



Bij het ouder worden kunnen de gezondheid en het welzijn van mensen afnemen en de kwetsbaarheid toenemen. Mogelijk gevolg hiervan is verminderde redzaamheid en toenemende zorgafhankelijkheid. De afgelopen jaren zijn daarom diverse initiatieven in gang gezet om ouderen die risico lopen om kwetsbaar te worden, of mogelijk al kwetsbaar zijn, proactief op te sporen. Deze initiatieven, die vallen onder de noemer “vroegopsporing”, zijn opgezet vanuit de gedachte dat een preventief aanbod of proactieve inzet van zorg en ondersteuning (verdere) problemen kan oplossen, uitstellen of mogelijk zelfs voorkomen. Daardoor worden ouderen in staat gesteld om langer zelfstandig te functioneren en wonen. Uit eerder onderzoek weten we dat de manier waarop vroegopsporing wordt georganiseerd niet altijd goed aansluit bij de wensen en behoeften van ouderen. In deze factsheet geven we aan wat ervoor nodig is om initiatieven voor vroegopsporing hier beter op af te stemmen.

# Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: *wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoefte?*



## Welke informatie biedt deze factsheet?

Deze factsheet is bestemd voor beleidsmakers, onderzoekers, zorg- en welzijnsprofessionals en andere betrokkenen bij preventieve ouderenzorg en is het resultaat van onderzoek gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Doel van het onderzoek was om te onderzoeken hoe initiatieven voor vroegopsporing beter kunnen worden afgestemd op de wensen en behoeften van zelfstandig wonende ouderen. Hiertoe interviewden wij ouderen en professionals op het gebied van preventieve

ouderenzorg (zie Tekstbox 1 en 2 voor informatie over respectievelijk de interviews en gehanteerde definities). In de interviews stonden de volgende kernvragen centraal: 1. Wat zijn de problemen en behoeften van ouderen, en wat hebben zij nodig om zich langer gezond te blijven voelen en zelfstandig te kunnen blijven wonen?; 2. Welke behoeften kunnen ouderen zelf, al dan niet met hulp van mensen uit hun sociale netwerk, vervullen?; 3. Bij welke behoeften zijn volgens ouderen advies, ondersteuning en/of zorg van professionele zorg- en dienstverleners gewenst en nodig?; 4. Wat is er volgens professionals nodig om initiatieven rondom vroegopsporing beter te laten aansluiten bij de behoeften en wensen van ouderen?

### Tekstbox 1: Interviews en respondenten

De informatie in deze factsheet is verkregen uit interviews die voor dit onderzoek zijn afgenomen bij 36 thuiswonende mensen van 55 jaar of ouder. Mensen werden geworven via vrijwilligers, buurthuizen en zorgverleners en via een oproep in verschillende media (website, omroepblad). Bij het werven van respondenten hebben we zo veel mogelijk rekening proberen te houden met diversiteit voor wat betreft geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat. Daarnaast hebben we ernaar gestreefd om zowel vitale als meer kwetsbare mensen te spreken. We betrokken zowel “toekomstige” ouderen (d.w.z. 55-65 jarigen) als “jongere” ouderen (d.w.z. 66-80 jarigen) en “oudere” ouderen (d.w.z. 80-plussers) in het onderzoek. Hiermee beoogden we inzicht te krijgen in mogelijke verschillen tussen generaties ouderen. De meeste ouderen werden thuis geïnterviewd. Een klein aantal werd bij een voorziening voor dagbesteding of buurthuis geïnterviewd. Achtentwintig ouderen werden individueel dan wel samen met hun partner geïnterviewd, en acht ouderen werden geïnterviewd verdeeld over twee groepsinterviews. Waar mogelijk hebben we bevindingen gespecificeerd als die uiteenliepen voor groepen ouderen die verschilden qua geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat.

Naast de interviews met ouderen werden 13 interviews gehouden met in totaal 19 professionals op het gebied van preventieve ouderenzorg. Onder hen waren beleidsmedewerkers van gemeenten en thuiszorgorganisaties, zorgverleners (huisarts, specialist ouderengeneeskunde), vertegenwoordigers van ouderenorganisaties, onderzoekers en welzijnswerkers.

De kenmerken van de ouderen worden weergegeven in Tabel 1. Deze tabel laat zien dat, ondanks ons streven naar diversiteit, bepaalde groepen ouderen enigszins zijn ondervertegenwoordigd in onze steekproef. Verder is enige selectiebias niet uit te sluiten. Deelname aan de interviews was vrijwillig, waardoor er sprake kan zijn van een oververtegenwoordiging van gezonde, mondige, hoger opgeleide en gemotiveerde ouderen. Om dit zo veel mogelijk te ondervangen hebben we voor dit onderzoek een gefaseerde aanpak gekozen. In de eerste fase van het onderzoek hebben we ouderen geïnterviewd. Door deze interviews zijn we te weten gekomen wat er bij verschillende ouderen leeft en waarmee, in het kader van vroegopsporing, rekening gehouden moet worden. In de tweede fase hebben we de professionals geïnterviewd, die vanwege hun functie veel contacten met ouderen hebben, onder wie ook sociaal kwetsbare ouderen en ouderen met een lage sociaal-economische status. Tijdens deze interviews hebben we gereflecteerd op de bevindingen uit de interviews met de ouderen. Professionals werd hierbij gevraagd of zij hetgeen de ouderen aangaven, herkenden vanuit hun eigen werkpraktijk of achterban. Daarnaast hebben we met professionals gesproken over wat er volgens hen nodig is om initiatieven rondom vroegopsporing beter te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen. In de derde fase hebben we een conceptversie van deze factsheet voorgelegd aan een aantal ouderen en professionals (incl. beleidsmedewerkers van gemeenten) van wie een aantal ook had deelgenomen aan een interview. Aan hen werd eveneens gevraagd of zij de bevindingen herkenbaar vonden en of de aanbevelingen voor hen relevant, helder en haalbaar waren.

**Tabel 1.** Kenmerken geïnterviewde ouderen.

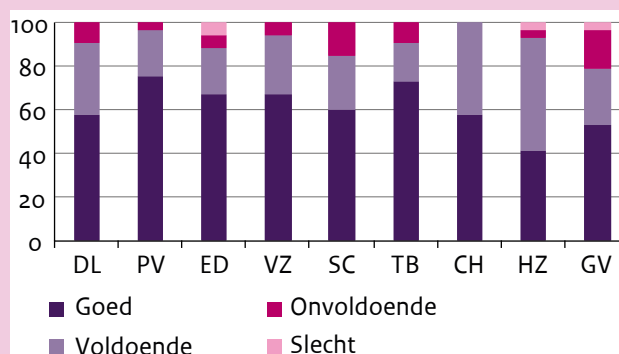
<b>Leeftijd</b>	≤ 65 jaar	14%
	66-80 jaar	53%
	>80 jaar	33%
	Gemiddelde leeftijd (min.-max.)	78 jaar (58-96 jaar)
<b>Geslacht</b>	Man	33%
	Vrouw	67%
<b>Opleidingsniveau*</b>	Laag	25%
	Midden	28%
	Hoog	33%
<b>Burgerlijke staat</b>	Gehuwd	31%
	Ongehuwd	25%
	Gescheiden	14%
	Verweduwd	31%
<b>Huishoudenssamenstelling</b>	Alleenwonend	67%
	Met partner	33%
<b>Woonomgeving</b>	Dorp	25%
	Stad	75%
<b>Achtergrond</b>	Nederlands	89%
	Niet-Nederlands	11%

\* Percentages tellen niet op tot 100% door missende waarden.

Om de geïnterviewde ouderen verder te karakteriseren, hebben we ook de ASCOT SCT4 vragenlijst afgenomen. Deze vragenlijst evalueert het resultaat van langdurige zorg en ondersteuning voor ouderen in de thuissituatie door het meten van hun kwaliteit van leven (Netten et al., 2012). De Nederlandse vertaling van deze versie bevat negen domeinen: zelf inrichten dagelijks leven (DL), persoonlijke verzorging en uiterlijk (PV), eten en drinken (ED), veilig en zeker voelen (VZ), sociale contacten (SC), tijdsbesteding aan belangrijke/leuke dingen (TB),

comfortabel en schoon huis (CH), invloed van hulp op zelfbeeld (HZ) en gerespecteerd voelen (GV) (Van Leeuwen et al., 2015<sup>a</sup>). Het aantal mensen dat de verschillende vragen beantwoordde liep uiteen van 28 tot 33. De mensen die de vragenlijst niet invulden, hadden een lagere sociaal-economische status dan de mensen die de lijst wel invulden. Daarnaast bezocht een deel van hen, in tegenstelling tot de mensen die de lijst wel invulden, een voorziening voor dagbesteding. Onderstaande figuur laat zien dat op elk domein ongeveer 90% van de geïnterviewde ouderen aangeeft dat het goed of voldoende gaat. Uitzondering hierop is het domein ‘gerespecteerd voelen’. Daarnaast zien we dat minder ouderen ‘goed’ scoren op het domein ‘invloed van hulp op zelfbeeld’ ten opzichte van de overige domeinen. Dit kan betekenen dat de invloed van zorg en ondersteuning op de kwaliteit van leven niet altijd als positief wordt ervaren. Recentelijk is de ASCOT SCT4 onder een brede groep van Nederlandse 75-plussers uitgezet (Drewes et al. 2015). De gemiddelde scores van die groep komen in grote mate overeen met die van de groep ouderen die deelnam aan dit onderzoek. Ook in andere studies onder groepen ouderen vanaf 65 jaar werden vergelijkbare gemiddelde scores gevonden (Forder en Caiels, 2011; Milte et al. 2013; Van Leeuwen et al. 2015<sup>b</sup>).

**Figuur 1.** Verdeling van de antwoorden van de geïnterviewde ouderen op de verschillende domeinen van kwaliteit van leven gemeten met de ASCOT SCT4.



## Tekstbox 2: Definities

- In dit onderzoek werd het begrip vroegopsporing in de context van preventieve ouderenzorg gebruikt; het proactief opsporen van problemen en risico's bij (kwetsbare) ouderen. Vanuit verschillende settings worden initiatieven voor vroegopsporing aangeboden, bijv. huisartsenpraktijk, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie, welzijnsorganisatie en vrijwilligersorganisatie. Uitgaande van de doelstelling kunnen de verschillende initiatieven grofweg in twee groepen worden opgedeeld: 1. Initiatieven gericht op het opsporen van ouderen met een risico op achteruitgang zodat hen een preventief aanbod geboden kan worden en 2. Initiatieven gericht op het opsporen van mogelijke problemen bij kwetsbare ouderen zodat, voor zover dat nog niet gebeurt, proactieve zorg en ondersteuning kunnen worden ingezet (De Bruin et al. 2014).
- Aansluitend bij recente benaderingen van kwetsbaarheid (Gobbens et al. 2010; Peters et al. 2012) hebben wij voor dit project naar verschillende domeinen van de gezondheid van ouderen gekeken, te weten het fysieke, cognitieve, psychologische en sociale domein. Aangezien de (woon-)omgeving in nieuwe benaderingen ook wordt meegenomen (De Witte et al. 2013) en dit domein naast de verschillende domeinen van gezondheid ook van groot belang is om zelfstandig te kunnen blijven wonen, hebben we dit domein in dit onderzoek ook meegenomen.

## Bevindingen

### **Wat zijn de problemen en behoeften van ouderen, en wat hebben zij nodig om zich gezond te blijven voelen en zelfstandig te kunnen blijven wonen?**

#### **1. Mobiliteit essentieel in het fysieke domein**

Ouderen krijgen, naarmate zij ouder worden, steeds meer te maken met gezondheidsproblemen en chronische aandoeningen. De geïnterviewde ouderen gaven veelal aan dat dit hoort bij het ouder worden, en dat sommige ongemakken en aandoeningen onvermijdelijk zijn. Zij gaven aan zoveel mogelijk zelf te willen doen, en hun leven waar mogelijk om hun beperkingen heen te organiseren. Zorgen ontstaan op het moment dat problemen in het fysieke domein leiden tot mobiliteitsbeperkingen. Ouderen zien mobiliteit namelijk als een belangrijke voorwaarde om

bijvoorbeeld (sociale) activiteiten te ondernemen, zich te redden in huis, zelfstandig boodschappen te doen en onafhankelijk te blijven. Uit de interviews kan worden afgeleid dat mobiliteit daardoor ook sterk lijkt samen te hangen met psychische en sociale kwetsbaarheid en met wonen. Mobiel blijven is een belangrijke behoefte of wens van zowel jongere als oudere ouderen. Wat mobiel blijven dan precies betekent, kan wel verschillen. Jongere ouderen gaven vaker aan het belangrijk te vinden zelfstandig ergens naartoe te kunnen gaan en activiteiten te kunnen ondernemen. Oudere ouderen gaven vaker aan het belangrijk te vinden zich in en om het huis te kunnen bewegen en de eigen boodschappen te kunnen blijven doen. Zo maar op pad gaan om iets te ondernemen is dan vaak al geaccepteerd als iets dat niet (meer) vanzelfsprekend is.

*Daar hangt het op. Als ik slechter kan lopen houdt het op. (Man, 85 jaar, alleenwonend, weduwnaar, geen informatie over opleidingsniveau)*

#### **2. Problemen en behoeften in het cognitieve domein nauwelijks genoemd**

Tijdens de interviews met ouderen zijn problemen en behoeften op het cognitieve vlak nauwelijks aan de orde gekomen. Dit zou onder andere te maken kunnen hebben met het feit dat problemen in dit domein nog nauwelijks bij de geïnterviewde ouderen speelden. Hoewel het hebben van cognitieve problemen voor dit onderzoek geen exclusie criterium was, is het niet uit te sluiten dat mensen door cognitieve problemen hebben afgezien van deelname. Er lijkt echter ook een taboe te liggen op het bespreken van cognitieve problemen. Het onderwerp op zich leeft overigens wel. Diverse geïnterviewden gaven namelijk aan dat een goede cognitieve gezondheid een belangrijke voorwaarde is om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Ook gaven enkelen aan bang te zijn in de toekomst met cognitieve problemen te maken te krijgen.

*En dan, ja, dus thuis en de eigen omgeving; nou, om dat te kunnen is het wel van belang dat je geestelijk helder blijft en om geestelijk helder te blijven is het wel belangrijk dat je bezig blijft. (Man, 70 jaar, alleenwonend, gescheiden, wetenschappelijk onderwijs)*

*Ik denk als je verstand een beetje achteruit gaat dat je dan problemen gaat krijgen en dat hoop ik niet mee te maken. (Vrouw, 69 jaar, alleenwonend, ongehuwd, middelbaarberoepsopleiding)*

#### **3. Zingeving, waardigheid en zelf regie houden belangrijk in het psychische domein**

Wat betreft het psychische domein gaven ouderen aan met name problemen en behoeften te hebben ten aanzien van zingeving en waardigheid. Een deel van de geïnterviewde ouderen in de oudste twee leeftijdsgroepen gaf bijvoor-

beeld aan het gevoel te hebben niet meer interessant te zijn voor anderen en er niet meer bij te horen. Een deel van hen gaat hiermee om door zelf actief en betrokken te blijven of zorg te geven (bijv. door vrijwilligerswerk, mantelzorg, zorgen voor een huisdier). Daarnaast gaven ouderen aan zich nuttig te willen voelen en zin aan hun leven te willen geven. Uit de interviews kwam hierin geen verschil naar voren tussen jongere en oudere ouderen. Een mogelijke verklaring hiervan is dat de toekomstige ouderen die we geïnterviewd hebben om verschillende redenen geen deel meer uitmaakten van het arbeidsproces, waardoor zingeving en waardigheid in relatie tot het hebben van betaald werk veelal niet genoemd werden. Het aan huis gebonden zijn door beperkingen, de toenemende afhankelijkheid en het verlies van naasten beïnvloeden zingeving en waardigheid negatief.

*Nou, gewoon dat de mensen, je bent niet interessant meer [...]. Dat gevoel, dat zit dan bij jezelf hoor, het zal niet zo zijn, maar dat gevoel dat je niet interessant meer bent. (Man, 86 jaar, wonend met partner, gehuwd, middelbaar voortgezet algemeen onderwijs)*

*Er zeker bij willen blijven maar ook gerespecteerd worden. Want wij ouderen moeten niet het idee krijgen dat wij er niet meer toe doen, dat wij eigenlijk alleen maar lastig zijn. En zo voelen oudjes het vaak. (Vrouw, 74 jaar, alleenwonend, ongehuwd, hoger algemeen voorbereidend onderwijs)*

Daarnaast vinden ouderen het belangrijk om zelf te kunnen blijven beslissen over hun eigen leven en zelf de regie te houden. Dit draagt eraan bij om jezelf een waardig mens te voelen, en is bovendien belangrijk in sociale relaties, inclusief relaties met zorg- en hulpverleners.

*Het belangrijkste vind ik -maar ja, als het niet gebeurt dan laat ik het ze merken- je moet in je waarde gelaten worden. (Man, 87 jaar, alleenwonend, weduwnaar, wetenschappelijk onderwijs)*

#### **4. Het hebben van sociale contacten en een sociaal netwerk van belang in het sociale domein**

De interviews met ouderen laten zien dat het hebben van sociale contacten en een sociaal netwerk erg belangrijk worden gevonden. De samenstelling van het sociale netwerk van ouderen is heel gevarieerd (bijv. kinderen, broers/zussen, burens, vrienden, kennissen).

*Contact met andere mensen [...]. Anders ga je vereenzamen. En dat geeft ook lichamelijke klachten; depressie enzovoorts. En in sommige gevallen, heb ik al gezien bij ouderen, alcoholmisbruik. (Vrouw, 78 jaar, alleenwonend, weduwe, hoger beroepsonderwijs)*

Er zijn echter sterke verschillen waarneembaar tussen ouderen als het gaat om het aangaan en onderhouden van sociale relaties. Uit de interviews kan worden afgeleid dat

dit onder andere te maken heeft met hoeveel energie zij hierin kunnen en willen steken en op welke wijze hier ruimte en invulling aan kan worden gegeven. Ouderen die aangaven tevreden te zijn over hun sociale contacten en netwerk, zijn zelf vaak op allerlei manieren actief, bijvoorbeeld door middel van vrijwilligerswerk, hobby- en beweegclubs, lidmaatschap van een ouderenbond, lidmaatschap van een welzijns- of belangenorganisatie, kerk of andere (sport-)vereniging en via voorzieningen in de buurt (bijv. wijk- of buurthuiskamer). Dit betreft relatief vaker mensen die hoger opgeleid zijn.

*En dan het derde is natuurlijk je contacten onderhouden hè. Heel belangrijk dat je daar actief mee bezig bent en daar niet alleen af gaat zitten wachten wie er naar je toe komt. (Man, 68 jaar, alleenwonend, weduwnaar, wetenschappelijk onderwijs)*

Ouderen die aangaven niet of minder tevreden te zijn over hun sociale contacten en netwerk ervaren uiteenlopende barrières, waaronder bijvoorbeeld beperkte mobiliteit en daaraan gerelateerde huisgebondenheid, het verlies en overlijden van mensen in het sociale netwerk, beperkte financiële middelen om dingen te ondernemen en weinig initiatief van anderen. Dit betrof relatief vaker mensen die lager opgeleid zijn.

*Ik denk dat een heel groot deel van de problemen is bij heel veel ouderen, en dat zijn dan niet de ouderen met het Zwitserlevengevoel, maar de gewone mensen zoals ik met een AOW en misschien een heel klein pensioen, dat daar meestal te weinig geld is om iets leuks te doen. (Vrouw, 80 jaar, alleenwonend, weduwe, middelbaarberoepsonderwijs)*

Er werden geen duidelijke verschillen gevonden tussen mensen die alleenstaand zijn en mensen die samenwonen. Beide groepen gaven het belang van het hebben van sociale contacten en een sociaal netwerk aan. Ook werd in beide groepen aangegeven dat moeite werd of moet worden gestoken in het aangaan en onderhouden van deze contacten. Ouderen die in een stad wonen, noemden wat vaker dat zij minder sociale contacten hadden. Ouderen omschreven zichzelf veelal niet als “eenzaam”, maar duiden de afname in sociale contacten als volgt aan: “er komen niet veel mensen langs”, “mijn kinderen wonen ver weg”, “mijn kinderen zijn aan het werk of hebben het druk” of “ik kom de deur niet goed meer uit”.

#### **5. In het domein van wonen liggen vooral problemen en behoeften ten aanzien van praktische ondersteuning**

De interviews met ouderen laten zien dat zij op het gebied van wonen verschillende praktische wensen en behoeften hebben. Ten eerste is praktische hulp van belang. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp bij het huishouden, onderhoud

van het huis, tuinonderhoud en/of hulp bij het doen van de administratie. Ten tweede gaven ouderen aan de nabijheid en bereikbaarheid van voorzieningen (bijv. openbaar vervoer, huisarts, winkels, apotheek) belangrijk te vinden of mogelijkheden om actief te blijven (bijv. verenigingen, vrienden, familie, mogelijkheden om vrijwilligerswerk te doen). Ten derde wordt de geschiktheid van de woning belangrijk gevonden. Een deel van de ouderen zorgt dat er woningaanpassingen gedaan zijn of is verhuisd naar een meer geschikte woning (bijv. seniorenwoning, gelijkvloers, lift, geen drempels), o.a. naar aanleiding van het verliezen van de partner. Een ander deel zou willen verhuizen, maar dit is om verschillende redenen geen optie voor hen. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met onvoldoende beschikbaarheid (o.a. wachtlijsten), bereikbaarheid (te ver weg) en betaalbaarheid (te duur). Weer een ander deel van de ouderen anticipeert niet en wacht af tot aanpassingen echt noodzakelijk zijn, of wil niet verhuizen omdat ze in de eigen buurt willen blijven wonen waar ze de voorzieningen en de mensen kennen.

*Ja kijk, het gemak dat je ergens heel lang woont ook net als ik nu, dat je alle mensen goed kent. En dat ze ook wel weten dat als er iets is dat ik aan kan bellen en zeggen van: "Goh, zou je even willen helpen of zou je even dit of dat willen doen voor me?" (Vrouw, 93 jaar, alleenwonend, ongehuwd, middelbaarberoepsonderwijs)*

De interviews laten ook zien dat ouderen verschillende zorgen hebben op het gebied van wonen: ze hebben geen netwerk in de buurt of willen hun kinderen niet structureel belasten, en er zijn financiële zorgen. Een deel van de ouderen kan bijvoorbeeld onderhoud van de woning en tuin, woningaanpassingen of (openbaar) vervoer niet betalen.

## **6. Professionals herkennen genoemde problemen en behoeften en voegen nog een aantal toe**

De interviews met professionals laten zien dat zij alle de door ouderen genoemde problemen vanuit hun eigen ervaringen met ouderen herkennen. Daarnaast werd nog een aantal extra problemen door hen genoemd die niet of alleen impliciet door de geïnterviewde ouderen werden genoemd, maar volgens hun eigen ervaringen wel spelen bij ouderen. Deze liggen zowel op het gebied van gezondheid als op het gebied van wonen. Genoemd werden problemen met het verkrijgen en gebruiken van benodigde informatie, medicatie, ongezonde leefstijl, ondervoeding, beperkte mondzorg, eenzaamheid, schroom om hulp te vragen, het onderschatten van de eigen kwetsbaarheid en het niet willen verhuizen naar een meer geschikte woning of woonomgeving.

## **Welke behoeften kunnen ouderen volgens zichzelf zelf en/of met hulp van mensen uit hun sociale netwerk vervullen?**

### **7. Ouderen houden graag zelf de regie...**

Hoewel de kenmerken van de ouderen die we gesproken hebben variëren, en we ook ouderen gesproken hebben met kenmerken die geassocieerd worden met kwetsbaarheid (bijv. zeer hoge leeftijd, verweduwd zijn, alleenstaand zijn), waren de meeste ouderen van mening nog goed in staat te zijn om zelf hun wensen en behoeften op het gebied van hun gezondheid en wonen te vervullen. Zij gaven aan dit heel belangrijk te vinden, omdat zij graag de regie over hun eigen leven hebben en willen houden. Verder gaven zij aan het belangrijk te vinden dat ze serieus worden genomen door zorg- en dienstverleners. Een deel van de ouderen gaf aanvullend aan het prettig te vinden als zij van zorg- en dienstverleners de ruimte krijgen om mee te denken over de zorg en ondersteuning die zij moeten of kunnen krijgen.

*Maar zo lang dit nog goed zit kan ik zelf, beslis ik zelf wat ik ga doen en daar heb ik de vrijheid in. (Vrouw, 74, alleenwonend, ongehuwd, hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs) Maar echt, ik zou best gewoon zelf, indien mogelijk, dingen die ik nog kan. [...] Zelf blijven doen. En dat ik ook de kans krijg, bijvoorbeeld als er hulp komt en als ze weet, ik kan toch afwassen, laat mij afwassen, ga niet die dingen uit handen nemen. [...] Want wat moet je dan verder? Een hele dag op zo'n stoel zitten? Dat is ook niks. (Vrouw, 61, alleenwonend, ongehuwd, hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs)*

### **8. ...maar volgens professionals overschatten zij soms hun eigen situatie of is er geringe anticipatie op toekomstige behoeften**

Diverse geïnterviewde ouderen gaven aan zich geen zorgen te willen of kunnen maken over de toekomst. De toekomst is immers niet te voorspellen, en naar hun idee heb je geen leven meer als je je op allerlei (doem)scenario's moet voorbereiden. Ouderen gaven daarom aan "het wel te zien" op het moment dat verhuizing, aanpassing van de woning, hulp in huis, hulpmiddelen, mantelzorg etc. nodig zijn.

*Dat is niet dat ik de verantwoordelijkheid wegdruk, nee, maar ik vind het zonde om je druk te maken over dingen waar je toch niks aan kan doen, op dit moment althans. [...] Ja, dus ik denk niet zozeer in oplossingen die voor mij eventueel nodig zijn want dan moet ik het hele repertoire en dat vind ik zonde. [...]. (Man, 87, alleenwonend, weduwnaar, wetenschappelijk onderwijs)*

*Nee, ik doe niks. Ik leef gewoon heerlijk en gezellig en ik laat het over me heen komen. Ik zie wel. Ik ga daar echt niet over nadenken of wat dan ook want dat vind ik niet nodig. Ik zie wel als het zover is en dan kan ik altijd met hulp of zonder hulp maatregelen nemen. Want ik heb echt wel eens dat ik de burens al geroepen heb hoor. (Vrouw, 76, alleenwonend, ongehuwd, Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs)*

Volgens de geïnterviewde professionals schuilt er echter een gevaar in deze geringe anticipatie door ouderen. Vooral het (mogelijk) onderschatten van de eigen kwetsbaarheid en het daarmee overschatten van de zelfredzaamheid zagen zij als een probleem. Dit leidt er volgens hen toe dat ouderen pas om hulp vragen op het moment dat het mis gaat, terwijl veel problemen voorkomen hadden kunnen worden.

*Want weet je, het is gewoon opvallend hoe vaak je ouderen hoort zeggen van: 'Nou het gaat goed.' En bij bijvoorbeeld een blinde mevrouw van 92 met beperkingen, ze zegt: 'Nou, ik doe nog zelf mijn boodschappen, maar als het glad is 's winters dan durf ik het echt niet. Dan is het ook heel risicovol.' Wie doet het dan? Een vriendin van ook in de 90. En zij zegt: 'Ja, het gaat goed. Ik heb niets nodig, het gaat goed.' En toen ik ook vroeg van: 'Ja, maar stel nou dat er iets gebeurt met uw vriendin, wat dan?' Nou, dan echt van, het leek wel alsof ze er nog ooit over na had gedacht. (Lid sociaal wijkteam in grote gemeente)*

### **9. Ouderen vervullen zelf diverse behoeften in het fysieke, psychische en sociale domein**

Ouderen gaven verschillende manieren aan waarop zij hun fysieke gezondheid proberen te behouden, bijvoorbeeld door gezond te eten, in beweging te blijven, medicatie in te nemen en indien nodig hulpmiddelen (zoals stok of rollator) te gebruiken om toch mobiel te blijven en om vallen te voorkomen. De interviews laten verder zien dat ouderen van mening zijn dat de oplossing voor het vervullen van behoeften in het psychische en sociale domein vooral bij hen zelf ligt. Zij vinden dat zij dit uiteindelijk zelf moeten doen en vragen niet graag hulp bij problemen op dit gebied. Afleiding en actief blijven zijn belangrijk, bijvoorbeeld door thuis jezelf bezighouden met hobby's of door juist het huis uit te gaan, (beweeg)activiteiten te ondernemen (bijv. in het buurthuis) en leuke of culturele dingen te doen. Ook is acceptatie van belang: accepteren dat je met het ouder worden niet meer alles kunt, en het accepteren en verwerken van verlies van naasten.

*Nee hoor, nee hoor. Ik heb altijd wel een luisterend oor bij die of gene en ik zoek het zelf op. Ik ga ook nog regelmatig naar de kerk waar je ook weer meer contacten heb. Ik zit in een ouderenbondbestuur. Dus ik, nee hoor. Maar goed, het komt niet op je af, je moet zelf eropuit, zelf initiatieven nemen want niks komt naar je toe. (Vrouw, 74 jaar, alleenwonend, ongehuwd, hoger algemeen voorbereidend onderwijs)*

### **10. Informeel netwerk wordt bij voorkeur niet en anders alleen voor incidentele praktische hulp ingeschakeld**

Afhankelijk van hoe goed het contact is en hoe ver mensen van elkaar vandaan wonen, kan er voor het vervullen van behoeften aanspraak worden gedaan op het sociale netwerk, bijvoorbeeld op kinderen of vrienden. Buren worden soms ook om hulp gevraagd, maar dan is het wel van belang dat er een goede relatie bestaat. Het voordeel van ergens al langere tijd wonen, is dat ouderen mensen in de buurt kennen en dus makkelijker om hulp durven te vragen. Echter, uit de interviews komt ook naar voren dat ouderen niet graag om informele hulp vragen. En als zij om hulp zouden vragen dan zouden zij dat alleen incidenteel willen doen, en dan met name voor dingen als hulp bij administratie, grote schoonmaak, vervoer of aanvraag van voorzieningen of hulpmiddelen.

### **11. Informatie over gezondheid en wonen wordt via verschillende kanalen ingewonnen, maar huisarts is veelal centraal aanspreekpunt**

Ouderen komen op verschillende manieren aan informatie om hun behoeften op het gebied van gezondheid en wonen te vervullen, en antwoorden te vinden op vragen hieromtrent. Sommige ouderen zoeken informatie op het internet, bijvoorbeeld op websites van ouderenbonden of gemeenten. Ook via informatiefolders verspreid door huisartsen, diëtisten, een regionale MEE organisatie (d.w.z. een organisatie voor mensen met een beperking), welzijnswerkers, ouderenbonden, wijkcentra en thuiszorgwinkels vergaren ouderen kennis. Een deel van de geïnterviewde ouderen zoekt informatie via meer formele kanalen, door bijvoorbeeld het bezoeken van de huisarts, een Wmo loket bij de gemeente of door het bezoeken van ouderencentra. Andere ouderen benaderen burens, kinderen of andere familie met vragen over gezondheid en welzijnszaken. Ook via de televisie, kranten en tijdschriften gericht op ouderen laten ouderen zich informeren. Een deel van de geïnterviewde ouderen gaf aan voldoende geïnformeerd te zijn over gezondheid en wonen. Diverse ouderen, zowel laag, midden als hoogopgeleid, gaven ook aan dat de huisarts het eerste aanspreekpunt is bij vragen over gezondheid en welzijnszaken. Deze ouderen verwachtten dat de huisarts kan doorverwijzen naar de juiste informatiebron.

*Nou, dat is gewoon bij mijn huisarts. Ik kom altijd bij mijn huisarts uit en die zal me dus wel eventueel kunnen doorsturen enzo en dat soort zaken. (Vrouw, 76 jaar, alleenwonend, ongehuwd, middelbaar algemeen voortgezet onderwijs)*

Door de lager opgeleide ouderen werd minder gepraat over informatievoorziening. Het leek erop dat deze groep zelf minder actief op zoek is naar informatie dan de ouderen

met een middelbare of een hogere opleiding. Lager opgeleide ouderen hadden het bijvoorbeeld meer over folders die zij in de bus krijgen, terwijl de andere twee groepen ouderen het meer hadden over het zelf bijblijven met gemeentenuws, het lezen van kranten en tijdschriften, het zelf dingen uitzoeken op het internet en het benaderen van organisaties om informatie te krijgen. Verder gaf de laagst opgeleide groep relatief vaak aan informatie te krijgen vanuit het eigen netwerk.

### **Bij welke behoeften zijn volgens ouderen advies, ondersteuning en/of van professionele hulpverleners nodig?**

#### **12. Huisarts en thuiszorg van belang bij het vervullen van behoeften in het fysieke domein**

Diverse ouderen gaven aan tot nu toe weinig hulp nodig te hebben van professionele hulpverleners omdat ze veel (nog) zelf kunnen en willen oplossen (zie ook kernbevinding 9). Mochten er echter fysieke problemen ontstaan dan zouden zij zelf contact opnemen met de huisarts. Hoewel dit enigszins haaks op het voorgaande staat, gaf een deel van de ouderen ook aan het toch wel prettig te vinden als de huisarts hen ook een beetje in de gaten houdt (bijv. regelmatige check bloeddruk, cognitieve gesteldheid etc.).

*En nou ja, ik bedoel, als ik naar de dokter ga dan wil ik dat ze daar aandacht aan besteedt want ik ga niet naar de dokter als het niet nodig is. Ik voel zelf aan mijn lichaam wat ik nodig heb. (Vrouw, 85, alleenwonend, weduwe, lager onderwijs)*

*Onder andere dus mijn huishoudelijke hulp waardoor ik me lichamelijk niet overbelast, dingen moet doen die ik eigenlijk niet kan. En gewoon, ja, goede medische controle. En die nodige hulp van de thuiszorg. [...] Via huisartsen even in de gaten houden gewoon de dingetjes als een bloeddruk, of je niet dementerend wordt, die dingen. (Vrouw, 78, alleenwonend, weduwe, hoger beroepsonderwijs)*

Daarnaast bleek uit de interviews met ouderen dat bij een slechter wordende fysieke gesteldheid, zorg en ondersteuning aan huis belangrijk worden gevonden (bijv. hulp in de huishouding, hulp bij wassen en aankleden). Dergelijke hulp ontvangen ouderen het liefst van een professionele hulpverlener (bijvoorbeeld van de thuiszorg) om hun informele netwerk niet structureel te belasten.

#### **13. Ouderen hebben praktische ondersteuning nodig bij het vervullen van behoeften op het gebied van wonen**

Uit de interviews blijkt dat, ten aanzien van het vervullen van behoeften op het gebied van wonen, vooral praktische ondersteuning van zorg- en dienstverleners gewenst is. Hierbij kan gedacht worden aan vervoer (bijv. hulpmid-

delen, auto, openbaar vervoer, regiotaxi), woningaanpassingen (bijv. verhoogd toilet, beugels in het toilet, bad of douche, traplift), hulp bij huishouden (bijv. schoonmaken en boodschappen doen), onderhoud van huis en tuin, bezorgservices en voorzieningen en afspraken ten behoeve van veiligheid (bijv. goede sloten, extra sleutels voor mensen in het sociale netwerk).

#### **14. Vertrouwensband van belang bij het vervullen van behoeften door zorg- en dienstverleners**

Zowel de geïnterviewde ouderen als professionals gaven aan dat het hebben van een vertrouwensband met degene die bij hen problemen en behoeften opspoorde, en/of hen ondersteunt bij het vervullen ervan, van belang is. In veel gevallen betreft dit de huisarts, POH of wijkverpleegkundige. Verder gaven ouderen aan dat het goed moet klikken met de betreffende persoon en het belangrijk te vinden dat de betreffende persoon naar de mens als geheel kijkt en niet alleen naar de klacht. Tevens noemden ouderen het te waarderen als de zorgverlener de tijd neemt en mensen uitnodigt voor een vervolgesprek als er een “niet-pluis” gevoel is.

*Het is gewoon, iemand die je al kent, waar je al een bepaalde band mee hebt, daar vraag je makkelijker hulp aan dan aan iemand die je niet kent. [...] En daar zie ik dus ook een hele belangrijke rol dus voor een huisarts. (Vrouw, 78 jaar, alleenwonend, weduwe, hoger beroepsonderwijs)*

*Dus ze maakt eigenlijk een plan waarvan ze denkt: ‘Dat is nodig’ maar dan passeert ze me niet, dus ze zegt eigenlijk altijd wat ze dan gaat doen en dat vind ik mooi. Je wordt in je waarde gelaten en dat vind ik belangrijk (Man, 87, alleenwonend, weduwnaar, wetenschappelijk onderwijs)*



*Als het buiten stormt, door Marius van Dokkum ©2005 Art Revisited, Tolbert*



*Ja, ik herken dat continuïteit heel belangrijk is. Voor iedereen denk ik, dat is niet specifiek van ouderen, maar misschien ouderen meer, naarmate je netwerk kleiner is, dat ook die vertrouwdheid wel nog belangrijker wordt. (Beleidsmedewerker Wmo van grote gemeente)*

## **Wat is er volgens professionals nodig om initiatieven rondom vroegopsporing beter te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen?**

### **15. Besteed meer aandacht aan behoeften in het psychische en sociale domein**

Professionals zijn van mening dat de wensen en behoeften van ouderen in het psychische en sociale domein (met name rondom zingeving, erkenning en sociale contacten) nog onvoldoende aandacht krijgen binnen de huidige initiatieven op het gebied van vroegopsporing. Ouderen moeten volgens de professionals in staat kunnen blijven om hun sociale contacten te onderhouden en in de maatschappij mee te kunnen blijven doen, juist ook wanneer zij daar zelf barrières in ervaren.

*Toch wel de eenzaamheid, de betrokkenheid. Dat je deel uitmaakt nog van de samenleving. Ik denk dat dat voor mensen heel erg belangrijk is. En je kan pas deel uitmaken als je natuurlijk mobiel bent en geestelijk goed bent en je hebt een netwerk. (Huisarts en initiator project verbinden formele en informele zorg, dorp)*

### **16. Zet vroegopsporing in rondom kantelpunten, maar liever ook eerder**

Kantelpunten, dat wil zeggen (levens-)gebeurtenissen waarbij de kwetsbaarheid van ouderen en/of hun behoefte aan zorg en ondersteuning kunnen toenemen, die door professionals genoemd worden zijn een (plotselinge) ziekenhuisopname, het verlies van een naaste, een (soms gedwongen) verhuizing, een verandering van wet- en regelgeving rondom zorg en ondersteuning, een verminderde cognitie, een valincident of het verlies van een mantelzorger. De professionals vinden dat dit de momenten zijn om extra alert te zijn, en aangrijpingspunten voor vroegopsporing zouden kunnen zijn. Ook werd in dit kader nog genoemd dat sommige groepen (bijv. migranten, mensen met een lage sociaal-economische status of mensen met psychische problematiek) al op een eerdere leeftijd kwetsbaar kunnen worden en dat problemen en risico's bij deze groepen wellicht eerder gesignaleerd en besproken moeten worden.

De geïnterviewde professionals achten het verder van belang dat ouderen zich bewust worden van het feit dat zij tijdig moeten nadenken over eventuele problemen waar ze in de toekomst tegenaan kunnen lopen, zodat zij zich daar

beter op kunnen voorbereiden. Jongere ouderen zijn in hun ogen doorgaans nog flexibel genoeg om bijvoorbeeld te verhuizen of ergens een (nieuw) sociaal netwerk op te bouwen. Een enkele professional noemde in dit kader specifiek de pensioengerechtigde leeftijd als geschikt momentum voor vroegopsporing. Hierbij is dus eerder sprake van het informeren van ouderen en het creëren van bewustwording dan echt het op dat moment opsporen van problemen en risico's.

*Nou, dan kom je er eigenlijk op uit dat hoe kwetsbaarder die oudere wordt, hoe minder de oudere het vermogen heeft zelf proactief de wijk in te gaan om zelf zijn sociale netwerk te vergroten, dus zijn wij in onze missie heel erg gaan zitten op die oudere die het arbeidsproces verlaat en nog geen gezondheidsklachten heeft. Want die is fit en vitaal en is... zou in alle vlakken in staat moeten zijn, zijn netwerk te vergroten en die moet dus gestimuleerd worden dat te doen voordat diegene te kwetsbaar is om dat nog zelf actief te doen. (Projectleider zorg VVT-organisatie en leider van project rondom opbouwen sociale netwerken voor ouderen, grote gemeente)*

### **17. Zoek de verbinding en houd het laagdrempelig en persoonsgericht**

Professionals zien, net als de ouderen, een duidelijke rol voor eerstelijnszorg en thuiszorg ten aanzien van vroegopsporing. Daarbij is het wel van belang wie de huisbezoeken doet. Vanuit de interviews met de ouderen weten we dat ze niet zomaar een wildvreemde over de vloer willen krijgen en dat er wel eerst sprake moet zijn van een kennismaking en een eventueel op te bouwen vertrouwensband. Een deel van de professionals en ouderen zien wel wat in huisbezoeken door een huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts of wijkverpleegkundige of in een soort periodieke monitoring.

*Wat de huisartsen nu niet meer doen, wat ze vroeger wel deden, zijn die sociale huisvisites, dat je gewoon eens in de drie maanden eens bij iemand gaat kijken. Dat zou ook iets zijn. Gewoon alleen maar om te kijken 'hoe gaat het?' (Huisarts en initiator project verbinden formele en informele zorg, dorp)*

Daarnaast vinden professionals het van belang om samen met de oudere te bepalen welke eventuele behoefte het eerste aangepakt moet worden en op welke wijze.

*En als het gaat ook vanuit onze rol dan denk ik dat, waar wij nog kansen zien, is toch nog meer, nog beter die differentiatie aansluiten bij de behoeften. De informatievoorziening, daar zien we repeterend een rol in, in het aanbrengen van, in het bevorderen van integraliteit in werk en kijken. En vooral ook samen met ouderen werken. (Beleidsmedewerker Wmo van grote gemeente)*

Verder werd door alle geïnterviewde professionals genoemd dat vroegopsporing zoveel mogelijk in de wijk of

buurt van de oudere zelf georganiseerd moet worden, daarbij gebruik makend van bestaande structuren.

Er wordt nu vaak te weinig informatie tussen betrokken partijen uitgewisseld en samengewerkt waardoor signalering bemoeilijkt wordt. Dit houdt in dat (nog) meer de verbinding tussen preventie, zorg en welzijn binnen de wijk gelegd moet worden, maar ook moet worden samengewerkt en gecommuniceerd met mensen uit het sociale netwerk van ouderen. Soms wordt dit al gedaan door middel van de inzet van een ‘spil’ in de wijk. Deze ‘spil’ is een professional die zich enerzijds laat informeren door sleutelfiguren (bijv. bakker, caissière in de supermarkt, de wijkregisseur of iemand die al lang in de wijk woont) over mensen die wellicht extra aandacht of hulp nodig hebben en anderzijds de benodigde contacten legt tussen professionals en informele zorgverleners. Verder moet het aanbod vrijblijvend en laagdrempelig zijn en moet men oog hebben voor de individuele wensen en behoeften van ouderen. Professionals zien het als één van de grootste valkuilen van de huidige initiatieven voor vroegopsporing dat nu nog teveel vanuit het aanbod wordt geredeneerd en te weinig rekening wordt gehouden met de diversiteit van wensen en behoeften binnen de groep ouderen. Zorg- en dienstverleners (inclusief vrijwilligers) moeten getraind worden om het gesprek dusdanig aan te gaan dat zij de specifieke behoefte of vraag van ouderen boven tafel krijgen. Vervolgens kunnen zij de oudere voorzien van relevante informatie over bijvoorbeeld het zorgaanbod of sociale activiteiten. Hierbij is het van belang dat zij de keuze om wel of niet op het aanbod in te gaan aan de oudere zelf laten.



Zoals de ouderen zongen, door Marius van Dokkum ©2005  
Art Revisited, Tolbert

*“Dus één centrum waarin zorg en welzijn dicht bij elkaar zitten, maar waar vooral de burgers zelf van alles en nog wat kunnen doen. Op het gebied van bewegen, lezen, dansen, eten, actie, koken, voeding moeten we natuurlijk meepakken. [...] En dan heb je ook die signaleringsfunctie. Want dan weet die vrijwilliger die daar werkt dat jij misschien niet gekomen bent of verward bent of er anders uitziet. Dus dat lijkt mij eigenlijk niet zo heel ingewikkeld en wel heel veel opleveren.” (Huisarts en docent kaderopleiding ouderengeneeskunde)*

Daarnaast zien professionals ook andere informele settings als geschikte vindplaatsen voor vroegopsporing. Hierbij worden plekken waar ouderen al komen of die in ieder geval laagdrempelig zijn genoemd zoals een buurthuis, bibliotheek, moskee/kerk, supermarkt of wijkcentrum. Ook ziet men desgevraagd wel wat in kleinschalige woonvormen waar ouderen bij elkaar kunnen wonen, faciliteiten gezamenlijk kunnen gebruiken en zo elkaars sociale vangnet vormen.

#### **18. Schenk aandacht aan doelgroepen die nu nog buiten de boot vallen**

Professionals noemden een aantal doelgroepen die volgens hen binnen de huidige initiatieven op het gebied van vroegopsporing nog grotendeels gemist worden. Hierbij werden vooral oudere migranten en ouderen met een lage sociaaleconomische status genoemd. Voor deze groepen werden ook zaken als culturele verschillen, laaggeletterdheid en beperkte financiële middelen aangekaart. Hiermee dient rekening te worden gehouden bij de inzet van vroegopsporing. Zo kan via de moskee contact worden gelegd met migranten of kan in plaats van schriftelijk voorlichtingsmateriaal een filmpje gebruikt worden voor voorlichting (eventueel in de betreffende moedertaal). Sleutelfiguren uit het eigen netwerk zijn daarbij een belangrijke ingang.

*Dus ja, in mijn ideale samenleving; misschien moeten we die doelgroepengedachte ook niet heel sterk naar voren laten komen, maar je wil natuurlijk toch in je beleidsstuk je ergens op richten en dan zou ik inderdaad de lage SES 60-plus doen. (Huisarts en docent kaderopleiding ouderengeneeskunde)*

*Kijk, een moskee is een eerste dat je af en toe voorlichting kunt geven aan de ouderen van: ‘Hier kunnen jullie om vragen. Het mooiste zou zijn als uw kinderen dat doen, maar als die het niet doen of kunnen doen, geef het daar dan aan’, dat ze ook de bewustwording bij die mensen: ‘U heeft daar ook recht op’, dat ze dat wel zelf ook bewust zijn en aangeven. (Bestuurder thuiszorgorganisatie gericht op migranten en specialist ouderengeneeskunde, grote gemeente)*

Daarnaast werden groepen die ‘buiten de maatschappij staan’ genoemd zoals zorgmijders, mensen met psychiatrische problematiek en mensen zonder enig sociaal netwerk. Deze groepen zouden opgespoord kunnen worden via gesprekken met sleutelfiguren in de wijk, aangezien zij meestal wel weten welke ouderen dit betreft.

*En naarmate mensen meer geïsoleerd leven, dat is echt een zichzelf versterkend proces, wordt het steeds moeilijker om daar toegang toe te vinden en toe te krijgen omdat het ook een soort overlevingsstrategie is geworden om zich af te keren van de maatschappij en alle zorg en hulpverlening te mijden. (Onderzoeker op gebied van sociaal kwetsbare ouderen)*

Ook werden mantelzorgers genoemd als doelgroep waar meer aandacht aan besteed kan worden. Verder werd een enkele keer een andere groep genoemd waaronder hooggeleiden, homoseksuele ouderen, weduwnaars en oude ouderen die nog geen zorg of ondersteuning krijgen.

### **19. Burgers kunnen ook een rol spelen bij het signaleren en vervullen van elkaars behoeften**

De geïnterviewde professionals pleiten voor het activeren en mobiliseren van ouderen en andere buurtbewoners om elkaar te helpen. Uit de interviews met ouderen blijkt dat dit niet altijd vanzelfsprekend is. Zij gaven aan niet altijd contact te hebben met hun burens of niet verder te komen dan elkaar gedag zeggen. Zorg- en dienstverleners (inclusief vrijwilligers) kunnen ouderen ondersteunen bij het verkrijgen van contacten in de buurt, bijvoorbeeld door middel van een gesprek en vraagverheldering en het dan bij elkaar brengen van mensen in de buurt. Hierbij werden voorbeelden genoemd van ouderen die na bemiddeling op een basisschool gaan voorlezen, een wandelclubje starten of geholpen worden met de boodschappen door een buurtbewoner.

*Nou, weet je, hulp bij familie of vrienden, het is eigenlijk, Nederland is zich helemaal ineens daarop gaan focussen. Vroeger was het altijd vanzelf en in vele van onze culturen is het ook vanzelf, maar het probleem, denk ik, of hier in Nederland zelf, ik zie mijn burens amper. Denk je dat als ik iets nodig heb dat ik bij hun ga bellen? Nee, dat doe je niet. (Vrouw, 61, alleenwonend, ongehuwd, hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs)*

*En, ja eigenlijk vind ik het werken aan die sociale betrokkenheid en het zoeken naar manieren om weer iets meer van elkaar, ja, ons om elkaar te bekommeren, dat dat een preventieve aanpak is. Want daarmee voorkom je dat mensen tien jaar in hun woning dood liggen zonder dat iemand het ooit heeft opgemerkt. (Onderzoeker op gebied van sociaal kwetsbare ouderen)*

*Ik denk dat we als samenleving meer naar elkaar moeten omkijken. Kijk ook eens hoe het met je buurvrouw gaat. Of je buurman. En ik denk dat dat als zodanig, meer aandacht aan besteden en dan hoeft je helemaal geen ingewikkelde dingen te doen. En als het glad is, bij wijze van spreken, zet dan een klink voor hun buiten of ga kijken of ze wel brood in huis hebben. Het zijn maar hele kleine dingen vaak. (Huisarts en initiator project verbinden formele en informele zorg, dorp)*

### **20. Gebruik e-health zowel voor oudere als professional bij vroegopsporing**

De professionals zijn het er over eens dat inzet van e-health vooral geschikt is voor de toekomstige en jongere ouderen (bijv. voor valpreventie, digitale zelftests en screeningsinstrumenten, het onderhouden van sociale contacten, het maken van virtuele uitstapjes via de computer en tablet) en minder voor de oudere ouderen. Ook kan e-health ingezet worden voor de professionals. Een aantal toepassingen dat in het kader van vroegopsporing genoemd werd, zijn e-mailconsulten, beeldbellen en het ontsluiten van informatie over de sociale kaart en zorgaanbod. Wanneer ouderen werd gevraagd naar de mogelijkheden van e-health, ging het met name om de inzet van technologische hulpmiddelen zoals persoonsalarmering of het gebruik van digitale hulpmiddelen voor het onderhouden van sociale contacten. Ouderen gingen zelf niet in op e-health toepassingen in relatie tot vroegopsporing.

*Dat zijn hele praktische dingen van als mensen zich een tijdje wat somber voelen dan kun je makkelijk [via internet] een testje doen van 'zit ik in de gevarenzone of niet?' Datzelfde geldt voor alcoholgebruik, voor voeding, voor noem het maar op. Er zijn een heleboel onderwerpen waarin je zelfmanagement en het zelf vaststellen van je eigen risico's, ja, heel makkelijk zelf kan doen. (Directeur grote thuiszorgorganisatie)*

## **Reflectie en aanbevelingen**

Hieronder reflecteren we op de kennis die in dit project is opgedaan en beschrijven we de lessen die hieruit getrokken kunnen worden. Waar mogelijk doen we aanbevelingen die aanbieders en betrokkenen bij initiatieven voor vroegopsporing (bijv. gemeenten, huisartsenpraktijken, welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, ouderenorganisaties) kunnen helpen om meer gerichte keuzes te maken betreffende vroegopsporing.

### **1. Redeneer vanuit de vraag niet vanuit het aanbod**

De wensen en behoeften van ouderen liggen, zo laat dit onderzoek zien, op verschillende levensdomeinen en zijn heel divers. Dit onderzoek laat tevens zien, evenals eerder onderzoek (bijv. Peeck en Vink, 2016), dat er desalniettemin vaak te weinig rekening wordt gehouden met deze diversiteit en dat er nog te veel vanuit het aanbod wordt geredeneerd. Om vroegopsporing beter aan te laten sluiten op de wensen en behoeften van ouderen wordt zorg- en dienstverleners aanbevolen om meer rekening te houden met wat ouderen zelf willen, en te kiezen voor een persoonsgerichte aanpak. Dat betekent dat professionals in overleg met de oudere zelf en eventueel diens mantelzorger, bespreken of en wat er nodig is en welke behoefte(n) wanneer en op welke wijze kan worden opgepakt. Hierbij is

het van belang dat goed gekeken wordt wat “de vraag achter de vraag” is. De oplossing voor een bepaalde behoefte (bijv. meer sociale contacten) kan soms liggen in een ander domein (bijv. zorgen dat iemand weer mobiel wordt) dan in het domein waarin de behoefte geuit wordt. Belangrijke randvoorwaarden hierbij zijn dat professionals hiertoe de benodigde competenties bezitten, zoals het kunnen toepassen van bepaalde gesprekstechnieken (bijv. motivational interviewing), en oog hebben voor het sociale domein naast het medische domein. Daarnaast is het van belang dat er een vertrouwensband is tussen betrokken professionals en/of vrijwilligers enerzijds en ouderen anderzijds.

## **2. Ga uit van wat ouderen nog wel kunnen**

Om vroegopsporing beter aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van ouderen, wordt betrokkenen verder aanbevolen om, aansluitend bij concepten als positieve gezondheid (Huber et al. 2016) en nieuwe zorgfilosofieën als “reablement” (Kjerstad en Tuntland, 2016; Tessier et al. 2016) en “function focused care” (Resnick en Galik 2013), aandacht te besteden aan wat ouderen nog wel kunnen en graag willen doen. De aandacht kan dan bijvoorbeeld gericht worden op het stimuleren van activiteiten en/of (opnieuw) aanleren van vaardigheden in relatie tot belangrijke randvoorwaarden die ouderen benoemen om zelfstandig te kunnen blijven wonen (bijv. cognitieve gezondheid, mobiliteit, praktische ondersteuning bij het huishouden, tuin of administratie), alsook in relatie tot belangrijke behoeften van ouderen waaronder sociale contacten, zingeving en waardigheid. Professionals wordt hierbij aanbevolen om rekening te houden met de omgeving van ouderen (bijv. familie, vrienden, burens, kerk, moskee), zowel met de rol die de omgeving kan spelen in het realiseren van de zaken die ouderen graag willen doen als met de invloed die de omgeving kan hebben op het gedrag en keuzes van ouderen.

## **3. Verbeter de informatievoorziening aan ouderen**

Dit onderzoek heeft laten zien dat ouderen op diverse plekken informatie zoeken over gezondheid en wonen. Informatie is vaak versnipperd (bijv. het internet, verschillende professionals, informeel netwerk) en niet voor iedereen goed toegankelijk. Het zoeken van informatie op het internet is bijvoorbeeld nog niet voor alle ouderen weggelegd. Dus naast het digitaal verstrekken van informatie, blijven ook mondelinge informatieoverdracht en folders of brochures van belang. In de informatievoorziening kan ook aandacht besteed worden aan het creëren van bewustwording, bijvoorbeeld over de noodzaak om al of niet te verhuizen naar een levensloopbestendige woning

en een meer passende woonomgeving. Websites zoals [www.langzultuwonen.nl](http://www.langzultuwonen.nl) kunnen ouderen helpen om na te gaan of en welke veranderingen er nodig zijn in huis om daar op een veilige wijze te kunnen blijven wonen. Daarnaast, ook met het oog op de wens van ouderen om de regie in eigen hand te houden, kunnen ouderen gewezen worden op mogelijkheden die er zijn om zélf aan vroegopsporing te doen. In Nijmegen is bijvoorbeeld het Easycare self-assessment instrument voor ouderen ontwikkeld. Aan de hand van een aantal vragen worden ouderen gestimuleerd om te kijken naar hun gezondheid, welzijn en wonen, en om na te denken over of er dingen zijn die zij anders zouden willen doen of zouden willen aanpakken (Netwerk 100, 2016). Hierbij dient echter wel te worden opgemerkt dat, zoals dit onderzoek heeft laten zien, een deel van de ouderen niet wil anticiperen op de toekomst en daarom mogelijk ook niet zal openstaan om met dergelijke instrumenten aan de slag te gaan.

## **4. Verken met ouderen de mogelijkheden voor het inschakelen van informele hulp**

Professionals wordt aanbevolen om met ouderen en diens naaste(n) in gesprek te gaan om te verkennen wie ten aanzien van welke behoefte welke rol kan vervullen; wat kan en wil de oudere zelf, welke hulpmiddelen zijn eventueel nodig, wat kunnen mensen uit het informele netwerk doen en wat kunnen professionals hierin betekenen? Ouderen lijken terughoudend en selectief te zijn in het vragen van hulp aan hun informele netwerk (met uitzondering van partners), zo blijkt uit dit onderzoek. Lichte hulp, zoals hulp bij administratie, hand- en spandiensten in huis en het regelen van allerlei zaken, wordt veelal wel van kinderen geaccepteerd. Het verdere informele netwerk (o.a. burens, vrienden) wordt echter bij voorkeur alleen incidenteel ingeschakeld, en dan met name voor praktische zaken. In een aantal gemeenten lopen projecten om de sociale cohesie in de wijk te versterken en daarmee de vraag en aanbod van informele hulp te stimuleren. Voorbeelden hiervan zijn ‘Samen in de Stad’ in Utrecht (<http://www.u-centraal.nl/sociale-contacten/samen-in-de-stad/>) en ‘Even Buurten’ in Rotterdam (<http://www.rotterdam.nl/evenbuurten>). Hierbij kan het wel van belang zijn om uit te leggen wat informele hulp inhoudt. Eerder onderzoek heeft namelijk laten zien dat veel mensen bij de term ‘informele hulp’ aan zwaardere vormen van hulp denken, zoals persoonlijke verzorging, en dat men zich niet altijd realiseert dat informele hulp ook om relatief kleine dingen kan gaan (de Klerk et al. 2014). Daarnaast kunnen ouderen, afhankelijk van de mate waarin zij gewend zijn om met het internet om te gaan, in aanraking worden gebracht met initiatieven als [www.wehelpen.nl](http://www.wehelpen.nl), [www.zorgvoorelkaar.nl](http://www.zorgvoorelkaar.nl) of [www.handjehelpen.nl](http://www.handjehelpen.nl), waarmee zij zelf hulp in hun buurt kunnen zoeken of aanbieden.

## 5. Verbeter samenwerking en afstemming tussen verschillende initiatieven voor vroegopsporing

Dit en eerder onderzoek (De Bruin et al. 2014) hebben laten zien dat zorg- en hulpverleners vanuit verschillende settings (bijv. huisartsenpraktijk, thuiszorgorganisatie, welzijnsorganisatie, ziekenhuis, tandartspraktijk, vrijwilligersorganisatie) aan vroegopsporing kunnen doen. Ook het sociale netwerk van ouderen en informele vindplaatsen (bijv. bibliotheek, kerk, moskee, supermarkt, wijkcentrum) kunnen een belangrijke rol spelen bij het signaleren van ouderen die mogelijk problemen hebben of krijgen op het gebied van gezondheid en wonen. Samenwerking en afstemming binnen en tussen deze organisaties en settings is echter veelal gering; niet alleen omtrent vroegopsporing maar ook omtrent het leveren van zorg en ondersteuning. Een mogelijke barrière hierbij is dat vroegopsporing/preventieve ouderengezondheidszorg vanuit verschillende wetten gefinancierd wordt (Wet publieke gezondheid, Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning). Het gevolg kan zijn dat betrokken partijen (o.a. gemeenten, zorgaanbieders, vrijwilligers en zorgverzekeraars) langs elkaar heen werken en signalen missen, of dat ouderen niet goed weten waar ze terecht kunnen en door verschillende instanties worden benaderd die allemaal op hun eigen gebied risico's en problemen opsporen. Er wordt dan ook gepleit voor een betere verbinding tussen preventie, zorg en welzijn en dan vooral op wijk- of buurtniveau, en duidelijke afspraken over wie ten aanzien van welke vraag of behoefte van ouderen welke verantwoordelijkheden heeft. Het is wenselijk dat professionals die door ouderen als belangrijke sleutelfiguren worden gezien, zoals de huisarts, bij vroegopsporing betrokken zijn. Naast de eerstelijnszorg is ook afstemming met de tweedelijnszorg van belang. Enerzijds om acute zorgvragen te voorkomen, anderzijds om ervoor te zorgen dat mensen na ziekenhuisopname goed naar de thuissituatie begeleid worden. Om een meer samenhangende aanpak te bewerkstelligen, is het van belang dat dit thema geagendeerd wordt bij de verschillende betrokken partijen, en dat besproken wordt wat ervoor nodig is om samenwerking en afstemming te verbeteren. Is regievoering op vroegopsporing bijvoorbeeld wenselijk, en wie zou een geschikte regievoerder kunnen zijn? Tevens is het van belang dat verschillende betrokken partijen elkaar weten te vinden en (leren) kennen, en bovendien van elkaar weten wie wat signaleert, hoe met signalen richting anderen moet worden omgegaan en welke signalen bij wie kunnen worden neergelegd. Op dit gebied lopen al meerdere projecten, bijvoorbeeld 'Even Buurten' in Rotterdam, 'Samen in de Stad' in Utrecht en 'Wedde dat het lukt' in Wedde (<https://sites.google.com/site/weddelukt/>). Gemene deler van deze projecten is dat een specifiek persoon in de wijk (of het dorp) verantwoordelijk is voor het opvangen van signalen, het hiermee identificeren van mogelijk hulpbehoevende ouderen, het

inventariseren van de behoeften van deze ouderen en het mobiliseren van partijen voor het inzetten van zorg en ondersteuning. Hierbij worden niet alleen professionele, maar juist ook informele hulpverleners ingeschakeld. Binnen dergelijke projecten zijn verschillende instrumenten ontwikkeld (bijv. de Toolbox Even Buurten (Goumans et al. 2013), inclusief aanbevelingen voor het ontwikkelen van een sociale kaart, leggen van verbindingen in de buurt). Gezien hun verantwoordelijkheden in het kader van artikel 5a van de Wet Publieke Gezondheid betreffende de uitvoering van ouderengezondheidszorg (incl. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding) wordt gemeenten aanbevolen om instrumenten, zoals een sociale kaart, ook voor ouderen toegankelijk te maken, zodat zij eenvoudig kunnen nagaan waar ze wanneer met welke vragen terecht kunnen.

## 6. Besteed aandacht aan moeilijk bereikbare groepen

In dit onderzoek werd aangegeven dat een aantal groepen onvoldoende aan bod komt in huidige initiatieven rondom vroegopsporing. Deze groepen zouden meer aandacht moeten krijgen mede omdat zij meer risico's lopen dan andere groepen ouderen en/of op jongere leeftijd kwetsbaar worden (Van Oostrom et al. 2016). Zowel dit onderzoek, maar ook eerdere studies hebben laten zien dat dit onder andere ouderen betreft met een lage sociaal-economische status, oudere migranten, ouderen met een beperkt sociaal netwerk en ouderen die buiten de maatschappij staan door bijvoorbeeld psychische problematiek (Schellingerhout 2004; Van Wieringen 2014; Machielse 2015; Peeck en Vink 2016). Hierbij is het van belang, zoals ook deels benoemd door Doekhie et al. (2014), rekening te houden met eventuele laaggeletterdheid, culturele verschillen, financiële problemen en/of zorgmijndend gedrag. Betrokkenen bij vroegopsporing wordt daarom aanbevolen om goed na te denken over welke doelgroep zij met hun initiatief willen bereiken en op welke wijze, en hoe zij eventueel benodigde zorg en ondersteuning goed bij de vraag en behoeften kunnen laten aansluiten. Hierbij kan bijvoorbeeld samengewerkt worden met migrantenorganisaties, in de zorg werkzame migranten of vrijwilligers. Daarnaast zal toekomstig onderzoek kunnen helpen om meer zicht te krijgen op de wensen en behoeften van moeilijk bereikbare groepen, en hoe vroegopsporing hierop kan worden afgestemd.

## 7. Een aantal dilemma's is niet één-twee-drie op te lossen

De gewenste persoonsgerichte en vraaggestuurde aanpak rondom vroegopsporing brengt spanning met zich mee. Immers, problemen en risico's die professionals signaleren en graag zouden willen adresseren, kunnen door ouderen als niet urgent worden gezien om aan te pakken.

Deze discrepantie tussen ouderen en professionals is niet één-twee-drie op te heffen, maar voor betere inzet van vroegopsporing is wel van belang dat betrokkenen bij initiatieven voor vroegopsporing zich hiervan bewust zijn. Daarnaast zullen toekomstig onderzoek en verdere ervaringen met vroegopsporing moeten uitwijzen hoe het beste met deze spanning kan worden omgegaan. Een ander dilemma dat blijft bestaan, is wanneer en bij wie het zinvol is om vroegopsporing in te zetten. De visie van ouderen en professionals loopt wat dit betreft uiteen. Diverse ouderen willen graag zelf de regie voeren en geven aan goed in staat te zijn om eventuele problemen zelf aan te kaarten op het moment dat deze spelen. Zij zien daarom niet altijd het nut en noodzaak in van anticiperen op mogelijke toekomstige problemen, en kunnen vroegopsporing als “betuttelend” ervaren. Professionals zijn echter van mening dat er een gevaar schuilt in deze beperkte anticipatie op de toekomst, en dat het van belang is om vroegopsporing in te zetten op het moment dat ouderen nog niet kwetsbaar zijn, zodat problemen in de toekomst mogelijk voorkomen kunnen worden. Op een dergelijk moment, bijvoorbeeld rondom de pensionering, zou met ouderen in gesprek kunnen worden gegaan om na te gaan waar zij zelf aandacht aan kunnen en willen besteden en waar eventueel ondersteuning bij nodig is (en evt. een preventief aanbod kan worden geboden). Anderzijds wordt er ook aangegeven dat vroegopsporing met name zou moeten worden ingezet op momenten waarop ouderen al meer kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld rondom kantelpunten in de gezondheid en het zelfstandig kunnen blijven wonen (bijv. ziekenhuisopname, verlies van een naaste/mantelzorger, verhuizing, verminderde cognitie, valincident, verandering van wet- en regelgeving rondom zorg en ondersteuning). Echter, ook hier geldt dat er nog steeds ouderen zullen zijn die op een dergelijk moment onvoldoende openstaan voor vroegopsporing. Hoewel deze kantelpunten volgens een deel van de professionals aangrijpingspunten voor betere timing van vroegopsporing, blijft vroegopsporing maatwerk en wordt aanbevolen om, waar mogelijk, per persoon te kijken wat op welk moment het meest passend en gewenst is.



Rondje 80, door Marius van Dokkum ©2005 Art Revisited, Tolbert

## Referenties

- De Bruin SR, Lette M, Baan CA, Van den Berg M. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen (factsheet). 2014, RIVM: Bilthoven.
- De Klerk M, De Boer A, Kooiker S, Plaisier I, Schyns P. Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. 2014, SCP: Den Haag.
- De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Verté D, Schols JMGA. Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. *European Geriatric Medicine*, 2013; 4(4): 248-254.
- Doekhie KD, De Veer AJE, Rademakers JDDJM, Schellevis FG, Francke AL. Overzichtstudies. Ouderen van de toekomst, verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. 2014. Nivel: Utrecht.
- Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen. RIVM-rapportnummer: 2015-0076. 2015, RIVM: Bilthoven.
- Forder JE en Caiels J. Measuring the outcomes of long-term care. *Social Science & Medicine*, 2011; 73: 1766-74.
- Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Determinants of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2010; 11(5): 356-64.
- Goumans MJB, Bonsel GJ, Van Rijckevorsel J. Toolbox Even Buurten: een integrale wijkaanpak voor kwetsbare ouderen in Rotterdam. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2013.
- Huber M, Van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 2016; 5:e010091.
- Kjerstad E. en Tuntland H.K. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*, 2016; 6(15):"
- Machielse A. Ouderen in sociaal isolement, ervaren baat van hulp. 2015. Movisie: Utrecht.
- Milte CM, Walker R, Luszcz MA, Lancsar E, Kaambwa B, Ratcliffe J. How important is health status in defining quality of life for older people? An exploratory study of the views of older South Australians. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2013; 12: 1179-896.
- Netten A, Burge P, Malley J, Potoglou D, Towers A-M, Brazier J, et al. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, 2012; 16(16).
- Netwerk 100. Als ik ouder word: het leven van alledag. 2016. Netwerk 100: Nijmegen (<http://alsikouderword.nu/>).
- Peeck C en Vink J. Een leven lang vitaal. Eindrapport project ouderen&preventie. 2016. Schuttelaar en partners: Den Haag.
- Resnick B en Galik E. Using function-focused care to increase physical activity among older adults (review). *Annual review of nursing research*, 2013; 31: 175-208.
- Schellingerhout R (red). Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. 2004. SCP: Den Haag.
- Tessier A, Beaulieu MD, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of reablement: A systematic review. *Healthcare Policy*, 2016; 11(4): 49-59.
- Van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen APD, Rand SE, Towers A, Smith NJ, et al. Dutch translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015<sup>a</sup>; 13(1): 56. DOI:10.1186/s12955-015-0249-x.
- Van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen APD, Hoogendijk EO, van Tulder MW, van der Horst HE, et al. Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and SCOT in frail older adults. *Value in Health*, 2015<sup>b</sup>; 18: 35-43.
- Van Oostrom S en Spijkerman A. Ouderen van nu en straks deel 2: een terugblik voor kwetsbaarheid en de samenhang met multimorbiditeit (factsheet). 2016, RIVM: Bilthoven.
- Van Wieringen J. Wie zorgt voor oudere migranten? De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf. 2014. Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen: Utrecht.



## Meer informatie

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het RIVM, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg: Simone de Bruin (simone.de.bruin@rivm.nl).

**Auteurs:** Simone de Bruin, Lidwien Lemmens, Manon Lette, Yvette Buist, Annerieke Stoop, Caroline Baan

**Opdrachtgever:** Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

juli 2016

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
www.rivm.nl

*De zorg voor morgen begint vandaag*