, gaven onze gesprekspartners immers aan dat zij geen duidelijk beeld hebben van hoe zo'n visie en aanpak er precies uit moet zien en wie daarin welke rol zou kunnen en/of moeten vervullen. In het voorliggende hoofdstuk worden daarom de (mogelijke) handelingsopties die betrokken actoren in het kader van het langer zelfstandig wonen van ouderen in zouden kunnen zetten om mogelijke problemen op te lossen nader in beeld gebracht. Hierbij wordt zowel stilgestaan bij mogelijke handelingsopties die door onze gesprekspartners werden aangereikt als bij mogelijke handelingsopties die in de literatuur reeds geformuleerd zijn.

## 6.2 Eigen regie

Onze gesprekspartners verwachten van ouderen dat zij de regie nemen over hun eigen leven en op tijd anticiperen op een toekomst met eventuele (ouderdoms-)gebreken. Tijdig anticiperen zorgt er immers voor dat een belangrijk zorgpunt wordt weggenomen op het moment dat de gezondheid van ouderen écht achteruit gaat, zo luidt de redenering (zie ook Ministerie van VWS 2018a). Door op tijd te anticiperen, kan gedeeltelijk voorkomen worden dat op dat moment problemen ontstaan die het langer zelfstandig wonen in de weg (kunnen) staan. Ouderen kunnen in hoofdzaak op twee manieren anticiperen op hun toekomst. Allereerst kunnen zij ervoor zorgen dat zij op tijd woonachtig zijn in een geschikte woning én woonomgeving (zie paragraaf 6.2.1 en 6.2.2). Daarnaast kunnen ouderen een poging doen om een zo breed en gevarieerd mogelijk sociaal netwerk om zich heen te creëren en/of in stand te houden (zie paragraaf 6.2.3). De aanwezigheid van zo'n sociaal netwerk vergroot namelijk de kans dat de oudere op het moment dat hij/zij een expliciete (informele) zorgvraag krijgt een beroep kan doen op (potentiële) mantelzorgers (zie hoofdstuk 3).

### 6.2.1 Aanpassen of verkassen

Het merendeel van Nederlandse huishoudens van 65 jaar en ouder woont op dit moment in een woning die geschikt (te maken) is om ook bij een toename van de zorgbehoefte thuis te

blijven wonen (De Groot et al. 2019; zie ook paragraaf 5.2.1). Deze woningen kunnen óók op het moment dat de bewoners worden geconfronteerd met 'fysieke handicaps of chronische ziekten' (Stavenuiter & Van Dongen 2008 p. 15) prettig bewoond worden of zijn in dat geval tegen 'geringe' kosten (maximaal 10.000 euro<sup>109</sup>) aan te passen (Leidelmeijer et al. 2017; De Groot et al. 2019). Denk hierbij aan een nultredewoning, waarbinnen de bewoner geen trap(je) op of af hoeft om bij de voordeur te komen en waarbinnen de 'primaire ruimten', zoals de woonkamer, keuken, minimaal één slaapkamer en het sanitair, allen op dezelfde woonlaag gesitueerd zijn (De Groot et al. 2019). Niet alle woningen zijn aanpasbaar zodat aan deze laatste voorwaarde wordt voldaan. Voor bijvoorbeeld appartementen zonder lift, eengezinswoningen met een wenteltrap en eengezinswoningen met een smalle beukmaat is dit niet mogelijk (Leidelmeijer et al. 2017; De Groot et al. 2019). In 2015 waren de woningen van ongeveer 140.000 65-plushuishoudens niet aanpasbaar. Dit komt neer op een kleine 7 procent van alle woningen die in dat jaar bewoond werden door huishoudens van 65 jaar en ouder. Als de ouderen die in zo'n woning woonachtig zijn geen actie ondernemen, kunnen zij bij toenemende gezondheidsproblemen te maken krijgen met een problematische woonsituatie. Hetzelfde geldt voor ouderen die weliswaar woonachtig zijn in een woning die geschikt te maken is om langer zelfstandig te wonen, maar hiertoe op het moment dat zij geconfronteerd worden met gezondheidsproblemen nog geen actie hebben ondernomen. Het is ouderen dus aan te raden om ervoor te zorgen dat zij in een geschikte woning wonen nog voordat eventuele gezondheidsproblemen optreden. Ouderen die woonachtig zijn in een woning die geschikt te maken is om langer zelfstandig te blijven wonen, kunnen ervoor kiezen om relatief kleine woningaanpassingen – zoals wandbeugels, douchestoelen, drempelhulpen, een traplift, en/of een tweede toilet – te (laten) installeren (De Groot et al. 2019). Dit is niet de enige optie die zij hebben om hun woning beter af te stemmen op hun toekomst. Net als ouderen die in een ongeschikte woning wonen, kunnen zij er ook voor kiezen om te verhuizen naar een woning die reeds geschikt (gemaakt) is om langer zelfstandig te blijven wonen. Dit kan zowel een 'reguliere woning' als een specifieke 'ouderen(zorg)woning' zijn. De afgelopen jaren zijn specifiek voor ouderen verschillende nieuwe woon(zorg)concepten ontwikkeld die voorzien in de behoefte tussen thuis en het verpleeghuis. De idee hierachter is dat er ouderen zijn die niet en in hun eigen woning oud willen worden vanwege bijvoorbeeld (mogelijke toekomstige) gebreken of vanwege de behoefte aan gezamenlijkheid bij (het anticiperen op) toenemende kwetsbaarheid, maar tegelijkertijd nog te vitaal zijn voor een verblijfsplaats binnen een klassieke 24-uurs zorginstelling (zie o.a. De Groot et al. 2019; Eimers 2015; Van Klaveren et al. 2018). Voorbeelden van nieuwe woonvormen zijn: thuishuizen, zorghofjes, kleinschalige woonvoorzieningen en kangoeroewoningen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat nieuw lang niet altijd helemaal nieuw is. Zo staan hofjeswoningen momenteel (weer) in de belangstelling, terwijl welgestelde ouderen al eeuwen terecht kunnen in vergelijkbare woonvormen, zoals begijnhofjes (vrouwen) en proveniershuizen (mannen) (De Groot et al. 2019; Van Twist et al. 2016). Het komt geregeld voor dat een 'nieuw' woon(zorg)concept eigenlijk een bestaand concept is dat opnieuw, eventueel in aangepaste vorm, onder de aandacht van het grotere publiek wordt gebracht. De laatste jaren wordt hierbij vooral ingezet op gemeenschappelijkheid. De gedachte hierachter is dat ouderen behoefte hebben aan gemeenschappelijk wonen, mits hun privésfeer in zekere mate gewaarborgd blijft (De Groot et al. 2019; Dijkman 2017; Van Klaveren et al. 2018). Net als binnen de meer traditionele ouderenzorgwoningen, zoals aanleunwoningen en serviceflats, is ook voor ouderen die woonachtig zijn in nieuwere woon(zorg)concepten de zorg vaak nabij. In figuur 6.1 is een aantal nieuwe woon(zorg)concepten waarnaartoe ouderen kunnen verhuizen, weergegeven langs twee (tot op heden veelal los van elkaar gebruikte) assen: de

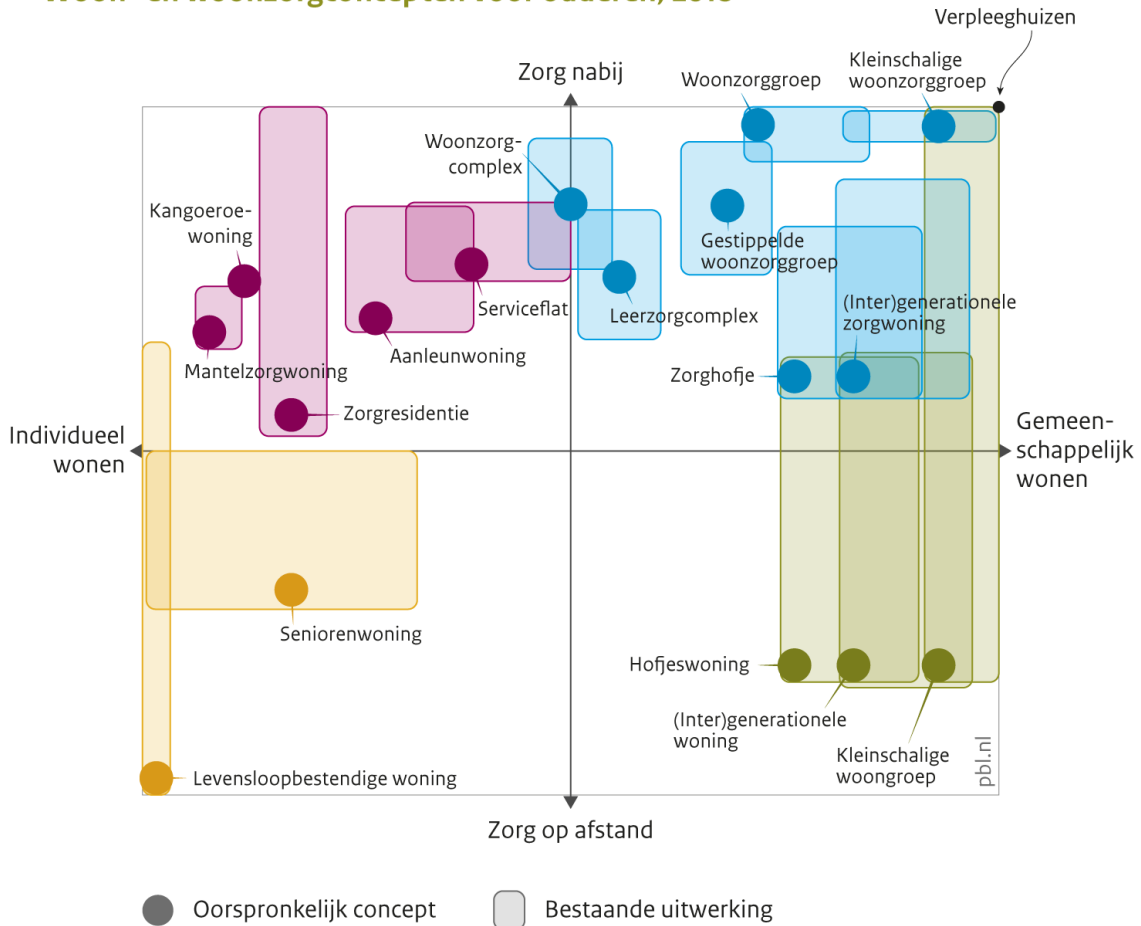
---

<sup>109</sup> Dit bedrag is gebaseerd op het feit dat veel gemeenten een maximale grens van 10.000 euro hanteeren voor vergoedingen van woningaanpassingen via de Wmo. Als het bedrag de 10.000 euro overschrijdt, dan is vanuit die optiek verhuizen naar een geschikte woning een betere optie. Een uitgebreide toelichting op de methodiek achter deze indicator is terug te vinden in de rapportage 'Monitor Investeren voor de Toekomst' (MIT) Ouderen en langer zelfstandig wonen' die het RIGO in opdracht van het Ministerie van BZK heeft uitgevoerd (Leidelmeijer et al. 2017).

mate van gezamenlijkheid en de afstand tot zorg<sup>110</sup>. Hierdoor ontstaat een beter beeld van de nieuwe woon(zorg)vormen waar hedendaagse ouderen uit kunnen kiezen.

**Figuur 6.1**

**Woon- en woonzorgconcepten voor ouderen, 2018**



Bron: StijlvolOuder 2019; Harkes & Witter 2018; bewerking PBL

Vanuit maatschappelijk oogpunt is het langer zelfstandig wonen van ouderen van invloed op de in- en doorstroom op de woningmarkt. Als ouderen naar nieuwe woonzorgconcepten verhuizen, levert dit – naast een geschikte woonsituatie voor ouderen – op korte termijn een bijkomend voordeel op voor de instroom van starters en de doorstroom van huishoudens die willen verhuizen naar een andere woning (Clark & Deurloo 2006). De woningen die door de verhuizing van ouderen vrijkomen, kunnen immers bewoond worden door andere huishoudens die op zoek zijn naar woonruimte. Zeker voor gezinnen kan dit zeer interessant zijn, aangezien ouderenhuishoudens steeds vaker woonachtig zijn in eengezinswoningen (Van Iersel et al. 2009; De Groot et al. 2013). De woningvoorraad die beschikbaar komt op het moment dat ouderen verhuizen naar nieuwe woonconcepten zal regionaal verschillen in kwantiteit en kwaliteit (zie hoofdstuk 5). Met name binnen gespannen woningmarkten kan

<sup>110</sup> In figuur 6.1 worden nieuwe woon- en woonzorgvormen getoond die onder andere terug te vinden zijn op de website Stijlvol Ouder. Dit overzicht is aangevuld met informatie die is ontleend aan de publicatie 'Bouwstenen voor de toekomst' van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg in Harkes en Witter (2018). Wij pretenderen nadrukkelijk niet dat de in figuur 6.1 opgenomen woonvormen een volledig beeld schetsen van alle keuzemogelijkheden die hedendaagse ouderen tussen thuis en het verpleeghuis hebben. Integendeel, er zijn erg veel voorbeelden en er worden nog steeds vernieuwende woon(zorg)vormen ontwikkeld (zie ook De Groot et al. 2019).

het op korte termijn vrijkomen van de woningen van ouderen de kans op een relatieve verstopping verkleinen.

### 6.2.2 Geschikte woonomgeving

Op dit moment richt het politieke en maatschappelijke debat zich vooral op de vraag of er voldoende woningen beschikbaar zijn waarbinnen ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De vraag of de woonomgeving waarbinnen deze woningen zich bevinden eveneens geschikt is om langer zelfstandig te blijven wonen, lijkt daarentegen minder concrete aandacht te krijgen (Daalhuizen et al. 2019). In werkelijkheid gaan de geschiktheid van de woning en de geschiktheid van de woonomgeving echter hand in hand. Het heeft immers weinig zin om in een geschikte woning te wonen als je zelf niet meer uit de voeten kan voor bijvoorbeeld het doen van boodschappen of het participeren in de samenleving. Naarmate de leeftijd van ouderen toeneemt, neemt hun actieradius in het algemeen af, onder andere als gevolg van functieverlies zoals een afnemend zicht, evenwicht en/of kracht in de benen. Het is daarom onder andere belangrijk dat de primaire, 'Triple A' voorzieningen waaraan ouderen behoefte hebben (arts, apotheek, supermarkt en ov-halte) zich binnen loopafstand van hun woning bevinden (Daalhuizen et al. 2019). Bij voorkeur geldt hetzelfde voor aanvullende voorzieningen, zoals een fysiotherapeut, restaurant, steunpunt en prikpost. Onder loopafstand wordt over het algemeen een afstand van maximaal 500 meter (over de weg) van de woning verstaan. Deze afstand staat gelijk aan 10 tot 20 minuten wandelen voor ouderen in de 70 zonder beperking<sup>111</sup> (Daalhuizen et al. 2019; Burton & Mitchell 2006; Timmermans et al. 2016).

Ouderen die woonachtig zijn in een woning waarvandaan deze voorzieningen niet binnen een afstand van 500 meter toegankelijk zijn, kunnen ervoor kiezen om te verhuizen naar een woning die wél gelegen is binnen een woonomgeving die (functioneel) geschikt is om langer zelfstandig te blijven wonen. Door deze handelingsoptie in te zetten, kunnen ouderen ervoor zorgen dat zij, ook als hun actieradius afneemt, alle benodigde voorzieningen binnen handbereik hebben. Echter, uit eerder PBL-onderzoek is gebleken dat fysiek geschikte woningen (zoals beschreven in paragraaf 6.2.1) over het algemeen in woonomgevingen gelokaliseerd zijn die in functionele zin minder geschikt zijn om langer zelfstandig te blijven wonen (Daalhuizen et al. 2019). Geschikte woningen bevinden zich immers veelal in landelijke gebieden, waar de afstand tot voorzieningen vaak groot is (Daalhuizen et al. 2019). Het tegenovergestelde geldt overigens ook: ongeschikte woningen, zoals portiek- en portaalflats, bevinden zich veelal in grootstedelijke gebieden waar de afstand tot voorzieningen aanzienlijk kleiner is. Het is dus de vraag in hoeverre het realistisch is om van ouderen te verwachten dat zij erop anticiperen om op tijd voor te sorteren op een geschikte woning die zich tevens in een geschikte woonomgeving bevindt. In paragraaf 6.4.1 wordt daarom nader ingegaan op de handelingsopties die de (lokale) overheid en andere betrokkenen in kunnen zetten om ervoor te zorgen dat in de toekomst meer geschikte woningen gelokaliseerd worden in geschikte woonomgevingen.

### 6.2.3 Samen zorgen

Naast een geschikte woning en een geschikte woonomgeving vraagt het langer zelfstandig wonen ook om een gevarieerd sociaal netwerk. Zoals in hoofdstuk 3 reeds is aangegeven, hebben ouderen met een gevarieerd sociaal netwerk immers een grotere kans om informele (mantel)zorg te ontvangen op het moment dat hun zorgbehoefte toeneemt. Daarnaast lopen ouderen met een gevarieerd sociaal netwerk een minder grote kans om te vereenzamen. Door de jaren heen is het netwerk van ouderen echter zeer dynamisch: er vindt een continue in- en uitstroom van netwerkleden plaats (Van Tilburg 2000). Als ouderen een sociaal netwerk in stand willen houden, doen zij er daarom goed aan om ook op latere leeftijd actief te blijven netwerken. Broese van Groenou (2014) adviseert ouderen dan ook om zodra zij met

---

<sup>111</sup> Ter vergelijking: ouderen met een rollator leggen in die tijd ongeveer 200 meter af.

pensioen zijn (nog) meer tijd te investeren in het opbouwen en onderhouden van sociale relaties. Hierbij kunnen ouderen er rekening mee houden dat een gevarieerd sociaal netwerk bestaat uit een grote diversiteit aan verschillende typen actoren, zoals familieleden, vrienden en buurtgenoten. Ouderen kunnen hun sociale netwerk onder andere verstevigen door actief deel te nemen aan sociale activiteiten. Deze activiteiten kunnen specifiek gericht zijn op ouderen, zoals een bijeenkomst die georganiseerd wordt door de plaatselijke ouderenvereniging, maar kunnen ook minder doelgroepgericht zijn, zoals vrijwilligerswerk binnen een sportvereniging (Machielse 2011). Van ouderen die niet in staat zijn om deel te nemen aan dergelijke activiteiten en daardoor vereenzamen, wordt verwacht dat zij zelf hulp zoeken. Deze ouderen zijn immers veelal (nog) niet in beeld bij de zorg- en welzijnsorganisaties die interventieprogramma's opzetten om hen te ondersteunen (Machielse 2011; zie ook hoofdstuk 3).

Aangezien steeds meer ouderen geen kinderen (in de nabijheid) hebben (wonen), wordt het niet-familiaire sociale netwerk dat ouderen in hun buurt hebben opgebouwd van steeds groter belang (Egging et al. 2011). Het is ouderen dan ook zeker aan te raden om ook niet-familieleden te vragen om als mantelzorger op te treden op het moment dat zij informele zorgvragen hebben (zie hoofdstuk 3). Echter, tegelijkertijd zal zowel de potentiële beroepsbevolking als het aantal potentiële mantelzorgers de komende decennia iets afnemen (Daalhuizen et al. 2018). Het is daardoor de vraag of er nog rek zit in de capaciteit van de (in)formele zorglevering. Veel mantelzorgers besteden momenteel weliswaar (nog) maar een beperkte hoeveelheid van hun tijd aan mantelzorg, maar het is de vraag of de mogelijke uitbreiding van mantelzorg gelijk oploopt met het verwachte tempo van de dubbele vergrijzing (Daalhuizen et al. 2018). Er worden daarom momenteel diverse initiatieven ontplooid met als doel om de benodigde (in)formele zorg zo effectief mogelijk in te richten. In het actieprogramma 'Eén tegen eenzaamheid' heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bijvoorbeeld coalities gesloten met gemeenten om een pakket van maatregelen te ontwikkelen waardoor eenzaamheid op het lokale niveau eerder gesignaleerd kan worden en de bestrijding ervan beter op de lokale behoeften afgestemd kan worden (Ministerie van VWS 2018b).

#### 6.2.4 Grenzen aan de eigen regie

Het staat hedendaagse ouderen in principe vrij om zelf te bepalen of zij de in deze paragraaf beschreven handelingsopties ter harte nemen<sup>112</sup>. Aangezien ouderen niet graag geconfronteerd worden met de ziekten en beperkingen waarmee het verouderingsproces gepaard kan gaan (Kooistra et al. 2015; Lager et al. 2016; De Groot et al. 2019), kan dit in de praktijk tot problemen leiden. Niet alle ouderen zijn bijvoorbeeld bereid om hun woning preventief klaar te maken voor hun toekomstige levensfase (Schilder 2019). Ook preventief verhuizen naar een geschikte woning en/of woonomgeving wordt door veel ouderen niet gezien als een serieuze handelingsoptie. Dergelijke keuzes lijken ouderen het liefst uit te stellen tot het moment dat hun situatie inmiddels nijpend is geworden en zij zich écht niet meer kunnen redden in hun eigen woning en/of woonomgeving. Zelfs op dat moment blijkt overigens dat veel ouderen meesters zijn in 'coping' (De Kam, te verschijnen). Ouderen kiezen er geregeld voor om te leren omgaan met de beperkingen van hun woning en/of woonomgeving. Zo zijn er ouderen die de bovenverdieping van hun eengezinswoning niet meer gebruiken, omdat zij de trap niet meer op en/of af kunnen of durven.

---

<sup>112</sup> Alleen als ouderen een gevaar voor zichzelf of anderen vormen, kunnen zij gedwongen opgenomen worden in een verpleeghuis (Rijksoverheid 2019a). Voor zo'n gedwongen opname is altijd een rechtelijke machtiging (rm) of inbewaringstelling (ibs) benodigd. Uit cijfers van de Raad voor de Rechtspraak blijkt dat het aantal ouderen dat gedwongen in een verpleeghuis wordt opgenomen de afgelopen vijf jaar aanzienlijk is toegenomen. Onder zestig- tot tachtig jarigen is sprake van een stijging van 3.996 gedwongen opnamen per jaar tot 4.946 gedwongen opnamen per jaar en onder 80-plussers is sprake van een stijging van 1.565 gedwongen opnamen per jaar tot 2.198 gedwongen opnamen per jaar (NRC 2019).

Dergelijke strategieën kunnen vanuit maatschappelijk oogpunt problematisch zijn (De Groot et al. 2019). Zij vergroten bijvoorbeeld de kans op valpartijen en dat kan resulteren in (onnodige) ziekenhuisopnames met hoge zorgkosten. Bovendien kunnen zelfstandig wonende ouderen een gevaar vormen voor hun directe omgeving. Denk hierbij aan het in gedrang komen van de verkeersveiligheid of toenemend brandgevaar in woningen met achterstallig onderhoud, verouderde elektrische apparatuur of (complexen) waar dementerende ouderen wonen (Hagen et al 2015). Daarnaast loopt het langer zelfstandig wonen aan tegen de grenzen van personele beschikbaarheid. Het zelfstandig wonen vraagt immers om het 'meeschuiven' van zorgpersoneel uit intramurale instellingen naar meer professionele zorg en ondersteuning verspreid in de wijk. Dat kan ertoe leiden dat het tekort aan professionals in de wijk – en de kosten van de inhuur van zzp'ers bij traditionele zorgorganisaties – verder oploopt (De Volkskrant 2018a; zie ook hoofdstuk 4). De individuele keuze om langer zelfstandig te wonen, houdt uiteindelijk dus relatie met wat maatschappelijk acceptabel wordt gevonden vanuit zowel kostentechnisch als organisatorisch oogpunt.

Dan is vervolgens wel de vraag wie bepaalt wanneer de grens van het toelaatbare is overschreden. Bij het verlengen van het rijbewijs is dit bijvoorbeeld reeds wettelijk vastgelegd: de 'rijgeschiktheid' boven de 75 jaar moet worden aangetoond met een medische keuring van een huisarts (ANWB 2019). In het Bouwbesluit is vastgelegd waaraan een woning moet voldoen op het gebied van veiligheid, gezondheid en bruikbaarheid. Woningonderhoud is volgens de Woningwet verplicht voor huiseigenaren. De gemeente ziet toe op naleving van de Woningwet en houdt zo de kwaliteit van de woningvoorraad op peil (VEH 2015). Maar bij deze normering wordt uitgegaan van zelfredzame personen. Bij meergezinswoningen geldt het uitgangspunt dat de zelfredzame personen de verminderd zelfredzame personen helpen bij het ontvluchten van het gebouw. Doordat steeds meer (verminderd zelfredzame) ouderen langer thuis blijven wonen, zal het aantal niet zelfredzame personen in reguliere woningen toenemen. De grenzen aan het langer zelfstandig wonen van ouderen, of wel wat maatschappelijk acceptabel wordt geacht, zullen de komende jaren naar verwachting opnieuw vastgesteld moeten worden (door het Rijk). Een belemmering hiervoor kan zijn dat het in de ouderenzorg gaat om zaken rond de kwaliteit van leven, en zelfs leven en dood. Dit zijn begrippen die zich, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een minimaal noodzakelijk inkomen, moeilijk laten meten. Tevens wordt het vaststellen van harde grenzen bemoeilijkt, doordat de benodigde ondersteuning in zorg en welzijn per persoon kan verschillen: de intensiteit van de benodigde zorg kan bij twee ouderen met een vergelijkbare diagnose volstrekt anders zijn. Daar waar de ene oudere zich wellicht nog prima met de hulp van zijn/haar mantelzorgers thuis kan redden, hoeft dat voor een andere oudere niet het geval te zijn.

### 6.3 Ontschotten?!

Bij de implementatie van het actieprogramma 'Langer Thuis' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018a) zijn naast ouderen en hun mantelzorgers diverse andere actoren betrokken. Denk aan gemeenten, zorgverzekeraars, woningcorporaties en zorginstellingen. Om het langer zelfstandig wonen tot een succes te kunnen maken, is afstemming en verbinding tussen deze actoren volgens onze gesprekspartners een noodzakelijke randvoorwaarde. Deze samenwerking komt echter niet vanzelfsprekend tot stand. Het door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beoogde beleid draagt immers 'split incentives' in zich, waardoor bijvoorbeeld investeringen minder makkelijk van de grond komen dan vanuit maatschappelijk oogpunt wenselijk zou zijn. Wie is bijvoorbeeld bereid om de rekening te betalen voor investeringen waarvan de baten niet (volledig) zelf geplukt worden? (De Groot et al. 2019). Volgens onze gesprekspartners kan deze gewenste verbinding en samenwerking alleen tot stand gebracht worden middels vergaande deregulering en de volledige ontschotting van financiële verantwoordelijkheden. Door te dereguleren en te ontschotten zou door



de betrokken actoren namelijk eerder naar het algemene maatschappelijke belang en niet alleen naar hun eigen belang gekeken worden, zo luidt de redenering.

De vraag is echter in hoeverre het wenselijk, noodzakelijk of zelfs haalbaar is om te dereguleren en de schotten tussen de bestaande financiële systemen volledig weg te halen. De discussie over de mate waarin schotten frustreren, kent immers twee kanten. Aan de ene kant kunnen schotten inderdaad 'split incentives' creëren, waardoor maatwerk minder gemakkelijk gerealiseerd kan worden dan op het moment dat deze schotten niet zouden bestaan. Echter, aan de andere kant verwacht men van actoren zoals overheden, woningcorporaties en verzekeraars een nauwkeurige verantwoording ten aanzien van de geleverde prestaties. Woningcorporaties kunnen bijvoorbeeld weliswaar het een en ander betekenen voor de huisvesting van ouderen, maar tegelijkertijd is de financiële ruimte om aan dergelijke vraagstukken invulling te geven zeer beperkt. Zowel intern als extern toezicht heeft bij de controle op werkzaamheden immers primair een sectoraal karakter. In het geval van een woningcorporatie is dit sectorale toezicht hoofdzakelijk gericht op de mate waarin zij volkshuisvestelijke taken (woningexploitatie, woningbouw, renovatie en verduurzaming) realiseert en niet zozeer op de rol die is gespeeld bij het oppakken van andere maatschappelijke vraagstukken, zoals de ouderenzorg. Het sectorale toezicht staat overigens nadrukkelijk los van het toezicht op aanvullende prestatieafspraken die tussen corporaties, huurdersbelangenorganisaties en gemeenten gesloten kunnen worden<sup>113</sup>. Schotten bieden de mogelijkheid om de budgettaire discipline te handhaven.

Het bestaan en nut van schotten is geen pleidooi om instellingen zoals verzekeraars en corporaties, of overheden als het Rijk en gemeenten te ontmoedigen om mee te werken aan een meer integrale benadering van het langer zelfstandig wonen. Het illustreert echter wel dat het een illusie is om te veronderstellen dat actoren op een volledig andere manier kunnen gaan werken. Er bestaat nu eenmaal ook een wereld aan activiteiten waar de bij het langer zelfstandig wonen betrokken actoren elkaar niet tegenkomen. Corporaties en zorgverzekeraars zouden bijvoorbeeld wel met elkaar om tafel moeten zitten als het gaat om het langer zelfstandig wonen van ouderen, maar wanneer gesprekken gevoerd moeten worden over vraagstukken zoals de lange termijn woningbouwprogrammering ligt dit minder voor de hand. Daar komt bij dat de bestuurlijke regio's, zoals veiligheidsregio's, zorgregio's en woningmarktregio's, niet overeen komen. Hierdoor zijn binnen verschillende samenwerkingsverbanden verschillende actoren betrokken en kunnen dezelfde actoren in het ene samenwerkingsverband een geheel andere rol en/of positie innemen dan in het andere samenwerkingsverband. Dit vraagt om regie. Verschillende professionals die door ons geïnterviewd zijn, wijzen daarbij naar gemeenten als de voor de hand liggende regisseur voor de implementatie van het beleidsdossier langer zelfstandig wonen. Op gemeentelijk niveau moeten in het kader van dit beleidsdossier immers de verschillende landelijke en lokale systemen en processen samenkomen (zie afbeelding 6.1).

De gemeente lijkt voor deze rol inderdaad het meest voor de hand liggend. De gemeente heeft immers verantwoordelijkheden binnen verschillende relevante beleidsdossiers (zorgvisie, woonvisie) en heeft vanuit die positie overzicht over de overlappen van verschillende beleidsdomeinen. Bovendien is de gemeente vanuit haar taken in de Wmo betrokken bij alle ouderen die mogelijk ondersteuning nodig hebben bij het langer zelfstandig wonen, waardoor met lokaal maatwerk de beoogde kostenvoordelen gerealiseerd kunnen worden. Het toedelen van de regierol aan de gemeente roept overigens wel meteen de vraag op in hoeverre zij hiertoe geëquipeerd is: heeft de gemeente bijvoorbeeld voldoende budget om de regierol op zich te nemen en heeft de gemeente hiervoor voldoende expertise? Bovendien betekent een regierol niet automatisch dat de gemeente altijd 'in the lead' moet zijn, waardoor ook vragen over de organisatie van zo'n samenwerkingsverband beantwoord moeten worden. In de praktijk blijkt namelijk dat de regisseursrol door gemeenten lastig te vervullen is. In hiërarchische zin hebben gemeenten nu eenmaal vaak niet veel te zeggen over bijvoorbeeld de financiële inzet van andere actoren (zie hoofdstuk 4). Dit maakt het voor gemeenten

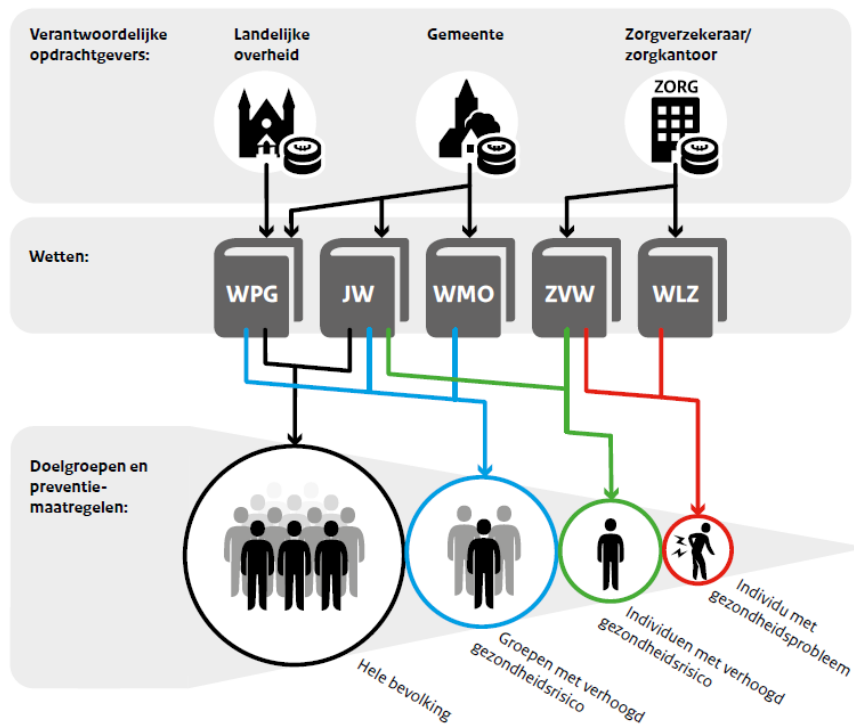
---

<sup>113</sup> Uit de gehouden interviews blijken niet zelden prestatieafspraken ten aanzien van langer zelfstandig wonen van ouderen te ontbreken of niet goed uitgewerkt te zijn.



ingewikkeld om met samenwerkingspartners tot concrete afspraken te komen. Regisseren komt daardoor veelal aan op het mobiliseren van de goede wil van alle betrokkenen, zodat zij bereid zijn om ook over de grenzen van hun eigen beleidsdomein en schotten heen te kijken.

**Afbeelding 6.1. Weergave van de verschillende stelsels, wetten en snijvlakken**



Bron: RIVM (2017 p. 10)

De wil van betrokken actoren om verder te kijken dan het eigen beleidsdomein, wordt in het kader van het langer zelfstandig wonen niet zelden belemmerd, doordat betrokkenen van mening zijn dat gemeenten zich teveel achter hun regisseursrol verschuilen. Gemeenten zouden weliswaar proberen om de randvoorwaarden te bevorderen, maar zelf niet tot concrete acties komen. Eén van de Managers Wonen van een woningcorporatie die ten behoeve van het onderzoek van Lijzenga et al. (2015) geïnterviewd is, stelde bijvoorbeeld: "De gemeente heeft het vanuit haar regierol steeds over 'faciliteren', maar zou moeten 'doen en betalen' anders gebeurt er niets meer" (p. 48). Samenwerkingspartners lijken dus van gemeenten te verwachten dat zij ook financieel bijdragen aan de realisatie van oplossingen voor problemen die het langer zelfstandig wonen van ouderen in de weg (kunnen) staan. Echter, tegelijkertijd merken gemeenteambtenaren dat zij door de bezuinigingen op de Wmo een minder grote rol kunnen vervullen in het actief oppakken en financieren van concrete vraagstukken, zoals het bekostigen en realiseren van woningaanpassingen (Lijzenga et al. 2015, p. 48). Hoewel gemeenten in principe veel vrijheid hebben om hun budget te verdelen, het gemeentefonds kent geen oormerk dat stelt dat een bepaald percentage van de totale bijdrage aan ouderenzorg moet worden besteed, zijn er inderdaad veel financiële verplichtingen die ieder jaar terug komen (Algemene Rekenkamer 2018). Denk hierbij aan personeelskosten en de kosten voor het onderhoud aan infrastructuur en publieke ruimten. Daar komt bovendien bij dat verplichtingen in verschillende domeinen ook verschillende looptijden kennen. Investerings in het ruimtelijk domein kennen over het algemeen bijvoorbeeld veel langere looptijden en verplichtingen dan investeringen in het sociale domein. Van jaar op jaar kunnen gemeenten daardoor weinig doen, zo volgt ook uit de interviews, maar in een periode van enkele jaren kan een gemeente wel degelijk grotere verschuivingen realiseren. Dit hoeven uiteraard niet alleen verschuivingen te zijn die zich rechtstreeks richtten tot ouderen, maar kunnen

ook maatregelen betreffen die no-regret zijn en tevens aansluiten op de wensen en behoeften van andere doelgroepen. Het realiseren van dergelijke verschuivingen vereist echter wel politieke keuzes ten aanzien van de prioritering van onderwerpen.

## 6.4 Drempels wegnemen

Zoals in paragraaf 6.2 reeds is aangegeven, is een van de belangrijkste drempels waartegen in het kader van het beleidsdossier langer zelfstandig wonen wordt aanlopen, gelegen in het gegeven dat levensloopbestendige woningen zich doorgaans niet in een geschikte woonomgeving bevinden en andersom. Daarnaast zijn lang niet in alle gebieden in Nederland voldoende zorgprofessionals en/of mantelzorgers beschikbaar om de benodigde (in)formele thuiszorg te kunnen leveren (zie hoofdstuk 5) en lijkt het aanbod van (betaalbare) nieuwe woon(zorg)vormen waar ouderen naartoe kunnen verhuizen (vooralsnog) zeer beperkt. In deze paragraaf wordt in beeld gebracht welke handelingsopties de (lokale) overheid in kan zetten om ervoor te zorgen dat deze drempels worden weggenomen. Hierbij wordt achtereenvolgens ingegaan op woonzorgvisies (paragraaf 6.4.1), digitalisering (paragraaf 6.4.2), financiering en verzekering (paragraaf 6.4.3), de zorg- en arbeidsmarkt (paragraaf 6.4.4) en nieuwe woonzorgconcepten (paragraaf 6.4.5). Bovendien kan het beleidsdossier langer zelfstandig wonen drempels opwerpen voor zorginstellingen en eigenaren van maatschappelijk vastgoed. Als gevolg van het langer zelfstandig wonen zal de instroom in het klassieke verzorgingstehuis naar verwachting immers afnemen, waardoor de kans op leegstand binnen dergelijke locaties toeneemt (zie hoofdstuk 5). Op de handelingsopties die zorginstellingen en de eigenaren van maatschappelijk vastgoed in kunnen zetten om met deze leegstand om te gaan, wordt in paragraaf 6.4.6 nader ingegaan.

### 6.4.1 Woonzorgvisies

Veel woningen die levensloopbestendig (te maken) zijn, bevinden zich niet in een functioneel geschikte woonomgeving. Om in deze behoefte te kunnen voorzien, is verbinding nodig tussen verschillende beleidsdomeinen en tussen de verschillende ruimtelijke initiatieven die binnen de gemeentegrenzen door verschillende betrokkenen geïnitieerd worden (Daalhuizen et al. 2019). Dit vraagt om een intensievere afstemming tussen de actoren die betrokken zijn bij bijvoorbeeld de aanleg van (voldoende brede) voet- en fietspaden, de realisatie van groene ontmoetingsplekken, locaties van brievenbussen en pinautomaten, het vaststellen van een nieuwe dienstregeling voor het openbaar vervoer (met voldoende toegankelijke haltes, zie hoofdstuk 4) en de locatiekeuze voor een nieuw woon(zorg)centrum. Het gaat hier om een afstemming die zich niet alleen tot de bij het (ouderen)zorgdomein betrokken actoren beperkt. Met name in woonservicegebieden lijkt deze verbinding en afstemming goed tot stand te komen. Ouderen die woonachtig zijn in een woonservicegebied lijken namelijk vaker langer zelfstandig te wonen dan ouderen die niet in zo'n gebied wonen (Daalhuizen et al. 2019; De Kam et al. 2012). Het vermoeden is dat de sleutel tot succes in deze gebieden is gelegen in het gegeven dat alle betrokken partijen gezamenlijk een beleidskader hebben weten op te bouwen dat voorziet in de gewenste verbinding (Daalhuizen et al. 2019). Om deze verbinding ook in andere gebieden tot stand te laten komen, heeft het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen gemeenten in 2016 reeds geadviseerd om in samenwerking met woningcorporaties en zorginstellingen een geïntegreerde woonzorgvisie op te stellen, waarin wordt stilgestaan bij de lokale inrichtingsvraagstukken die onder andere naar aanleiding van het langer zelfstandig wonen van ouderen (kunnen) ontstaan (Tweede Kamer 2015/2016). In zo'n woonzorgvisie wordt doorgaans ingegaan op vraagstukken die betrekking hebben op de ontwikkeling van voldoende intra- en extramurale woonvormen, het aanbod van passende zorg en ondersteuning en een daarbij passende inrichting van de woonomgeving (Tweede Kamer 2015/2016). De gedachte hierachter is dat betrokkenen door een intensieve afstemming beter op de hoogte zijn van elkaars toekomstvisie en plannen en

daardoor eerder inzien op welke gebieden zij elkaar kunnen aanvullen en versterken. Daarnaast stelt deze afstemming gemeenten in staat om de inrichting van de ruimtelijke omgeving zo goed mogelijk op de toekomstverwachtingen aan te passen en samenwerkingspartners informeel bij te sturen indien nodig. Afhankelijk van de lokale omstandigheden kunnen gemeenten actiever sturen via het woon- óf zorgdomein (zie Tekstkader Flexibel sturen via domeinen).

Deze aanpak zou marktpartijen er bovendien toe kunnen bewegen om investeringen te doen die ten goede komen aan de woon/zorgbehoefte van specifieke (zorgbehoefte) doelgroepen uit de samenleving (Tweede Kamer 2015/2016). De 'kortlopende' contracten die gemeenten nu regelmatig sluiten met zorgaanbieders vormen voor marktpartijen namelijk niet voldoende zekerheid voor lange termijn beslissingen en investeringen in zorginhoudelijke vernieuwing (Van der Ham et al. 2018). Een geïntegreerde woonzorgvisie schetst daarentegen helderdere kaders voor de langere termijn, hetgeen voor investerende partijen een basis van vertrouwen kan bieden. Het succes van deze werkwijze is eerder in het ruimtelijk domein gebleken in het kader van bijvoorbeeld de zogenaamde Rijksbufferzones en het compacte stadsbeleid (Van der Wouden 2015). Deze nieuwe vorm van samenwerking en afstemming wordt overigens bevorderd in de Omgevingswet die op 1 januari 2021 in werking treedt. Deze wet verplicht gemeenten namelijk om, in afstemming met bij de omgeving betrokken partijen, een gezamenlijke omgevingsvisie op te stellen (VNG 2016). Dit is een strategische visie voor de lange termijn inzake de gehele fysieke leefomgeving (Omgevingswet 2019).

#### **Tekstkader: Flexibel sturen via domeinen: keuze van gemeenten**

Afhankelijk van lokale omstandigheden kan de speelruimte of het handelingsperspectief van gemeenten verschillen. Als ouderen gestippeld of verspreid zelfstandig wonen in de wijk ligt ondersteuning via de Wmo en wijkverpleging voor de hand (bijvoorbeeld in de vorm van woningaanpassing en thuiszorg of dagbesteding). Ondersteunen van langer zelfstandig wonen is ook mogelijk via het woonbeleid, maar vereist dan een flexibele ruimte in de huurvoorraad ten behoeve van passend toewijzen of het met voorrang kunnen huisvesten nabij mantelzorgers (via de urgentie categorie in de Huisvestingsverordening).

In Amsterdam, waar een relatief omvangrijk deel van de ouderen een (ongeschikte) huurwoning bewoont, zorgt het moeten delen van de ruimte voor passend toewijzen met diverse andere omvangrijke doelgroepen als statushouders en mensen met urgentieverklaringen dat vrijkomend aanbod zeer beperkt is. Er zijn wel wat goede ervaringen opgedaan met het (door woonconsulenten begeleid) verhuizen van ouderen vanuit Amsterdam nabij mantelzorg van kinderen in Purmerend (waar de woningvoorraad wat minder krap is). De corporaties spelen hierin een grote rol.

In de regio Achterhoek is niet zozeer het aantal geschikte woningen een beperkende factor, als wel de voorwaarden waaraan bewoning is gebonden. Vroeger kwam woningsplitsing veel voor in het buitengebied waar kinderen bijvoorbeeld het (agraris) bedrijf van de ouders overnamen. Nu zou het inwonen van de mantelzorger of de mantelzorgvrager kunnen bijdragen aan het langer zelfstandig wonen. Maar dubbel wonen kan alleen als die mogelijkheid in een bestemmingsplan is opgenomen, hetgeen door de provincie Gelderland wordt tegengehouden (i.v.m. leegstandproblematiek als gevolg van bevolkingskrimp). Het langer zelfstandig wonen is in deze regio moeilijk via het woondomein te sturen en zal ondersteuning vergen vanuit de Wmo en wijkverpleging (al geeft men aan dat de zelfredzaamheid van 'Achterhoekers' van origine groot is). Hier is de inbreng van zorgaanbieders relevant.

Het vaststellen van woonzorgvisies biedt niet de garantie dat (alle) betrokken actoren ook daadwerkelijk handelen op de door de (lokale) overheid gewenste wijze. Dit kan onder andere tot gevolg hebben dat in delen van Nederland niet voldoende intramurale verpleeg- en verzorgingstehuizen beschikbaar blijven voor ouderen die het thuis écht niet langer reddend. In gebieden die nu al op de piek van de vergrijzing zitten, kan het voor zorginstellingen en marktpartijen bijvoorbeeld minder interessant zijn om nu nog te investeren in verblijfslocaties of nieuwe extramuraal woonvormen (Tennekes et al. 2017). Of de (lokale) overheid in dergelijke situaties de voorzieningenstructuur wel of niet wil beïnvloeden, is uiteraard een politieke keuze, maar dat neemt niet weg dat de sturingsmogelijkheden die de overheid hiervoor heeft de afgelopen jaren aanzienlijk beperkt zijn (Tennekes et al. 2017). In de jaarlijkse toedeling van het zorgbudget speelt de locatie en spreiding van ouderenzorgvoorzieningen immers geen (grote) rol meer. Als samenwerkingspartners niet bereid zijn om samen met de gemeente een woonzorgvisie op te stellen of zich niet aan deze visie conformeren, is het voor gemeenten alleen mogelijk om via het omgevings- en grondbeleid te sturen op voldoende ouderenzorglocaties. Hierdoor kunnen gemeenten te maken krijgen met een drietal beperkingen (Tennekes et al. 2017). Allereerst is niet voor alle beslissingen een bestemmingsplanwijziging (vanaf 2021 omgevingsvergunning) nodig. Denk aan de beslissing om een zorglocatie te sluiten. Ten tweede kunnen gemeenten niet altijd sturen op basis van grondbeleid, bijvoorbeeld als zij niet over grond beschikken of een meer faciliterend grondbeleid willen voeren. Ten slotte loopt de gemeente het risico dat het verkrijgen van planologische medewerking in vastgoedbeslissingen al snel een sluitstuk wordt, omdat de strategie reeds door andere (financiële en inhoudelijke) overwegingen is bepaald. Dit kan tot problemen leiden, aangezien onze gesprekspartners aangaven dat zij de verwachting hebben dat verpleeghuizen ook in de toekomst noodzakelijk blijven (zie ook Alders & Schut 2019). Bovendien kan het afstoten van 24-uurs zorglocaties tot gevolg hebben dat een dienstverlenings- en/of ontmoetingsfunctie uit de buurt verdwijnt (Bijlsma et al. 2017). De aanwezigheid van positieve neveneffecten, zoals een ontmoetingsruimte, fysiotherapeut, kapper of restaurant, blijkt volgens geïnterviewden namelijk veelal niet als hoofdreden mee te wegen in de beslissing van een ouderenzorginstelling om een locatie te behouden of te sluiten. Uit een eerste analyse van Tennekes et al. (2017) blijkt dat dit waarschijnlijk niet leidt tot 'witte vlekken' in het voorzieningenniveau, omdat de ouderenzorg in Nederland gekenmerkt wordt door een zeer fijnmazige spreiding van locaties. Op basis van onderzoek dat De Kam (te verschijnen) in opdracht van Aedes-Actiz heeft uitgevoerd, mag echter verwacht worden dat het sluiten van dergelijke locaties er wel degelijk voor kan zorgen dat het voorzieningenniveau onder druk komt te staan, zeker voor ouderen die zelfstandig wonen in de nabijheid van de desbetreffende locatie. In dat geval wordt het belang van een geïntegreerde woonzorgvisie wederom onderstreept. Zo'n visie is zoals zojuist is toegelicht weliswaar geen hard sturingsmechanisme, maar stelt de gemeente wel in staat om op tijd te anticiperen op de vraag of de woonomgeving ook als de zorglocatie wordt gesloten nog voldoende geschikt is om langer zelfstandig te blijven wonen.

#### 6.4.2 Digitalisering

In eerdere PBL-notities is reeds beschreven dat niet alleen de functionele woonomgeving, maar ook de digitale infrastructuur en -dienstverlening in delen van Nederland nog niet voldoende is voorbereid op het langer zelfstandig wonen van ouderen (Daalhuizen et al. 2019; Daalhuizen et al. 2018). Het Nederlandse platteland is immers doorgaans nog niet zo goed ontsloten op bijvoorbeeld het internet als de meer verstedelijkte gebieden. Je zou zelfs kunnen spreken van een zogenaemde 'digital divide' (Salemink et al 2017; Daalhuizen et al. 2019). Bovendien blijft de introductie van digitale dienstverlening, zoals een onlineboodschappenservice, juist op het platteland achter. De elektrische boodschappenwagentjes van onlinesupermarkt Picnic zijn bijvoorbeeld (nog) niet efficiënt in te zetten op het platteland, waardoor Picnic besloten heeft om haar diensten eerst en voornamelijk alleen in verstedelijkte

gebieden verder uit te rollen (Kuter-Luks 2018). Digitale oplossingen die de voor het langer zelfstandig wonen benodigde voorzieningen kunnen bevorderen, lijken dus met name lastig van de grond te komen in de gebieden die er juist veel baat van zouden kunnen hebben: de gebieden die onder andere gekenmerkt worden door een beperkt functioneel voorzieningen-niveau (bekeken vanuit de nabijheid van primaire voorzieningen) en een relatief dun professioneel mantelzorgvangnet. De vraag is uiteraard of en zo ja in hoeverre overheidsinspanning hier verandering in teweeg kan brengen.

Hoewel de toegang tot snel internet (nog) geen onderdeel van onze nutsvoorziening is, hebben Nederlandse (lokale) overheden binnen de Europese regelgeving wel degelijk de mogelijkheid om bijvoorbeeld breedbandinternet aan te leggen. Nederlandse overheden lijken zich daar op dit moment echter, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Duitse overheid, relatief afzijdig in te houden (Daalhuizen et al. 2019). Toch lijken er langzaam maar zeker wel hoopvolle uitzonderingen op deze regel te ontstaan. Zo gaat de regio Rivierenland aan de slag om een breedbandnetwerk aan te leggen om op die manier huishoudens in de buitengebieden van snel(ler) internet te voorzien. Zij hebben hiervoor expliciet toestemming gekregen van de Europese Commissie<sup>114</sup> (Omroep Gelderland 2018). Het aanleggen van snel(ler) internet is weliswaar een eerste stap in het oplossen van de 'digital divide', maar zorgt er uiteraard niet automatisch voor dat ook de digitale dienstverlening in deze gebieden beter van de grond komt. Integendeel, om dit te bereiken, is nadere afstemming met en de bereidheid van de leveranciers van deze diensten een essentiële voorwaarde. De Rijksoverheid kan uiteraard wel proberen om dit te bevorderen door bijvoorbeeld met deze leveranciers in gesprek te gaan. Dit laatste kan evenwel een opgave zijn die lokale overheden ter hand nemen.

Zodra de internetsnelheid verbeterd is, wordt het niet alleen gemakkelijker om digitale diensten aan te bieden, maar kunnen in de woningen van ouderen ook slimme digitale oplossingen ingezet worden om het langer zelfstandig wonen te bevorderen. Denk hierbij aan de inzet van persoonsalarmering, een elektrisch slot, een videofoon en een huisautomatiseringssysteem (De Haan et al. 2004; Van der Leeuw & Mandemaker 2003). Deze systemen kunnen los van elkaar ingezet worden, maar ook aan elkaar gekoppeld worden. De koppeling van systemen levert aanvullende mogelijkheden op. Door bijvoorbeeld de persoonsalarmering aan een huisautomatiseringssysteem te koppelen, ontstaat een aantal extra veiligheidsfuncties (De Haan et al. 2004). Hierdoor wordt het voor zorgverleners onder andere mogelijk om in de gaten te houden of de oudere zich in zijn/haar woning voortbeweegt. Als dit gedurende een bepaalde (afgesproken) periode niet het geval is, kan een signaal verzonden worden naar een alarmcentrale. Hierdoor wordt het risico dat een oudere valt en zeer lang onopgemerkt in zijn/haar eigen woning blijft liggen verkleind (De Haan et al. 2004). Een andere specifieke technologische ontwikkeling is de robotisering. Zorgrobots kunnen ouderen ondersteunen bij het langer zelfstandig wonen. Ze kunnen bijvoorbeeld huishoudelijke taken overnemen, zoals koffie zetten, stofzuigen of de lakens optrekken en helpen met opstaan<sup>115</sup>. Bovendien kunnen robots kleine zorgtaken van zorgverleners overnemen, zoals het aantrekken van steunkousen en ondersteunen bij thuismedicatie.

Echter, als de overheid het gebruik van dergelijke technieken wil bevorderen, is het wenselijk om actief in te zetten op voorlichting. Op dit moment zijn namelijk niet alle ouderen en zorgorganisaties op de hoogte van het aanbod. Daarnaast ervaren zorgverleners onduidelijkheid over de inzet van toepassingen. De toepassing van nieuwe technologieën vraagt bovendien over het algemeen om andere vaardigheden en soms om een aangepaste werkwijze van zorgprofessionals. Ten slotte zijn ouderen als doelgroep voor digitale dienstverlening, e-health en domotica, voornamelijk het minst bedreven in het gebruik ervan. Hierdoor blijft het gebruik van nieuwe technologieën achter op het aanbod en blijft de gewenste opschaling uit (VTV 2018b; Daalhuizen et al. 2018). Bij een eventuele opschaling van de digitale

<sup>114</sup> State Aid Register case number SA.46613

<sup>115</sup> In de zorginstellingen Thebe en Siza is tussen 2013 en 2016 de meerwaarde van robotica in de zorg getest met robot Rose (21). Rose kon voorgeprogrammeerde huishoudelijke handelingen uitvoeren, zoals koffiezetten, tafeldekken, deuren openen en afstoffen. Daarnaast konden medewerkers of mantelzorgers via een camera-verbinding meekijken en de robotarm op afstand besturen (VTV 2018a).

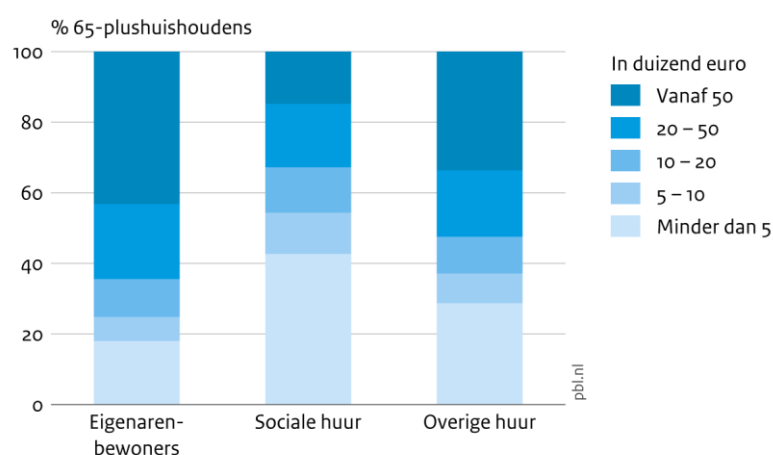
dienstverlening binnen de zorgsector openbaren zich overigens ook nieuwe vraagstukken. Voor wiens rekening komt bijvoorbeeld een snelle veroudering van systemen of producten en een eventuele overstap naar een nieuw te installeren versie: de verzekeraar, de producent of cliënt? En wie is bijvoorbeeld aansprakelijk als door de inzet van e-health een medische misser plaatsvindt? Het is aan de rijksoverheid om hier, als hoeder van het publieke belang, duidelijke afspraken over te maken. Denk daarbij aan het waarborgen van gelijke toegang en de relatie tussen het individuele recht op privacybescherming en het collectieve recht op evidence-based en efficiënte zorg (VTV 2018b; Kool et al. 2017).

### 6.4.3 Financiering en verzekering

Omdat gemeenten, zorgverzekeraars en woningbouwcorporaties slechts beperkte financiële middelen beschikbaar hebben om de woningen van ouderen levensloopbestendig te maken, komen dergelijke investeringen veelal voor rekening van ouderen zelf. Ouderen kunnen deze aanpassingen financieren met eigen liquide middelen, zoals spaargeld en beleggingen (De Groot et al. 2019). Echter, een deel van de ouderen, in het bijzonder huurders, heeft hiervoor onvoldoende spaargeld beschikbaar (De Groot et al. 2019; zie ook figuur 6.2). Deze huurders zullen zich voor de financiering van hun woningaanpassingen daarom veelal beroepen op de woningcorporatie waar zij hun woning van huren. Corporaties zijn naar eigen zegge weliswaar bereid om woningen voor oudere huurders aan te passen, maar zullen de kosten van de aanpassing over het algemeen wel doorberekenen in de huurprijs. Deze ruimte is voor nieuwe verhuringen echter, mede door de in 2015 ingevoerde passendheids-toets<sup>116</sup>, beperkt (De Groot et al. 2019). Dit zet mogelijk een rem op de mate waarin corporaties bereid zijn om hun huurwoningen aan te passen (Lijzenga et al. 2015). De commissie Van Bochove, die in opdracht van Aedes de nieuwe Woningwet evalueerde, komt dan ook tot de conclusie dat stringente landelijke regels een effectieve aanpak voor kwetsbare burgers in de wijk in de weg kunnen staan. Deze commissie adviseert om corporaties, gemeenten en huurders meer mogelijkheden te geven om lokaal maatwerk af te spreken (Van Bochove et al. 2018; zie ook hoofdstuk 4).

**Figuur 6.2.**

#### Vrij besteedbaar eigen vermogen van 65-plushuishoudens naar eigendomssituatie, 2015



Bron: CBS; RIGO; bewerking RIGO/PBL

<sup>116</sup> In de nieuwe Woningwet uit 2015 is bepaald dat huishoudens die op basis van hun inkomen aanspraak maken op huurtoeslag van woningcorporaties in principe een woning toegewezen moeten krijgen met een huur onder de vastgestelde aftoppingsgrenzen (Aedes 2017).

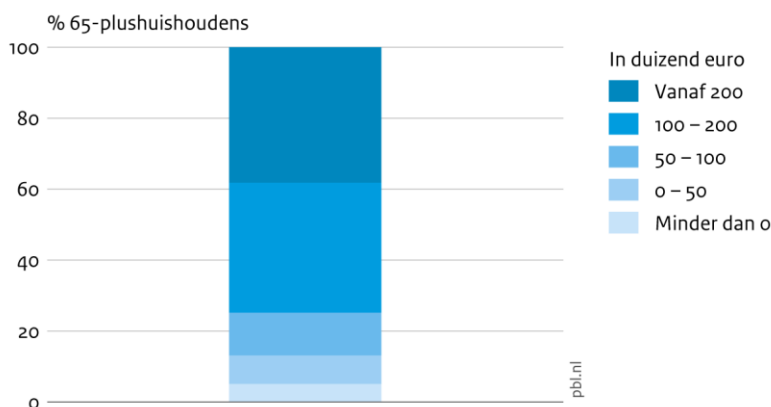


Ouderen die woonachtig zijn in een koopwoning hebben in theorie tevens de mogelijkheid om het vermogen dat zij in hun woning opgebouwd hebben in te zetten om de benodigde woningaanpassingen te realiseren. In 2015 had namelijk drie kwart van alle ouderenuishoudens met een koopwoning meer dan 100.000 euro aan vermogen in de eigen woning opgebouwd (De Groot et al. 2019; zie ook figuur 6.3). Van nog net geen 40 procent van deze huishoudens bedroeg dit vermogen zelfs meer dan 200.000 euro. Zoals in een eerder PBL-onderzoek reeds is aangegeven, is er ook een kleine groep oudere eigenaar-bewoners die een negatief vermogen in haar eigen woning heeft opgebouwd. Deze ouderen hebben een potentiële restschuld; het hypotheekbedrag dat nog open staat, is hoger dan de waarde van de woning (De Groot et al. 2019; De Groot et al. 2014). Echter, de concrete mogelijkheden om ten behoeve van woningaanpassingen vermogen uit de eigen woning te onttrekken, zijn voornamelijk zeer beperkt (Conijn et al. 2014; Taskforce Verzilveren 2013; Tweede Kamer 2017). Dit zou vergemakkelijkt kunnen worden door het aanbod van financieringsvormen zoals omkeerhypotheek (o.a. Dillingh et al. 2018) en verzilveringen te vergroten. De overheid zou dit onder andere kunnen bevorderen door voor dergelijke financieringsvormen een regelgevend kader te ontwikkelen dat gebaseerd is op ervaringen in het buitenland (Kerst et al. 2017).

Het ontwikkelen van voldoende (aantrekkelijke) financieringsvormen geeft uiteraard nog niet de garantie dat ouderen hier ook daadwerkelijk gebruik van maken. De verwachting is namelijk dat ouderen niet zomaar het vermogen uit hun eigen woning willen onttrekken (o.a. De Groot et al. 2019; Haurin & Moulton 2017; Lager et al. 2016). Ouderen houden bijvoorbeeld graag geld achter de hand voor onvoorziene uitgaven en zien het levensloopbestendig maken van hun woning geregeld als waarde verlagend (Schilder 2019). Daarnaast kunnen zij hun vermogen maar één keer uitgeven terwijl ook voor andere opgaven, zoals het verduurzamen van de woningvoorraad en het bekostigen van de zorg, naar dezelfde stapel stenen gekeken wordt (Schilder 2019). Maar waar investeringen in verduurzaming door de ouderen zelf doorgaans (gedeeltelijk) terugverdiend kunnen worden in lagere maandelijkse (energie)lasten, is dit bij het levensloopbestendig maken van de woning niet het geval. De eventueel zorgkosten die hierdoor bespaard worden, komen immers grotendeels ten gunste van zorgverzekeraars. De les die we kunnen trekken uit het verduurzamingsdossier is dat (financiële) prikkels een deel van de ouderen over de streep kunnen trekken om hun woning preventief en grootschalig aan te passen.

**Figuur 6.3.**

**In woning opgebouwd eigen vermogen van 65-plus huishoudens, 2015**



Bron: CBS; RIGO; bewerking RIGO/PBL



#### 6.4.4 Nieuwe woonzorgconcepten

Ondanks dat naar aanleiding van berichtgeving in de media en bijeenkomsten zoals 'Expeditie Begonia'<sup>117</sup> de indruk zou kunnen ontstaan dat alle ouderen momenteel zeer veel keus hebben uit nieuwe woon(zorg)vormen tussen thuis en het verpleeghuis, lijkt het aanbod voorsnog schaars. Hiervoor zijn diverse redenen. Allereerst duurt het vanaf het moment dat de initiatiefnemers het startschot geven vaak nog jaren voordat een nieuwe woon(zorg)vorm daadwerkelijk haar deuren kan openen. Eén van onze gesprekspartners stelde bijvoorbeeld: *"Ik bedoel, die Knarrenhof waar iedereen zo over roemt, de eerste keer dat ik hoorde dacht ik goh, daar staan al een stuk of vijf van die Knarrenhoven. Maar dat is helemaal niet waar, de eerste steen wordt op dit moment ongeveer gelegd in Zwolle en daar is een proces van tien jaar aan voorafgegaan"*. Dergelijke situaties ontstaan, doordat nieuwe woon(zorg)vormen geregeld vragen om bouwvergunningen en/of bestemmingsplanwijzigingen. Bovendien zijn initiatiefnemers lang niet altijd goed op de hoogte van de gemeentelijke wegen die zij moeten bewandelen om dergelijke procedures succesvol af te ronden. Gemeenten kunnen dit knelpunt verkleinen door al in hun woonzorgvisie (zie paragraaf 6.4.1) stil te staan bij de ideeën van initiatiefnemers en hier vervolgens in het bestemmingsplan op in te spelen. Dit heeft als bijkomend voordeel dat al relatief snel samen met de initiatiefnemers bekeken kan worden welke locatie het best geschikt is voor hun initiatief. Daarnaast kunnen gemeenten initiatiefnemers faciliteren door hen te voorzien in de kennis en vaardigheden die benodigd zijn om hun nieuwe woon(zorg)concept succesvol te implementeren.

Op het moment dat initiatiefnemers de gemeentelijke procedures hebben doorlopen, krijgen zij geregeld te maken met financiële uitdagingen. Banken, pensioenfondsen en investeerders lijken namelijk slechts in beperkte mate bereid te zijn om financiële middelen beschikbaar te stellen om nieuwe woon(zorg)vormen te realiseren. De rijksoverheid heeft daarom recent besloten om een stimuleringsregeling in het leven te roepen (Rijksoverheid 2019b; De Groot et al. 2019). Deze regeling bestaat uit drie onderdelen, namelijk: 1) een subsidie voor de initiatieffase, 2) een borgstelling door de overheid voor de planontwikkelingsfase en 3) een borgstelling voor een achtergestelde lening voor de bouw- en na-financieringsfase (Rijksoverheid 2019b; De Groot et al. 2019). Hierdoor hoopt de rijksoverheid te bewerkstelligen dat initiatiefnemers sneller over de financiering kunnen beschikken die zij nodig hebben om een nieuwe woonzorgvorm van de grond te krijgen. Deze stimuleringsregeling is echter geen oplossing voor andere problemen waartegen initiatiefnemers aan kunnen lopen. Zij voorziet bijvoorbeeld niet in het antwoord op de vraag wie de rekening van de extra investeringen die benodigd zijn om ook bij toenemende gezondheidsproblemen binnen het woonzorgconcept te kunnen blijven wonen betaalt. Of zoals één van onze gesprekspartners het verwoordde: wie betaalt bijvoorbeeld *"de rekening van de meerkosten voor brede gangen, gemeenschappelijke ruimten, dat soort dingen?"*

In praktijk worden de extra benodigde investeringen over het algemeen doorberekend aan de (toekomstige) oudere bewoners. Dit kan voor ouderen echter een drempel vormen om naar zo'n nieuwe woonzorgvorm te verhuizen. Zij wonen namelijk vaak relatief goedkoop, voor zo'n 490 euro per maand, doordat zij hun hypotheek al (grotendeels) hebben afgelost of al gedurende een lange periode in hun huurwoning woonachtig zijn (Knipp 2018). Als ouderen verhuizen naar een nieuw woonzorgconcept lopen de woonlasten al snel op tot zo'n 710 euro per maand (Knipp 2018). Voor een aantal ouderen is deze stijging in woonlasten niet betaalbaar (De Groot et al. 2019). Andere ouderen hebben weliswaar meer geld te besteden, maar vinden deze prijsstijging te groot en nemen op basis daarvan de beslissing om niet naar een nieuw woonzorgconcept te verhuizen (De Groot et al. 2019). Zoals in paragraaf 6.4.3 reeds is aangegeven, lijken met name financiële prikkels ouderen over de streep te kunnen trekken om beter te anticiperen op hun oude dag. Er ligt voor gemeenten en de initiatiefnemers van nieuwe woon(zorg)vormen dan ook een grote uitdaging om het voor ouderen financieel aantrekkelijker te maken om naar een nieuwe woon(zorg)vorm te verhuizen.

<sup>117</sup> Expeditie Begonia is een landelijk congres waarin de nieuwste woon(zorg)variëaties voor ouderen getoond worden. In 2018 werd dit congres voor de vierde keer georganiseerd.

#### 6.4.5 Zorg- en arbeidsmarkt

Meer zelfstandig wonende ouderen vraagt om meer professionele dienst- en zorgverleners in de wijk. De oplopende druk van het toenemend aantal zelfstandig wonende ouderen drukt zich onder meer uit in de overbelasting van de professionals (zoals huisartsen) en een groeiend aantal vacatures in de (thuis)zorg en wijkverpleging (zie hoofdstuk 4). De verlichting van de werkdruk en invulling van deze vacatures wordt bemoeilijkt, doordat het aantal mensen in de werkzame leeftijd daalt. Het gevolg hiervan is dat niet alleen voor zorgvacatures maar voor allerlei banen concurrentie om de beschikbare arbeidskracht ontstaat. Nu al lopen de arbeidstekorten op in met name publieke sectoren: politie, onderwijs en zorg (De Volkskrant 2018b). In de zorgsector is op dit moment bijna een kwart van de arbeidskrachten 55 jaar of ouder (ANP 2018) en zullen in de nabije toekomst veel arbeidskrachten uittreden (zie ook hoofdstuk 5). Binnen het onderwijs en de politie is een vergelijkbare trend waar te nemen. Bij de invulling van de vacatures die de komende jaren binnen deze sectoren ontstaan, is de concurrentie op imago en salaris naar verwachting dan ook zwaar.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zet de komende jaren daarom in op het verbeteren en vergroten van de opleidingsmogelijkheden in de zorg, het bieden van meer loopbaan oriëntatie voor herintreders en zij-instromers en het verbeteren van het imago van de zorgsector (Ministerie VWS 2017). Regionale actieplannen vormen de basis van deze aanpak. In de 28 zorgregio's wordt een actieplan gemaakt, waarin wordt ingegaan op de regionale opgave (kwantitatief en kwalitatief), de ambities (gericht op meer, beter en anders) en concrete afspraken over in te zetten acties (wie doet wat). Door een onafhankelijke adviescommissie wordt vervolgens gemonitord of de regio's de juiste vraagstukken oppakken en op koers liggen (Ministerie VWS 2018c). Op deze manier hoopt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nu en in de toekomst aan ouderen goede zorg en welzijn te kunnen blijven bieden. Echter, op basis van een soortgelijke werkwijze poogt het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap meer arbeidskrachten voor het onderwijs te winnen (Ministerie OCW 2018). In deze concurrentieslag blijft het de vraag of deze handelingsoptie ervoor zorgt dat er nu en in de toekomst voldoende (zorg)professionals beschikbaar zijn voor het ondersteunen van langer zelfstandig wonen. Bij een (structureel) gebrek aan (zorg)professionals zou de inzet van nieuwe technologieën, zoals robotisering, tot op zekere hoogte uitkomst kunnen bieden (zie paragraaf 6.2.4).

#### 6.4.6 Leegstand

Zoals in hoofdstuk 5 reeds is aangegeven, kan het langer zelfstandig wonen van ouderen ertoe leiden dat er leegstand ontstaat binnen (voormalige) verpleeg- of verzorgingstehuizen. Zorginstellingen kunnen hier in hoofdlijnen op verschillende manieren mee omgaan. Allereerst kan het aantal plaatsen met zware verblijfszorg uitgebreid worden. Deze handelingsoptie heeft alleen een positief effect als het regiozorgkantoor hiermee instemt. Om de verdere groei van de zorgkosten tegen te gaan, worden door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport namelijk jaarlijks budgettaire kaders vastgesteld. Deze kaders mogen door het regiozorgkantoor niet overschreden worden. Op basis van deze kaders maakt het regiozorgkantoor productieafspraken met individuele zorgaanbieders. Als deze zorgaanbieders vervolgens meer productie leveren dan is afgesproken, wordt de extra geleverde zorg en de daarbij behorende Normatieve Huisvestingscomponent (NHc) niet zondermeer vergoed (Oldenhouf 2012). Of het regiozorgkantoor instemt met een uitbreiding van het aantal plaatsen met zware verblijfszorg is dan ook onder andere afhankelijk van het nog beschikbare budget. Daarnaast kan een ouderenzorginstelling ervoor kiezen om de leegstaande wooneenheden (eventueel in combinatie met thuiszorg) te verhuren aan individuele huurders. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de huurinkomsten vrijwel altijd lager uitvallen dan de vergoeding die de zorginstelling vanuit de NHc zou ontvangen (Van der Heijden & Van Hove 2016). Dit wordt veroorzaakt, doordat bij de vaststelling van de huurprijs voldaan moet worden aan het Woning Waarderingsstelsel (WWS). In het WWS wordt, in tegenstelling tot in de NHc, niet of nauwelijks een vergoeding toegekend aan ten behoeve van de zorglevering doorgevoerde

woningaanpassingen, zoals extra brede trappen (Van Elp et al. 2012). Naast het WWS spelen ook andere wettelijke regelingen bij de verhuur van woonruimten een rol. De verhuur moet allereerst passen binnen het bestemmingsplan en vervolgens goedgekeurd worden door het College Sanering Zorginstellingen (CSZ). Het CSZ verleent goedkeuring voor de verhuur als de huurprijs minimaal 70 procent van de op basis van het WWS maximaal toegestane huurprijs bedraagt (art. 14 Beleidsregel vervreemding onroerende zaken). Als het een zelfstandige wooneenheid betreft die eigendom is van een woningcorporatie moet deze, wanneer hij in het DAEB-bezit van de corporatie valt, ofwel passend toegewezen worden ofwel door de corporatie expliciet toegewezen worden binnen de vrije ruimte (art. 46 Woningwet)<sup>118</sup>. Dit geldt niet voor de verhuur van wooneenheden die eigendom zijn van de ouderenzorginstelling zelf (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg 2017).

Ten derde kan een ouderenzorginstelling ervoor kiezen om (gedeeltelijk) leegstaande locaties af te stoten. Als het een huurlocatie betreft, betekent dit dat het huurcontract wordt opgezegd. Dit heeft tot gevolg dat de eigenaar van de desbetreffende locatie (veelal een woningcorporatie) te maken krijgt met (mutatie)leegstand. De eigenaar kan hier op verschillende manieren mee omgaan, bijvoorbeeld door de leegstand te accepteren of door het pand te herbestemmen. Indien er sprake is van een eigendomssituatie moet voor de locatie een geschikte koper gevonden worden en moet voor de verkoop goedkeuring aangevraagd worden bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) en het CSZ. Bij gedeeltelijke leegstand heeft het volledig afstoten van de locatie tot gevolg dat de resterende bewoners moeten verhuizen naar een andere locatie. Omdat het afstoten van locaties beperkt kan worden door onder andere hoge boekwaardes, het ontbreken van een geschikte koper en langlopende huurcontracten, kan een ouderenzorginstelling er ten slotte ook voor kiezen om een locatie (tijdelijk) te herbestemmen voor een ander (zorg)concept (Rli 2014; Kadaster 2015). Echter uit de gehouden interviews blijkt dat succesvolle herbestemmingen zeer schaars zijn.

Veel verpleeg- en verzorgingshuizen die leeg komen te staan als gevolg van het langer zelfstandig wonen van ouderen zijn zeer verouderd en weinig flexibel, waardoor de alternatieve aanwendbaarheid van deze locaties aanzienlijk beperkt wordt. Bovendien blijkt de staat van het gebouw meestal anders dan op voorhand verwacht werd. Herbestemmingstrajecten gaan daardoor vaak tot op het laatste moment gepaard met onzekerheid (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg 2012). Dit neemt overigens niet weg dat er wel degelijk praktijkvoorbeelden zijn van geslaagde herbestemmingstrajecten. Denk hierbij aan de herbestemming van voormalige verzorgingshuizen in Amstelveel en Middelburg tot jongerenhuisvesting en de herbestemming van een voormalig verpleeghuis in Rijswijk tot een luxehotel met wellness (Zorgvisie Nederland 2014; Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg 2011). Woonzorgcentrum Humanitas in Deventer laat zien dat leegstaand ouderenzorgvastgoed ook ingezet kan worden voor andere zorgbehoeftige doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking (zie ook NOS 2017). Echter, de voorbeelden waaraan in de media aandacht geschonken wordt, betreffen vooral de succesverhalen.

## 6.5 Besluit

Een succesvolle implementatie van het beleidsdossier langer zelfstandig wonen vraagt om een betere afstemming tussen alle betrokken actoren, zo betoogden vrijwel al onze gesprekspartners. Bovendien werd tijdens onze gesprekken meerdere malen aangegeven dat het belangrijk is dat de betrokken actoren niet alleen hun eigen verantwoordelijkheid nemen, maar zich ook actief inzetten om eventuele drempels die het realiseren van de gezamenlijke doelstelling – het langer zelfstandig wonen van ouderen – in de weg kunnen staan, te

---

<sup>118</sup> Zorginstellingen zijn hier volgens De Blauw (2018) doorgaans niet administratief op ingericht. Als hierdoor onverhoopt fouten ontstaan (geen controle of een onjuiste controle), is de woningcorporatie hiervoor verantwoordelijk. Dit zou uiteindelijk tot gevolg kunnen hebben dat de staatssteun voor de desbetreffende woningcorporatie wordt ingetrokken.

slechten. De vraag wat dit concreet betekent voor de handelingsopties van de actoren die bij (de implementatie van) dit beleidsdossier betrokken zijn, bleef echter onbeantwoord. De door ons gesproken professionals bekeken dit beleidsdossier namelijk vrijwel allemaal vanuit hun eigen perspectief en leken er, mede vanwege de ingewikkelde, wederkerige samenhang met andere beleidsdomeinen, niet in te slagen om de bredere context helder te krijgen. In dit hoofdstuk is daarom een antwoord gezocht op de vraag welke handelingsopties betrokkenen in kunnen zetten om hun steentje bij te dragen, zodat de ouderen van nu en de toekomst langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Hierbij is zowel stilgestaan bij de handelingsopties die door onze gesprekspartners werden aangereikt als bij de handelingsopties die in de literatuur reeds geformuleerd waren.

#### *Ouderen en mantelzorgers*

In het kader van het beleidsdossier langer zelfstandig wonen wordt zowel in de literatuur als door onze gesprekspartners over het algemeen eerst naar de ouderen zelf gekeken. Dit is niet verwonderlijk, aangezien het hele idee van langer zelfstandig wonen is gestoeld op de gedachte dat ouderen meer verantwoordelijkheid voor hun eigen leven zouden kunnen nemen en best in staat zijn om, ook bij toenemende gezondheidsproblemen, zelfstandig te blijven wonen. Voor een grote groep ouderen lijkt deze gedachte inderdaad op te gaan. Echter, er zijn ook (kwetsbare) ouderen voor wie dit minder vanzelfsprekend is. Juist voor deze ouderen is het in het kader van langer zelfstandig wonen belangrijk dat zij op tijd anticiperen op hun toekomst. Dit kunnen zij doen door ervoor te zorgen dat zij, het liefst nog voordat zij te maken krijgen met ouderdomsgebreken, woonachtig zijn in een woning én woonomgeving die geschikt zijn om zelfstandig de oude dag door te brengen<sup>119</sup>. Om er zeker van te zijn dat ouderen op het moment dat hun gezondheid hierom vraagt binnen deze woonomgeving een beroep kunnen doen op mantelzorgers, wordt tevens van hen verwacht dat zij actief participeren om een breed en gevarieerd sociaal netwerk op te bouwen en in stand te houden. Dit stelt hen in staat om op het moment dat zij behoefte hebben aan (in)formele zorg ook niet-familieleden te vragen om een helpende hand te bieden. Hierdoor kan de mantelzorgdruk op familieleden enigszins verlaagd worden.

#### *Zorgaanbieders en corporaties*

Van andere betrokkenen – onder andere gemeenten, zorgverzekeraars, woningcorporaties en zorginstellingen – wordt verwacht dat zij actief afstemmen en samenwerken. Het door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beoogde beleid draagt echter 'split incentives' in zich, waardoor deze afstemming en samenwerking niet vanzelfsprekend tot stand komt. Volgens onze gesprekspartners kan dit opgelost worden door het huidige zorglandschap vergaand te dereguleren en te ontschotten. Hierdoor worden betrokkenen geprikkeld om naar het algemene maatschappelijke belang te kijken, zo luidt de redenering. Een nadere analyse van deze handelingsoptie heeft echter uitgewezen dat het neerhalen van de schotten die momenteel binnen dit beleidsdossier (nog) stevig overeind staan op praktische bezwaren stuit. Deze schotten stellen toezichthouders in staat om de financiële inzet van maatschappelijke organisaties te monitoren en te controleren. Bovendien is het een illusie om te veronderstellen dat ontschotting actoren in staat stelt om op een volledig andere manier te gaan werken. Er bestaat nu eenmaal ook een wereld aan activiteiten waar de bij het langer zelfstandig wonen betrokken actoren elkaar sowieso niet tegen zullen komen. Doordat binnen verschillende samenwerkingsverbanden doorgaans verschillende actoren betrokken worden, is er behoefte aan regie. Door onze gesprekspartners worden gemeenten hiervoor gezien als de ideale kandidaat. Om daadwerkelijk resultaten te kunnen bereiken, zullen alle samenwerkingspartners echter wel hun eigen verantwoordelijkheid moeten pakken en bereid moeten zijn om over hun eigen beleidsdomein en schotten heen te kijken. Gemeenten hebben ook

---

<sup>119</sup> <https://themasites.pbl.nl/aanpassen-of-verkassen/>  
<https://themasites.pbl.nl/langer-zelfstandig-wonen/>

als regisseur van dit beleidsdossier in hiërarchische en financiële zin immers niet veel te zeggen over de inzet en inspanning van andere actoren

### *Gemeenten*

Gemeenten beschikken niet alleen over diverse beleidsinstrumenten (o.a. woonvisie en zorgvisie) om het langer zelfstandig wonen verder invulling te geven, maar zijn ook de fysieke plaats waar de verschillende landelijke en lokale systemen en processen die te maken hebben met langer zelfstandig wonen samen komen. Gemeenten kunnen, afhankelijk van hun prioritering, diverse acties in gang zetten om de drempels die het beleidsdossier langer zelfstandig wonen op kan werpen te slechten. Zij kunnen bijvoorbeeld een geïntegreerde woonzorgvisie opstellen, waarin wordt stilgestaan bij het antwoord op de vraag hoe de verschillende beleidsdomeinen met elkaar interacteren. Een woonzorgvisie kan eraan bijdragen dat de ruimtelijke inrichting van de gemeente beter aansluit bij de wensen en behoeften van ouderen. Een bijkomend voordeel van een langetermijnvisie kan zijn dat andere betrokkenen (o.a. zorginstellingen en marktpartijen) meer zekerheid voelen en daardoor eerder bereid zijn om te investeren en/of samen te werken. Daarnaast kunnen gemeenten actief inzetten op contacten met digitale dienstverleners, zodat ouderen digitaal ondersteund kunnen worden bij hun zorgvraag. Denk hierbij aan het thuis laten bezorgen van boodschappen, maar ook aan de inzet van robots en het gebruik van persoonsalarmering. Echter, zowel de digitale dienstverlening als het gebruik van nieuwe technologieën komt niet vanzelf van de grond. De lokale overheid kan proberen om dit te bevorderen door nader af te stemmen met leveranciers. Daarnaast is het belangrijk dat ouderen en zorgorganisaties voorgelicht worden over nieuwe mogelijkheden.

### *Rijk*

Voor de rijksoverheid is het als systeemverantwoordelijke van het beleidsdossier langer zelfstandig wonen allereerst belangrijk om in de gaten te houden in hoeverre vanuit verschillende beleidsdossiers de financiële druk op ouderen al dan niet wordt opgevoerd. Op dit moment wordt immers niet alleen in het kader van het langer zelfstandig wonen, maar bijvoorbeeld ook als het gaat om de verduurzaming van de woningvoorraad met een schuin oog gekeken naar het vermogen dat ouderen door de jaren heen in hun (veelal eigen) woning hebben opgebouwd. Dit terwijl de mogelijkheden om dit vermogen te verzilveren nog zeer beperkt zijn. Bovendien ligt er voor de rijksoverheid een grote verantwoordelijkheid in het kader van de zorg- en arbeidsmarkt. Als ouderen langer zelfstandig blijven wonen, zijn in de wijk meer professionele dienst- en zorgverleners benodigd en ontstaat het risico dat professionals (zoals huisartsen) overbelast raken. De verlichting van de werkdruk en de invulling van toekomstige vacatures wordt echter bemoeilijkt, doordat het aantal mensen in de werkzame leeftijd daalt. Niet alleen in de zorgsector, maar ook in andere sectoren zal daardoor concurrentie om de beschikbare arbeidskracht ontstaan<sup>120</sup>. Nu al proberen verschillende ministeries daarop in te zetten met pogingen om onder andere studenten en herintreders aan zich te binden. Echter, dit biedt geen garantie op voldoende arbeidskrachten en bovendien ontstaat het risico dat de verschillende ministeries in een concurrentieslag verwickeld raken. Het langer zelfstandig wonen van ouderen zal, zeker door de toenemende druk op de arbeidsmarkt en mantelzorgers, in toenemende mate vragen om een verder ontwikkelde digitale infrastructuur. Denk hierbij aan de inzet van robots en het gebruik van persoonsalarmering. Deze dienstverlening komt echter niet in heel Nederland vanzelf van de grond: in sommige gebieden is nog steeds sprake van een zogenaemde 'digital divide'<sup>121</sup>. Vanuit de gedachte dat digitale dienstverlening voor alle burgers toegankelijk dient te zijn, ligt hier voor de rijksoverheid een verantwoordelijkheid (Salemink et al. 2017; Daalhuizen et al. 2019). Tot slot is het aan het Rijk om de afweging te maken welke (maatschappelijke) kosten van langer zelfstandig wonen acceptabel worden geacht, of wel waar de grens aan

<sup>120</sup> <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>

<sup>121</sup> <https://themasites.pbl.nl/langer-zelfstandig-wonen/>

langer zelfstandig wonen ligt. De komende jaren zal deze vraag naar verwachting opnieuw beantwoord moeten worden, als bijvoorbeeld de verkeersveiligheid en brandveiligheid van omwonenden in toenemende mate in het gedrang komt.

#### *Vastgoedeigenaren*

Ten slotte raakt het langer zelfstandig wonen ouderenzorginstellingen en de eigenaren van maatschappelijk vastgoed. Doordat de toegangdrempel voor het klassieke verpleeg- en verzorgingstehuis verhoogd is, wordt het risico op leegstand binnen dergelijke locaties immers groter. Zorginstellingen kunnen hier op vier manieren mee omgaan. Allereerst kunnen zij het aantal plaatsen waar zware verblijfszorg wordt geboden uitbreiden. Echter, hiervoor zullen zij niet zondermeer de vanuit het regiozorgkantoor benodigde toestemming krijgen. Ten tweede kunnen ouderenzorginstellingen ervoor kiezen om hun leegstaande wooneenheden (eventueel in combinatie met thuiszorg) te verhuren aan individuele huurders. In dat geval moeten zij zich wel realiseren dat de huurinkomsten vrijwel altijd lager uitvallen dan de huisvestingsvergoeding voor verblijfsplaatsen. Ten derde kunnen leegstaande locaties (gedeeltelijk) afgestoten worden. Dit heeft tot gevolg dat de eigenaar van de desbetreffende locaties te maken krijgt met (mutatie)leegstand. De eigenaar kan hier op verschillende manieren mee omgaan, bijvoorbeeld door de leegstand te accepteren of door het pand te herbestemmen. Het afstoten van locaties kan echter beperkt worden door onder andere hoge boekwaardes, het ontbreken van een geschikte koper en langlopende huurcontracten. Wanneer zo'n situatie zich voordoet, kunnen ouderenzorginstellingen er ten slotte ook voor kiezen om de desbetreffende locaties (tijdelijk) te herbestemmen voor een ander (zorg)concept. Echter, uit de voor dit onderzoek gehouden interviews blijkt dat succesverhalen over herbestemming zeer schaars zijn.



## Literatuur

- Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen (2016) Van tehuis naar thuis: Hoe is te bevorderen dat mensen zelfstandig kunnen (blijven) wonen? Den Haag: Ministerie van VWS.
- Aedes (2017) Vragen en antwoorden over passend toewijzen. Verkregen op 11-03-2019, via [www.aedes.nl](http://www.aedes.nl).
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg (2017) Toewijzingsregels. Verkregen op 04-10-2018 van [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl).
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg (2012) Een 2<sup>de</sup> leven: De bijzondere praktijk van zorg en herbestemmen. Verkregen op 27-02-2019 via [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl).
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg (2011) Leven zonder zorg- nieuwe functies voor zorgvastgoed. Verkregen op 24-10-2018 van [www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl).
- Alders, P. & F.T. Schut (2019) Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: Scenarios and policy implications, *Health Economics, Policy and Law*, 14, pp. 82-100.
- Algemene Rekenkamer (2018) Wegwijs in het sociaal domein: Advies ter verbetering van de informatievoorziening door de regering aan de Tweede Kamer met betrekking tot de Participatiewet, de Jeugdwet en de Wmo 2015. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- ANP (2018) Een kwart van de zorgwerknemers is 55-plus en dat gaat zorgen voor enorme personeelstekorten, nieuwsbericht 12-03-2018, verkregen op 27-02-2019 via [www.businessinsider.nl](http://www.businessinsider.nl).
- ANWB (2019) Verlengen rijbewijs 65+. Verkregen op 15-04-2019 via [www.anwb.nl](http://www.anwb.nl).
- Bijlsma, L., J. Tennekes & H. van der Linden (2017) Maatschappelijk vastgoed als gedeelde plek: Kansen en bedreigingen voor de buurtfunctie van basisscholen en woonzorggebouwen, *Ruimte en Maatschappij*, 9(2), pp. 34-60.
- Bochove, van (2018) Evaluatie Woningwet: Kansen en belemmeringen voor de maatschappelijke opgave van woningcorporaties. Den Haag: Aedes.
- Broese van Groenou, M.I. (2014), Hoe (on)realistisch is het overheidsbeleid als het gaat om de inzet van informele zorg? *Tijdschrift over ouder worden & samenleving, Geron*, 3, pp. 45-49.
- Burton, E. & L. Mitchell (2006) *Inclusive urban design: Streets for life*. Amsterdam: Architectural Press Elsevier.
- Clark, W.A.V. & M.C. Deurloo (2006) Aging in place and housing over consumption, *Journal of Housing and the Built Environment*, 21(3), pp. 257-70.
- Conijn, J., B. Kramer, J. Rouwendal & F. Schilder (2014) Verzilveren van overwaarde: De mogelijkheden van het woningbezit in de bekostiging van wonen, zorg en pensioen. Amsterdam: Amsterdam School of Real Estate.
- Daalhuizen, F., C. de Groot & G. de Kam (2019) Langer zelfstandig in een geschikte woonomgeving. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/langer-zelfstandig-wonen/>
- Daalhuizen, F., C. de Groot & H. van Amsterdam (2018) Zorg om banen in de ouderenzorg. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/zorg-om-banen-in-de-ouderenzorg/>
- De Volkskrant (2018a) Snelle toename zorg-zzp'ers leidt tot problemen bij ziekenhuizen en zorginstellingen, nieuwsbericht 25-10-2018, verkregen op 07-03-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- De Volkskrant (2018b) Gratis rijles, welkomstbonus: Krappe arbeidsmarkt vraagt om creatieve werkgevers, nieuwsbericht 24-08-2018, verkregen op 27-02-2019 via [www.volkskrant.nl](http://www.volkskrant.nl).
- Dijkman, M. (2017) Collectief wonen voor senioren heeft de toekomst, *Geron*, 1, pp. 61-64.
- Dillingh, R., H. Prast, C., Rossi & C.U. Brancati (2018), Omkeerhypotheek interessant als aanvullende oudedagvoorziening, *ESB Woningmarkt*, 10(4763), pp. 2-4.



- Egging, S., A.H. de Boer & N.L. Stevens (2011) Zorgzame vrienden en burens als mantelzorgers van oudere volwassenen: Een vergelijking met kinderen, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42, pp. 243-255.
- Eimers, D. (2015) *Villa Begonia niet achter de geraniums: Waar woon jij als je oud bent?* Utrecht: Bigbusinesspublishers.
- Elp, M. van, M.J.P. van Zaak & M. Zuidema (2012) *Bouwen voor de zorg: Perspectief voor de Nederlandse bouw*. Amsterdam: Economisch Instituut voor de Bouw.
- Groot, C. de, M. van der Staak, F. Daalhuizen & G. van der Kam (2019) *Aanpassen of verkassen*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. <https://themasites.pbl.nl/aanpassen-of-verkassen/>
- Groot, C. de, F. Daalhuizen, F. Schilder & F. Verwest (2014) *Kwetsbaarheid van regionale woningmarkten: Financiële risico's van huishoudens en hun toegang tot de woningmarkt*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Groot, C. de, F. van Dam & F. Daalhuizen (2013) *Vergrijzing en woningmarkt*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Haan, J. de, O. Klumper & J. Steyaert (2004) *Surfende senioren: Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hagen, R., C. van Ruijven, C. Tonnaer, L. de Witte & E. van Zoonen (2015) *De invloed van vergrijzing op brandveiligheid*. Arnhem: Brandweeracademie/Nederlandse Brandwonden Stichting.
- Ham, van der, L., M. den Draak, W. Mensink, P. Schyns, E. van de Berg (2018) *De Wmo 2015 in praktijk: De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Harkes, D. & Y. Witter (2018) *Bouwstenen voor de toekomst: 15 jaar werken aan samenhang in wonen, welzijn en zorg*. Den Haag: Aedes-Actiz Kenniscentrum voor Wonen en Zorg.
- Haurin, D., Moulton, S. (2017), *International perspectives on Homeownership and Home Equity Extraction by Senior Households*. *Journal of European Real Estate Research*, 10(3), 245-276.
- Heijden, G.J.L.M. van der & S.C. van Hoeve (2016) *Caring community als wenkend perspectief: tijd van zorgvastgoed is voorbij*. In Vreuger (red) *Onderzoeken, trends en ontwikkelingen in zorgvastgoed en gemeentelijk vastgoed*. Assen: Van Gorcum.
- Iersel, J. van, K. Leidelmeijer & A. Buys (2009) *Senioren op de woningmarkt, achtergrondrapportage*. Amsterdam: RIGO.
- Kadaster (2015) *Leegstand, herbestemming en verzorgingshuizen: Een verkenning door de oogcharen heen*. In: Vreuger (Eds.) *Onderzoeken, trends en ontwikkelingen in zorgvastgoed en gemeentelijk vastgoed*. Assen: Van Gorcum.
- Kam, G. de (te verschijnen) *Woonservicegebieden: Theorie en praktijk*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Kam, G. de., D. Damoiseaux, L. Dorland, R. Pijpers, M. van Biene, E. Jansen & J. Slaets (2012) *Kwetsbaar en zelfstandig: Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kerste, M., M. van Benthem, J. Witteman & B. ter Weel (2017) *Evenwichtige vermogensopbouw: Hoe is de financiële weerbaarheid van Nederlandse huishoudens te vergroten?* Amsterdam: SEO Amsterdam Economics.
- Klaveren, S. van, N. van Triest & P. Senior, P. (2018) *Langer thuis: Een verkenning. Behoeften en toekomst woonzorg voor kwetsbare senioren*. Den Haag: Platform 31/ Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg.
- Knipp, S. (2018) *Senioren gaan woningmarkt vlottrekken*. *Geron*, 4, pp. 42-45.
- Kooistra, H., O. Lanteslager & N. van Triest (2015) *Duurzaam Thuis: De omvang van de vraag naar duurzame woningaanpassingen*. Den Haag: Platform 31.
- Kool, L., J. Timmer, L. Royackers & R. van Est (2017) *Opwaarderen: Borgen van publieke waarden in de digitale samenleving*. Den Haag: Rathenau Instituut.

- Kuter-Luks, T. (2018), Interview met Michiel Muller, Het Nederlands Duitse economisch Magazine, 2, pp. 10-19.
- Lager, D., A. Brouwer, G. de Kam & E. Kibele (2016) Op tijd de drempel wegnemen? Inzicht in het bewustzijn over het preventief aanpassen van de woonsituatie om langer thuis te kunnen wonen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen.
- Leeuw, J. van der & T. Mandemaker (2003) Handreiking personenalarmering en domotica voor ouderen. Utrecht: IWZ.
- Leidemeijer, K. (2018) Langer zelfstandig wonen: Analyse MIT-bestanden voor PBL. Amsterdam: RIGO.
- Leidemeijer, K., J. van Iersel & D. Leering (2017) Monitor Investeren in de toekomst: Ouderen en langer zelfstandig wonen. Amsterdam: RIGO.
- Lijzenga, J., C. Bouwkamp & D. Boertien (2015) De rol van woningcorporaties bij het langer zelfstandig wonen. Arnhem: Companen.
- Machielse, A. (2011), Sociaal isolement bij ouderen: Een typologie als richtlijn voor effectieve interventies, *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4), pp. 40-61.
- Ministerie van OCW (2018) Kamerbrief 'Extra actie tegen het lerarentekort' (1388284). Den Haag: Ministerie van OCW.
- Ministerie van VWS (2018a) Programma Langer Thuis. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2018b) Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2018c) Werken in de zorg: Actieprogramma. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2017) Kamerbrief 'Gezamenlijke arbeidsmarktagenda ouderenzorg (1099684-161508-MEVA)'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- NOS (2017) Op kamers tussen de ouderen: 'Een win-winsituatie', nieuwsbericht 08-01-2017, verkregen op 12-11-2019 via [www.nos.nl](http://www.nos.nl).
- NRC (2019) Vooral ouderen vaker gedwongen opgenomen, nieuwsbericht 17-03-2019, verkregen op 27-03-2019 via [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl).
- Oldenhof, L. (2012) De midden manager: Sleutelfiguur bij transitie in de langdurige zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Omgevingswet (2019) Omgevingsvisie. Verkregen op 26-02-2019 van [www.aandeslagmet-deomgevingswet.nl](http://www.aandeslagmet-deomgevingswet.nl).
- Omroep Gelderland (2018) Gemeenten in het Rivierenland leggen zelf snel internet aan, nieuwsbericht 11-04-2018, verkregen op 07-02-2019 via [www.omroep gelderland.nl](http://www.omroep gelderland.nl).
- Rijksoverheid (2019a) Opname zonder instemming, zonder verzet (artikel 60). Verkregen op 06-02-2019 via [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl).
- Rijksoverheid (2019b) Stimuleringsregeling voor nieuwe vormen van wonen en zorg voor ouderen vlot te trekken. Verkregen op 04-02-2019 via [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- Rli (2014) Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn. Den Haag: Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur.
- RIVM (2017) Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars bij het verbinden van preventie, zorg en welzijn en preventie voor risicogroepen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Salemink, K., D. Strijker & G. Bosworth (2017) Rural development in the digital age: A systematic literature review on unequal ICT availability, adoption, and use in rural areas, *Journal of Rural Studies*, 54, pp. 360-371.
- Schilder, F. (2019) Grijze haren, groene huizen. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Stavenuiter, M. & M.C. van Dongen (2008) Gemeenschappelijk wonen: Een literatuurstudie. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

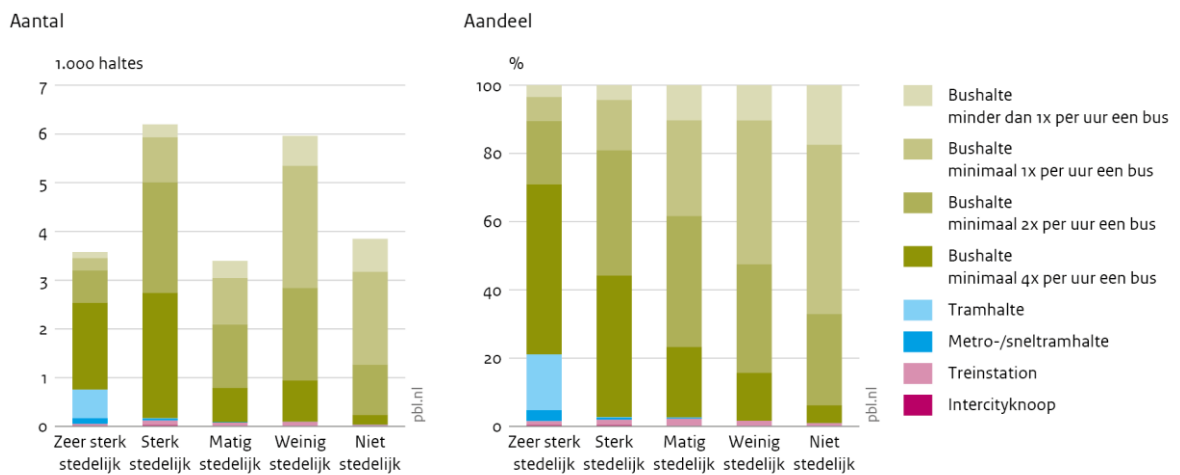
- StijlvolOuder (2019) Woonconcepten voor senioren. Verkregen op 18-12-2018 via [www.stijlvolouder.nl](http://www.stijlvolouder.nl).
- Taskforce Verzilveren (2013) Eigen haard is zilver waard: Eindrapportage van de Taskforce Verzilveren. Verkregen op 07-11-2018 via [www.eigenhuis.nl](http://www.eigenhuis.nl)
- Tennekes, J., H. van Amsterdam, L. Bijlsma, L. van Duinen, H. van der Linden & A. Vlak (2017) Maatschappelijk vastgoed in verandering: Ruimtelijke dynamiek van woonzorggebouwen en basisscholen en de gevolgen van vraagvolgende bekostiging. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Tilburg, T.G. van (2000), Persoonlijke relatienetwerken van ouderen: Een inleiding. In D.J.H. Deeg, R.J. Bosscher, M.I. Broese van Groenou, L.M. Horn & C. Jonker (Eds.). Ouder worden in Nederland: Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (pp. 131-136). Amsterdam: Thela.
- Timmermans, E., L. Schaap, M. Visser, H. van der Ploeg, A. Wagtendonk, S. van der Pas & D. Deeg (2016) The association of the neighbourhood built environment with objectively measured physical activity in older adults with and without lower limb osteoarthritis, BMC Public Health 2016, 16, pp. 710-722.
- Tweede Kamer (2017) Kamervragen over het bericht dat overwaarde moeilijk te gelde te maken is. Kamerstuk, 2017Z16887.
- Tweede Kamer (2015/2016) Brief van de minister voor wonen en rijksdienst en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport: integrale visie op de woningmarkt. Dossier-nummer 32847, ordernummer 228.
- Twist, M. van, N. Chin-A-Fat & J. Schram (2016) Van tehuis naar een thuis: Beelden bouwen in de ouderenzorg. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- VNG (2016) Omgevingswet: Inzet op participatie en samenwerking. Verkregen op 29-10-2018 via [www.vng.nl](http://www.vng.nl).
- VTV (2018a) Robotisering. Verkregen op 07-03-2019 via [www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl).
- VTV (2018b) Data-gedreven technologie in de zorg. Verkregen op 07-03-2019 via [www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl).
- Wouden, R. van der (2015) De ruimtelijke metamorfose van Nederland 1988-2015. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Zorgvisie Nederland (2014) Jongeren vullen leegstaand verzorgingshuis, nieuwsbericht 20-04-2014, verkregen op 24-10-2018 via [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl).

# Bijlage ov-haltes

In het PBL onderzoek naar langer zelfstandig wonen is de functionele geschiktheid van de woonomgeving geoperationaliseerd als het vanuit de woning binnen een (wandel)afstand van maximaal 500 meter over de weg hebben van primaire voorzieningen, waaronder een ov-halte. De aanwezigheid van een ov-halte zegt echter nog niets over het type openbaar vervoer, noch de frequentie en hoeveelheid reisrichtingen.

In deze bijlage bekijken we het type ov-halte en de ritfrequentie naar stedelijkheidgraad in 2015. De stedelijkheidsgraad is gebaseerd op de CBS omgevingsadressendichtheid en de ov-informatie is afkomstig van de REISinformatiegroep. Deze stelt, namens de OV-bedrijven, de Openbaar Vervoer Data volgens het zogenaamde Open Data Model en onder de CC0 voorwaarden ter beschikking (<https://reisinformatiegroep.nl/ndovloket/>).

## Ov-haltes naar soort en stedelijkheid van de gemeente, 2015



Bron: Reisinformatiegroep, CBS; bewerking PBL

De meeste ov-haltes liggen in sterk stedelijk en weinig stedelijk gebied. Metro, tram en intercity-station zijn in zeer sterk stedelijk gebied aanwezig. Naarmate de stedelijkheid afneemt, daalt de hoeveelheid modaliteiten alsook de ritfrequentie bij de ov-haltes: in niet stedelijk gebied stopt bij tweederde van de ov-haltes minder dan 2 keer per uur een bus.

# Bijlage

## woonzorglocaties

Conform de gehanteerde methode in het PBL onderzoek naar maatschappelijk vastgoed (Tennekes et al. 2017), is van alle ouderenzorglocaties nagegaan in hoeverre er nevenactiviteiten op hetzelfde adres zijn gehuisvest.

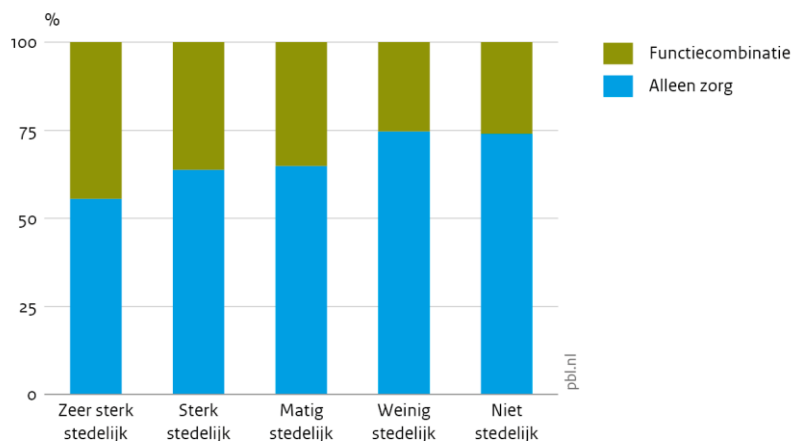
Uit LISA vestigingenregister (jaar 2015 uit levering t/m 2017) met in totaal 1.444.908 vestigingen zijn alle vestigingen geselecteerd met SBI2008 activiteitencode "8710 Verpleeghuizen" (599 stuks) en "87302 Verzorgingshuizen" (1.557 stuks).

Bij selecties uit LISA op basis van individuele activiteitencodes blijkt vaak dat deze codes niet altijd even zorgvuldig zijn toegekend. Er zijn vestigingen die met een andere (foutieve) activiteit zijn ingeschreven. En soms klopt de zorg-activiteit niet met de werkelijkheid en bevindt zich op de locatie bijvoorbeeld uitsluitend de administratie van een zorginstelling. Op basis van een controle op de naam van LISA-vestigingen zijn netto nog eens 204 ouderenzorglocaties aan de selectie toegevoegd. Van deze in totaal 2.360 LISA-vestigingen zijn de bijbehorende BAG-verblijfsobjecten (=adressen) bepaald. Voor 2.342 vestigingen is een geldig verblijfsobject gevonden, bij 18 is dit niet gelukt.

In totaal zijn er 2264 unieke verblijfsobjecten gevonden (Er kunnen zich meerdere LISA-vestigingen op hetzelfde adres bevinden); de ouderenzorgadressen.

Vervolgens zijn alle LISA-vestigingen geselecteerd die op een ouderenzorgadres zitten. Daarmee zijn overzichten gemaakt van adressen met uitsluitend ouderenzorg-vestigingen en die waar ook andere functies aanwezig zijn. Hierbij is ook onderscheid gemaakt naar de CBS-stedelijkheid van de gemeente (indeling 2017).

De mate waarin woonzorglocaties nevenfuncties huisvesten naar stedelijkheid, 2015



Bron: LISA2017, BAG; bewerking PBL

Opvallend is dat naarmate de omgeving sterker is verstedelijkt, functiemenging in een woonzorglocatie vaker voorkomt. In landelijke gebieden hebben woonzorglocaties veelal geen andere functies in huis.

Kijken we naar het type functies in woonzorglocaties dan lijkt de onderlinge relatie voor de hand te liggen. Het betreft veelal functies in de persoonlijke verzorging, zoals kappers, pedicures en fysiotherapeuten, die mede invulling kunnen geven aan de buurtfunctie van de woonzorglocaties voor omwonenden.

Tabel: top 15 van functies op hetzelfde adres als een woonzorglocatie.

Omschrijving	aantal
Haarverzorging	373
Praktijken van fysiotherapeuten	100
Thuiszorg	79
Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie, psych.)	75
Schoonheidsverzorging, pedicures en manicures	71
Kinderopvang	51
Praktijken van med. specialisten en med. dagbehandelcentra	39
Praktijken van huisartsen	31
Maatschappelijk werk	18
Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen	18
Welzijnswerk voor ouderen	17
Praktijken van tandartsen	16
Algemene ziekenhuizen	14
Apotheken	13
Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)	13

Bron: LISA 2017, bewerking PBL.

Kanttekening is dat de relatie tussen de woonzorglocatie en functie op hetzelfde adres niet is aangetoond. Daarvoor zou aan de betreffende ondernemers moeten worden nagevraagd in hoeverre hun locatiekeuze en bedrijfsvoering verband houdt met de woonzorglocatie op datzelfde adres.

Ook kan de relatie tussen de woonzorglocatie en andere functie indirect zijn: we zien bijvoorbeeld veel paramedische praktijken en dagbehandelcentra op hetzelfde adres als een woonzorglocaties. Maar deze behandelcentra en woonzorglocaties kunnen ook beiden toebehoren aan het algemene ziekenhuis (14 stuks). Bovendien zijn niet alles verpleeghuizen per definitie bedoeld als intramurale opvang voor ouderen, maar mogelijk voor andere doelgroepen zoals mensen met aangeboren hersenletsel.

# Bijlage

## gesprekspartners

### Deskundigen eerste ronde kwalitatief veldwerk

<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
Gea Sijpkens	Actiz
Cees van Boven	Woonzorg Nederland
Marjolein Broese van Groenou	Vrije Universiteit
Danielle Harkes	Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg
Pieter van Hulten	Aedes
Dort Spierings	HAN / Civil Society Lab
Bart Terpstra	AMVEST
Pien van Langen	ROS Netwerk
Masi Mohammadi	TU/e (en HAN)
Henk Langes	Provincie Gelderland
Atie Schipaanboord	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
Lucas Harms	Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid
Niels Kortleve	Pensioenfonds PGGM
Dirk Pons	DSW Zorgverzekeraar
Suzanne Goedoen	DSW Zorgverzekeraar
Anja Machielse	Universiteit van Humanistiek
Cretien van Campen	Sociaal en Cultureel Planbureau
Evert Pommer	Sociaal en Cultureel Planbureau
Peteke Feijten	Sociaal en Cultureel Planbureau
Inger Plaisier	Sociaal en Cultureel Planbureau
Jan Rouwendal	Vrije Universiteit
Jannie Komduur	Woonbond
Reinhilde van den Brand	Ziveren Kruis
Otto Sander van der Veen	Ziveren Kruis
George de Kam	Rijksuniversiteit Groningen
Maarten Allers	COELO
Gerard van den Bos	ANWB
Kars Hazelaar	Opella
Netty van Triest	Platform31
Jeroen de Leede	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Ali Rabarison	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Clasien Ouderdorp	Vereniging Eigen Huis
Michel Ligtle	Vereniging Eigen Huis
Geert van der Heijden	Rabo Research Nederland
Corine van der Schoot-Flendrie	Ministerie van Infrastructuur en Milieu
Wilbert van Bijlert	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties



Willibrord Kruijsen  
Peter Alders  
Joost Baeten  
Ton Streppel

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Ministerie van Financiën  
Voormalig lid van het Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen

## Deelnemers regionale bijeenkomsten

### Regio Achterhoek

#### Naam

André Bolwerk  
Wendy van Beek  
Els Pierik  
Michiel Huizing  
Henk Langes  
Jeanette Mertens  
Martijn Engelen  
Roy Severein  
Andrea Kuijpers  
Resy Rijpert

#### Organisatie

Gemeente Doetinchem  
Gemeente Doetinchem  
Gemeente Bronckhorst  
Gemeente Berkelland  
Provincie Gelderland  
Kruiswerk Achterhoek Zlim Thuis  
Kruiswerk Achterhoek Zlim Thuis  
Zorgondernemer Marga Klompé  
Zelfstandig adviseur Zlim Thuis  
Sité Wonen

### Regio Groot-Amsterdam

#### Naam

Monique Brok  
Marian Koers  
Marlou Velzeboer  
Annemieke Molenaar  
Jantine Bronsema  
Coen Hoefsloot  
Carola Groot  
Miriam Uitterhoeve  
Bente Biesheuvel  
Esther Brus  
Iris Heikoop  
Denise Rood  
Liesbeth Hendriksen  
Willemijn Souren  
Menno Busman  
Claudia Compier  
Stacey Esajas

#### Organisatie

Gemeente Amsterdam  
Gemeente Amsterdam  
Gemeente Purmerend  
Gemeente Purmerend  
Stichting Wonen en zorg Purmerend  
Evean  
WonenPlus Purmerend  
WonenPlus Purmerend  
Zorgcirkel  
Zorgcirkel  
Wooncompagnie  
Intermaris (P)  
Rochdale  
Woonzorg Nederland  
Woonzorg Nederland  
Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen  
Stichting Clup