

# Gerōn

Tijdschrift over  
ouder worden  
& samenleving



Nóg langer  
thuis wonen als  
gezamenlijke  
opgave

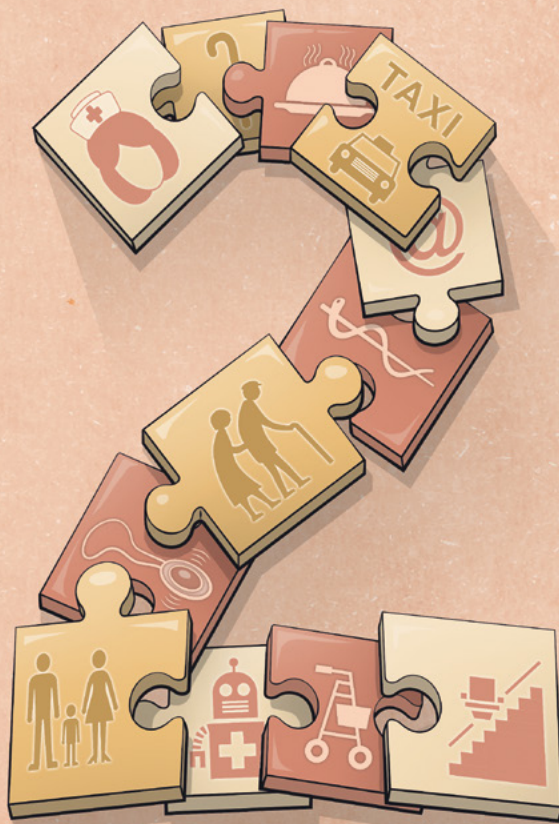
– Henk Nies

Thuis voelen, daar  
gaat het om

– Katrien Luijckx

Uw huisarts  
als coach en  
teampayer

– Annet Wind



**THEMA**  
**LANGER THUIS**

# Gerōn

Tijdschrift over  
ouder worden  
& samenleving

#2 | Juni 2015 | jaargang 17

Gerōn is een tijdschrift over ouder worden in de moderne samenleving, met informatie en opinies uit praktijk, beleid en wetenschap. Gerōn is een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.

## REDACTIE

- Max de Coole, sociaal gerontoloog, Groesbeek – hoofdredacteur
- Ellen van Houdenhove, stafmedewerker psychosociale gerontologie, Brussel
- Inge Klück, beleidsmedewerker Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, Gemeente Rotterdam
- Jan Willem van de Maat, Movisie, Utrecht
- Els Messelis, Opleidingscoördinator Seniorenconsulentenvorming, Brussel
- Arie Stolk, voormalig directeur De Burcht, Amsterdam
- Lieve Vanderleyden, senior researcher Studiedienst van de Vlaamse Regering, Brussel
- Toon Verlaan, sociaal gerontoloog, Leiden
- Joost van Vliet, teamleider Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool, Den Haag
- Angélique van Vondelen, Woordwaarde teksten & vertalingen, Utrecht – eindredacteur
- Ria Wijnen, gerontoloog, Gilze
- Henk Bakkerode, voormalig directeur Ouderenbeleid, min. VWS, Den Haag
- Laura Christ, sociaal gerontoloog, Brummen
- Jan Coolen, directeur Cordaan Zorgondersteuning, Amsterdam
- Liesbeth de Donder, Vrije Universiteit, Brussel
- Mirjam de Klerk, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag
- Kees Penninx, Activage, Amersfoort
- Carolien Smits, Hogeschool Windesheim, Zwolle
- Fleur Thomése, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Gerben Westerhof, Universiteit Twente, Enschede

## REDACTIESECRETARIAAT

- E-mail: [geron@bsl.nl](mailto:geron@bsl.nl), t.a.v. Wendy Werner

## REDACTIERAAD

- Jan Baars, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht

## STICHTING GERŌN

- Joop J. Belderok (voorzitter), sociaal gerontoloog, Loppersum
- Tineke Fokkema (bestuurslid), senior onderzoeker NIDI, Den Haag
- Sjoerd van der Weide (penningmeester), Koog aan de Zaan

## NVG KNOWS

Gerōn komt tot stand in samenwerking met NVG KNOWS ([www.nvgerontologie.nl](http://www.nvgerontologie.nl)). Leden van NVG KNOWS ontvangen het tijdschrift viermaal per jaar.

# Langer Thuis

Wie nu oud wordt weet het, het verzorgingshuis is geen optie meer. Het devies is langer zelfstandig thuis wonen. Alleen wie ernstige beperkingen heeft, krijgt nog toegang tot het verpleeghuis. De transitie naar langer thuis wonen betekent dat diensten, voorzieningen en sociale veiligheid, die eerder in verzorgingshuizen geboden werden, nu in de wijk georganiseerd moeten worden. Niemand wil immers dat ouderen vereenzamen en niet de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben.

Hoe we ondersteuning en zorg voor ouderen op een goede en verantwoorde manier in wijk of dorp organiseren is een zoektocht. Het is hoe dan ook een samenspel tussen professionals vanuit verschillende disciplines, waarbij de huisarts een belangrijke rol lijkt te gaan spelen. In dit nummer leest u daarover en over andere vraagstukken die verbonden zijn aan het langer thuis wonen.

We hebben het bijvoorbeeld heel gemakkelijk over 'langer thuis', maar wat bedoelen we daar precies mee? Van belang is het behouden van zeggenschap over het eigen leven en het zelf kunnen bepalen wat kwaliteit van leven voor ons betekent. De dingen doen die je wil doen op de manier waarop je ze wil doen. Vanuit die optiek kun je ook langer thuis wonen in een verpleeghuis. En andersom kun je je niet meer thuis voelen in je eigen huis als hulpverleners komen en gaan wanneer het hen uitkomt en daarbij geen rekening houden met de wensen en het levensritme van de bewoner. De transformatie naar langer thuis

vereist dan ook nieuwe manieren van werken van hulp- en zorgverleners.

Waar ondersteunende- en zorgorganisaties soms moeite hebben om de snelle veranderingen in de samenleving bij te benen, zijn het momenteel oudere burgers zelf, overal in Nederland en ook in Vlaanderen, die met eigen initiatieven het langer thuis wonen op vernieuwende wijze mogelijk maken. Naar eigen inzicht en vanuit de eigen wensen.

In de vernieuwingsslag naar langer thuis wonen zal techniek een belangrijke rol spelen. Daar is iedereen het over eens. Waar domotica en robots precies toegevoegde waarde hebben, dat is momenteel onderwerp van onderzoek en experimenten. Er is ook een morele dimensie aan de inzet van techniek verbonden. Robots die mensen uit bed tillen en wassen. Is het ideaal? Of is het juist verschraving van persoonlijke zorg? Mantelzorgers zouden er in elk geval door ontlast kunnen worden. En dat is geen overbodige luxe gezien het aantal van hen dat overbelast is. Met soms tragische gevallen van ontspoorde mantelzorg en ouderenmishandeling als gevolg.

Langer thuis wonen, de beleidslijnen zijn uitgetekend en de wetgeving is erop aangepast. Nu moeten we het in de praktijk 'alleen nog' goed met elkaar vorm geven. Het is een complexe puzzel die we allemaal moeten zien op te lossen. Als oudere, als kind, als familielid, als vrijwilliger en als beroepskracht. Welke rol we dan ook hebben in de tijd.

Jan Willem van de Maat,  
Inge Klück & Ria Wijnen

# IN DIT NUMMER

<b>Nóg langer thuis wonen als gezamenlijke opgave</b>	
Henk Nies	4
Wat zijn de voorwaarden om langer thuis wonen voor ouderen goed voor elkaar te krijgen?	
<b>Thuis voelen, daar gaat het om</b>	
Katrien Luijkx	8
Thuis voelen is voor ouderen niet per se gebonden aan de eigen woning.	
<b>Verlichten en verbinden: Ontspoorde mantelzorg signaleren en aanpakken</b>	
Mariëtte Hermans, Roos Scherpenzeel & Wendela Wentzel	
Movisie ontwikkelde een stappenplan voor professionals.	
<b>Uw huisarts als coach en teamplayer</b>	
Annet Wind	14
De eerstelijnszorg voor ouderen verandert. De huisarts werkt meer dan voorheen samen met de oudere, diens naasten, andere zorgverleners én met welzijnswerkers.	
<b>Jonge ouderen willen geen techniek die hen stigmatiseert als oud</b>	
Louis Neven	18
Technologie voor ouderen is niet altijd succesvol. Onderzoek naar de sociale kant van gerontechnologische innovaties kan winst opleveren.	
<b>Voorlichting over langer thuis wonen. Wat vinden ouderen ervan?</b>	
Ad Bergsma, Hilde de Vocht & Madeleen Uitdehaag	21
Een onderzoek onder de inwoners van Enschede.	
<b>Interview met Joris Slaets</b>	
Ria Wijnen & Toon Verlaan	25
Vraag mensen in verpleeghuizen waaraan ze plezier beleven.	
<b>Participatie en partnerschap in ouderenzorginstellingen</b>	
Vivianne Baur & Tineke Abma	31
De PARTNER benadering geeft ouderen in zorginstellingen een stem en leidt tot praktijkverbeteringen die bijdragen aan welzijn en kwaliteit van leven.	
<b>Pensioensparen met Het BuurtPensioen</b>	
Herwig Teugels, Katleen Deruytter, Liesbeth De Donder & Sarah Dury	35
Met 'Het Buurtpensioen' spaart de zorgaanbieder zorgtijd voor later.	
<b>Mijn leven in kleur</b>	
Paulien Matze & Wout Huizing	38
Een nieuwe methode met aandacht voor kleurrijke verhalen van oudere migranten	
<b>Zora, een zelflerende robot in de praktijk</b>	
Tinie Kardol	43
Sceptici zien robotisering in de zorg als een gevaar voor de werkgelegenheid en als een verschraving van het contact. De zorgpraktijk ondervindt de voordelen ervan.	

<b>Angststoornissen bij ouderen</b>		
Gert-Jan Hendriks		47
Het niet goed herkennen van angststoornissen bij ouderen en het uitblijven van behandeling leidt tot onnodig lijden en verlies van levenskwaliteit.		
<b>Dilemma's van corporaties bij langer thuis wonen</b>		
Peter Baetsen		50
De bevolkingsprognoses laten in Nederland een sterke groei zien van het aantal zelfstandig wonende ouderen. Wat betekent dat voor woningcorporaties?		
<b>Villa Begonia: Nu nadenken over wonen en leven zoals jij wilt</b>		
Piet van Os & Ditty Eimers		53
Villa Begonia richt zich op de vraag hoe te wonen in de derde levensfase. De initiatiefnemers spreken ervaringsdeskundigen over gemaakte keuzes.		
<b>Het projectVierslagleren: Duurzame inzetbaarheid van oudere leraren</b>		
Bram van der Loeff & Arie Stolk		56
Een oudere, ervaren leerkracht vormt samen met een beginnende collega een leerteam. Een veel belovend toekomstperspectief voor beiden én voor de school.		
<b>Later of juist vroeger met pensioen?</b>		
Paul de Beer		59
Beleidsadviezen over arbeidsmarkt en gewenste pensioenleeftijd moeten onderscheid maken tussen ontwikkelingen op korte en langere termijn.		
<b>Eenzaamheid en depressie: werkt een signaleringsinstrument?</b>		
Fatima El Fakiri & Marlies Visser		63
Onderzoek laat zien dat hulpverleners positief staan ten opzichte van het gebruik van een dergelijk instrument. Toch zijn er maar weinigen die het gebruiken.		
<b>Nationaal Programma Ouderenzorg</b>		
Esther Rikkengaa		70
Dementie: naar laagdrempelige ondersteuning in de wijk.		
 Redactioneel		1
 Gesignaleerd		20, 38, 42, 69
 Gedicht Thomas Tranströmer		24
 Geröngrafiek		30
 Column Joep Dohmen		46
 Column GetOud		58
 Boekbespreking		67

# Nóg langer thuis wonen als gezamenlijke opgave

HENK NIES

*Als het om ‘langer thuis’ gaat is er eigenlijk niets nieuws onder de zon. We zijn er al zo’n 45 jaar mee bezig! Toch lijkt nu een grotere druk op dit beleidsdoel te liggen dan ooit. Veel van die urgentie heeft te maken met de betaalbaarheid van de zorg; uit de collectieve middelen wel te verstaan. Maar zeer veel ouderen kiezen sowieso voor langer thuis, of dat nu in beleidsnota’s staat of niet. In die zin is het huidige beleid in lijn met de maatschappelijke ontwikkelingen. Maar wat zijn de voorwaarden om dit beleidsdoel en deze maatschappelijke trend naar nóg langer thuis wonen goed voor elkaar te krijgen?*

## Gedeelde visie als integraal normatief kader: het ‘waartoe’

Alvorens in te gaan op het ‘hoe’ en het ‘wat’ van langer thuis wonen (de voorwaarden), moeten we de vraag naar het ‘waartoe’ stellen. Wat zeggen we nu wérkelijk als we pleiten voor langer thuis wonen? Het lijkt duidelijk, maar dat is het niet. Verstaan we hetzelfde onder ‘thuis’? ‘Thuis’ betekent voor veel mensen: zelf je leven kunnen bepalen, in een vertrouwde omgeving met betekenisvolle relaties. Dat kan in de woning waar je lang gewoond hebt, maar dat kan ook in een aangepaste woonvorm of in een intramurale setting.

‘Langer thuis’ heeft ook te maken met het nieuwe begrip ‘positieve gezondheid’: “het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2011, p. 235). Het gaat bij positieve gezondheid om veerkracht en zelfmanagement op de levensdomeinen die voor mensen van belang zijn, die hun leven betekenisvol

maken, ongeacht de tegenslagen die zij meemaken. Als levensdomeinen zijn te onderscheiden: lichamenlijk welbevinden, mentaal welbevinden, spiritualiteit, participatie, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven (Huber, 2014). Thuis voelen mensen zich meer gezond, in deze zin van het woord. Lukt dat niet in de oorspronkelijke woonomgeving, omdat er onvoldoende hulp is of omdat de woning niet meer geschikt is, dan is ‘thuis’ misschien wel te realiseren in een beschermde woonomgeving. Het is dus van belang te achterhalen wat ‘thuis’ voor iemand betekent. Het zijn niet zonder meer de stenen waartussen hij of zij woont.

We moeten daartoe een integraal en door betrokkenen gedeeld normatief kader ontwikkelen, met de betreffende oudere, de naasten die bij hem of haar betrokken zijn en de professionele en informele hulpverleners. Idealiter volgen de teams waarin de laatstgenoemden werken dit kader, alsook de organisaties en de beleidsinstanties. Een gedeelde

visie op het 'waartoe' geeft richting aan ieders handelen.

### **Gedeelde integrale functionele kaders: het 'hoe' en het 'wat'**

Als we een normatief kader hebben en de vraag kunnen beantwoorden wat 'thuis' voor de heer of mevrouw X en hun hulpverleners betekent, spelen er uitdagingen in het 'hoe' en 'wat': hoe moeten we werken en wat moeten we doen om langer thuis voor elkaar te krijgen? We hebben zorg en welzijn zó ingericht dat allerlei partijen zich op verschillende aspecten van het leven van mensen richten. Dat geldt ook voor vrijwilligers en mantelzorgers. We willen een integraal gepersonaliseerd antwoord bieden op behoeften van kwetsbare ouderen. Dat moet via een samenspel van formele en informele hulp, via samenwerking tussen verschillende organisaties en via financiering en regelgeving uit verschillende beleidskaders; we willen zorg en ondersteuning geïntegreerd over en op verschillende niveaus inrichten. Naast de – al genoemde – normatieve kaders zijn daarbij ook functionele kaders nodig: hoe werken we en wat doen we (Valentijn et al., 2013)?

Bij functionele kaders gaat het om ondersteunende systemen en methodieken. Deze zijn voor ouderen en hun naasten vaak onzichtbaar. Maar als ze er niet zijn merk je het. Het gaat om eenduidige informatiestromen, geordend via één classificatiesysteem om vragen van ouderen, interventies en uitkomsten eenduidig te registeren, om dossiers, aanmeldingsprocedures, ICT, technologie thuis, hulpmiddelen, financiële systemen, maar ook om vormen van methodisch werken en de goede afspraken daarover.

Iedere organisatie en beroepsgroep heeft eigen werksystemen en methodieken, afgestemd op het stukje dat die organisatie en groep levert. En voor beleidssystemen geldt hetzelfde: inspectie, verzekeraars, beleidsinstanties, beroepsorganisaties en overheden richten zich allemaal op hún stukje van de puzzel. Een opgave om moedeloos van te worden! Gelukkig zijn er voorbeelden in de praktijk waar eenduidige classificatiesystemen

en begrippenkaders worden ingevoerd die een integrale aanpak per persoon mogelijk maken. Zo zullen veertig organisaties die thuiszorg bieden het *Omaha System* invoeren, dat oorspronkelijk voor verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en ergotherapeuten in de VS ontwikkeld is (Koster en Harmsen, 2015).

### **Burgerparticipatie**

Wellicht moeten we de oplossing voor deze integrale normatieve en functionele opgave niet zozeer bij al die organisaties en instanties zoeken, maar bij degenen om wie het gaat: de betreffende ouderen, hun naasten en andere burgers. De doorgroei naar de participatiesamenleving ligt voor een belangrijk deel bij hen, de samenleving zelf. Daar moet eigenaarschap liggen. Dat is echter een 'beleidsvriendelijk' standpunt waar de meningen erg verdeeld over zijn. Reden om er bij stil te staan.

Er leeft op dit moment een beeld in de samenleving dat mensen niet meer vanzelfsprekend een beroep kunnen doen op de benodigde professionele hulp, dat alles in huiselijke kring opgelost moet worden en dat het aan de willekeur van de gemeente ligt of je wel of niet zorg krijgt en langer thuis kunt blijven. Drie nuanceringen zijn op hun plaats.

In de eerste plaats wordt nu al het overgrote deel van de zorg en hulp door niet-professionals gegeven. In de tweede plaats blijft veruit de meeste zorg en ondersteuning voortbestaan. In de derde plaats wordt de wijkverpleging flink versterkt om de zorg aan huis te versterken. Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat ook de *beste* vormen van zorg en ondersteuning op *het meest gewenste niveau* beschikbaar zijn en dat er geen uitvoeringsproblemen zijn die individuele mensen erg raken.

Hoe dan ook, we zien momenteel diverse initiatieven waarbij burgers het heft in eigen hand nemen, eigenaarschap nemen, of dat zij gefaciliteerd worden om dat te doen. Het aantal burgerinitiatieven en meer specifiek – zorgcoöperaties – neemt snel toe (De Jong et al., 2015). Dat betekent dat delen van de samenleving zich aan het organiseren zijn om langer



thuis wonen te ondersteunen en dat niet alleen als een verantwoordelijkheid aan professionele organisaties en instanties te laten. Waar het om gaat is dat eigenaarschap óók bij burgers en direct betrokkenen komt te liggen en niet alleen bij aanbieders, banken, verzekeraars, gemeenten en beleidsinstanties. Wanneer zeggenschap en contractiemogelijkheden komen te liggen bij degenen die het betreft, zal het aanbod zich voegen.

### Innovatie in beleid en praktijk

Er ontstaat dus een nieuwe dynamiek waarbij groepen van burgers meer zeggenschap en inkoopmacht willen over de zorg en ondersteuning in hun gemeente of wijk. Wanneer zij als coöperatie opereren zijn zij in feite ook een nieuwe aanbieder en aanbesteder. Dat betekent dat het integreren van zorg en ondersteuning iets wordt van professionele én informele partijen. Dat is nieuw in onze verzorgingsstaat.

We zien daarmee nieuwe vragen ontstaan voor organisaties en beleidsactoren. Gemeenten, Wlz-uitvoerders (tot voor kort zorgkantoren; Wlz: Wet langdurige zorg) en zorgverzekeraars samen moeten voldoende goede zorg en ondersteuning contracteren. Daarin werken zij ieder vanuit een eigen domein. Als het goed gaat trekken ze gelijk op, als het fout gaat wentelen ze problemen op elkaar af. Probleem is dat hun grondslagen anders in elkaar zitten. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wlz zijn gericht op de bevolking in een bepaald gebied. De Zorgverzekeringswet richt zich op afzonderlijke verzekeren en gaat uit van concurrentie tussen verschillende verzekeraars.

Voor integraal werken en integraal beleid voor kwetsbare ouderen was het goed geweest wanneer die grondslagen eenduidig gebiedsgericht zouden zijn geweest. Wonen, zorg, ondersteuning, welzijn, preventie, sociale zekerheid en werk zouden gemakkelijker op elkaar af te stemmen zijn. Nu is dat niet zo. Er wordt wel in deze richting over oplossingen gedacht, met zeggenschap voor burgers. Zo pleitte de voorzitter van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF),

Gerdi Verbeet, onlangs voor een regionale zorgpolis met een goed afgestemd inkoopbeleid tussen gemeenten en verzekeraars, en 'met betrokkenheid van burgerplatforms en patiëntenverenigingen', niet alleen gericht op de mensen die zorg nodig hebben, maar op de hele bevolking (zie [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)).

Ook in de één-op-één zorg- en dienstverlening doen zich nieuwe sturingsvraagstukken voor. 'Eén plan, één gezin, één regisseur' is in de jeugdzorg een gevleugeld principe. Het klinkt ook voor kwetsbare ouderen aantrekkelijk. Het begrip 'gezin' moeten we dan breed opvatten: de mensen uit de naaste omgeving. Dat vraagt om bijzondere vaardigheden van de professionele en niet professionele hulpverleners: zij moeten op individueel niveau het integrale normatieve en functionele kader vormgeven, ofwel het eens worden over het 'waartoe', het 'hoe' en het 'wat'. Sociale en zorgprofessionals in de sociale wijkteams moeten daar met de betrokken ouderen, hun naasten en vrijwilligers goede vormen voor vinden: de sociale ecologie vormgeven.

### Experimenteren en een andere bestuurscultuur

Het mag duidelijk zijn: er moet van hoog tot laag en van links tot rechts iets wezenlijks gebeuren. En niemand weet hoe dat moet. We experimenteren met nieuw beleid en met nieuwe initiatieven. Gelukkig zijn er volop mogelijkheden daartoe. Zo heeft de Staatssecretaris onlangs aangekondigd 200 experimenten in de Wlz te willen. De Wlz regelt ook zeer intensieve zorg aan huis; dat kan dus interessant worden voor langer thuis wonen.

De richting waarin we experimenteren moet sterk visie-gestuurd zijn, een visie op de inhoud, bijvoorbeeld zoals in dit artikel geschetst, maar ook een visie op de bestuurscultuur. De Anglo-Saksische bestuurscultuur die nu dominant is, gaat uit van volledige beheersbaarheid van werkprocessen vanuit management en beleidsinstanties. Deze bestuurscultuur werkt via meten, procedures en contracten, planning en control, op basis van rationalistische principes werkprocessen en organisaties inrichten en zo vanuit de top



de werkelijkheid ‘managen’ (Weggeman, 2007). Deze besturingscultuur heeft geleid tot een overmaat aan verantwoording en registratiedruk, waarin mensen van de werkvloer en ouderen en hun verwanten zich niet meer herkennen.

Het alternatief kan zijn, dat we meer ‘Rijnlands’ gaan sturen. Bij Rijnlandse sturing ligt de verantwoordelijkheid in het primaire proces. Dáár is de complexiteit van alle dag het beste zichtbaar. Dit model gaat uit van het principe dat de context bepaalt wat verstandig is om te doen, dat ook niet kwantificeerbare en niet-rationalistische en intuïtieve waarden van belang zijn, evenals kennis van wat in de praktijk van alledag speelt, van gezamenlijke ambities, van win-win, met als uitgangspunt wederzijds vertrouwen (Weggeman, 2007).

### Omkering van eigenaarschap

Er ligt een grote maatschappelijke agenda om ‘langer thuis’ waar te maken; in een vertrouwde omgeving met betekenisvolle relaties je leven kunnen bepalen. Het gevaar bestaat dat bovenstaande inzichten de werkelijkheid door een ‘roze bril’ beschouwen. Dat is ook zo. Maar het gaat om de richting. Er zijn tal van voorbeelden die aangeven dat die richting in de praktijk van alledag te realiseren is, al is dat misschien niet direct en ook nog niet overal (zie onder andere [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl) en [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)).

We moeten daarvoor voor een omkering van het eigenaarschap kiezen, en dus ander toezicht en andere verantwoording. In het huidige organisatie- en beleidsdenken ligt het eigenaarschap van wat er wel en niet goed gaat bij overheidsinstanties en zorgorganisaties, en niet bij cliënten, hun naasten en burgers. Dat is vreemd.

Naar mijn mening is kwaliteit van zorg en ondersteuning een verantwoordelijkheid van degenen die die zorg en ondersteuning bieden. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit van leven, ligt bij het individu, de oudere zelf. Die bepaalt wat hij of zij van het leven wil maken, ongeacht de fysieke, emotionele en

sociale uitdagingen. Die bepaalt of en waar hij of zij zich thuis voelt en hoe hij of zij met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven omgaat. Die bepaalt wat er echt toe doet. Daarbij past geen organisatie- of beleidsbetutteling. Ieder mens heeft een eigen ‘waartoe’. Het is aan organisaties en beleidsinstanties te helpen bij het ‘hoe’ en het ‘wat’, als iemand daar zelf geen invulling aan kan geven. Dat betekent een omkering van eigenaarschap, verantwoordelijkheid en verantwoording. En die roze bril? We hebben die nodig om van de zwarte bril met donkere glazen af te komen en langer thuis een positieve keuze te laten zijn.

### Literatuur

- Huber, M., Knotnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D. et al. (2011). How should we define health? *BMJ* 343 (4163): 235-237.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Universiteit Maastricht (proefschrift).
- Jong, F. de, Felixdal, D., Turnhout, S. (2015). *Burgerinitiatieven in zorg en welzijn voor dummies*. Utrecht: Vilans.
- Koster, N., Harmsen, J. (2015). *Het Omaha System. Een introductie*. Utrecht: Vilans.
- Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels M. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative function of primary care. *International Journal of Integrated Care* 2013; Jan-Mar, URN:NBN:NL:UI:10-1-114415.
- Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Scheidam: Scriptum.

### Over de auteur

Henk Nies is lid van de Raad van Bestuur van Vilans en bijzonder hoogleraar Organisatie en Beleid van Zorg, Zonnehuis leerstoel, aan de Vrije Universiteit van Amsterdam

# Thuis voelen, daar gaat het om

KATRIEN LUIJKX

***Ouderen willen zich thuis voelen waar ze wonen, omdat ze dan het leven kunnen leiden dat zij wensen en gewend waren. Maar thuis voelen is niet per se gebonden aan de eigen woning.***

## Verhuizen

Voor veel ouderen is verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis een schrikbeeld: *'als ik maar niet naar het verpleeghuis hoef'*. Ouderen kiezen voor verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis als hulp en ondersteuning thuis niet meer toereikend zijn, teveel van kinderen of andere mantelzorgers vraagt of de organisatie daarvan te ingewikkeld wordt. Er worden geen nieuwe indicaties meer gegeven voor verzorgingshuizen en in verpleeghuizen is alleen nog plaats voor mensen die heel intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben. Daardoor zullen nog meer ouderen langer thuis wonen (moeten) verkiezen boven verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis. Het is te hopen dat zij zich daar thuis kunnen voelen.

## Thuisomgeving belangrijker bij het ouder worden

Veel ouderen zijn dagelijks langer thuis dan jongere volwassenen. Opleiding en werk zijn voor jongeren en volwassenen een belangrijke reden om van huis weg te zijn, terwijl dat voor ouderen vaak niet meer aan de orde is. Bovendien kunnen mobiliteitsproblemen of andere gezondheidsproblemen ervoor zorgen dat ouderen niet (ver) van huis kunnen. Ook de zorg voor een partner kan ervoor zorgen

dat van huis gaan niet vanzelfsprekend of eenvoudig is.

## Thuis voelen is eigen baas zijn

Mensen willen graag thuis blijven wonen, ook als zij ouder worden, ook als zij (veel) zorg nodig hebben en ook als hun levenseinde nadert. Thuis wonen geeft namelijk de mogelijkheid om het leven voort te zetten zoals men gewend was. Het gaat dan om het dagelijks ritme, de inrichting van de omgeving en de manier waarop tijd besteed wordt. Thuis kunnen mensen opstaan wanneer zij willen, zich aankleden op het moment dat het voor hen prettig is, eten wat en wanneer ze willen, het huis schoonmaken zo vaak als ze willen en op de manier die bij hen past en geld besteden zoals hen goedgebeurt. Bovendien kan de eigen woning ingericht worden met meubels en accessoires van eigen voorkeur. Daarnaast kan men thuis de tijd besteden zoals men zelf wil, mensen ontmoeten waar en wanneer het uitkomt en die hobby's uitoefenen waar ze energie van krijgen. Kortom, thuis kunnen mensen in alle facetten van het leven baas over hun eigen leven zijn; zij voelen zich thuis.

## Diversiteit

Ouderen die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, vinden het vooral belangrijk

dat zij zich thuis kunnen voelen op de plek waar zij wonen en zich vrij voelen in de manier waarop ze hun leven inrichten en voldoende privacy ervaren om te zijn wie zij willen zijn (Molony, 2010). De precieze invulling daarvan is aan voorkeuren en gewoontes onderhevig en verschilt daarom. De diversiteit in voorkeuren en gewoontes die al langere tijd onder jongere volwassenen zichtbaar is, wordt steeds duidelijker ook zichtbaar onder ouderen.

### **Laatste levensfase**

Ook mensen die in hun laatste levensfase verkeren, willen graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Uit onderzoek naar de plaats waar mensen de laatste levensfase doorbrengen blijkt dat zij het vooral belangrijk vinden dat zij voldoende privacy en ruimte (fysiek en emotioneel) ervaren om de mensen te kunnen ontmoeten die hen lief zijn en dat hun veiligheid gewaarborgd is. De zekerheid dat men geen pijn hoeft te lijden is van belang, net als de zekerheid dat er snel iemand kan zijn als dat nodig is (Luijkx & Schols, 2011).

### **Sociale contacten**

Ook als de dood nog niet heel erg nabij is, zijn sociale contacten, met kinderen, andere familieleden en vrienden en kennissen belangrijk voor ouderen (Groof & Elchardus, 2005). Bezoek is soms het hoogtepunt van de dag. Contact met leeftijdsgenoten houdt vaak het delen van ervaringen in en het geven van goede raad.

Ook voor het onderhouden van sociale contacten is thuis wonen belangrijk, omdat het de ruimte biedt om mensen te ontmoeten zoals men altijd gewend was. Tegelijkertijd kan het lastig zijn om mensen te blijven ontmoeten wanneer de vitaliteit en mobiliteit afneemt, waardoor mensen al snel te ver weg wonen. Daarnaast zijn ook sociale vaardigheden nodig om sociale contacten te behouden. Een aanzienlijk deel van de ouderen ervaart eenzaamheidsgevoelens.

### **Vitaliteit**

Veel ouderen maken zich zorgen over de vraag of zij in de toekomst thuis zullen kunnen blijven wonen. Zeker als zij met ernstige gezondheidsproblemen te maken krijgen, is deze vraag voor hen actueel. Om het leven te kunnen leiden zoals gewenst, is thuis wonen namelijk niet de enige voorwaarde. Om de dingen te kunnen doen die we willen is een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid en daarmee samenhangende mobiliteit en mogelijkheden om regie over het eigen leven te voeren, cruciaal. Als dat niet meer het geval is, zijn mensen aangewezen op de manier waarop mensen die hen helpen hen benaderen, dat zijn zowel betaalde beroepskrachten, als vrijwilligers, maar ook mantelzorgers.

### **Niet meer thuis in eigen huis**

Er kan een moment komen dat ouderen, vanwege fysieke en/of mentale beperkingen, op hulp van anderen zijn aangewezen. Of het nu mantelzorgers of beroepskrachten zijn die komen helpen, de dagelijkse routine wordt verstoord. Het is de vraag tot wanneer ouderen zich thuis blijven voelen in hun eigen huis, wanneer verschillende zorgverleners over de vloer komen.

Als mensen hulp van anderen nodig hebben, zijn zij niet meer helemaal eigen baas. Hoewel veel ouderen al blij zijn dat ze geholpen worden, heeft dat wel een keerzijde. Hulpverleners moeten binnengelaten worden, of krijgen een sleutel. Vaak is het onzeker hoe laat iemand precies komt. Voor beroepskrachten is het vaak zelfs onmogelijk om te laten weten wie wanneer komt. Die onzekerheid vermindert het gevoel van baas over het eigen leven zijn. Als er intensieve zorg nodig is, zijn er vaak meer zorgmomenten op een dag en komen verschillende mensen over de vloer. Sommige zorgverleners werken vooral vanuit hun eigen gewoonten en routines en houden nauwelijks rekening met de voorkeuren en gewoonten van de mensen voor wie zij zorgen. Het is de vraag of ouderen dan nog wel voldoende privacy en ruimte ervaren om te doen wat zij willen en gewend waren. Met

andere woorden, voelen zij zich dan nog wel thuis in hun eigen huis?

### Thuis in het verpleeghuis

Sommige ouderen hebben dermate intensieve hulp en toezicht nodig, dat het niet haalbaar en veilig is om dat thuis te organiseren. Het is te hopen dat het gevoel van thuis zijn, ook in het verpleeghuis gerealiseerd kan worden. Door de verschuiving van medicalisering naar mensgerichte zorg en daarmee meer nadruk op kwaliteit van leven (White-Chu ea, 2009), wordt de kans groter dat mensen zich ook in het verpleeghuis thuis kunnen gaan voelen. Er is in de loop van de tijd bijvoorbeeld meer ruimte gekomen om eigen meubels en huisdieren mee te nemen en eigen hobby's uit te blijven oefenen.

### Thuis voelen door mensgerichte zorg

Als mensen met beroepsmatige zorgverleners in aanraking komen, is de kans aanwezig dat zij zich overgeleverd voelen aan de werkwijze en gewoonten van die zorgverleners. Hoewel veel ouderen al blij zijn dat zij geholpen worden, zijn betrokkenheid en respect vaak nauwelijks aanwezig in de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener. Terwijl ouderen al blij zouden zijn als de zorgverlener spontaan interesse in hen toont en een praatje aangaat (Anderberg & Berglund, 2010).

De relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener wordt vorm gegeven in de (dagelijkse) ontmoeting. Als er sprake is van mensgericht zorg, worden zorgontvangers gezien en benaderd als volwaardige en actieve individuen met wie 'samen zorgen' gerealiseerd kan worden. Taken worden niet als vanzelfsprekend van ouderen overgenomen, maar de zorg en ondersteuning is erop gericht dat zij zoveel mogelijk en zo snel mogelijk weer voor zichzelf kunnen zorgen en de baas over hun eigen leven blijven. Zelfredzaamheid en eigen regie worden zoveel mogelijk ondersteund, passend bij de behoeften en wensen van ouderen (Luijckx, 2014). Door deze uitgangspun-

ten creëert mensgerichte zorgverlening voorwaarden waardoor ouderen zich gerespecteerd voelen, waardoor zij zich in hun huis in de wijk of in een woonzorgcentrum thuis kunnen voelen en kunnen zijn wie zij willen zijn.

### Literatuur

- Anderberg P, Berglund AL: Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice* 2010, 16(1):64-68.
- Groof S, Elchardus M: "Zolang ge maar gezond zijt en uwe man nog hebt". *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2005, 36(2):55-67.
- Luijckx, Katrien (2014) "Horen, zien en samen zorgen. Innovatie vanuit de leefwereld van ouderen" uit. Oratie in verkort vorm uitgesproken bij het aanvaarden van de leerstoel.
- Luijckx, K.G. and J.M.G.A. Schols (2011). Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 20, 577-584.
- Molony SL: The meaning of home: A qualitative metasynthesis. *Research in Gerontological Nursing* 2010, 3(4):291-307.
- White-Chu EF, Graves WJ, Godfrey SM, Bonner A, Sloane P: Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2009, 10(6):370-378.

### Over de auteur

*Katrien Luijckx* is als coördinator van de Academische Werkplaats Ouderen en bijzonder hoogleraar Ouderenzorg verbonden aan Tranzo, het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg University.

Voor meer informatie over Tranzo zie <http://www.tilburguniversity.edu/tranzo>, en voor meer informatie over de Academische Werkplaats Ouderen zie <http://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/academischewerkplaatsen/ouderen/>.

## Verlichten en verbinden

# Ontspoorde mantelzorg signaleren en aanpakken

MARIËTTE HERMANS, ROOS SCHERPENZEEL & WENDELA WENTZEL

***Ontspoorde mantelzorg is goed bedoeld maar uit de hand gelopen. Het gaat om zorg voor een naaste die door onmacht, onkunde of overbelasting omslaat in slechte zorg. Om dit te kunnen signaleren is kennis over mantelzorgondersteuning en huiselijk geweld nodig. En dat zijn vaak twee aparte beleidsvelden en twee aparte wijzen van organisatie.***

De meeste mantelzorgers zorgen met veel voldoening voor iemand uit hun omgeving. Als de zorg zich beperkt tot gemiddeld 3 uur per week, beoordelen mantelzorgers hun leven als gelukkiger dan mensen die minder of niet zorgen. Mantelzorg maakt mensen gelukkig, zolang het niet te veel is. Wordt de zorg voor een naaste intensiever, dan kan het zwaar worden. Steeds meer mantelzorgers verlenen lang en/of intensief zorg en dat leidt tot een hogere belasting (De Boer, e.a. 2009).

*Maria, vrijwilligerscoördinator bij de vrijwillige thuishulp, wordt gebeld door mevrouw Beentjes. Zij draagt de zorg voor haar man en wil graag dat er af en toe een vrijwilliger langs komt, zodat zij even boodschappen kan gaan doen. Als Maria langskomt voor de intake, blijkt mijnheer Beentjes hersenletsel te hebben en continu in een kamertje op bed te liggen waar hij door zijn vrouw wordt verzorgd. Slechts één keer per week wordt hij door een fysiotherapeut uit bed gehaald.*

### Sluipenderwijs

Gebrek aan tijd, en een hoge emotionele of lichamelijke belasting door mantelzorg kunnen leiden tot stress, uitputting en overbelasting. Bovendien kan er bij mantelzorgers een gevoel

van onmacht ontstaan als degene die ze verzorgen bijvoorbeeld ongeneeslijk ziek is, of door de ziekte van karakter verandert. Iemand met dementie kan boos zijn of erg verward. En ook de mantelzorger kan boos zijn over de situatie. Ook kan de mantelzorger uit onkunde en onwetendheid de grens van goede zorg overschrijden. Als mantelzorgers niet de juiste kennis of vaardigheden hebben, kunnen ze de ander onbewust verkeerd behandelen. Zo slaat de zorg sluipenderwijs om in verwaarlozing of verkeerde behandeling. Als iemand zonder opzet slechte zorg levert, spreken we ook wel van ontspoorde mantelzorg. Verwaarlozing bijvoorbeeld, of iemand psychisch of lichamelijk letsel toebrengen. Een oudere vrouw die thuis voor haar dementerende man zorgt, kan hem met alle goede bedoelingen vastbinden of opsluiten in een kamer zoals mevrouw Beentjes doet, om te voorkomen dat hij gaat dwalen. Kenmerk van ontspoorde mantelzorg is dat het in principe niet de bedoeling is. In vergelijking met ouderen mishandeling is er geen opzet in het spel. Bovendien speelt het niet alleen bij ouderen; ook zorg voor een jongere partner of een kind kan ontsporen. Ontspoorde mantelzorg speelt in de relatie tussen twee personen die vaak een lange geschiedenis met elkaar

hebben. Omdat de relatie verandert bij het geven en ontvangen van mantelzorg, verandert ook de dynamiek tussen de betrokkenen. Ze raken erg op elkaar gericht met weinig oog voor de buitenwereld. Isolatie kan gevaarlijk zijn als mantelzorger en hulpvrager in een negatieve spiraal belanden. Zelf zien ze namelijk niet dat hun gedrag verhardt, terwijl de omgeving het wel opmerkt. Zeker als er in het verleden sprake is geweest van geweld in de relatie, is ontsporing een risico. Daarom is het zo belangrijk dat er meer mensen betrokken blijven.

### Vermoedens onderzoeken

Nu de decentralisaties een feit zijn, komt zorg en ondersteuning vaker neer op het sociale netwerk van zorgvragers. Ouderen krijgen minder snel een indicatie voor wonen en blijven dus langer in hun eigen omgeving wonen, ook als zij hulp nodig hebben. Het idee is dat zij daarmee de zeggenschap over hun leven behouden en in hun vertrouwde buurt, dichtbij bekenden blijven wonen. Ook wat betreft de zorg leeft deze visie: dat men liever geholpen wordt door een bekende dan door een vreemde.

Administratieve klussen, vervoer, gezelschap, huishoudelijke taken en doktersbezoek worden vaak al door mantelzorgers gedaan. Maar als het aankomt op permanente persoonlijke verzorging voor iemand met een flinke hulpvraag, kan mantelzorg zwaar worden. Mantelzorgondersteuning is dan ook een belangrijk onderdeel van de Wmo. Gemeenten hebben de plicht om mantelzorgers te ondersteunen zodat zij hun zorgtaken kunnen volhouden en combineren met werk of gezin. Bijvoorbeeld door respijtzorg te faciliteren: de tijdelijke en volledige overname van zorg waardoor de mantelzorger er even tussenuit kan. Dat kan in de vorm van dagopvang, maar ook als logeerszorg. Tegelijkertijd is er veel aandacht voor mishandeling. Het vierjarige actieplan ‘Ouderen in veilige handen’ loopt dit jaar ten einde en heeft veel bekendheid gegeven aan ouderenmishandeling bij het grote publiek. En professionals in de ouderenzorg zijn getraind in het herkennen van mishandeling zodat men sneller geneigd is

om te melden. Sinds juli 2013 is bovendien de ‘Wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling’ ingevoerd. De wet geeft aan dat professionals vermoedens van mishandeling altijd moeten onderzoeken. Ze moeten daarvoor een stappenplan doorlopen, waarmee ze de signalen systematisch bekijken, samen met een collega, en zo onderzoeken of ze een melding moeten doen.

### Stappenplan

Het lastige van ontspoorde mantelzorg is dat het tussen de beleidsterreinen in valt; het is noch alleen een kwestie van mantelzorgondersteuning bij dreigende overbelasting, noch alleen een zaak van huiselijk geweld of ouderenmishandeling. Tegelijkertijd is de lokale aanpak nu juist vaak georganiseerd òf rond de zorg voor de mantelzorger, òf rondom de veiligheid van de afhankelijke zorgvrager. Zo zijn er twee beleidskaders. Op het gebied van de aanpak van huiselijk geweld is de meldcode belangrijk. Op basis daarvan ontwierp Movisie een ‘Stappenplan Handelen bij ontspoorde mantelzorg’, dat de stappen uit de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling volgt.

- Stap 1 is de situatie in kaart brengen. Daarbij maak je onderscheid tussen wat je hoort, ziet en ruikt – de feiten – en wat je daarvan vindt – het oordeel. Dit schrijf je dan zo feitelijk mogelijk op, zonder interpretatie. Een vrouw in een vieze jurk kan al de hele week in dezelfde jurk rondlopen, maar ze kan ook iedere maaltijd knoeien. En wat zegt een lege koelkast precies?
- Stap 2 bestaat uit overleg met een collega of andere deskundige. Dat kan iemand van het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling Veilig Thuis zijn, maar ook je eigen leidinggevende of coördinator. Het idee achter de wet is namelijk dat het te ingewikkelde materie is om alleen te dragen.
- Stap 3 is het gesprek met de mantelzorger en/of de zorgvrager. Dat is lastig. Want hoe toon je respect en kaart je tegelijkertijd de ernst van de situatie aan? In een training die Movisie in Amsterdam gaf oefenden de deelnemers dit met een trainingsacteur. Eerst gin-



gen zij vaak met een omtrekkende beweging het gesprek aan. Door te oefenen met een open houding en met het lef om door te vragen vanuit de zorg voor de cliënt, lukte het echter om het beestje bij de naam te noemen. Daarbij is woordkeuze belangrijk. Naar mantelzorgers spreek je niet over 'ontspoorde mantelzorg', maar zeg je dat het te veel is, dat ze uit onmacht een grens overgaan of je benoemt de doorligplekken van hun zus.

- In stap 4 weeg je de situatie en bepaal je of het daadwerkelijk gaat om ontspoorde mantelzorg.
- In stap 5 beslis je of je een melding gaat doen, of liever hulp regelt waardoor de mantelzorger ontlast wordt.
- In stap 6 evalueer je het proces en verleen je eventueel nazorg.

## Relatie herstellen

In het beleidsveld van de mantelzorgondersteuning is de plicht van gemeenten om mantelzorgers te ondersteunen recent uitgewerkt in de vorm van vier aandachtspunten: Vin-

### Signalen bij de hulpvrager

- Onverzorgd, verwaarloosd uiterlijk, lichamelijk letsel.
- Veranderd eet- of slaappatroon.
- Verandering in gedrag: teruggetrokken, of juist veel praten.
- Depressieve, angstige indruk, schrikachtig.

### Signalen bij de mantelzorger

- Overbelasting en frustratie (snuuwen, commanderen).
- Gebrek aan kennis over ziekte(beeld).
- De mantelzorger staat er alleen voor.

### Overige signalen

- De problematiek wordt verhuld.
- Huis is verwaarloosd.
- Weigeren van hulp(verlening) of bezoek uit eigen kring.

Bron: *Signalenkaart. Voorkom ontspoorde mantelzorg*. Utrecht: Movisie, 2014.

den, versterken, verlichten en verbinden. Het beleid moet zich richten op het versterken van de positie en regie van mantelzorgers, het verlichten van mantelzorg en het beter verbinden van mantelzorg met de beroepsmatige ondersteuning en zorg. Maar voordat dat mogelijk is, is het belangrijk dat de gemeente mantelzorgers weet te vinden (Movisie, 2015).

Wat betreft ontspoorde mantelzorg speelt de V van verlichten natuurlijk een belangrijke rol: het verlichten van mantelzorg voorkomt overbelasting. Maar ook verbinden is belangrijk bij de signalering en aanpak: van beleidsterreinen, kennis en de praktische samenwerking op de vloer. Beroepskrachten zouden lokaal moeten samenwerken met elkaar en met alle betrokkenen in de zorgsituatie om ontsporing, verwaarlozing of geweld te stoppen en de relatie te herstellen.

*Maria, de vrijwilligerscoördinator bij wie mevrouw Beentjes om hulp vroeg, zorgt ervoor dat mevrouw leert haar man uit bed te helpen. Met een tillift lukt haar dat. En nu hij een lichte rolstoel heeft, kan hij zich ook beter bewegen in huis. Patty, een vijftiger die vrijwilligerswerk doet, komt wekelijks langs, en niet alleen tijdens het boodschappen doen. Ze neemt meneer Beentjes mee in de rolstoel uit wandelen, zodat mevrouw Beentjes wat tijd voor zichzelf heeft.*

## Literatuur

- Boer, A. de, M. Broese van Groenou en J. Timmermans Red. (2009) *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: SCP.Storms, O. Goes, A. & Scherpenzeel, R. (2014). *Stappenplan Handelen bij ontspoorde mantelzorg*. Utrecht: Movisie.
- Movisie (2015). *Mantelzorgondersteuning is de basis. Aandachtspunten voor lokaal beleid. Vinden, versterken, verlichten, verbinden*. Den Haag: Transitieburo Wmo.

## Over de auteurs

*Mariëtte Hermans* is freelance tekstschrijver en redacteur. *Roos Scherpenzeel* is senior adviseur bij Movisie en coördinator van het Expertisecentrum Mantelzorg. *Wendela Wentzel* is senior projectleider en trainer aanpak huiselijk geweld en sociale veiligheid bij Movisie.

# Uw huisarts als coach en teamplayer

ANNET WIND

*De huisartsenzorg voor ouderen verandert en dat heeft consequenties. Welke kant willen we op met de eerstelijns ouderengeneeskunde en wat is daarvoor nodig? Ondanks alle veranderingen blijft de huisarts uw vertrouwde medische professional en krijgt hij daarnaast belangrijke taken als coach van een team.*

## Persoonsgerichte zorg

‘Langer thuis’ is geen ontwikkeling in het beleid van de laatste jaren maar een trend die zich al veel langer aftekent. Het feit dat Nederland vergrijsd en dat er een hogere overlevingskans is na allerlei ziekten, maakt de zorg voor ouderen in de eerste lijn steeds complexer. De bezuinigingen en transities van dit jaar maken het allemaal nog ingewikkelder. In de zorg voor chronisch zieken en ook in de zorg voor ouderen zijn we overtuigd van het belang van persoonsgericht werken. Dat betekent: aansluiten bij wensen en doelen van mensen zelf, met liefst maximale zelfredzaamheid. De strikt medische zorg is dan ondergeschikt aan de kwaliteit van leven. De prioriteit voor vele ouderen is zo goed mogelijk functioneren. Maar de vraag is hoe we deze persoonsgerichte zorg vorm kunnen geven in een systeem dat verandert en bezuinigt. En wat gebeurt er met de huisarts?

## Veranderingen in de huisartsgeneeskunde

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde zijn al meer dan 50 jaar hetzelfde: het bieden van generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. De inhoud van zorg door huisart-

sen en de wijze waarop die wordt geleverd, is echter sterk veranderd. De laatste jaren zijn grote veranderingen doorgevoerd in de zorg voor mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en longziekten. Deze mensen komen met regelmaat op het spreekuur van de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, een HBO-opgeleide medewerker die werkt volgens vaste protocollen (zorgstandaarden) en mensen motiveert om gezonder te leven. Tevens heeft de ‘praktijkondersteuner GGZ’ zijn intrede gedaan in de huisartsenpraktijk. Dat is ook een HBO-opgeleide medewerker die gesprekken voert met mensen met psychische problemen. Beide ondersteuners werken, net als de assistentes, onder supervisie van de huisarts. Vaak hebben de assistentes ook een eigen spreekuur, waarin zij kleine verrichtingen doen als injecties geven, oren uitspuiten en wonden verzorgen.

Deze ontwikkelingen vinden plaats uit kwaliteitsoogpunt en in een poging de zorg goedkoper te maken. Dat laatste is vooralsnog niet gelukt, want ook de zorgvragen nemen toe. Een gevolg van dit beleid is echter wel dat huisartsen er de laatste jaren veel taken en veel personeel hebben bijgekregen. Daarmee verandert hun rol en zijn er andere competenties

nodig dan alleen de medische en communicatieve. Zij moeten meer dan voorheen kunnen samenwerken en organiseren. Dat geldt niet alleen binnen de eigen praktijk, maar ook daarbuiten.

## **Veranderingen in de eerstelijns ouderengeneeskunde**

De ene oudere is de andere niet en gelukkig zijn veel mensen ook op oudere leeftijd vitaal en zelfredzaam. Deze vitale ouderen komen gewoon op eigen initiatief naar de huisarts met vragen en problemen. Ouderen met één of meerdere chronische ziekten hebben regelmatig contact met huisarts of praktijkondersteuner. Zij lopen meer kans op verslechtering van hun gezondheid en zullen daarom wat 'actiever' in de gaten worden gehouden. Er is echter nog een derde groep ouderen aan te wijzen: ouderen met verschillende gezondheidsproblemen en beperkingen, vaak als gevolg van multimorbiditeit (bijvoorbeeld suikerziekte, hartfalen door een doorgemaakt hartinfarct in het verleden, gewrichtspijnen door artrose en verminderd zicht en gehoor). Deze oudere slikt verschillende medicijnen, is snel kortademig, heeft hulp nodig bij de zelfzorg en loopt een groter risico op verslechtering van de gezondheid. De kans op een val of een bijkomende ziekte is groter en het herstel ervan duurt langer. We spreken dan van een 'kwetsbare oudere'. Ook mensen met dementie zijn kwetsbaar, omdat ook zij meer risico lopen op gezondheidsproblemen en vaak een verminderd vermogen hebben om de eigen regie te voeren. Het aantal 'kwetsbare ouderen' neemt sterk toe de laatste jaren en zoals gezegd blijven zij meer dan voorheen onder de hoede van de huisarts. Speciale aandacht voor de zorg voor hen is noodzakelijk.

Voor de 'kwetsbare ouderen' willen we de zorg zo inrichten dat we lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg kunnen bieden, waarbij we nauw samenwerken met welzijnswerkers. We willen zorg in de buurt organiseren, die aansluit bij de wensen van de oudere en diens familie. Tevens willen we over- en onderbehandeling vermijden. We willen vooruitdenken door ri-

sico's in te schatten en nu dingen in gang te zetten die problemen voorkomen of de gevolgen ervan verkleinen. Uiteraard willen we de zorg samen met anderen verlenen. Huisarts, praktijk- en wijkverpleegkundige hebben nauw contact met ouderen met meerdere ziekten en beperkingen en met de betrokken mantelzorgers. De verpleegkundige inventariseert welke problemen er zijn en wat voor deze oudere kwaliteit van leven is. Samen met de oudere en de huisarts maakt zij een (individueel zorg-) plan om de zelfredzaamheid op peil te houden of te verbeteren. Waar nodig worden familie, burens, welzijnswerkers, case-manager en/of trajectbegeleider en paramedici betrokken. De huisarts laat zich hierbij adviseren door de apotheker, een specialist ouderengeneeskunde of anderen.

## **De praktijk**

Op veel plaatsen heeft deze manier van werken al vorm gekregen. Aanvankelijk in de vorm van projecten; later konden huisartsen intekenen op een speciale module van de zorgverzekeraars die deze werkwijze vergoeden. Helaas loopt dat in 2015 niet overal verder. Sommige zorgverzekeraars hebben deze module weer ingetrokken, anderen gaan er wel mee door, soms op een andere manier. De bovengeschetste werkwijze is in de praktijk niet zo eenvoudig te organiseren, vergt een tijdspad van enkele jaren en andere competenties van de spelers. De huidige schotten in financiering werken belemmerend. Gemeenten spelen sinds januari 2015 een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen met beperkingen en zijn veelal op zoek naar een goede invulling van deze rol. Ook de rol van wijkverpleegkundigen verandert. We staan dus als huisartsen, samen met de andere spelers in het veld, voor de grote uitdaging om de zorg anders te organiseren en meer samen te werken. Tegelijk wordt er flink bezuinigd, is het kennisniveau van de verschillende hulpverleners niet toegesneden op de nieuwe taken en missen we nog de gewenste ICT-ondersteuning ten aanzien van verslaglegging en het delen van informatie. Alle betrokkenen, de oudere zelf, diens naasten, de informele en

formele hulpverleners zouden op de hoogte moeten zijn van de belangrijkste problemen, medicatie, dagbesteding, prognose en vooral van de wensen van de oudere. Zo kunnen we een gezamenlijk beleid voeren en samenwerken. Hierbij moet duidelijk zijn wie waarvoor aanspreekbaar en verantwoordelijk is, wie eindverantwoordelijkheid draagt en wie de zorgcoördinatie doet. In de praktijk is dit nu vaak niet expliciet gemaakt.

De woonvormen van ouderen veranderen. Huisartsen zijn van oudsher verantwoordelijk voor de medische zorg in verzorgingshuizen. Specialisten ouderengeneeskunde, de vroegere verpleeghuisartsen, zijn verantwoordelijk voor de medische zorg in verpleeghuizen. De mensen die nu in verzorgingshuizen wonen, hebben steeds meer beperkingen en gezondheidsproblemen, inclusief dementie. Gelukkig kunnen huisartsen steeds makkelijker advies van specialisten ouderengeneeskunde vragen. Het verpleeghuis is de laatste jaren minder in trek en er verschijnen allerlei nieuwe vormen van kleinschalig wonen. Ook deze woonvormen vallen vaak onder de hoede van de huisarts en van de huisartsenposten in de avond-, nacht en weekenden. Het is voor een onbekende huisarts in deze diensturen geen sinecure om goed beleid te voeren als hij niet beschikt over relevante medische informatie en weet heeft van de wensen van de oudere zelf. Wil deze nog wel behandeld worden? Naar het ziekenhuis? Gereanimeerd? Het is een belangrijke taak van de oudere, diens familie en de eigen huisarts om hierover tijdig het gesprek aan te gaan en deze afspraken op schrift te stellen en te verspreiden onder betrokken partijen.

### Bezuinigingen in de zorg

Bomen groeien niet tot in de hemel, dus het is wel begrijpelijk dat er ingegrepen moest worden in de oude AWBZ. Deze is nu opgedeeld in Wmo, de Wet maatschappelijke ondersteuning, uit te voeren door gemeenten; Zvw, de Zorgverzekeringswet, zorg door huisartsen en in ziekenhuizen; en Wlz, de Wet langdurige zorg, waarin de verpleeghuiszorg is opgenomen. Tegelijk is er een flinke bezuini-

gingslag gemaakt. Gemeenten moeten ondersteuning bieden met veel minder middelen dan voorheen. Mensen moeten meer zelf doen, regelen, betalen. Een beroep doen op het eigen netwerk. Hier zitten positieve kanten aan: we gaan weer omzien naar elkaar. Maar er zit ook een grote bedreiging in: er is kans op een nieuwe tweedeling in de samenleving. Aan de ene kant mensen die het goed kunnen regelen, met een toereikend netwerk van familie en vrienden, die waar nodig eigen middelen kunnen inzetten. Anderzijds mensen die het lastig vinden om zelf de regie te voeren en die geen goed netwerk en te weinig middelen hebben. Het ontstaan van deze tweedeling kan voor een gedeelte voorkomen worden als huisartsenpraktijken goede contacten hebben met medewerkers van zorg (vooral met de wijkverpleegkundige) en van ondersteuning (vooral met de sociale wijkteams), zodat in gezamenlijkheid mogelijk wel de weg gevonden kan worden om de benodigde hulp in te zetten en te financieren.

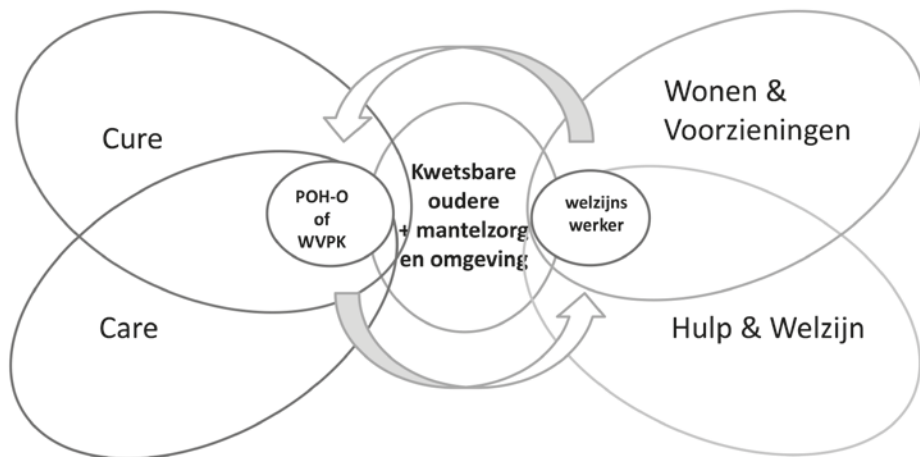
Laego, het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde, heeft hierbij een vlin-dermodel voor ogen waarbij de praktijk- (of wijk-) verpleegkundige nauw contact heeft met de welzijnswerker. Samen overzien zij de gebieden van zorg en ondersteuning en proberen zij, met de oudere en diens mantelzorger, de hulp te bieden die nodig en gewenst is.

Het belangrijkste bij dit alles is dat we luisteren naar de oudere zelf, diens vragen, wensen en voorkeuren. En dat we ook luisteren naar de mantelzorgers en andere mensen uit de omgeving. Het helpt daarbij als ouderen zelf nadenken over wat ze belangrijk vinden en duidelijk aangeven wat ze wel en niet willen. Dat zij het gesprek hierover voeren in eigen kring en met hun huisarts en andere hulpverleners.

### De toekomst

De huisarts van nu is naast medisch professionaal een persoonlijke coach. Hij houdt rekening met de individuele wensen en voorkeuren van zijn patiënten, stimuleert hen in gezond gedrag, geeft adequate voorlichting en betreft hen zoveel mogelijk bij de besluitvor-

# VLINDERMODEL



ming. De huisarts van de toekomst is daarnaast ook coach van een team. Hij werkt in een team, stuurt dit ook aan, delegeert taken en regelt adequate terugkoppeling. Ieder teamlid werkt vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, respecteert eigen en andermans grenzen en zorgt ervoor dat andere spelers tot hun recht komen. Zo wordt het team meer waard dan de som der delen. Idealiter gaat het team zich ook inzetten voor de zorgvragers als groep, door het organiseren van wijkgebonden preventieve activiteiten, zoals voorlichting, gezamenlijk eten en bewegen. Op deze manier kunnen problemen tijdig gesignaleerd en aangepakt worden.

## Work in progress

De eerstelijnszorg voor ouderen is volop in beweging. We zoeken met elkaar naar de goede weg. De kunst is om hierbij de wensen en noden van ouderen zelf centraal te blijven stellen, te luisteren naar elkaar en op een goede manier samen te werken. We hebben een gezamenlijk doel, namelijk doelmatige zorg en ondersteuning: wijkgericht, proactief, samenhangend. Geen enkele speler in het veld

kan dit alleen; we hebben elkaar allemaal hard nodig. In dit speelveld is de huisarts niet alleen een persoonlijke coach voor zijn patiënten, hij is ook de coach van een eerstelijns-team.

## Literatuur

Wind A.W. & Poot A.J. (2014) *Laego visiedocument 2014*. Zie: [www.laego.nl](http://www.laego.nl).

Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief (2012). CSO, NFU, ZonMW.

## Over de auteur

*Annet Wind* is huisarts in Hoorn en kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Zij is bestuurslid van Laego (Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen, het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde). Zij is daarnaast werkzaam bij de afdeling Public Health en eerstelijns geneeskunde van het LUMC in Leiden en is hoofd van de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde. Mail: [a.w.wind@lumc.nl](mailto:a.w.wind@lumc.nl) Twitter: [@WindAnnet](https://twitter.com/WindAnnet).

# Jonge ouderen willen geen techniek die hen stigmatiseert als oud

LOUIS NEVEN

*Technische innovatie wordt vaak gezien als oplossing voor het 'probleem' van de vergrijzing. Toch hebben investeringen in technologieën voor ouderen vaak betrekkelijk weinig resultaat. Hoe komt dat en wat is nodig om technische innovaties voor jonge ouderen van nu wel te laten slagen?*

## Een fundamentele mismatch

Nederland vergrijst; dat is goed nieuws. We worden gemiddeld genomen steeds ouder en dat steeds vaker met een periode van goede gezondheid en een actief leven na onze pensionering. Helaas wordt er in deze tijden van crisis en neo-liberalisering met regelmaat gesproken over vergrijzing als een probleem. Er zouden te veel ouderen zijn, ze zouden te veel zorg consumeren en ze zouden (financieel) niet meer bijdragen aan de maatschappij. Hoewel dergelijke ideeën stuk voor stuk te nuanceren of te weerleggen zijn, lokt deze manier van spreken over vergrijzing als groot maatschappelijk probleem ons in bepaalde denkrichtingen. Ouderen worden te vaak gezien als zwak, fragiel, vergeetachtig, ziekelijk en hulpbehoevend. We denken erg negatief over oud zijn en baseren technologische innovaties en interventies op die negatieve ideeën. Zo ontstaat een fundamentele mismatch tussen de innovaties die ontwikkeld worden en de ouderen die ze zouden moeten gaan gebruiken. De jonge ouderen van nu zitten namelijk niet te wachten op techniek die hen stigmatiseert als oud. Hierdoor ontstaat een paradoxale situatie: de manier waarop we het probleem van de vergrijzing momenteel duiden en inkaderen, staat de ontwikkeling van

passende (technische) innovaties voor ouderen in de weg.

## Starheid van mens en techniek belemmert gerontechnologische innovaties

Dit is geen klein probleem: de afgelopen jaren is door de Europese Unie, nationale overheden en grote ondernemingen op grote schaal geïnvesteerd in gerontechnologieën, die het langer gezond en zelfstandig thuis wonen mogelijk moeten maken voor ouderen. Het succes van dit soort technologieën op grote schaal blijft echter vooralsnog uit. We moeten daarom voorbij aan simpele stereotype beelden van ouderen en kijken naar drie onderliggende problemen op het breukvlak van het technische (het harde) en het sociale (het hardnekkige).

'Harde' problemen verwijzen naar een eigenschap van techniek. Bepaalde handelingen die voorheen niet mogelijk waren, zijn dat met de introductie van de nieuwe techniek wel. Maar bepaalde handelingen die je misschien wel zou willen uitvoeren, zijn wellicht niet in het technisch ontwerp voorzien. Technologie kan dus bepaalde handelingen afdwingen en andere handelingen onmogelijk maken. Daarin schuilt de 'hardheid' van de



techniek. Als techniek eenmaal deze harde vorm aanneemt, lijkt er weinig meer aan te doen. Sterker nog, techniek wordt vaak al snel deel van hoe de wereld er nu eenmaal uitziet. Zorgtechniek kan dus op een harde, dwingende manier vormgeven aan het gebruik ervan door ouderen of zorgprofessionals en daarmee aan hun leefwereld. Hardnekkigheid verwijst naar een eigenschap van mensen. Het gaat hier over maatschappelijke beelden, vooroordelen, ingesleten handelingspatronen en bijvoorbeeld een algemene houding ten opzichte van 'vreemde' zaken. Deze hardnekkigheid kan zich zowel aan de ontwerpzijde als aan de gebruikszijde voordoen.

### **Ingenieurs ontwerpen voor ouderwetse, trage ouderen**

Het eerste probleem op het breukvlak tussen het technische en sociale zit in de gebrekkige aansluiting tussen deze twee. Ingenieurs en ontwerpers zijn vaak onvoldoende bekend met de leefwereld, identiteiten, rollen, praktijken en beleving van ouderen. Zij ontwerpen nog te vaak voor ouderen op basis van stereotype, stigmatiserende ideeën en beelden: ouderen die fragiel, ziek, ouderwets, traag, technologisch incompetent en niet langer geïnteresseerd in nieuwe dingen zijn. Maar ouderen zien zichzelf niet zo, ook niet als ze wel al enige ouderdomsproblemen hebben, en bovendien is de grootste groep ouderen nog relatief jong, actief en fit. Het is dan ook weinig verrassend dat ouderen geen gebruik willen maken van dergelijke technologieën. Voor succesvolle gerontechnologische innovaties moeten we meer weten over de perceptie die ouderen van zichzelf hebben en over hoe we dan wel kunnen aanhaken bij hun levens.

### **Zorgprofessionals willen met mensen werken, niet met techniek**

Het tweede probleem heeft alles te maken met het feit dat zorgprofessionals in de ouderenzorg onvoldoende bekend en vertrouwd zijn met nieuwe zorgtechnologie. Veel gehoorde meningen zijn bijvoorbeeld 'Dat kan ik allemaal niet', 'Dat gaat mij mijn baan kos-

ten' en 'Ik wil met mensen werken, niet met techniek.' Niet alleen blijven door deze houding de mogelijkheden van zorgtechnologie onderbenut (wat ten koste kan gaan van de zelfredzaamheid van de cliënt), maar de vaardigheden en kennis die de zorgprofessional van de toekomst straks nodig zal hebben, worden door deze houding ook niet ontwikkeld. Zowel op de werkvloer als bij opleidingen is daarom meer aandacht voor zorgtechnologie hard nodig. Om zorgvuldige afwegingen over zorgtechniek te kunnen maken moeten zorgprofessionals meer weten over de (on-) mogelijkheden van techniek en de ethische kanten ervan.

### **Zorgtechnologie leidt tot onduidelijke verschuivingen in kosten en baten**

Tot slot zien we dat de introductie van nieuwe (zorg-)technologie vaak leidt tot een verschuiving van rollen, taken en verantwoordelijkheden en tot herdistributie van kosten en baten. Nieuwe zorgtechnologie grijpt in in de sociale ordening van de levens van en de zorg voor ouderen. Dat is ook vaak specifiek het doel van de innovatie, bijvoorbeeld bij techniek die gericht is op het vergroten van autonomie, keuzevrijheid of 'eigen kracht.' Op zich is dit natuurlijk niet slecht, maar momenteel begrijpen we onvoldoende wat voor sociale verschuivingen er plaatsvinden, hoe hardnekkig de bestaande ordening is (ten positieve of negatieve) en of dergelijke verschuivingen wel de beoogde effecten teweegbrengen. Een specifiek aandachtspunt vormt de verdeling van kosten en baten bij de introductie van een gerontechnologie. Niet alleen wordt er soms nog onvoldoende nagedacht over wie er precies moet gaan betalen voor zo'n innovatie, maar de baten van de inzet van (zorg)technologie kunnen verdeeld zijn over een aantal partijen, temporeel verspreid zijn en gepaard gaan met onzekerheden. Daarover weten we te weinig.

Technologisch zijn we ver genoeg. De grootste winst voor technologische innovaties die beter aansluiten bij ouderen valt niet te halen met het ontwikkelen van nieuwe touch-

screens, sensoren of netwerktechnologie, maar wel met sociaal onderzoek naar vraagstukken op het breukvlak van het technische en het sociale. Daarbij is van cruciaal belang dat we de negatieve kijk op ouderdom van ons afzetten en vertrekken vanuit een positieve blik op het leven van de jonge ouderen. Bij deze groep is er vaak geen medische noodzaak tot ingrijpen. We moeten daarom ook de aandacht richten op de vraag hoe we ouderen kunnen verleiden tot het kiezen voor een gezondere en actievere levensstijl. Door beter begrip van de rollen en identiteiten van jonge ouderen, van hoe we ze kunnen verleiden tot gezond gedrag en door meer begrip van wat ons gezond maakt, en houdt, op latere leef-

tijd, dragen we bij aan betere innovaties en interventies die actief ouder worden mogelijk maken.

*Dit artikel is in aangepaste vorm eerder verschenen op [www.socialevraagstukken.nl](http://www.socialevraagstukken.nl). Het artikel is gebaseerd op de lectorale rede 'Innoveren voor actieve ouderen. Zachte analyses als handreiking voor harde en hardnekkige problemen', uitgesproken door Louis Neven: 6 februari 2015, Avans Hogeschool, Breda. De rede is verkrijgbaar via [sma.vos@avans.nl](mailto:sma.vos@avans.nl).*

### Over de auteur

Louis Neven is lector Active Ageing bij Avans Hogeschool.

---

## GESIGNALEERD

---

### Nieuwe website [www.BeterOud.nl](http://www.BeterOud.nl)

De nieuwe website [www.BeterOud.nl](http://www.BeterOud.nl) is online. BeterOud heeft als doel wonen, welzijn en zorg voor ouderen te verbeteren door innovatieve instrumenten en aanpakken beschikbaar te maken. De innovaties zijn ontwikkeld door en voor professionals en onderzoekers, in nauwe samenwerking met ouderen zelf. De resultaten van zo'n 75 wetenschappelijke projecten vanuit acht regionale netwerken ouderenzorg in Nederland worden op een toegankelijke en praktische wijze gepresenteerd zodat professionals zoals huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en verzekeraars direct aan de slag kunnen met de opbrengsten. De website geeft een overzicht van goede voorbeelden van innovaties, met aanpakken, tips, ervaringen en onderbouwing. Belangrijke thema's zijn onder meer: vitaal oud, eigen regie en maatwerk. BeterOud bundelt alle belangrijke informatie om wonen, welzijn en zorg voor ouderen te blijven innoveren. Iedereen die hiermee bezig is kan op de website terecht voor de laatste kennis en ontwikkelingen of om mogelijke samenwerkings- of uitwisselingspartners te vinden. Ook ouderen zelf.

BeterOud is ontwikkeld door CBO, Movisie en Vilans in opdracht van ZonMw en komt voort uit het Nationaal Programma Ouderenzorg. De website van het NPO gaat over in deze nieuwe website.

# Voorlichting over langer thuis wonen. Wat vinden ouderen ervan?

AD BERGSMA, HILDE DE VOCHT & MADELEEN UITDEHAAG

*De gemeente Enschede heeft gepeild of haar inwoners zich willen laten voorlichten over mogelijkheden om langer thuis te wonen. De meerderheid is positief, maar een deel van de respondenten vreest dat het stimuleren van zelfredzaamheid een synoniem is voor verwaarlozing.*

## Feit en waarheid

Wie nadenkt over zelfmanagement en eigen kracht, vindt houvast bij een stelling van de natuurkundige Niels Bohr. Hij zei dat het tegenovergestelde van een feit een onwaarheid is, maar dat het tegenovergestelde van een diepe waarheid een andere diepe waarheid kan zijn. Die laatste tegenstelling zien we terug bij het denken over zelfredzaamheid. Voor de een is het stimuleren van langer thuis wonen een kille bezuiniging. Voor de ander is het een middel om de kwaliteit van leven te verrijken. De gemeente Enschede ontdekte dat deze twee gezichtspunten ook leven onder bewoners van de stad en de omgeving, toen zij de inwoners de vraag voorlegden of zij belangstelling zouden hebben voor een goed bereikbare ruimte, waar advies en informatie beschikbaar is over langer thuis wonen. In totaal gaven 1.637 leden van het Enschedepanel van 45 jaar en ouder hun mening op een reeks open en gesloten vragen. De peiling werd gehouden door het onafhankelijke onderzoeksbureau I&O research tussen 18 december 2014 en 5 januari 2015.

## Hoop of kille bezuiniging?

De 'diepe waarheden' zijn door de respondenten misschien niet altijd filosofisch verwoord,

maar tegengesteld zijn ze in ieder geval. De cynici reageren als volgt:

"Ik ga geen gebruik van maken [van dit aanbod], want als ik niet meer zelfstandig kan wonen stap ik uit het leven, dankzij de beslissingen van 'onze regering'".

"Ik ben van mening dat burgerparticipatie en zelfredzaam "doorschiet". Het is voor mij een absolute illusie dat dit goed gaat komen. Er worden in de toekomst taken toebedeeld aan burgers die niet de vereiste competenties bezitten."

"Je moet de realiteit niet uit het oog verliezen. Het kan of het kan niet meer. Als het niet meer kan moet je als maatschappij je verantwoordelijkheid nemen en niet ten koste van alles de mensen thuis laten wonen. Dat is niet sociaal maar asociaal."

"Dit initiatief is slechts geboren om bezuinigingen goed te kunnen praten en de verantwoordelijkheid die de gemeente heeft af te schuiven."

De reacties van de panelleden laten zien dat er een serieuze vrees leeft over hoe het straks allemaal moet, nu de overheid aangeeft minder taken op zich te kunnen nemen. Zelfredzaamheid is voor deze respondenten een schaamlap. Tegelijkertijd kunnen we constateren dat er meer panelleden zijn die de blind

kende kant van de medaille waarnemen. Enkele voorbeelden van enthousiaste reacties zijn:

“Niets liever dan zo lang mogelijk zelfstandig (thuis) functioneren. Alle info en hulp is daarbij welkom, lijkt mij.”

“Ouderen moeten niet thuis afwachten [...] Doe zoveel mogelijk zelf. Je kunt meer dan je denkt. Zit niet de hele dag bij de tv. Nodig iemand uit en wacht niet altijd af. Neem zelf beslissingen en vraag niet alles aan je kinderen als je alleenstaand bent.”

“Je bent en blijft beter te pas in je eigen huis, [...] je kent elke millimeter van je huis, en je hoeft niet in een grote huiskamer te zitten met anderen die jij nou net niet ziet zitten. In een [...] verzorgingshuis [...] is het maar de vraag of er überhaupt nog genoeg gespecialiseerd personeel loopt die je naar het toilet kan brengen als je wat vaker moet, dat is vaker zo met ouderen.”

“Kijk ik naar mijn moeder dan voelt zij zich het veiligst in haar vertrouwde omgeving.”

De meerderheid van de burgers van Enschede staat open voor langer thuis wonen, maar is niet vrij van angst voor een onzekere toekomst. Het idee van de gemeente Enschede om een goed bereikbare ruimte in te richten, waar advies en informatie beschikbaar is over langer thuis wonen, lijkt veel respondenten dan ook een goed idee. Van de panelleden is 11 procent zeer positief over een dergelijk initiatief, 48 procent positief en 32 procent neutraal. Slecht één op de twintig respondenten reageert (sterk) negatief. Zij vrezen eenzaamheid, gevaar voor de burens door brand en een te karig bestaan.

### **Driekwart minder zelfredzamen overweegt advies te vragen**

Een aantekening hierbij is dat de overgrote meerderheid van de leden van het Enschedepanel zelf nog niet voor hun eigen zelfredzaamheid hoefde te vrezen. Van de respondenten geeft acht procent aan minder zelfredzaam te zijn. 36 Procent denkt bewust na over hoe hij of zij zich later zal redden, wanneer de zelfredzaamheid achteruit gaat.

Bijna een kwart van de respondenten (23%) heeft in de directe sociale omgeving te maken met mensen die minder zelfredzaam worden. De hoge mate van zelfredzaamheid heeft te maken met de relatief jonge leeftijd van de respondenten. De (meestal oudere) groep die minder zelfredzaam is, heeft meer behoefte aan informatie en advies over hoe zij voor zichzelf dingen kunnen blijven regelen. Driekwart van de minder zelfredzamen zegt zeker (28%) of misschien (47%) advies te willen inwinnen over de mogelijkheden om zelfredzaamheid te vergroten. De beoogde doelgroep van minder zelfredzamen is enthousiaster dan de rest van de bevolking, voor wie de eigen hulpbehoefte waarschijnlijk nog een abstract toekomstbeeld is.

Een substantieel deel van de inwoners van Enschede zegt dan ook dat ze een ‘Ruimte voor langer thuis wonen’ zullen gaan bezoeken. Twee vijfde deel van de panelleden zegt de Ruimte ‘zeker wel’ (9 procent) of ‘waarschijnlijk wel’ (31 procent) te zullen bezoeken en slechts 16 procent niet of zeker niet. Niet verwonderlijk is dat dit enthousiasme kleiner is voor de groepen bij wie de vraag over de eigen zelfredzaamheid nog niet speelt. Toch zegt bij hen ook 7 procent de Ruimte te zijner tijd zeker wel en 28 procent waarschijnlijk wel te bezoeken.

Als het gaat om de specifieke informatiebehoefte van de deelnemers, dan zit er niet zoveel tekening in de antwoorden. De thema's ‘veilig wonen’, ‘sociaal contact’ en ‘dagelijkse bezigheden’ worden net iets vaker genoemd dan ‘comfortabel en prettig wonen’ en ‘zelfstandig van a naar b kunnen komen’ (mobiliteit). Eén op de tien deelnemers vult deze door de enquêteurs bedachte thema's aan met zaken als het regelen van de administratie en hulp bij bankzaken, maar ook bij de beveiliging van het huis vanwege criminaliteit.

Het thema sociaal contact roept de grootste verschillen op tussen de groepen panelleden voor wie zelfredzaamheid een relevant thema is. Panelleden die te maken hebben met naasten die hun zelfredzaamheid zien verminderen, noemen het thema eenzaamheid vaker (72 procent), dan de panelleden

## Voor welke thema's moet er volgens u aandacht zijn in de 'Ruimte om langer thuis te wonen'?

Zelf minder redzaam N=127		Denkt na over later N=595		Naasten minder zelfredzaam N=379	
Dagelijkse zaken	65%	Veilig wonen	66%	Dagelijkse zaken	72%
Veilig wonen	62%	Degelijke zaken	65%	Sociaal contact	72%
Mobiliteit	57%	Sociaal contact	64%	Veilig wonen	66%
Sociaal contact	54%	Mobiliteit	58%	Comfortabel en prettig wonen	58%
Comfortabel en prettig wonen	52%	Comfortabel en prettig wonen	57%	Mobiliteit	54%
Anders	8%	Anders	11%	Anders	12%
Weet niet	8%	Weet niet	3%	Weet niet	5%

NB: Een deel van de panelleden valt in meer dan een doelgroep.

die zelf minder zelfredzaam zijn (54 procent). De panelleden die nadenken over de eigen zelfredzaamheid later vallen hier tussenin (64 procent). Mogelijk hebben deze verschillen te maken met het feit dat jongere mensen de eenzaamheid onder ouderen geneigd zijn te overschatten (Thomése & Bergsma, 2008).

### Verschillende waarheden

Wie alle antwoorden op een rij zet, kan concluderen dat het inrichten van een informatie- en adviescentrum over langer thuis blijven wonen een goed idee kan zijn. Enige voorzichtigheid bij het positioneren van zo'n centrum is geboden. Bij een deel van de mogelijke belangstellenden roept het idee van zelfredzaamheid associaties op met de afbouw van noodzakelijke voorzieningen. Het lijkt daarom zaak veel aandacht te besteden aan de boodschap dat het hier gaat om een vrijblijvend aanbod, en niet om een zware verplichting. De informatiebehoefte is in ieder geval aanwezig, en de praktijk zal de vraag moeten beantwoorden of de voorlichting mensen daadwerkelijk beter op weg kan helpen.

De panelleden uit Enschede hebben alvast een aantal suggesties gegeven hoe een ge-

meente een dergelijk informatie en adviescentrum vorm zou moeten geven.

“Goed luisteren naar ‘ervaringsdeskundigen’, de ouderen dus die nu al veel zorg nodig hebben. En vooral naar de oudere mensen die er veel moeite mee hebben, bijvoorbeeld vanwege eenzaamheid of fysieke beperkingen, om langer thuis te wonen.”

“Veel mensen zullen goed in staat zijn zelfstandig een steunpunt te bezoeken, maar het is van belang de mensen die niet uit zichzelf kunnen/willen komen, op te zoeken en hen het gevoel te geven dat zij niet worden vergeten. Ik denk aan zorgmijders, ouderen, die leven onder de armoedegrens, mensen die eenzaam zijn en niet zo goed in staat zijn contact te leggen met burens om hulp te vragen.”

“Zorg ervoor dat de groep 40-60 jarigen die nu nog volop actief zijn worden betrokken, maak platforms en techniek beschikbaar waarop ze zich ‘thuis voelen’ zodat bij ouder worden (> 65) een laagdrempelig netwerk aanwezig is voor iedereen die dan tot de doelgroep behoort. Het aanleren van nieuwe dingen (gewoonten, routines) gaat bij die oudere groep minder gemakkelijk. En wanneer deze groep al verbonden is, is een

isolement minder waarschijnlijk en leven ze gemakkelijker!”

Een gewiekst panellid raadt gemeentes die het voortouw willen nemen bovendien aan toekomstige bezuinigen alvast mee te nemen in het business model: “Vraag vrijwilligers uit de doelgroep om de ruimte te bemannen. Selecteer hen o.a. op de kennis en ervaring die ze hebben over/met de thema’s die een rol spelen bij het zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Hebben zij leuk en zinvol werk, krijgt het project een hart, en heeft het meer kans bezuinigingsrondes te doorstaan.” Zou dat een reëel toekomstbeeld zijn: Bezuinigen op de bezuiniging van het langer thuis blijven

wonen? Of is dit een prachtig voorbeeld van de participatiemaatschappij in wording? Tegenovergestelde diepe waarheden.

### Literatuur

Thomése, G. C. F. & Bergsma, A. (2008). Van oude mensen en de dingen die nog komen. *Geron: Tijdschrift over ouder worden en maatschappij*, 3, 60-63.

### Over de auteurs

De auteurs zijn verbonden aan het Lectoraat Verpleegkunde, Academie Gezondheidszorg, Saxion, Deventer/Enschede.



## GEDICHT

# DE HERINNERINGEN ZIEN MIJ

Een junimorgen als het te vroeg is  
om te ontwaken en te laat om weer in te slapen.

Ik moet eruit, het groen in dat vol zit met  
herinneringen, ze volgen mij met hun blik.

Ze zijn onzichtbaar, ze smelten totaal  
samen met hun achtergrond, perfecte kameleons.

Ze zijn zo dichtbij dat ik ze hoor ademen  
hoewel de vogelzang oorverdovend is.

*Tomas Tranströmer*

Uit: *De herinneringen zien mij. Volledige gedichten/ memoires*. Amsterdam: De Bezige Bij, 2011



# Joris Slaets: Vraag mensen in verpleeghuizen waaraan ze plezier beleven

RIA WIJNEN EN TOON VERLAAN



Joris Slaets, hoogleraar ouderengeneeskunde aan het UMC Groningen, is sinds 1 januari j.l. directeur van de Leyden Academy on Vitality and Ageing. Hij volgt Rudi Westendorp op. Joris Slaets is klinisch geriater en grondlegger van het Centrum Ouderengeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. In dat centrum werken mensen van zeer verschillende disciplines samen: internisten, neurologen, psychiaters en psychotherapeuten, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, sociaal gerieters en verpleegkundigen. Daarnaast was Joris Slaets één van de projectleiders van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Hij was actief in diverse commissies van de Gezondheidsraad, Zorginstituut Nederland en tot eind 2014 vicevoorzitter van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek.

Joris Slaets heeft het begrip schadelijke ouderenzorg op de agenda gezet en met zijn gedachtengoed over welbevinden en leefplezier benadert hij de ouderdom niet alleen medisch. Belangrijke thema's in zijn wetenschappelijk werk zijn kracht en kwetsbaarheid, behoeften en verlangens en de vraagpatronen van ouderen in een gemeenschap.

***Geron heeft steeds een thema. Het thema van dit nummer is: 'Langer thuis'. Wat zegt dat thema u?***

We moeten zo'n thema zien in de context van leefplezier. Er zijn mensen die meer leefplezier hebben als ze niet langer thuis blijven wonen. Het hangt af van wat mensen nodig hebben om de dingen te kunnen doen die ze belangrijk vinden en de persoon te kunnen zijn die ze graag willen zijn. Soms speelt het huis daar een belangrijke rol in en soms ook niet. Soms werkt het zelfs averechts.

Het gaat niet om de bakstenen waarin je woont, maar om de mensen om je heen; de gemeenschap die gevormd wordt. Die is cruciaal. De twee belangrijkste factoren voor welbevinden zijn de gemeenschap en de fysieke omgeving, waar mensen, ook met de beperkingen die ze hebben, prettig kunnen functioneren. In bijna elk onderzoek dat ik gedaan heb naar kwaliteit van leven staan de sociale contacten en de fysieke omgeving bovenaan.

***Als aan mensen gevraagd wordt wat zij het belangrijkste in het leven vinden, dan krijg je bijna altijd als antwoord: gezond blijven. Maar dan moet je ze teleurstellen, want dat blijven ze niet.***

Het is grappig dat u dat zegt. Ik zeg dat ook altijd. Ik heb dat ook ooit eens in de krant geschreven en toen vond men dat nogal boud. Mensen die gezond willen blijven moeten op tijd dood gaan en daarvoor tijd maatregelen nemen. In onze westerse samenleving hebben wij dat gezond blijven bijna heilig verklaard.

Ongezonderheid is per definitie bij ons onwilvervinden. Dat hoeft niet zo te zijn.

In Japan hechten mensen er meer aan de persoon te blijven die ze zijn. Die blijven gelukkig omdat zij zichzelf kunnen blijven. In Amerika is het bij het idiote af. Daar ben je een loser als je niet meer op je tachtigste een halve marathon kunt lopen. Echt een ontkenning van veroudering. Dat is jammer want het gaat toch om kwaliteit van leven met zijn positieve en negatieve aspecten. Mensen denken soms dat die twee op één as liggen. Dat dacht ik vroeger ook en veel wetenschappers denken dat nog steeds. Je hebt een goed en een slecht eindpunt. Dat is niet zo. Men denkt dat er een balanspunt of een omslagpunt is. Dat is ook niet zo, want dat positief en dat negatief welbevinden kunnen helemaal los van elkaar staan. Mensen kunnen narigheid ervaren en toch tegelijkertijd enorm genieten van hun partner, kinderen of kleinkin-

In Japan hechten de mensen er meer aan de persoon te blijven die ze zijn en niet aan die gezondheid

deren. Dat is heel fascinerend. Ik kan mensen niet 10 jaar jonger maken, ik kan wel met mensen nadenken over positief welbevinden. En onze hele zorg en in het verleden ook welzijn was toch erg gericht op het beperken van de narigheid. Er was erg weinig aandacht voor dat positief welbevinden.

### ***Het hele leven is toch doordeesemd van die twee elementen?***

Je kunt geen lijstje maken met waar je aan moet voldoen om gelukkig te zijn. Heel dikwijls komt terug, dat heel belangrijke facetten van geluk in relaties zitten met andere mensen. Als iemand tegen mij zegt: "Er is niemand op de wereld waarvoor het belangrijk is dat ik er ben", is dat een heel trieste mededeling. Dat is erger dan "ik heb kanker." Niet tot een gemeenschap behoren, zelfs niet de allerkleinste, is het meest trieste wat je kan overkomen als je ouder wordt.

### ***We praten wel over zorg, maar weinig over leefomgeving. Klopt dat?***

Wanneer we de fysieke omgeving zien als een wijkontwikkeling dan moeten we constateren dat er nauwelijks iets van op gang is gekomen, behalve van die van achter het bureau bedachte dingen, waar geen oudere bij betrokken is geweest. Die ontwerpers tekenen iets dat zij mooi vinden, maar eigenlijk zouden de mensen in de wijk de touwtjes in handen moeten hebben.

### ***Heeft u ooit onderzoek gedaan naar hoeveel initiatief ouderen nemen?***

Ja, ik ken gebieden waar het heel mooi gaat en andere waar het trekken blijft aan een dood paard. Ik heb veel onderzoeken in noordoost Groningen gedaan en het ene dorp kan volstrekt anders zijn dan het andere. Soms komt het op gang en dan zijn er in die gemeenschap een paar trekkers, die dingen gaan organiseren en zich niet omver laten praten. Soms zijn er van die gebieden waar alleen maar importmensen wonen. Dat zijn mensen uit de Randstad, die een boerderijtje kopen en denken daar gelukkig oud te kunnen worden. Maar ze kennen daar niemand, ze horen daar niet tot de gemeenschap en ze doen er ook niets voor. Dat zijn heel vervelende wijken en groepen van mensen om iets mee te doen.

### ***We blijven natuurlijk een samenleving waar mensen hun privacy op prijs stellen, waar mensen niet gewend zijn om dingen samen te doen.***

Het komt wel terug, ik zie dat er stadswijken en ook stedelijke gebieden zijn die weer buurt worden, waar mensen van alles met elkaar gaan doen, soms heel kleinschalig in een huiskamer, waar ze weer bij elkaar komen. We hebben in Emmen zo'n project gedaan in Emmerhout. Dat is fantastisch gegaan. Het was best een lastige buurt met veel veroudering en veel kwetsbare mensen, nogal wat laag opgeleiden en veel gehandicapten. Een buurt, die overspoeld werd door professionele zorg. We hebben de zorg naar de achterkant ge-

schoven en we hebben de buurt naar voren gehaald. We hebben tegen de buurtbewoners gezegd: “Luister eens, jullie wonen hier, jullie moeten gaan zeggen wat hier belangrijk is.” Dat heeft zo’n jaar of drie geduurd en is heel goed op gang gekomen. Toen heeft de gemeente midden in die buurt een oude lagere school om niet aan die buurt gegeven en gezegd: “Wij als gemeente gaan de buitenkant onderhouden en aan de binnenkant zoeken jullie het maar uit.” En dat is ontzettend mooi geworden. Daar gebeurt zo ontzettend veel dwars door de groepeerin- gen heen. De formele zorg zit daar ook. Ze hebben daar kantoortjes, maar die buurt is in de lead. En die organisaties hebben heel laagdrempelig signaleringsfuncties gemaakt van wat mensen graag zouden willen en wat ze nodig hebben.

Nadenken over verlangens van mensen, vind ik eigenlijk boeiender dan nadenken over hun behoeftes. Als we het geld, dat we moeten bezuinigen, zouden besteden om na te denken over wat mensen verlangen dan zouden ouderen veel gelukkiger kunnen zijn en daardoor zich meer gezond voelen. En misschien ook wel minder zorg gebruiken. Dat weet ik niet maar dat zou zomaar kunnen.

***U bent arts. Ik hoor u nu praten als een sociaal werker. U zei net bovendien: “Oud worden is niet tegen te houden en al die miljoenen die naar onderzoek gaan, moet dat nou?”***

Ik ben een jaar of vier geleden daarover begonnen. Ik had een groot artikel in NRC Handelsblad en was te gast in Buitenhof. Toen zijn al mijn collega’s over mij heen gevallen. Ik heb toen echt duidelijk gesteld, dat wij soms idioot bezig zijn met onze medische behandelingen. En niet alleen met dingen die niet helpen maar ook met schade aanrichten met medisch-specialistische hulp. Dat was toen ongehoord. Maar er is toch in vier jaar heel veel gebeurd. Er is in maart een KNMG rapport uitgekomen over doorbehandelen. Daarin staat dat niet alles wat kan, ook hoeft.

De bewustwording van dat er zo iets bestaat als schadelijke medisch-specialistische zorg begint nu toch wel duidelijk door te dringen en krijgt een breder draagvlak. Soms levert doorbehandelen kwaliteit van leven op, maar als het dat niet doet, dan is dat eigenlijk schadelijke zorg. En daar valt nog heel veel in te verdienen. Ook financieel.

Nadenken over het verlangen van mensen vind ik eigenlijk boeiender dan nadenken over de behoeftes van mensen

***Anne Mei The heeft vraagtekens geplaatst bij alle geld dat naar dementieonderzoek gaat. Zit u op hetzelfde spoor?***

Ja, ik vind dat zij daarin gelijk heeft. Ik ben niet tegen medisch- wetenschappelijk onderzoek, maar het primaire belang zou moeten zijn, dat wij nadenken over hoe wij als samenleving willen omgaan met dementerende ouderen. We weten dat voorlopig een effectieve behandeling van ouderdomsdementie onmogelijk is. Ik vind wel dat er mensen moeten zijn die daar onderzoek naar doen, daar is wetenschap voor. Ik had de helft of driekwart van dat geld voor onderzoek gegeven aan hoe we de wijken kunnen ondersteunen waar die dementerenden leven, hoe we de mantelzorg kunnen ondersteunen en de familie. Ook waarom het ene verpleeghuis veel meer geneesmiddelen gebruikt dan het andere.

Ik heb wel eens gezegd: naar wie een glimlach tovert op het gelaat van iemand met dementie zou ik onderzoek willen doen, want dat zijn belangrijke mensen. Ik bedoel initiatieven zoals in Peel en Maas waar de gemeenschap heeft gezegd: “Wij willen wel langer thuis blijven. Daarvoor moeten wij een dementievriendelijke wijk worden. Als een dementerende hier verloren loopt dan moet dat niet zo erg zijn. Laat die gewoon door de wijk wandelen. We zorgen er wel voor dat hij thuis komt. En als hij bij de bakker binnenloopt dan regelt die bakker dat wel”. Dat zijn zulke mooie dingen, die zijn honderdduizend keer beter dan al die poliklinieken en al die onderzoeken.

### **En hoe zit het dan met het leefplezier van de mensen in verpleeghuizen?**

Dat verandert wel en niet alle verpleeghuizen zijn gelijk. Ik heb een voorbeeld van een tehuis waar alle verplegend personeel is vervan-

Soms levert doorbehandelen kwaliteit van leven op, maar als het dat niet doet, dan is dat eigenlijk schadelijke zorg

gen door mensen die gevoel hebben voor dat nieuwe werken in termen van leefplezier. Alle zorgleefplannen zijn weggegooid. Het was een regelarm experiment van VWS. Men is gaan vragen aan die mensen waaraan ze plezier beleven en wat ze graag zouden willen. En dat is het uitgangspunt geworden van de nieuwe plannen.

Ik vind dat ieder gesprek bij opname moet beginnen met drie vragen. Vertel iets over uzelf, over uw geschiedenis. Dus niet: mevrouw Jansen met Parkinson, maar mevrouw Jansen met kinderen, die dat en dat heeft gedaan enzovoort. Vertel in de tweede plaats wat u nodig heeft om te kunnen functioneren. Wat is uw kwetsbaarheid en wat kunt u echt niet meer? En vertel in de derde plaats wat u leuk en belangrijk vindt. En eigenlijk moet dat op een A4tje staan en het begin zijn van ieder plan.

### **Wat gaat u voor Leyden Academy doen?**

Wij hebben een masteropleiding en executive leergang op het gebied van vitaliteit en veroudering. We geven ook colleges aan geneeskundestudenten en organiseren symposia. We

Naar wie een glimlach tovert op het gelaat van iemand met dementie zou ik onderzoek willen doen, want dat zijn belangrijke mensen

zijn in de media veel aanwezig en we proberen daar veel reuring te genereren om de positie van ouderen te verbeteren.

We benaderen instituties, gemeenten maar ook zorgaanbieders en welzijnsorganisaties, die we graag willen ondersteunen in het veranderingsproces. Wij hebben daar veel kennis over maar het moet in de samenleving gebeuren. En die samenleving moet gemotiveerd raken. Over dat proces van hoe je dat zou kunnen bewerkstelligen hebben wij veel kennis en dat willen we meer dan in het verleden ter beschikking gaan stellen van de buitenwereld.

### **U bent hier gekomen met uw bagage uit Groningen, terwijl de blik van Leyden Academy gericht is op vitaliteit.**

Ik heb daar met mijn voorganger en collega Westendorp vaak over gesproken. Zijn definitie van vitaliteit is helemaal niet gelijk aan gezond blijven. Die gaat over het domein dat ik leefplezier noem. Dat gaat over dingen die mensen belangrijk vinden: actief blijven, in de gemeenschap blijven, jezelf zijn en niet zozeer 'niet ziek worden'. Wat we als Leyden Academy wel zeggen – en dat begint veel vroeger – is dat mensen zelf veel meer dan de geneeskunde iets kunnen doen aan de snelheid waarmee ze ouder worden. Dat heeft met leefstijl te maken. Leefstijl veranderen op hoge leeftijd heeft geen zin. Leefstijlinterventies moeten vroeg beginnen.

### **Is het niet zo dat de Leyden Academy erg voor de vitale oudere is en Joris Slaets meer voor de kwetsbare oudere?**

Ha ha, dat is wel heel kort door de bocht. Wat we bij Leyden Academy doen op het gebied van leefstijl, gaat eigenlijk over een mengeling van jong en oud. En het gaat over het zolang mogelijk vitaal blijven. Wat ik eraan toevoeg is dat er ook leefplezier is weggelegd voor de kwetsbare oudere. Ik vind het interessant om heel gedifferentieerd naar ouderen te kijken. Voor mij zijn dat allemaal groepen die verschillende behoeftes hebben, ook vanuit puur medisch-

specialistische zin. Als ik ziektes wil behandelen dan zal ik bij dezelfde ziekte in de ene groep dat heel anders doen dan in de andere.

Als ik de richtlijnen volg uit mijn handboeken voor de meest kwetsbare ouderen dan ben ik niet aan het behandelen maar aan het mishandelen. Bij de groep kwetsbare ouderen moet je de ziektes anders behandelen dan bij vitale ouderen. En vooral voor mensen die daartussenin zitten. Dat verandert voortdurend. Dat zit hem in de mix van kwetsbaarheid en redzaamheid. Hoe verder de redzaamheid achteruit gaat, hoe anders mijn behandelplan wordt. Aan de ene kant redzaamheid en aan de andere kant behoeftes. Dat heeft met elkaar te maken maar is toch niet helemaal hetzelfde.

#### **Speelt de cliënt daar niet een cruciale rol in?**

Jazeker, want die zegt wat hij kan en wat hij nodig heeft en bovendien zit daar de as achter van persoonlijk ervaren welbevinden. Die drie assen, redzaamheid, behoeftes en ervaren welbevinden zijn voor mij de dingen waar het om gaat. Die maken de verschillende profielen in dat traject van oud worden.

#### **Maar de beeldvorming over ouderen, dat ze krakkemikkig en fragiel zijn is toch moeilijk te doorbreken?**

Helaas wel. Het beeld dat in de media wordt geschetst, komt vaak niet overeen met de realiteit. Ik ken bijvoorbeeld Ap-pingedam heel goed. Ongeveer 75% van alle 75-plussers daar, zijn heel vitale ouderen. Maar juist over die andere 25 % en eigenlijk over de laatste 15% gaan de verhalen. En uit die groep zoeken ze ook nog de mensen waar problemen mee zijn of waar iets in de zorg misgelopen is. En natuurlijk, daar zitten trieste gevallen bij waar niets aan te doen is. Maar die gevallen zie je ook bij de jeugd en bij andere groepen. In mijn werk gebruik ik nooit leeftijd, alleen als afkappunt, omdat ik anders niet

weet naar wie ik moet kijken. Maar, verder is het gewoon iets wat de kalender zegt. Maar leeftijd zegt voor mensen wel iets omdat ze dan

Als ik de richtlijnen volg uit mijn handboeken voor de meest kwetsbare ouderen dan ben ik niet aan het behandelen maar aan het mishandelen

sociaal kunnen vergelijken. Ze kunnen dan zeggen dat ze niet bij die kwetsbaren horen.

#### **Aan het slot van ieder interview vragen we altijd: hoe kijkt u naar uw eigen ouder worden?**

Ik denk in de eerste plaats na over de plek, de fysieke omgeving, waar ik oud wil worden. Ik wil niet in mijn huis in Groningen, een fantastisch rijksmonument, oud worden met mijn echtgenote. Dat huis heeft vier verdiepingen. Ik denk ook na over Den Haag waar onze dochter woont, omdat ik dat familieverband toch wel heel belangrijk vind, misschien wel belangrijker dan de rest. Ik denk dat ik niet tot ver na mijn pensioengerechtigde leeftijd door zal gaan met mijn huidige beroepsactiviteiten. Ik vind nog zoveel andere dingen leuk in het leven.

Ik heb heel veel muziek gespeeld en dat vind ik fantastisch. Ik denk dat ik dat ga doen! Ik ga niet tot op heel hoge leeftijd in allerlei commissies zitten en me bemoeien met pro-

Ik ga niet tot op heel hoge leeftijd in allerlei commissies zitten en me bemoeien met projecten en ander gedoe

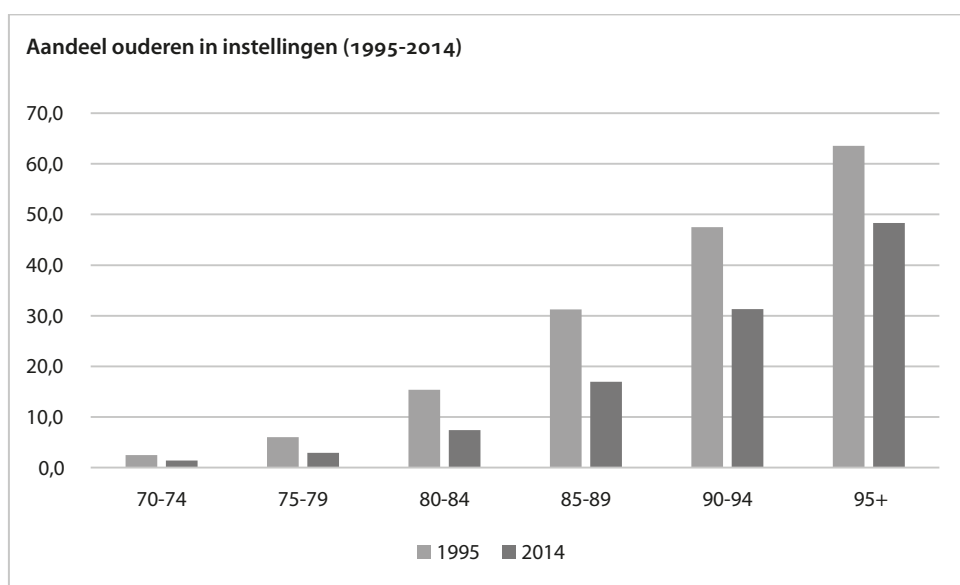
jecten en ander gedoe. Daar heb ik in mijn leven genoeg tijd aan besteed. Ik denk dat ik samen met mijn echtgenote een mooi plekje uitzoek waar wij kunnen functioneren, waar wat mensen om ons heen wonen die ons dierbaar zijn.

# Het merendeel van de ouderen woont zelfstandig tot op hoge leeftijd

HANNA VAN SOLINGE, NIDI

De grootste groep ouderen woont zelfstandig in een eigen woning en blijft dat toen tot op zeer hoge leeftijd. Van alle ouderen woont slechts een klein deel in een instelling, zoals een verzorgings- of verpleeghuis. Dit aandeel is de laatste twintig à dertig jaar bovendien sterk gedaald. Woonde in 1984 nog 10,5 procent van de 65-plussers in een verpleeg- of verzorgingshuis, in 1995 was dat nog maar acht procent en in 2014 was dat percentage afgenomen tot 4,7.

De figuur geeft een beeld van het aandeel ouderen dat in een instelling verblijft naar leeftijd. In de leeftijdsgroepen jonger dan 90 jaar is dat aandeel meer dan gehalveerd tussen 1995 en 2014. Maar ook onder de 90-plussers was sprake van een teruggang. Woonde in 1995 nog ruim 60 procent van de 95-plussers in een instelling; in 2014 was dat minder dan de helft. Als gevolg van het ingezette kabinetsbeleid zullen deze percentages nog weer verder afnemen.



Bron: CBS Statline (Personen in Institutionele Huishoudens)

# Participatie en partnerschap in ouderenzorginstellingen

VIVIANNE BAUR & TINEKE ABMA

*De slogan 'cliënt centraal' is ondertussen bijna een gemeenplaats. In de praktijk is het echter niet vanzelfsprekend dat cliënten op een betekenisvolle manier invloed kunnen ervaren op hun (gezamenlijke) leven binnen ouderenzorginstellingen. We nemen in dit artikel de inzichten en opbrengsten van zes jaar participatief actieonderzoek in een ouderenzorgorganisatie onder de loep. Welke kansen en uitdagingen worden zichtbaar wanneer ouderen, professionals en andere betrokkenen met elkaar samenwerken?*

## Empowerment van bewoners voorop

In 2008 startten wij ons actieonderzoek naar vernieuwende vormen waarop bewoners van verzorgingshuizen meer rechtstreekse invloed zouden kunnen ervaren op hun gezamenlijke leefwereld. Aanleiding voor dit onderzoek waren eerdere conclusies over de uitdagingen waar cliëntenraadsleden en managers in de formele medezeggenschapspraktijk tegenaan lopen (Baur, Abma & Widdershoven, 2007). Bij Mosae Zorggroep hebben wij door middel van verschillende projecten samen met bewoners en professionals geëxperimenteerd met een participatieve manier van werken. Deze aanpak bleek zijn vruchten af te werpen en leidde tot de PARTNER-benadering (Baur, 2012). De letters van PARTNER vormen een acroniem en staan voor: Participation, Action, Relations, Trust, Negotiation, Empowerment en Responsiveness. Deze concepten verwijzen naar een aantal kernelementen die aan bod komen bij het werken met de PARTNER-benadering. Het verwijst tevens naar het streven naar *partnerschap*. Het is daarmee geen model voor vraaggericht werken ('u

vraagt, wij draaien') maar een werkwijze waarbij bewoners en professionals op een meer gelijkwaardige basis van wederzijds begrip en dialoog zich *samen* inzetten voor praktijkverbeteringen. De PARTNER-benadering begint evenwel bij de ervaringen en perspectieven van bewoners. Dit is immers de groep die in het huis woont en die tegelijkertijd vaak een gebrek aan invloed ervaart. Zo wordt eerst relationeel empowerment van bewoners versterkt ('samen staan we sterk').

## Een gezamenlijk leerproces

De PARTNER-benadering bestaat uit een aantal stappen:

- 1 Bewoners benoemen in groepsverband een onderwerp dat hen raakt
- 2 Zij maken samen een plan om dit te verbeteren
- 3 Professionals spreken onderling ook over dit onderwerp
- 4 Bewoners en professionals gaan in dialoog en stellen samen een actieplan op

Hoewel deze stappen in de praktijk in deze volgorde gevolgd dienen te worden, is het ex-



pliciet geen blauwdruk. De PARTNER benadering is bedoeld als een leidraad voor een gezamenlijk leerproces, waarbij bewoners en professionals dicht bij elkaar gebracht worden en er ruimte ontstaat voor ontmoeting en verbinding. Dit wordt bewerkstelligd door het boven tafel brengen van de onderliggende waarden rondom het gekozen onderwerp. Bij maaltijden bleek het bijvoorbeeld niet alleen te gaan over gezonde en smakelijke voeding, maar ook over de sfeer en over 'je thuis voelen'. Vervolgonderzoek naar de PARTNER-benadering heeft laten zien dat het 'de kleine dingen' zijn die ertoe doen (Boelsma et al., 2014).

De inzet van de PARTNER-benadering leidt dus tot praktijkverbeteringen die bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten, bijvoorbeeld maaltijden, sociale interactie, omgangsvormen, thuisgevoel, veiligheid, integratie met de maatschappij. Het geeft tevens ruimte voor leren: professionals die in de onderzoeksprojecten betrokken waren bij de PARTNER-benadering hebben hiervan geleerd dat cliënten een waardevolle inbreng kunnen hebben op het reilen en zeilen in de instelling. Zij zien cliënten in deze projecten als bondgenoten om samen de kwaliteit van leven in de instelling te optimaliseren. Cliënten hebben geleerd dat hun stem ertoe doet, dat zij samen sterk staan en dat zij actief kunnen bijdragen aan een prettige leefomgeving (Baur, 2012).

### **Partnerschap tussen bewoners, professionals en anderen**

Met het ontwikkelen en toepassen van de PARTNER benadering op een paar locaties binnen Mosae Zorggroep, ontstond hier vervolgens de behoefte om verder te onderzoeken hoe deze tendens van empowerment en partnerschap verder ontwikkeld en ingebed zou kunnen worden in de organisatiecultuur.

Dit deden wij door middel van participatief actieonderzoek: onderzoek met, voor en door de mensen die in ouderenzorginstellingen wonen en werken. Op elke locatie van Mosae Zorggroep werd een 'kerngroep participatie' gevormd ( $n=5$ ), met daarin bewoners,

### **De PARTNER benadering**

Participatie verloopt in intramurale voorzieningen via cliëntenraden. Systeemwaarden krijgen daardoor vaak de overhand. Hoe kan een meer rechtstreekse vorm van participatie vanuit de leefwereld van bewoners in de praktijk tot verbeteringen leiden? De PARTNER benadering is een werkwijze waarbij bewoners gezamenlijk een onderwerp kiezen dat hen raakt. Zij ontwikkelen een droombeeld en treden in dialoog met professionals. Vanuit partnerschap wordt een gezamenlijk actieplan opgesteld. In Mosae Zorggroep hebben wij dit proces op meerdere locaties begeleid over een langere periode, en dit heeft geleid tot empowerment en concrete praktijkverbeteringen. Succesfactoren waren onder meer het samen *doen*, communicatieve ruimte, creativiteit, en steun in de organisatie. Uitdagingen vormden de systeem-gedreven transitie en toenemende kwetsbaarheid van bewoners. Onze conclusie luidt dat directe participatie van bewoners in ouderenzorginstellingen via de PARTNER benadering bewoners een stem geeft en leidt tot praktijkverbeteringen die bijdragen aan hun welzijn en kwaliteit van leven.

mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers. Deze kerngroepen kozen een eigen thema dat op hun locatie als het meest relevant werd ervaren ('bewoners voor bewoners', verdraagzaamheid, cliëntgericht werken, omgaan met elkaar, mantelzorgers betrekken) en gingen samen aan de slag om verbeterideeën- en acties te ontwikkelen. Dit gebeurde onder begeleiding van de onderzoeker (eerste auteur van dit artikel), die hierbij een faciliterende en onderzoekende rol had.

### **Succesfactoren**

Dit project levert inzichten op wat betreft succesfactoren en uitdagingen rond participatie en partnerschap in de institutionele ouderenzorg. Succesfactoren bleken te zijn:

- Mensen 'van buiten' betrekken (nieuwe perspectieven, mogelijkheden, inspiratie)

- Draagvlak van leidinggevendenden
- De kracht van actie, samen *doen* (in plaats van eindeloos 'vergaderen')
- Creatieve werkvormen (die uitnodigen tot dromen, en toegankelijk zijn voor cliënten)
- Ruimte geven aan leefwereld-onderwerpen (welzijn, verbinding)

## Uitdagingen

### **Cliëntenparticipatie**

Het is in de meeste kerngroepen lastig gebleken om cliënten betrokken te houden. Hierin speelt mee dat er sprake is van een hoge zorgzwaarte (cognitief en fysiek) van cliënten, waardoor participatie aan bijeenkomsten bemoeilijkt werd. Van grotere invloed leek echter te zijn dat de reflecterende invulling van de bijeenkomsten niet aansloot bij de behoefte aan directe actie en verbeteringen van bewoners.

### **Transitie in de zorg vraagt om samen zoeken**

Met de huidige ontwikkelingen in de ouderenzorg komt het accent steeds meer op efficiënte bedrijfsvoering te liggen en wordt van cliënten steeds meer eigen regie verwacht. Er is sprake van hogere zorgzwaarte van intramurale cliënten, toenemende extramuralisering, het afstemmen van dienst- en zorgverlening op nieuwe cliëntengroepen, bezuinigingen,

een groter beroep op mantelzorgers en vrijwilligers. De ontwikkelingen van enerzijds participatie en partnerschap ontwikkelen en anderzijds een systeemtransitie vormgeven, kunnen op gespannen voet met elkaar staan. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande figuur.

In het begin van het project leek deze spanning duidelijk aanwezig te zijn en werden de mogelijkheden om samen te werken aan praktijkverbeteringen overschaduwed door onzekerheid, onrust en een gebrek aan inspiratie bij zowel cliënten als medewerkers. Gaandeweg het project stabiliseerde deze ontwikkeling zich steeds meer, waardoor er meer balans begon te ontstaan tussen beide organisatieontwikkelingen. We zien hierbij dat cultuurverandering een zoekproces kan zijn dat per definitie tijd nodig heeft om uit te kristalliseren. Chaos en rommeligheid, hoe lastig ook, lijken bij het proces van cultuurverandering te horen (Snoeren, 2014).

### **Hoe om te gaan met participatie en partnerschap**

Participatie en partnerschap wordt binnen de transitie in de zorg mogelijk nog minder een vanzelfsprekendheid in ouderenzorginstellingen terwijl het tegelijkertijd des te meer noodzakelijk is voor het behouden (en vergroten) van de kwaliteit van leven van bewoners. En laten we de kwaliteit van leven en



werken van medewerkers en mantelzorgers en vrijwilligers ook niet vergeten. De systeemwaarden van waaruit de transitie zich voltrekt (gericht op bezuinigingen) dreigen de leefwereldwaarden van solidariteit, samenwerking en relationeel empowerment te overschaduwten wanneer hier niet expliciet en continue aandacht en ruimte aan gegeven wordt. Er is en blijft behoefte aan verbinding en ontmoeting in ouderenzorginstellingen. Op basis van deze inzichten formuleren wij de volgende aanbevelingen voor de praktijk:

### **Participatie en partnerschap blijven ontwikkelen en verankeren in de organisatie**

Breng in kaart welke mensen intrinsieke motivatie en talent hebben om de waarden van participatie en partnerschap te ontwikkelen en geef hen zichtbare (h)erkenning om deze rol expliciet uit te voeren. Geef ruimte aan de 'rommeligheid' die hoort bij leren en cultuurverandering.

### **Gebruik vormen voor participatie die passen bij de betrokkenen**

Soms past de PARTNER benadering beter voor cliënten dan het direct samenbrengen van cliënten en professionals. Houd rekening met het veranderen van de cliëntenpopulatie en tevens veranderende behoefte aan en mogelijkheden tot participatie. Een kritische vraag die leidinggevendens zichzelf hierbij steeds kunnen stellen is: 'wie bepaalt op dit moment de beleidsagenda in de instelling?'

### **Creëer ruimte voor verbinding, gemeenschap en hoop voor alle partijen**

Informele ontmoeting, oprechte interesse in elkaar en samen zoeken naar manieren om

eventuele knelpunten op te lossen staan hierbij centraal.

### **Schep voorwaarden voor participatie en partnerschap**

Bestuurders in de zorg en politiek zijn verantwoordelijk voor het scheppen van goede randvoorwaarden, zoals personele en financiële ondersteuning, zodat verwachtingen ten aanzien van participatie waargemaakt kunnen worden.

### **Literatuur**

- Baur, V.E. (2012). *Participation & Partnership. Developing the influence of older people in residential care homes*. 's Hertogenbosch: BOXPress.
- Baur, V.E., Abma, T.A. & Widdershoven, G.A.M. (2007). Cliëntenraad meer dan klachtenclub? *Geron*, 9 (3), p.57-60.
- Boelsma, F., Baur, V.E. Woelders, S. & Abma, T.A. (2014). "Small" things matter: Residents' involvement in practice improvements in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 31, 45-53.
- Snoeren, M.W.C., Janssen, B.M., Abma, T.A., Niessen, T. J. H. & Abma, T.A. (2014). Nurturing cultural change in care for older people: seeing the cherry tree blossom. *Health Care Analysis*, DOI 10.1007/s10728-014-0280-9.

### **Over de auteurs**

*Vivianne Baur*, onderzoeker aan de afdeling Metamedica van het VUmc, is gepromoveerd op het onderwerp van cliëntenparticipatie in de ouderenzorg.

*Tineke Abma*, hoogleraar Diversiteit en Participatie, is verbonden aan de afdeling Metamedica, VUmc. [t.abma@vumc.nl](mailto:t.abma@vumc.nl)

# Pensioensparen met Het BuurtPensioen

HERWIG TEUGELS, KATLEEN DERUYTTER, LIESBETH DE DONDER & SARAH DURY

*Het BuurtPensioen is een nieuwe vorm van pensioensparen. Door het uitvoeren van kleine hulp- en zorgtaken voor ouderen, sparen deelnemers zorgtijd voor later. Aan deze pensioenspaarformule kunnen ook financieel zwakkeren participeren.*

Het BuurtPensioen is een project van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel in samenwerking met ADO Icarus, EVA vzw, het Seniorencentrum, de Brusselse Welzijns- en GezondheidsRaad en de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en wordt financieel ondersteund door de Vlaamse Gemeenschap en het ANDO-fonds. Het project dat sinds oktober 2013 proefdraait, kan terugblikken op geslaagde maanden. Voor de opstart werd samen met de Vrije Universiteit Brussel kwalitatief onderzoek verricht.

## **Vraagverlegenheid versus handelingsverlegenheid**

Ouderen willen op een goede manier hun oude dag beleven. Ze wensen zeggenschap en autonomie over de wijze waarop de zorg- en dienstverlening voor hen georganiseerd wordt. De omkadering dient afgestemd te worden op hun noden en behoeften: wat men nog zelf kan, wil men zelf doen; professionele hulp is pas welkom als het echt niet anders kan.

Meer dan 15% van de Brusselse ouderen vindt de thuiszorg onbetaalbaar, laat staan dat ze al residentiele zorg zouden overwegen. Gemiddeld één op de tien Brusselse ouderen stelt gezondheidszorgen uit. Hun beperkt pensioen en de toenemende armoede zijn daar niet vreemd aan.

De buurt speelt in het leven van ouderen een belangrijke rol. Ouderen zijn gehecht aan hun buurt; hun leven spitst zich vooral toe op de nabije omgeving en de wijk en dus is een veilige en aangename woonplaats en leefomgeving van uitzonderlijk belang. Maar door allerlei ontwikkelingen zoals verhuisbewegingen en aanpassingen in de wijk, vervreemden ouderen meer en meer van hun buurt en vinden ze minder aansluiting bij de nieuwe mensen die er wonen. Het gevaar van sociaal isolement en vereenzaming is dan niet veraf. Sociale contacten zijn een bepalende factor voor het behoud van autonomie en zelfredzaamheid.

Een vraag die bij heel wat ouderen leeft is: wie zal er voor mij zorgen als ik zorgbehoevend word? Sommige ouderen weten bij wie ze terecht kunnen, anderen helemaal niet. Ze durven aan hun directe omgeving geen vraag tot hulp stellen. De vraagverlegenheid bij ouderen is groot.

17 Procent van de Brusselse ouderen doet vrijwilligerswerk. Zij verrichten onbetaalde activiteiten ten behoeve van anderen. Nog eens 28% van deze bevolkingsgroep stelt graag vrijwillig diensten te verlenen, mocht hen dat gevraagd worden, maar ze krijgen geen vraag. Deze mensen zijn bereid, maar willen zich niet opdringen. Ze hebben handelingsverlegenheid.

De combinatie van vraagverlegenheid bij ouderen en handelingsverlegenheid bij vrijwilligers is fruikend voor de totstandkoming van informele dienstverlening. Deze korter bij elkaar brengen is de boodschap.

Het BuurtPensioen zet daarom buurtbewoners aan voor elkaar te zorgen. Als ze dat doen, wordt dat engagement gevaloriseerd. Ze bieden antwoorden op vragen van zorgbehoeften: huishoudelijke taken, boodschappen doen, een babbeltje slaan met de zieke buur, de buurvrouw helpen bij het opstaan, de krant voorlezen, chauffeur spelen, samen koken ... De dienstverlening beperkt zich tot taken waar geen professionele kwalificaties voor vereist zijn. De geboden informele zorg is complementair aan de formele zorg.

### Keuze voor tijd

Wanneer mensen vrijwillig taken hebben opgenomen, worden de gepresteerde uren op een spaarrekening geregistreerd. Dit gespaarde krediet kunnen deelnemers op drie wijzen opnemen:

- 1 Ze kunnen het krediet gebruiken als ze (later) zelf hulpbehoevend worden. Het is dus een manier om de eigen toekomst voor te bereiden;
- 2 Ze kunnen het krediet onmiddellijk opnemen door het door te geven aan iemand anders. Dit kan interessant zijn wanneer een ouder familielid verderaf woont en je hen toch van afstand wil bijstaan;
- 3 Het gespaarde krediet kunnen ze terugschikken aan de organisatie. Die gebruikt het voor mensen die niet in staat zijn om zelf krediet op te bouwen. Het is een ingebouwd solidariteitsmechanisme.

In Het BuurtPensioen verdoe je je tijd niet, je spaart tijd. De keuze voor een tijdsysteem is expliciet: een uur is een universele en vaste waarde, niet onderhevig aan inflatie. Een uur duurt 60 minuten, ook over 20 jaar. Dit is een substantieel voordeel tegenover het sparen in euro's; het werken met uren nodigt uit tot een billijke ruil. Het waarderen in uren dwingt tot een gelijkwaardigheid van ieders tijd: er is geen onderscheid in kunde, kennis, diploma of ervaring; mensen hebben

minder schroom om iemands *tijd* te vragen dan iemands *geld*. Dit stimuleert mensen hun zorgvraag te uiten.

### Proefproject

De uitvalsbasis voor het pilotproject is het Lokaal Dienstencentrum ADO Icarus in Neder-Over-Heembeek (Brussel). Dankzij de samenwerking met deze partner meldden de eerste deelnemers zich, die op hun beurt andere buurtbewoners bij het project betrokken. De basis voor de werkingsregels haalden we bij het inspirerend voorbeeld Care4Care in Groot-Brittannië, die bereid waren twee jaar praktijkervaring met ons te delen. De vertaalslag naar een Brusselse context gebeurde in hoofdzaak door de deelnemers zelf. Op de maandelijkse ontmoetingsmomenten maakten de deelnemers kennis met elkaar, verbeterden in overleg het systeem, en deelden leuke en moeilijke momenten van het vrijwilligerswerk in een peer-to-peer ondersteuning. Ze voelden zich daardoor mede-eigenaar van het project.

Zowel kwantitatief als kwalitatief zijn de resultaten van het proefproject zeer bevredigend:

- Er is een hecht netwerk van meer dan 50 deelnemers, voldoende groot om de meeste zorgvragen te matchen met het aanbod van de vrijwilligers;
- De deelnemers voelen een grote betrokkenheid bij het project;
- Een kwetsbaar publiek wordt bereikt, zij het voornamelijk binnen de doelgroep van ouderen; de vrijwilligers dragen – met beperkte professionele omkadering – een groot stuk van de operationele werking;
- De samenwerking met lokale professionele zorgverstrekkers – een thuiszorgdienst, woonzorgcentra, OCMW, een huisarts – verloopt vlot.

### Wetenschappelijke opvolging

Het project werd wetenschappelijk opgevolgd door de afdeling educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel. Zorgvragers en vrijwilligers werden op vier verschillende momenten bevroegd. De resultaten tonen aan

dat Het BuurtPensioen een meerwaarde betekent op verschillende vlakken:

- *Meerwaarde voor de mantelzorg:* het is een ondersteuning van zorgbehoevenden die geen mantelzorgers hebben of het ontlast de mantelzorgers. Het BuurtPensioen kan eveneens een valorisatie betekenen voor bestaande informele zorg.

- *Meerwaarde voor de formele zorg:* Het BuurtPensioen is een noodzakelijke aanvulling op formele zorg, biedt een meerwaarde voor het lokaal dienstencentrum dat een snellere toename van het aantal centrumbezoekers optekende en een stijging van het aantal zorgvragen.

- *Meerwaarde voor de vrijwilliger:* Het BuurtPensioen trekt een zeer divers publiek van vrijwilligers aan, waaronder kwetsbare vrijwilligers die mede door dit project geactiveerd werden. Vrijwilligers geven aan zich dankzij Het BuurtPensioen nuttiger te voelen, vrienden bij te maken, een groter zelfvertrouwen te hebben en zich minder eenzaam te voelen.

- *Meerwaarde voor de zorgvrager:* Het BuurtPensioen draagt bij tot de levenskwaliteit van de zorgvragers. Zorgvragers krijgen zorg die ze vroeger niet of minder kregen en voelen zich minder geremd om zorg te vragen. Ze bouwen mee aan een ondersteunend sociaal netwerk. Sociale contacten die hen gemoedrust geven, leiden tot een hoger psychologisch welbevinden, een uitstel van opname in een woonzorgcentrum, vermindering van eenzaamheidsgevoelens. Bovendien zijn de zorgvragers vaak ook actief betrokken in Het BuurtPensioen: zorgvragers willen en kunnen ook zelf bijdragen.

- *Het project speelt in op de vermaatschappelijking van de zorg:* Het BuurtPensioen maakt verschillende vormen van zorg zichtbaar, wat leidt tot positievere beeldvorming van zorg. Zorg is niet langer iets dat je krijgt, maar iets dat je doet voor en samen met elkaar. De wederkerigheid staat centraal en die is buurtgebonden.

## Verduurzamen

Van bij de start werd nagedacht over de continuïteit van het project, en dit op twee terreinen. Inzake de organisatiestructuur werd de

vraag gesteld of, en op welke manier, een coöperatie in uren, als business model voor Het BuurtPensioen, zelfbedruipend kan zijn. Bijkomend bekeken we of we deze complementaire munt in uren ook deels voor het organisatie-niveau kunnen gebruiken. De denkgroep die hiermee werd belast en waarin vertegenwoordigers zetelden van Triodosbank, Delta Lloyd Life, Febecoop, Fairfin. en Kenniscentrum Woonzorg Brussel, deed al veel voorbereidend werk. De voorlopige conclusie luidt dat een coöperatie als juridische vennootschapsvorm niet interessant is voor onze activiteit, in hoofdzaak omwille van de vennootschapswetgeving die voor een coöperatieve onderneming gericht is op een handelsactiviteit. Bij Het BuurtPensioen gaat het niet om verkoop, maar om wederkerigheid. Bovendien kan een coöperatie niet werken met vrijwilligers en lopen we als coöperatieve onderneming een groter risico dat de vrijwillige prestaties gezien worden als een dienst waarop een btw-heffing van toepassing is.

Voor de continuïteit is een goede website met een module waar deelnemers zich kunnen inschrijven en hun tijd registreren, maar eveneens hulp zoeken of vragen, onontbeerlijk wanneer het project uitbreidt naar andere wijkantennes. Blijkens de ervaringen van Care4Care in Groot-Brittannië is ondersteunende software belangrijk. Het ontbreken ervan gaven zij aan als één van de belangrijkste oorzaken van de stopzetting van hun activiteiten, dit ondanks een groot operationeel succes. Goede IT-tools ontlasten niet enkel de administratie en registratie, ze zijn ook noodzakelijk om een jonger publiek te bereiken. Een website is niet voldoende; de toepassing moet ook geschikt zijn voor de mobiele toestellen en een link met sociale media hebben. Studenten van de UCL ontwikkelden 11 registratie-prototypes waar we verder mee aan de slag kunnen.

Het project is gestart, positief geëvalueerd en heeft veel potentie. Een voorbeeld hiervan is de enorme groei in aantal vrijwilligers en zorgvragers. Het komt er op aan het verder te ontwikkelen. Andere gemeenten willen aansluiten en het concept introduceren. Maar



daarvoor is meer duidelijkheid nodig over de organisatiestructuur. Om die op punt te stellen, de registratietool uit te werken en het project ook effectief elders te introduceren werd een dossier ingediend bij het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO). Wordt vervolgd.

## Literatuur

- Verté, D., Dury, S., De Witte, N., Buffel, T., & De Donder, L. (2009). *Rapport van het ouderen-behoefien-onderzoek Brussel*. Brussel: VUB.
- Maruf, S., Demeere, S., & Teugels, H. (2010). *De thuiszorg onder de loep in Brussel. Hoe de ontwikkeling van de woonzorgzones een meerwaarde kan bieden?* Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en), 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- Vanmechelen, O., Verté, D., Teugels, H., e.a. (2012). *Zorgnoden en -behoeften: de kijk van de Brusselaar*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

- Vanmechelen, O. (2013). *Tussen droom en werkelijkheid: uitdagingen voor woonzorg in Brussel*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- De Donder, L., Verté, E., Teugels, H., & Glorieux, M. (2013). *Programmatie-studie Brussel. Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen*. Brussel: VUB.

## Over de auteurs

*Herwig Teugels* is vele jaren actief in de Brusselse welzijnssector en sinds 2008 directeur van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel. *Katleen Deruytter* is in het Kenniscentrum Woonzorg Brussel actief als projectcoördinator van Het BuurtPensioen en initiatiefnemer van het project. *Liesbeth De Donder* is professor Agogische Wetenschappen van de vakgroep Educatiewetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. *Sarah Dury* is als postdoctoraal onderzoeker verbonden aan de vakgroep Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel.

# GESIGNALEERD

## Sluitende verzorgingshuizen

*Jan Willem van de Maat, Hilde van Xanten en Jacko de Wit. Utrecht: MOVISIE, 38 pagina's, 2015. Gratis te downloaden via <https://www.movisie.nl/publicaties/sluitende-verzorgingshuizen>*

Met het sluiten van verzorgingshuizen vallen voor oudere bewoners in de omgeving belangrijke voorzieningen weg, zoals de gezamenlijke maaltijd, dagactiviteiten, ontmoeting en opvolging van personenalarmering. Dat geldt in het bijzonder voor bewoners van aanleunwoningen, die niet meer tegen het verzorgingshuis aan kunnen 'leunen'.

Wie zijn aan zet om voor deze bewoners de sociale functie op te vangen? En op welke manieren kun je dat doen? MOVISIE deed een kwalitatief onderzoek bij een landelijk werkende woningcorporatie en voerde gesprekken met betrokkenen bij zeven locaties verspreid over het land. In deze publicatie worden de mogelijke oplossingen in kaart gebracht.



langere  
duur

MOVISIE  
binnen en oorspoken van  
sociale vraagstukken



# Een nieuwe methode met aandacht voor kleurrijke verhalen van oudere migranten

## Mijn leven in kleur

PAULIEN MATZE & WOUT HUIZING

*Er zijn vele methoden in omloop om met ouderen hun levensverhaal op te tekenen. Onlangs verscheen een nieuwe levensverhaalmethode 'Mijn leven in kleur' om met oudere migranten in gesprek te gaan over hun levensverhaal. Dit artikel volgt de weg naar een cultuur sensitieve variant.*

### Mijn leven in kaart

Tussen 2005 en 2007 ontwikkelde Reliëf – christelijke vereniging van zorgaanbieders – de methode 'Mijn leven in kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal'. Een methode om aan de hand van vijftig themakaarten in een achttal individuele gesprekken een levensboek met een oudere te maken. De themakaarten zijn ingedeeld in vijf levens-thema's, die elk tien subthema's en per sub-thema drie voorbeeldvragen bevatten. Er zit geen vaste volgorde in de thema's: de verteller bepaalt waarover hij of zij wil praten, de luisteraar volgt, maar mag wel structureren. 'Mijn leven in kaart' werd in 2007 gepubliceerd en bleek een groot succes: talloze vrijwilligers en professionals hebben er in allerlei situaties mee gewerkt. Vele honderden ouderen blikten op hun leven terug en gaven daaraan nieuwe betekenissen. Op basis van hun feedback verscheen er in 2013 een geheel herziene

### Levensverhalen van oudere migranten

Wel was duidelijk dat 'Mijn leven in kaart' een 'witte' uitgave was met gebruikmaking van foto's en vragen die aansluiten op Nederlandse 75-plussers en hun cultuur en geschie-

denis. Niet geschikt dus voor een nieuwe groep ouderen die zich aandient: migranten uit allerlei windstreken die zich vanaf het midden van de 20<sup>e</sup> eeuw om uiteenlopende redenen, vrijwillig en onvrijwillig, in Nederland vestigden. Cultureel en levensbeschouwelijk gezien een zeer diverse groep, die des-



ondanks allemaal dezelfde ervaring delen: zij hebben huis en haard verlaten om in een ver en vreemd land een nieuw leven op te bouwen. Pioniers waren het die moesten wennen aan een leven tussen c.q. met twee culturen, harde werkers in banen die vaak een aanslag op de gezondheid deden en die vaak minder goed gehuisvest waren.

Inmiddels zijn deze pioniers ouder geworden. Over een paar jaar zijn dat er een half miljoen. Velen van hen gaan niet meer terug naar hun land van herkomst. Kinderen en kleinkinderen zijn hier geboren, 'daar' is het ook veranderd, maar de heimwee blijft. Net als iedere oudere kijkt men terug op het leven: hoe is het geweest? Wat heb ik gedaan? Had het anders kunnen lopen en kan ik me daarmee verzoenen? Maar ook: Wie ben ik nu eigenlijk? Hoe kan mijn eigenheid, hoe kunnen mijn cultuur en geschiedenis, verhalen en tradities, bewaard blijven? En misschien wel het belangrijkste: is er oog en oor, erkenning, voor mijn migratiegeschiedenis en wat dit voor mij heeft betekend? Kortom: aandacht voor het levensverhaal van de oudere migrant stelt andere vragen en eisen dan de bestaande methode. Een aparte editie voor oudere migranten leek dus gerechtvaardigd.

### Vorbereidingen

In 2011 startte Reliëf met de voorbereidingen van deze editie. Er werd een projectvoorstel geschreven met een tweeledig doel: Eerst 'Oudere migranten in staat stellen om hun levensverhaal te vertellen, om de integratie van hun eigen leven te bevorderen en daarmee hun welbevinden en zingeving te ondersteunen' en daarna 'Begrip voor oudere migranten te laten toenemen in de Nederlandse samenleving.' Het was immers wel duidelijk dat er vaak weinig aandacht voor (het levensverhaal van) migranten was geweest. De doelgroepen waren zowel oudere migranten, als ook zorgaanbieders, met name in de grote steden, die steeds meer te maken krijgen met deze nieuwe groep ouderen. In januari 2013 werd een eerste cultuursensitieve vertaling van de thema's en vragen van 'Mijn leven in kaart' gemaakt. De opzet was om opnieuw vijf centra-

le levensthema's aan de orde te stellen. 'De migratie naar Nederland' werd een nieuw hoofdthema. Ook was duidelijk dat er aandacht moest zijn voor culturele gebruiken, feestdagen en geloof. De lijn van 'voor en na' de migratie, 'daar en hier', moest duidelijk terugkomen, evenals de aandacht voor generativiteit: wat willen oudere migranten dóórgeven aan de volgende generatie? Om de luisteraar attent genoeg te maken op de culturele diversiteit, werden 'verdiepingsvragen' toegevoegd. Deze vragen roeren allerlei aspecten en gevoeligheden aan die bij een bepaald thema aan de orde zijn. Ook was van meet af de intentie dat de nieuwe editie voor groeps gesprekken geschikt moest zijn en dat het doel niet per se een boek zou hoeven zijn; het proces van de gesprekken zélf is vaak al waardevol genoeg voor de oudere. De vragen moesten vooral concreet beginnen, niet meteen te persoonlijk zijn, want méér nog dan autochtone ouderen, zijn oudere migranten verlegen, bescheiden en niet gewend om over zichzelf te praten.

### Meelezers

Kritische meelezers werden gezocht, mensen die ervaring hadden met oudere migranten en merendeels zelf ook van niet-Nederlandse afkomst waren. De respons was groot en ze gaven enthousiaste feedback. Kritisch was men wel op de taal die vaak te moeilijk was en de thema's die nog te Westers waren. Daarom: 'Geef meer aandacht aan Voedsel, Gastvrijheid en het belang van de Gemeenschap'. De feedback werd vervolgens verwerkt in een tweede conceptvertaling. Er werden contacten met organisaties en personen gelegd om dit concept in een pilot te gaan uittesten. Gaandeweg de pilot van bijna een jaar werden de vijf uiteindelijke levensthema's vastgesteld, inclusief de tien subthema's, opnieuw telkens met elk drie voorbeeldvragen en per vraag weer een aantal verdiepingsvragen: Familie en vrienden, Wonen en werken, Naar Nederland, Het leven van alledag en Ouder worden.

## Inspirerende verhalen uit de pilot

De pilot werd een groot succes. In plaats van tien trajecten, liepen er uiteindelijk twintig. Er gingen individuele gesprekken en groepen van start. Niet alleen in de grote steden, maar ook in Hoogezand, Hoogeveen en Boxtel. Alle grote migrantengroepen waren vertegenwoordigd. Bijzonder was ook de deelname van twee groepen Chinese ouderen, doorgaans een zeer moeilijk toegankelijke groep. Er werden trainingen gegeven, studenten van de Haagse Hogeschool deden mee en studeerden af op het werken met de methode en de reflectie op de inzet van deze methodiek. Een aantal zorginstellingen, vrijwilligersorganisaties en individuele personen deden ervaringen op. De oogst: ruim 30 gedetailleerde verslagen en vier afstudeerscripties.

## Opvallende resultaten

Wat opvalt: De methode nodigt uit om heel open aan de praat te gaan, waarbij de kaarten een belangrijke stimulans blijken. De migratie leeft sterk en komt in vrijwel elk gesprek ter sprake. De deelnemers voelen zich trots en vereerd dat ze mogen meedoen. Door de aandacht voor hun verhaal voelen ze zich gezien, gehoord en erkend. Evenals bij 'Mijn leven in kaart' blijken er positieve effecten op het welbevinden. Deelnemers geven aan dat er een last van hun schouders is gevallen als zij hun verhaal met ouderen van eenzelfde achtergrond delen: het roept niet alleen herinneringen op die allang vergeten leken, maar het geeft ook troost en herkenning. Een luisteraar die haar Hindoestaanse moeder interviewde, zei: 'Mijn moeder begon als een verbitterde, sombere vrouw aan de gesprekken. Door te vertellen kreeg ze meer inzicht en ging zij anders, met meer dankbaarheid, naar haar leven kijken. Daardoor heeft ze hoop voor de toekomst gekregen. Ze is weer van alles gaan ondernemen.'

## Niet te veel en te duur

Wat uit de pilot ook duidelijk werd, is dat de handleiding beknopt moest zijn en bij voorkeur ondersteund door een instructiefilmpje: in migrantenkringen houdt men doorgaans

### Mijn leven in kleur

Mijn leven in kleur, met oudere migranten in gesprek over hun levensverhaal, is een praktisch hulpmiddel om levensverhalen van oudere migranten uit alle windstreken te beluisteren of op te tekenen. De publicatie is samengesteld door Paulien Matze, Wout Huizing en Yvonne Heygele en uitgegeven bij Bohn Stafleu & van Loghum (ISBN 9789036807500, €19,95).

Een instructiefilmpje en extra materiaal is te vinden op [www.mijnleveninkart.nl](http://www.mijnleveninkart.nl).

niet van veel lezen. Ook gaf men aan dat de uitgave niet te duur moest worden, want oudere migranten hebben vaak maar een klein budget. Kortom: aan de definitieve versie moest dus nog wel wat gebeuren.

Ruim een half jaar werd er nog hard aan gewerkt, maar in oktober 2014 verscheen bij Bohn Stafleu van Loghum dan toch eindelijk 'Mijn leven in kleur'. In het handzame formaat van een bureauagenda, met allereerst een korte handleiding hoe je in vijf stappen en met 10 vuistregels de gesprekken met een oudere migrant kunt voeren. Vervolgens komen de vijf hoofdthema's aan bod, die elk een eigen kleur en symbool hebben. De subthema's zijn telkens genummerd en hebben een duidelijke volgorde. Het boekje kan uitgekapt worden en op tafel staan, zodat aan de ene kant de drie voorbeeldvragen voor de verteller en aan de overzijde de verdiepingvragen – als 'spiekbrieftje' voor de luisteraar – zichtbaar worden. De nadruk in de vragen ligt op het zoeken naar positieve kanten en krachtbronnen die de migrant kan benoemen. Maar er is ook ruimte voor de moeilijke aspecten van het leven, deze komen vooral in de verdiepingvragen aan de orde. Al met al is 'Mijn leven in kleur' als een tafel vol ingrediënten waar ieder zelf een lekker gerecht van kan maken. Uit de opgedane ervaringen blijkt in elk geval dat het naar méér smaakt.

## Literatuur

- Brandt-van Heek, Marie-Elise van den & Wout Huizing (2014). *In gesprek met mensen met dementie. De kracht van persoonlijke verhalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Huizing, Wout & Tromp, Thijs (2007). *Mijn leven in kaart. Met ouderen in gesprek over hun levensverhaal*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Matze, Paulien (2013). De kern van cultuursensitieve zorg. *Zin in zorg. Tijdschrift over zorg, ethiek en levensbeschouwing*. Jrg.15 (4), 8-9.
- Tromp, Thijs (2011). *Het verleden als uitdaging. Een onderzoek naar de effecten van life review op de constructie van zin in levensverhalen van ouderen*. Zoetermeer: Boekencentrum Academic.

## Over de auteurs

*Paulien Matze* was predikant in Suriname en Nederland, docent aan een theologisch instituut in Bolivia en schreef het boek *Portretten uit Bolivia. Levensverhalen die inspireren* (2009). Zij is projectmedewerker bij Reliëf en tevens werkzaam als geestelijk verzorger in twee multiculturele verpleeghuizen van Laurens in Rotterdam. Contact: [paulienmatze@geerse.net](mailto:paulienmatze@geerse.net).

*Wout Huizing* is stafmedewerker van Reliëf en medeauteur van *Mijn leven in kaart* (2013), *In gesprek met mensen met dementie* (2014) en *Met oudere migranten in gesprek over hun levensverhaal, Mijn leven in kleur* (2014).

---

## GESIGNALEERD

### De Compaan, een tablet speciaal ontwikkeld voor ouderen

Zie voor meer informatie: [www.uwcompaan.nl](http://www.uwcompaan.nl)

De gebruiker van de Compaan hoeft geen ervaring te hebben met computers. Deze voor ouderen ontworpen tablet staat in een stevige 'vasthouder', heeft grote knoppen en is eenvoudig in gebruik. Alle functies zijn bereikbaar in twee stappen. Familie en vrienden communiceren met de Compaan via het Compaan Portaal, een online familie-omgeving die bereikbaar is via telefoon, tablet of computer. De communicatie vindt plaats in een gesloten omgeving: foto's, berichten en persoonlijke informatie zijn alleen toegankelijk voor mensen die worden uitgenodigd. Het draait bij de Compaan in de eerste plaats om het plezier van het communiceren. Denk aan beeldbellen, foto's delen en het ontvangen of versturen van berichten. Daarnaast kan Compaan de mantelzorger ondersteunen. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van de gedeelde agenda, het coördineren van taken en het samenbrengen van belangrijke gegevens, kan de zorg worden gedeeld.



# Zora, een zelflerende robot in de praktijk

TINIE KARDOL

*Robotisering in de zorg is een actueel en veelbesproken onderwerp. Het is actueel, omdat we in een tijdperk zitten waarin het behoud van werkgelegenheid in de chronische zorg onder druk staat en omdat we de nadruk leggen op het langer thuis blijven wonen van mensen die langdurige zorg nodig hebben. Robotisering is veelbesproken, omdat het belang van menswaardige aandacht voor zorgbehoevende mensen er door onder druk lijkt komen te staan. Wat zijn de ervaringen in de praktijk met zorgrobot Zora?*

## **Gevaar voor de werkgelegenheid**

Stichting Vughterstede in Vught was de eerste zorginstelling die zorgrobot Zora in huis nam. Zora staat voor Zorg Revalidatie en Animatie. Zora is 57 centimeter groot en 12 kilo zwaar. De zorgfunctie van Zora moet nog flink tot ontwikkeling worden gebracht, de revalidatiefunctie heeft al een behoorlijk repertoire en ook op het gebied van animatie staat Zora haar vrouwtje. Imca Marina met het liedje 'Mexico' komt even gemakkelijk uit de software van Zora dan een willekeurig nummer van Michael Jackson. De cijfers van de bingo kunnen door Zora worden opgelezen, actueel nieuws van de dag kan door Zora worden verkondigd. De fysiotherapeute die een groep bewoners begeleidt met bewegingsoefeningen, kan de oefeningen door Zora laten voordoen en zelf bij de bewoners gaan staan om ze de oefening goed te laten uitvoeren.

Maar verdringing van werkgelegenheid is niet aan de orde. Achter elke handeling van Zora staat een medewerker die de geprogrammeerde mogelijkheden oproept of Zora de

woorden via een tablet 'in de mond legt'. Van een zelflerende robot is geen sprake. Op dit gebied is de wetenschap in de wereld nog niet zo ver dat sprake is van kunstmatige intelligentie, van een interactieve robot, die woorden zegt, handelingen overneemt of uitvoert zonder dat van een directe aansturing 'van buitenaf' sprake is. Wat dit punt aangaat is de publieke opinie het afgelopen half jaar meermalen misleid met filmbeelden waarin een oudere mevrouw die in een verzorgingshuis woont in gesprek is met Zora en haar ziel en zaligheid blootlegt bij een ogenschijnlijk empathische robot. Wie niet in beeld werd gebracht, was de verzorgende die de inbreng van Zora op haar tablet intypte en regisseerde.

## **Fascinatie voor Zora**

Zora is geen apparaat dat eenzaamheid bestrijdt. De gedachte dat Zora vertrouwen en warmte kan etaleren, of als gezelschapsdame dienst kan doen, is uit de lucht gegrepen. Dat betekent niet dat mensen Zora niet fascinerend vinden. Integendeel! De reden waarom Vughterstede, en inmiddels ook vele andere

zorginstellingen, Zora in huis haalde, was omdat bleek dat veel bewoners van de zorginstellingen het vernuftig staaltje techniek dat Zora is, bewonderen en graag in hun midden zien. Het doen van bewegingsoefeningen is blijkbaar interessanter wanneer Zora ingeschakeld wordt dan wanneer een begeleider dat doet; het meedoen met rekenoefeningen of met een quiz is blijkbaar laagdrempelig wanneer Zora voor de groep staat. De aanwezigheid van Zora in de zorginstelling trekt zelfs kleinkinderen aan die voorheen met een lagere frequentie bij hun ouders of grootouders op bezoek kwamen.

### Een robot of menselijke aandacht?

Terwijl we in de chronische zorg pas aan het begin staan van een tijdperk van robotisering, is de vraag al aan de orde tot hoever we willen gaan. Een paar maanden geleden zond de NOS een rapportage uit over robotisering in Japan, waarbij te zien was dat een mensgrote robot de mogelijkheden geprogrammeerd heeft gekregen om eten te koken voor een zorgbehoevend iemand en om de persoon in en uit bad te tillen. Bij het zien van de beelden en de discussie daarover wisselen opvattingen over verschraving en verrijking van de zorg elkaar af. Het verlies aan warm menselijk contact lijkt conflicterend te zijn met de beschikbaarheid van een breder arsenaal aan technologische mogelijkheden om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Er is nog nauwelijks onderzoek bekend over de opvatting van de meest betrokkenen, de zorgbehoevenden zelf, maar het is niet ondenkbaar dat zorgverleners een ander beeld hebben van de inzet van een robot dan de persoon die door de robot wordt geholpen. Een teken in die richting wordt afgegeven bij projecten waarin zorgbehoevende ouderen met behulp van beeldbellen contact kunnen leggen met de zorgverlener. Onder meer uit oogpunt van privacy en het hebben van regie over het leven blijken zorgvragers de zorgverlener minder frequent in hun huis nodig te hebben als ze de mogelijkheid hebben om met behulp van beeldbellen contact te leggen. Een behulpzame robot, die door iemand die zorg behoeft gemobiliseerd kan worden op tijden



Foto: Regy van den Brand

en momenten die hem het beste schikken, hoeft niet onaantrekkelijker te zijn dan de aanwezigheid van een zorgverlener op vaste dagen en tijden.

### De ontwikkeling van Zora

In het jaar dat Zora op de markt is, hebben diverse applicaties de mogelijkheden van Zora verruimd. De werknemers die in de praktijk van alle dag met Zora werken, leveren informatie aan op basis waarvan de software verder wordt ontwikkeld. Zora kan gezichten van bewoners herkennen, hen volgen en risico's signaleren. De biografie van bewoners kan in Zora worden opgeslagen en worden opgeroepen voor herkenning door bewoners met geheugenverlies. Zora kan het nieuws van de dag kenbaar maken en verhalen vertellen. De wat mechanisch aandoende stem kan op verschillende toonhoogten en tempo's worden ingesteld en Zora beheerst vele talen. Een paar maanden geleden deed de situatie zich voor dat Zora aan tafel zat bij een bewoner die dementie heeft en bezoek had van haar zoon. Zora sprak via de verzorgende de mevrouw aan en tot verbazing van haar



zoon reageerde mevrouw verbaal op Zora, terwijl zij al vier maanden lang geen woord had gesproken. Een soortgelijk voorval deed zich voor tijdens een presentatie van Zora in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Een van de cliënten liet voor het eerst sinds lange tijd een dwangmatig gedrag los en reageerde op vragen die Zora aan hem stelde. Onder meer door deze voorvallen is een onderzoeksgroep gestart, die wil nagaan in hoeverre en op welke wijze Zora positieve emoties kan oproepen of versterken bij mensen bij wie emoties nauwelijks geuit worden of moeilijk te onderscheiden zijn.

Zora krijgt steeds meer gezelschap van soortgenoten. Rose en Giraffe zijn zorgrobots die ook hun intrede hebben gedaan en weer andere mogelijkheden bieden om zorgbehoevende mensen, hun omgeving en/of zorgverleners te ondersteunen. De technologische mogelijkheden zijn ruimer dan het beroep dat er op wordt gedaan. 'Zeg mij aan welke robot de zorg behoefte heeft en wij maken het', is het adagium. Is er behoefte aan een robot die met bewoners gaat wandelen of de rolstoel voortduwt? Aan een robot die helpt met wassen en aankleden? Of heeft iemand die zorg nodig heeft en alleen thuis verblijft meer behoefte aan een robot die de sociale veiligheid

bewaakt? Wie het weet mag het zeggen. Terwijl de robotisering van de zorg gestaag terrein wint, dienen nieuwe technologische ontwikkelingen zich aan die onder meer de E-health een enorme impuls geven. Zo zijn nieuwe vloeren ontwikkeld met sensoren die meten hoe de gezondheidstoestand van de bewoner is en die verschijnselen van disfunctioneren vroegtijdig signaleren.

Het antwoord is aan de gebruikers. Aan de mensen die de gemakken van robotisering ondervinden, die er door gefascineerd worden, zich er aan overgeven of indirect of direct behoeften uiten waarvoor robotisering een rol van betekenis kan zijn. Maar zeker ook aan de medewerkers in de zorg die zich bedienen van de robot. Als geen ander signaleren zij welke effecten robotisering sorteert en welke hiaten in de zorgverlening mogelijk door robotisering kunnen worden gedicht. Door hun ervaringen en inzichten te bundelen kan robotisering op een hoger plan worden gebracht. Want niets is zo ingenieus als de mens zelf.

### **Over de auteur**

*Timie Kardol* is bestuurder van stichting Vughterstede in Vught en hoogleraar aan de Vrije Universiteit Brussel, waar hij de leerstoel Active Ageing bekleedt.



# In memoriam onze Denker des Vaderlands

JOEP DOHMEN

René Gude is niet meer. Hij werd vooral bekend door zijn ene been en door zijn stervenskunst. 'Sterven is doodeenvoudig. Iedereen kan het', was zijn parool. Ik was bevriend met hem en wil zijn nagedachtenis in ere houden.

Ondertussen ben ik heel wat mensen tegengekomen die het niet kunnen: sterven. Die door kanker overvallen zijn en vervolgens precies doen wat René Gude hen ontraadde. Ze gaan op de bank liggen en voelen zich verslagen. Of ze gaan vreselijk tekeer over het hen aangedane onrecht. Ze willen deze 'ongelijke strijd' absoluut winnen. Kan de ene mens de andere die gaat sterven helpen en zo ja hoe?

Ik doe een poging. Zelf probeer ik allereerst om in gesprek te komen. Dat valt helemaal niet mee, want hij of zij is vaak nog springlevend en wil diep in de grond kruipen of over de hoogste berg heen springen. Dat praat niet makkelijk. Als het contact een beetje lukt, ga ik op zoek naar de basisemotie. Iemand's Angst. Woede. Verdriet. Schaamte. Spijt. Ik wil de ander op verhaal laten komen zodat hij stem kan geven aan die emotie.

Daarna probeer ik om dat verhaal een beetje te begrijpen, liefst met iemand uit de familie- of vriendenkring die meedenkt over de hachelijke situatie. Wat ik zeker niet ga doen, is de expert uithangen. Doen alsof ik zou weten hoe dit bijzondere sterfgeval te behandelen. Er gewoon zijn, en wel met aandacht, is al moeilijk genoeg.

Natuurlijk toon ik voorzichtig compassie, maar dat is niet voldoende. Iemand die uit het bestaan gerukt wordt en dat niet kan verdragen, heeft meer nodig. Ik wil de stervende helpen op waardige wijze zijn eigen dood tegemoet te treden. Met welke houding doet iemand die dood gaat, zichzelf het meeste recht? Bij de ene mens past onthechting beter, bij de andere een vorm van 'raging against the dying of the light', om met Dylan Thomas te spreken. Misschien kun je iemand een stukje van die bank of van die berg afhalen, en weer met bescheiden trots naar zijn of haar eigen leven laten kijken. Zoiets bedoelde René Gude toen hij zei: 'Iedereen kan het.' Dat heb ik van hem geleerd en geef ik nu door.

# Angststoornissen bij ouderen

GERT-JAN HENDRIKS

***Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische aandoeningen. Ze ontstaan meestal voor het 21e levensjaar, zelden op oudere leeftijd. Waarom komen ze bij ouderen dan toch veel voor? Over welke angststoornissen gaat het dan? Wat kunnen we eraan doen en hoe kan men er het beste mee omgaan?***

## **'Gewone' en 'ziekelijke' angst**

Op een mooie dag maakt u een wandeling in het bos. Plotseling staat u oog in oog met een wolf. U schrikt, het zweet breekt u uit en uw hart bonkt in uw keel. Een snelle, opeenvolging van lichamelijke reacties en u bent bang. De wolf schrikt ook en rent weg. Deze angst is een normale emotie die ons helpt gevaar of risicovolle situaties tijdig te herkennen en daar snel op te reageren. Het vermogen van onze hersenen om zo te reageren is vanaf de geboorte aanwezig en is gekoppeld aan het vermogen om hiervan te leren en in toekomstige, vergelijkbare omstandigheden voorbereid te zijn. Maar dit angstregulatiemechanisme in onze hersenen kan ook doorschieten. Als we in het bovengenoemde voorbeeld na deze gebeurtenis gaan piekeren en niet meer in een bos durven te wandelen, dan is ons angstregulatiesysteem ontregeld. Het beïnvloedt dan ons dagelijks leven op een negatieve manier. We zijn zo bang geworden, dat we de deur niet meer uit durven en verwachten overal een wolf tegen te kunnen komen. Dan spreken we van een ziekelijke angst, van een angststoornis. De klachten en symptomen van een angststoornis interfereren op een zodanig hinderlijke manier met het dagelijks

functioneren dat dit leidt tot beperkingen. Onduidelijk is waarom ons angstregulatiesysteem in het brein zodanig kan ontregelen dat er angststoornissen ontstaan.

## **Angststoornissen op oudere leeftijd**

Angststoornissen zijn in alle leeftijdscategorieën de meest voorkomende psychische aandoeningen. Ze komen tweemaal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Ongeveer 20% van de mensen in Nederland krijgt er gedurende het leven één of meerdere malen last van (de Graaf, et al., 2012). In driekwart van de gevallen ontstaan angststoornissen voor het 21<sup>e</sup> levensjaar. Slechts 1% van de angststoornissen ontstaat na de leeftijd van 65 jaar (Kessler et al., 2005). De meeste ouderen met een angststoornis hebben daar dus al vele jaren last van. Daar zijn verschillende redenen voor. Allereerst herstellen tijdens een behandeling niet alle patiënten. Afhankelijk van het type angststoornis nemen bij 40-60% van de patiënten de klachten na behandeling duidelijk af. Er blijft ook na een succesvolle behandeling een risico op terugval. Dit risico is groter als er alleen met medicatie is behandeld. Dan komen de klachten na verloop van tijd bij ongeveer de helft van de patiënten terug.

Bij een gerichte psychologische behandeling lijkt dit risico beduidend lager, ongeveer 10-20%. Angstklachten worden bij oudere mensen vaak niet goed herkend. Bij het bezoeken van de huisarts zal de nadruk vooral liggen op aanwezige lichamelijke ziekten. De symptomen van deze ziektebeelden lijken op de lichamelijke symptomen zoals die zich bij angststoornissen voordoen. Als er dan niet gericht op de angstklachten wordt doorgevraagd, worden deze vaak versleten voor spanningen of stress. Onder-diagnostiek en onderbehandeling zijn een belangrijke reden waarom angstklachten blijven bestaan. Oudere mensen benoemen verder de angstklachten vaak niet. Vanwege hun leeftijd en de duur van de klachten verwachten ze niet dat er nog wat aan gedaan kan worden. Deze negatieve verwachting kan ook bij hulpverleners aanwezig zijn. Het hebben van negatieve verwachtingen ten aanzien van behandelmogelijkheden wordt ook wel 'ageism' genoemd.

Het uitblijven van behandeling gaat gepaard met een chronisch beloop. Het daarmee gepaard gaande lijden en verlies aan levenskwaliteit blijkt bij ouderen met angststoornissen vergelijkbaar groot te zijn als bij ouderen die een depressie hebben. Echter, ouderen met een depressie hebben een driemaal hogere kans om hiervoor behandeling te krijgen dan ouderen met een angststoornis.

### **Welke angststoornissen zijn er?**

De meest voorkomende angststoornis, ook bij ouderen (meer dan 7%), is de specifieke fobie (Kessler et al., 2005). Deze wordt gekenmerkt door een overdreven, niet realistische angst voor bepaalde situaties of voorwerpen. Na de specifieke fobie komen de gegeneraliseerde angststoornis en de sociale angststoornis bij ouderen veel voor. Bij een gegeneraliseerde angststoornis, die bij 3,5-7% van de ouderen voorkomt (Beekman et al., 1998; Kessler et al., 2005), zijn mensen vrijwel voortdurend nerveus, gespannen en overbezorgd. Bij ouderen gaat het dan veelal over thema's die passen bij de leeftijdsfase, zoals gezondheid of criminaliteit. Mensen piekeren hier voortdurend over en het lukt niet om dit

in de hand te houden. Als gevolg daarvan hebben mensen last van spanningen, prikkelbaarheid en slaapproblemen. Een sociale angststoornis wordt gekenmerkt door een overdreven angst voor sociale situaties en interacties, zoals spreken in het openbaar of feestjes bezoeken, etc. Deze situaties worden dan vaak vermeden of met veel spanning doorstaan. De angst voor kritiek of afwijzing staat hierbij centraal. Hoewel minder vaak, komt deze angststoornis toch ook bij ouderen veel voor (1,3% gedurende het afgelopen jaar (Cairney et al., 2007)). Vaak gaat het dan om de angst te eten of drinken in openbare gelegenheden omdat men bang is te gaan trillen of knoeien. Ook lichamelijke beperkingen kunnen een aanleiding zijn om sociale situaties te gaan vermijden, bijvoorbeeld het last hebben van incontinentie.

Een vierde en vijfde type zijn de paniekstoornis en de agorafobie. Deze kunnen los van elkaar voorkomen, maar komen ook vaak samen voor. Tezamen komen ze bij ongeveer 2,5% van de ouderen voor (Kessler et al., 2005). Een paniekstoornis kenmerkt zich door plotseling aanvallen van angst, gepaard gaand met hartkloppingen, transpireren, ademnood, druk op de borst, duizeligheid, trillen en misselijkheid. Gemeenschappelijk is een overkoepelende angst voor verlies van controle. Vaak worden situaties waarin deze verschijnselen zich voordoen ook vermeden uit angst voor herhaling. Deze vermindering breidt zich dan geleidelijk uit naar andere situaties of activiteiten (bijvoorbeeld alleen de straat op gaan) en wordt agorafobie genoemd. Deze agorafobie kan ook zonder paniekstoornis voorkomen. Een bij ouderen relatief frequent voorkomende variant is het vermijden van situaties uit angst om te vallen. Een eerste val kan dan de uitlokkende factor zijn. Belangrijk is dat het vallen niet te wijten is aan een lichamelijke ziekte met problemen in de motoriek of mobiliteit, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson.

De dwangstoornis of obsessieve compulsieve stoornis is bij ouderen met 0,7% de minst voorkomende angststoornis (Beekman et al., 1998). Deze stoornis wordt gekenmerkt

door steeds terugkerende gedachten die een overdreven gevoel van angst en spanning oproepen en daarmee gepaard gaande controlehandelingen die volgens een bepaald stramien uitgevoerd moeten worden om de angstgedachten te verminderen. De meest voorkomende vormen zijn smetvrees of controledwang. In vergelijking met jongeren blijken bij ouderen reinigingsrituelen en angst om te zondigen vaker voor te komen.

Als laatste de posttraumatische stressstoornis (PTSS) die ontstaat, soms vele jaren tot decennia later, na het doormaken van een traumatische gebeurtenis, zoals bijvoorbeeld een natuurramp, mishandeling, verkrachting of oorlog. Centraal staat bij de PTSS het ervaren van herbelevingen over de traumatische ervaringen en overdreven schrikreacties. Daarnaast is er sprake van het vermijden van situaties en activiteiten die in verband worden gebracht met de traumatische ervaringen, prikkelbaarheid en een gevoel van verdooving of afstomping. De prevalentie wisselt sterk en is afhankelijk van de mate waarin men is blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen. Zo kan onder oorlogsveteranen of ouderen die een concentratiekamp hebben overleefd een PTSS veel vaker voorkomen (meer dan 30%) in vergelijking met ouderen die dit niet hebben doorgemaakt. In Nederland werd de prevalentie bij ouderen onder de algemene bevolking geschat op 0,9% (van Zelst et al., 2003).

### Behandel mogelijkheden

Het behandelen van angststoornissen bij ouderen is in essentie niet anders dan bij jongere volwassenen (zie ook [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl), addendum ouderen). Cognitieve gedragstherapie (CGT), een trainingsgerichte psychologische behandelingsmethode en antidepressiva, of een combinatie daarvan, zijn de beste behandelingen. Hiervoor is bij jongere volwassenen het meeste wetenschappelijke bewijs beschikbaar. Hoewel er veel minder onderzoek bij ouderen is verricht, lijken CGT en antidepressiva ook bij ouderen de beste behandelingsmethoden te zijn. Angststoornissen bij ouderen komen veel voor en zijn goed behandelbaar. Het gegeven dat angststoornissen bij ouderen niet

goed herkend worden en behandeling veelal uitblijft, leidt tot onnodig lijden en verlies van levenskwaliteit. Ook in deze leeftijdsfase is dat schrijnend. Voorlichting en deskundigheidsbevordering is in dit verband belangrijk om aan deze ongewenste situatie een eind te maken.

### Literatuur

- Beekman, A.T., Bremmer, M.A., Deeg, D.J., van Balkom, A.J., Smit, J.H., de Beurs, E., van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13(10), 717-726.
- Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L.M., Streiner, D., & Herrmann, N. (2007). Epidemiology of social phobia in later life. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(3), 224-233. doi: 10.1097/01.JGP.0000235702.77245.46
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 203-213. doi: 10.1007/s00127-010-0334-8
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- van Zelst, W.H., de Beurs, E., Beekman, A.T., Deeg, D.J., & van Dyck, R. (2003). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother Psychosom*, 72(6), 333-342. doi: 73030

### Over de auteur

*Gert-Jan Hendriks* is psychiater-onderzoeker en Hoofd Zorgprogramma Angststoornissen bij Pro Persona, Centrum voor Angststoornissen Overwaal. In 2009 is hij gepromoveerd aan de Radboud Universiteit Nijmegen. De titel van zijn proefschrift luidde: *Studies on the treatment of late-life anxiety and late-life panic disorder*.

# Dilemma's van corporaties bij langer thuis wonen

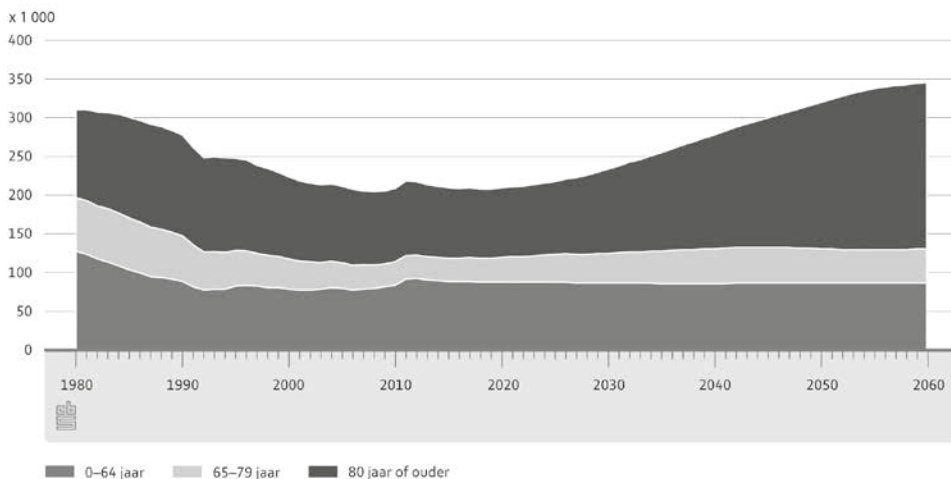
PETER BAETSEN

*Het aantal kwetsbare ouderen dat thuis woont, neemt de komende jaren snel toe. Bovendien verandert er veel in de ondersteuning en zorg voor ouderen die thuis wonen. Woningcorporaties moeten hier op inspelen, maar door onduidelijkheid over regelgeving, financiering, de eigen rol en de rol van samenwerkingspartners hebben corporaties met een aantal dilemma's te maken.*

Steeds meer ouderen blijven thuis wonen, ook als hun gezondheid verslechtert. Dit is aan de ene kant het gevolg van een trend dat mensen meer eigen regie over hun leven willen en zelf zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen blijven wonen. Aan de andere kant heeft de Nederlandse overheid ingezet op het langer zelfstandig wonen. Voor mensen met

een lichte zorgvraag is er geen keuze meer. Zij moeten zelfstandig wonen, omdat er geen toegang meer is tot het verzorgingshuis. Traditionele verzorgingstehuizen zullen op termijn dan ook verdwijnen. Het aantal verpleeghuisplaatsen zal nog afnemen tot ongeveer 2020, maar daarna zal naar verwachting de vraag stijgen, omdat een deel van de

Grafiek 1: Aantal instellingsbewoners naar leeftijd



hoogbejaarde mensen zorg nodig heeft die niet in de thuissituatie gegeven kan worden (zie grafiek 1).

### Dilemma's van corporaties

De toename van het aantal kwetsbare ouderen met een zorgvraag, het langer thuis wonen en de veranderingen in het zorgstelsel leiden ertoe dat er goed nagedacht dient te worden over de huisvesting van ouderen in de toekomst. Voor woningcorporaties zijn daarbij de volgende dilemma's van belang:

- Zijn er voldoende betaalbare alternatieven voor intramurale huisvesting? De verwachting is dat er een grote druk op de reguliere goedkope woningvoorraad van woningcorporaties zal ontstaan.
- Zal het aantal woningzoekenden stijgen dat op korte termijn een andere woning nodig heeft vanwege de toenemende zorgvraag? Hoe gaan corporaties om met deze toenemende druk? Wellicht kunnen corporaties bepaalde complexen aanwijzen voor mensen met een zorgvraag.
- Hoe geschikt is de bestaande woningvoorraad voor (toekomstige) ouderen? Zijn er aanpassingen noodzakelijk en/of ontstaat er een vraag naar nieuwe woonvormen? Hoe kunnen ouderen worden verleid om door te stromen vanuit de eengezinswoningen naar seniorenwoningen?

Om een goed antwoord op de bovenstaande vragen te geven, is er inzicht nodig in de toekomstige vraag naar woningen in relatie tot de bestaande woningvoorraad. Op basis van dit inzicht kunnen de corporaties een vertaalslag maken naar het beleid voor hun totale woningportefeuille. De toekomstige verhouding tussen vraag en aanbod is – met bepaalde aannames – te prognosticeren. In grafiek 1 is te zien dat de verwachting met betrekking tot de bewoners die in instellingen wonen de komende periode zal dalen. Vanaf 2020 is er echter weer een stijging te verwachten. Wat betekent dit voor het vastgoed van zorgorganisaties en woningcorporaties? Momenteel is er geen vraag naar deze wooneenheden, maar over vijf jaar trekt de vraag waarschijnlijk weer aan.

Wat doe je in de tussentijd met dit vastgoed? Tijdelijke verhuur in een soort overbruggingsperiode lijkt daarvoor bijvoorbeeld een optie. Op sommige plekken in het land worden wooneenheden bijvoorbeeld verhuurd aan studenten. En wellicht dat er mogelijkheden zijn voor de verhuur van eenheden aan bijvoorbeeld Oost-Europese arbeidsmigranten. Een andere vraag die op tafel ligt, heeft betrekking op de kwaliteit van het zorgvastgoed. Kwantitatief is er straks wellicht nog voldoende aanbod, maar sluit de kwaliteit van de beschikbare woningen wel aan op de vraag van de toekomstige ouderen?

### Meer kwetsbare huurders

Het langer thuis wonen heeft ook invloed op de huurderspopulatie van de woningcomplexen van de corporaties. Deze wordt diverser van samenstelling. Vaker zullen corporaties bijvoorbeeld te maken krijgen met bewoners die licht dementerend zijn. En ook andere kwetsbare groepen, zoals mensen met psychische problematiek, zullen vaker in de woningen van corporaties wonen. De vraag is hoe corporaties hier mee omgaan.

Het huisvesten van de kwetsbare doelgroepen verloopt over het algemeen goed dankzij voldoende toezicht en begeleiding, dagbesteding en bereikbaarheid van de zorg. Beleidswijzigingen en bezuinigingen van overheidswege bij de zorgpartijen hebben gevolgen voor het wonen en dus ook voor de corporaties. Bij kwetsbare doelgroepen voorkomt woonbegeleiding vaak dat huurders in de problemen komen, buiten de boot vallen, overlast veroorzaken of op straat komen te staan. Voor corporaties brengt dit de vraag met zich mee hoe zij in de toekomst specifieke doelgroepen met een woonbegelevingsvraag goed kunnen bedienen, via het reguliere woningaanbod, en met gegarandeerde begeleiding.

### Rol van de gemeente

Gemeenten staan als gevolg van de hervormingen in de zorg voor een grote opgave op het gebied van wonen met zorg en maatschappelijke ondersteuning. De verantwoor-

delijkheid voor de ondersteuning van kwetsbare inwoners komt vrijwel volledig bij de gemeenten te liggen. Gemeenten moeten een eigen aanpak, eigen methodieken en eigen instrumenten ontwikkelen voor het bieden van ondersteuning thuis. Samenwerking met lokale partners zoals zorgaanbieders, woningcorporaties en welzijnsinstellingen, en ook het sociale netwerk rondom kwetsbare inwoners is daarbij essentieel.

Hoe gemeenten deze taak precies zullen invullen is nog niet duidelijk. Bij de corporaties bestaan hierover dan ook veel vragen. Hoe wordt de zorg- en woonbegeleiding straks geïndiceerd? Op basis van welke criteria zal de gemeente haar keuzes maken? Met welke partijen maakt zij afspraken en welke voorwaarden stelt zij daarbij? Hoe kunnen corporaties met gemeenten sluitende afspraken over woonbegeleiding maken?

Door de onzekerheid is het voor de corporaties niet zeker wat de basis is voor afspraken met samenwerkingspartners. Zo moet er helderheid komen over de vraag welke rol de gemeente inneemt als het gaat om financiering van woonbegeleiding, noodzakelijke woningaanpassingen en de woningvoorraad voor zorgbehoevende doelgroepen. Tegelijkertijd moeten corporaties hun eigen rol bepalen. Corporaties moeten bijvoorbeeld beslissen of zij kwetsbare doelgroepen concentreren of verspreiden over hun complexen en woningen. Verder kan een corporatie er bijvoorbeeld voor kiezen om extra toezicht te bieden. Ook kan de corporatie, in het kader van prestatieafspraken, harde afspraken met de gemeente maken ten aanzien van de woonbegeleiding. Ten slotte moeten corporaties bepalen hoe ze omgaan met initiatieven van bewoners, die zelf onderlinge hulpverlening op willen zetten.

### **Signalerende rol belangrijker**

Huurders op weg helpen naar woonbegeleiding of de juiste ondersteuning betekent dat samenwerking tussen verschillende partners, inclusief de gemeente, noodzakelijk is. De rol

van de corporatiemedewerkers beperkt zich nu tot toezicht en beheer, signaleren en doorverwijzen. De signalerende rol van de corporaties wordt steeds belangrijker naarmate mensen langer thuis blijven wonen en toegang tot intramurale voorzieningen beperkt wordt. De vraag is hoe corporaties, in samenwerking met de gemeente, zorg kunnen dragen voor het adequaat oppakken van signalen van kwetsbare bewoners. Het kan hierbij gaan om signalen uit de eigen organisatie maar ook van bijvoorbeeld maatschappelijk werk, de wijkteams, schuldhulpverlening, GGZ en andere zorgpartijen.

### **Behoeft aan duidelijkheid**

In het voorafgaande heb ik veel vragen gesteld over de rol van woningcorporaties bij het huisvesten van kwetsbare ouderen. Het aantal beschikbare antwoorden en oplossingen is vooralsnog beperkt. Dat heeft te maken met het feit dat er nog veel onzekerheden zijn. Daar komt bij dat het Rijk de rol van woningcorporaties aan het inperken is. Recentelijk is in de Eerste Kamer een herzieningswet vastgesteld die de speelruimte van woningcorporaties kleiner maakt. Woningcorporaties mogen zich alleen nog inzetten voor de huisvesting van mensen met een laag inkomen. Hoe deze nieuwe regelgeving precies zal uitpakken voor het werkerrein van woningcorporaties is nog niet duidelijk. Nog meer onzekerheid dus. Hierdoor ontstaat de neiging om fundamentele keuzes vooruit te schuiven tot die duidelijkheid er wel is. Er is onder corporaties dan ook behoefte aan meer duidelijkheid en handvatten, zodat zij het vraagstuk van langer thuis wonen met beide handen aan kunnen pakken.

### **Literatuur**

CBS, Bevolkingstrends 2013, huishoudensprognose 2013 – 2060, Coen van Duin

### **Over de auteur**

*Peter Baetsen* werkt als zelfstandig adviseur.



## Villa Begonia

# Nu nadenken over wonen en leven zoals jij wilt

PIET VAN OS & DITTY EIMERS

*Hoe wil ik wonen als ik strak ouder ben en hoe houd ik zoveel mogelijk de regie? Die vragen zijn uitgangspunt van Villa Begonia: een project van ontwerper Piet van Os (53) en journaliste Ditty Eimers (53). Zij belichten alternatieven voor het traditionele bejaardenhuis.*

### Praten over 'wonen als we oud zijn'

De ontwikkelingen in de ouderenzorg staan bovenaan de lijst van onderwerpen waar burgers ongerust over zijn, blijkt uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau. Ouderen zijn het vaakst ongerust, maar het is opvallend dat de bezorgdheid over de oude dag in alle leeftijdsgroepen is gestegen. Dat merken wij ook in onze vriendenkring. De vraag hoe onze oude dag eruit zal zien is steeds vaker een gespreksonderwerp. Als wij vijftigers straks met pensioen mogen, zou er dan nog thuiszorg bestaan? Voor de meest hulpbehoevenden zijn er vast nog verpleeghuizen, maar daar hoopt niemand van ons in te belanden. Deze gesprekken eindigen vaak met: "Dan kopen we toch een villa en huren een paar verpleegsters in!"

"Zullen wij eens serieuzer nadenken over wonen als we oud zijn?" opperde Piet op een dag. We spraken af om op zoek te gaan naar manieren om wonen en zorg op de oude dag aangenaam vorm te geven. Na uitgebreide research kwamen we tot de conclusie dat er al meer variatie is in het aanbod van wonen en zorg, dan we hadden durven hopen. Ook kwamen we allerlei inventieve oplossingen tegen die ouderen zelf hebben bedacht: variërend van een 75-jarige die een zorgzame stu-

dent in huis nam tot een groep vrienden die een vrolijk appartementencomplex lieten bouwen, waar ze samenleven als goede burens.

Een hoopvol begin van onze zoektocht, maar al snel raakten we verstrikt in de vele websites, rapporten en gelikte brochures over wonen voor ouderen. Die waren vaak geschreven vanuit het perspectief van de aanbieders en vooral gericht op groepswonen. Een handzaam overzicht ontbrak en we kregen niet echt antwoord op vragen als: wat voor type moet je zijn voor een ouderenwoongroep? Welke mogelijkheden zijn er als je een smalle beurs hebt, dement wordt of absoluut niet in een groep wilt wonen? Wat moet je in huis hebben als je zelf iets wilt opzetten?

### Spreken met ervaringsdeskundigen

Daarom besloten we zelf op bezoek te gaan bij mensen van zestig tot honderd jaar, die hun alternatief voor het traditionele bejaardentehuis al hebben gevonden. We benaderden eigenwijze, vitale ouderen die hun 'woondroom' hebben gerealiseerd. Maar ook ouderen die leven met beperkingen of chronische aandoeningen en tegen wil en dank een oplossing zochten, waarin ze zo lang mogelijk een vorm van regie houden. Door hun verhalen op te tekenen en te verspreiden hopen we

vijftigers en zestigers te prikkelen om na te denken hoe ze later willen wonen en leven. “Schuif het niet eindeloos voor je uit”, zeggen veel mensen die we bezoeken. “Voor je het weet, valt er niets meer te kiezen.”

Inmiddels hebben we meer dan 25 projecten en woonvormen bezocht. Bij de selectie laten we ons vooral leiden door onze eigen nieuwsgierigheid. Hoe is het om bewaakt te worden door sensoren in je huis, die al je bewegingen registreren? Waar kun je toch blijven samenleven als een van de twee dement wordt? Ons streven is eerlijke, heldere informatie verschaffen over een divers palet van woonvormen: in de stad, op het platteland, geheel verzorgd of zoveel mogelijk drijvend op onderlinge hulp, in groepsverband of juist niet.

Variatie in financiële draagkracht is eveneens een criterium: naast het landhuis in het buitengebied laten we ook woonvormen zien die voor mensen met alleen AOW betaalbaar zijn. We bezoeken nieuwe initiatieven én oude woonvormen die wellicht een andere invulling kunnen krijgen of al worden vernieuwd. Zo gingen we langs bij een ouderwets Amsterdams hofje en waren we te gast bij een meneer die tussen studenten in een verzorgingshuis woont.

Verder bezoeken we bij voorkeur mensen die de kunst verstaan om goed oud te worden. Daarmee bedoelen we niet de *Forever young*-adepten die geloven dat je een loser bent als je op je 75<sup>ste</sup> geen rondjes meer rent in het park. We raken meer geïnspireerd door mensen die zichzelf een beetje kunnen relativeren, en behalve hun levenslust ook de kwetsbaarheid durven te tonen, die onlosmakelijk bij ouder worden hoort. Wat betekent dat voor het wonen?

### Nadenken over de derde helft

Op je 65e heb je gemiddeld nog twintig jaar voor de boeg, waarvan veertien jaar zonder beperkingen. Daarom spraken we ook met kerngezonde ouderen die weigeren na te denken over de vraag hoe het moet als de achteruitgang toeslaat: een stel dat met een oude tjalk kriskras door Nederland zwerft, een man

Mijn moeder heeft Parkinson en zit aan haar rolstoel gekluisterd. Mijn vader is nog redelijk vief. Voor iemand die geen ei kon koken, heeft hij aardig bijgeleerd. Twee jaar terug hebben we met elkaar de mogelijkheid van een verzorgingshuis voor mijn moeder besproken. Wat moet dat moet, reageerde ze, waarschijnlijk niet meer beseffend wat zo'n stap inhoudt. Mijn vader kon amper aan de gesprekken deelnemen. De emoties bij het vooruitzicht van een scheiding werden hem telkens teveel. Mijn gedachten snellen regelmatig twintig jaar vooruit. Waar woon ik? Wat als ik ga kwakelen? Ik moet er niet aan denken dat ik dan mijn dagen slijt zoals mijn ouders: leven op de zestig vierkante meter van een appartement met de televisie als venster op de buitenwereld. Leve Villa Begonia!

die zijn huis verruilde voor een nomadentent. Het zijn keuzes die weinig mensen zullen maken, en die ook qua gezondheid lang niet voor iedereen zijn weggelegd. Maar ze zetten je wel aan het denken over de vraag: wat zijn mijn dromen en ambities, hoe wil ik de ‘derde helft’ van mijn leven invullen?

Op 24 maart is het eerste product van Villa Begonia gepresenteerd: een pocket met twintig aansprekende voorbeelden van prettig wonen op je oude dag. Dat gebeurde tijdens *Expeditie Begonia*, een congres over variatie in wonen en zorg van het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Dit kenniscentrum ondersteunt Villa Begonia inhoudelijk en heeft de initiatiefnemers een startsubsidie verstrekt. Ook Het Nieuwe Ouder Worden van brancheorganisatie ActiZ heeft een kleine subsidie verstrekt.

### Villa begonia timmert aan de weg

Ondertussen bouwen we verder aan Villa Begonia. Op dit moment wordt er een filmcompilatie gemaakt van woonvormen uit de pocket en er zijn plannen voor een e-book. Via onze website en publicaties in de media houden we geïnteresseerden op de hoogte en

Praten met ouderen die actief bezig zijn met hun eigen woonproject, kan een medicijn zijn tegen zwartgalligheid over de oude dag. Wil ik straks in een groep of liever in een hofje? Of samen met vrienden een monumentaal schoolgebouw in de stad kopen en een wooncoöperatie beginnen? Dan nodigen we ook zzp'ers als huurders uit, zodat het een levendige boel wordt! Maar wat als ik mijn moeder achterna ga? Ze werd op haar 70ste dement en bracht haar laatste zes levensjaren door op de gesloten afdeling van een verpleeghuis. Daar denk ik liever niet over na. Ik hoop dat ik op mijn 75ste nog zo helder van geest ben als mijn vader op die leeftijd was. Hij was vast minder eenzaam geweest, als hij had kunnen kiezen voor een prettiger woonvorm dan de naargeestige seniorenflat, waarin hij achterbleef na de noodgedwongen scheiding van mijn moeder.

nodigen we hen uit om ook zelf ideeën aan te dragen. Onze Facebook pagina willen we in de loop van 2015 uitbouwen tot een interactieve *community* waar 50-plussers ervaringen met nieuwe vormen van wonen en zorg kunnen delen. We hopen het draagvlak voor Villa Begonia ook te verbreden door samen te werken met andere organisaties en initiatieven die zich inspinnen voor meer smaken in

wonen en zorg. Verder willen we graag het land in, om met 50-plussers in gesprek te gaan over dit thema. Ons doel is om van Villa Begonia een breed gedragen, multimediaal project te maken, dat goed oud worden voor meer mensen mogelijk maakt.

Uiteraard sluiten we onze ogen niet voor het feit dat het leven er straks wel eens heel anders uit zou kunnen zien, dan we nu kunnen bedenken. “Of je gezond blijft en hoe je verandert als je ouder wordt, kun je niet voorspellen” zei een 75-jarige die we bezochten. “Maar het geeft zoveel voldoening om niet alleen maar af te wachten wat er over je heen komt.”

Voor meer informatie en het bestellen van de pocket: [www.villabegonia.nl](http://www.villabegonia.nl)  
<https://www.facebook.com/villabegonia>

## Literatuur

Dekker, Paul & Josje den Ridder, *Burgerperspectieven* (2014|3). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

## Over de auteurs

*Piet van Os* is zelfstandig conceptdenker en ontwerper bij Walenbergh & Van Os.

*Ditty Eimers* is zelfstandig journalist, gespecialiseerd in zorg en participatie. Ze schrijft reportages, interviews en achtergrondverhalen voor onder andere Vrij Nederland, Trouw en ANBO Magazine.

# Het project Vierslagleren

## Duurzame inzetbaarheid van oudere leraren

BRAM VAN DER LOEFF & ARIE STOLK

*Gerōn is al enkele jaren op zoek naar praktische en overtuigende voorbeelden van duurzame inzetbaarheid. Vierslagleren, een project uit het lager onderwijs, biedt oudere leraren een nieuw perspectief in hun werkomgeving zodat ze langer in functie kunnen blijven.*

### Duurzame inzetbaarheid

Vierslagleren is een initiatief van het arbeidsmarktplatform PO, de koepelorganisatie voor het primair onderwijs, samengesteld uit sociale partners en onderwijsdeskundigen. Vierslagleren heeft vier doelstellingen: verbetering van de arbeidsmarktkansen van zowel oudere, ervaren leraren als van hun jongere vakgenoten, professionalisering en verduurzaming van beider inzet, ervaring opdoen met leren in een intergenerationeel leerteam en tenslotte effectieve verbeteringen in kennisoverdracht aan basisschool leerlingen.

In het kort komt Vierslagleren er op neer dat een startende leraar twee dagen per week een ervaren leraar vervangt. Dit duo, de senior en de junior, volgt gedurende twee jaar samen een masteropleiding aan een Pabo. Samen werken ze binnen hun school met de schoolleiding en collega's ook nog aan een schoolontwikkelingstraject dat gericht is op vernieuwing en verbetering van het onderwijs. Voor deze opdracht krijgt het duo een dag per week toegewezen. Beiden krijgen bovendien een dag studieverlof. Zo krijgt bevordering van de duurzame inzetbaarheid van oudere leraren vorm en wordt hen een nieuw perspectief in hun werkomgeving geboden zodat ze langer in functie kunnen blijven. Junioren krijgen te-

gelijkertijd de mogelijkheid om ervaring op te doen. Het spannende is echter, op welke schaal de Vierslagprojecten in de komende jaren uitgevoerd zullen worden, want duurzame inzetbaarheid stelt eigenlijk pas wat voor bij een algemene toepassing in een bepaalde sector, zoals het gehele onderwijs.

### Nieuw perspectief

De Katholieke Pabo in Zwolle (KPZ) was de eerste HBO instelling die aan het begin van het schooljaar 2013 startte met het Vierslagproject. Deze Pabo verzorgt een masteropleiding 'Leren en Innoveren'. Wij spraken hierover met twee betrokken leraren, Dieke Miedema en Bernadette Palm, en met hun schooldirecteur Bert Stam van de Dalton basisschool 'De Bongerd'. De Bongerd ligt in het dorpje Oene, dicht bij Epe (Gld), en is een kleine plattelandsschool met samengestelde leeftijdsgroepen in een krimpg gebied. Dieke en Bernadette vormen samen gedurende de twee jaar van de opleiding een duo. Met het gehele schoolteam werken ze deze periode aan een ontwikkelingstraject.

Dieke is 58 jaar en heeft het vooruitzicht om over negen jaar met pensioen te gaan. Zij ervaart de deelname aan dit project als een enorme verrijking van haar werk en haar vakbe-

kwaamheid. Het geeft haar een nieuw perspectief en veel voldoening. Zij is ervan overtuigd dat de masteropleiding 'Leren en Innoveren' de onderwijskwaliteit verbetert. Bernadette heeft via de Pabo gesolliciteerd naar een baan in dit studie-/werktraject. Na haar aanname heeft de Pabo van bovenaf bepaald dat zij op De Bongerd zou worden geplaatst.

Naast Dieke en Bernadette zijn er nog negentien andere leraren die sinds september 2013 de masteropleiding volgen. Het van en aan elkaar leren is misschien wel het meest stimulerend in dit project. De oudere leraren brengen veel nuttige ervaring over en de jongere leraren brengen kennis in over methodiek, multimedia en gebruik van technologie.

### **Schoolontwikkelingstraject**

Voor het implementeren van de onderwijsvernieuwing op de Bongerd hebben Dieke en Bernadette ook een projectdoel geformuleerd. Gezien de aard van hun school willen zij dat de leerlingen meer zelfsturend en minder afhankelijk van de leraren worden. "We coachen de leerlingen nu op weg naar zelfvertrouwen en zelfsturing". Het hele schoolteam is daar nu samen met hen mee bezig. Zo profiteert de school van de opleiding van Dieke en Bernadette. Bernadette is de inhoudelijk leider van het project. Een belangrijk aandachtspunt van haar is het effectief gebruik maken van alle aanwezige kennis en ervaring binnen het schoolteam. Het enthousiasme voor het project bij Dieke en Bernadette is zeer groot. "Het is een goed en mooi project", zeggen zij en het is duidelijk te zien dat zij het goed met elkaar hebben getroffen. Dat maakt natuurlijk ook veel uit. Voor Dieke krijgt het project een dikke negen.

### **Toekomstbestendigheid**

Bij de start vond Dieke het wel spannend om aan zoiets nieuws te beginnen. Aan het einde van de rit, na twee jaar, moet het project de school genoeg hebben opgeleverd. Dat is een hele verantwoordelijkheid. "Kan ik dit wel" heeft ze zich afgevraagd, maar na enkele weken voelde ze zich als een vis in het water.

Of de deelname aan het project Vierslag-

leren ook blijvend gunstige effecten op hun werk heeft, is een vraag die het duo eigenlijk (nog) niet goed kan beantwoorden. Bernadette hoopt dat zij door de masteropleiding en de twee jaar werkervaring meer kans heeft op de arbeidsmarkt. Bovendien is zij gegroeid in de uitoefening van haar beroep. Ze zegt daarover: "De masteropleiding zorgt er ook voor dat ik meer kennis en vaardigheden over het leraarschap ontwikkel."

Voor Dieke ligt het anders. Zij heeft al een baan, maar ze is wel een betere leerkracht geworden. De steeds toenemende werkdruk en verantwoordingsplicht kunnen voor oudere leerkrachten belastend zijn en leiden tot de vraag: "Hoe lang houd ik dat nog vol"? Maar dit project werkt verfrissend en geeft nieuwe energie.

### **Toepasbaarheid**

Voor een bredere toepassing van dit project zien Dieke en Bernadette goede mogelijkheden. Het ministerie van OCW stimuleert de masteropleidingen om onderwijsverbetering tot stand te brengen. Door dit project heeft de masteropleiding direct gevolgen op de werkvloer. Of een dergelijke aanpak verplicht gesteld moet worden? Dat laten Dieke en Bernadette in het midden, maar ze staan zeker achter een sterke stimulans ervan in alle regio's. Voorwaarde daarbij is wel dat er goed rekening gehouden wordt met de specifieke omstandigheden in iedere school. Dat moet de basis zijn van waaruit je de veranderingen inzet en uitvoert.

Aan het slot van het gesprek zegt Bert Stam "Het is mooi om te zien hoe jonge en ervaren leerkrachten elk hun eigen rol kunnen pakken. Ze werken daarmee samen aan (nog) beter onderwijs waar de kinderen van Daltonschool de Bongerd wel bij varen. Ook verbeteren zowel de jongere als de oudere, ervaren, leerkrachten hun positie op de arbeidsmarkt. En in de bestaande functie van de oudere leraar ontstaat nieuw perspectief."

### **Over de auteurs**

*Bram van der Loeff* en *Arie Stolk* zijn redacteur bij Gerōn en houden zich in het bijzonder bezig met vraagstukken rond arbeid en inkomen van ouderen.

# Zondag

INGRID MEIJERING, STICHTING GETOUD

De cijfers over mensen met Alzheimer liegen er niet om, van 256.000 mensen nu naar circa 500.000 mensen in 2040. Mijn oma had ook Alzheimer.

Oma was geestelijk altijd enorm sterk, lichamelijk was het wat minder. Ze had twee gehoorapparaten, een multifocale bril, nieuwe heupen en knieën. In de familie werd ze wel Mecanodoos genoemd. Naar mate ze ouder werd, ging haar geestelijke toestand steeds iets verder achteruit. Haar vergeetachtigheid zorgde er ook voor dat haar dagritme steeds verder in de war raakte. Ze schroomde helemaal niet om met een grote lach om haar mond om 10 uur 's morgens een glaasje Amaretto aangelengd met water te drinken. En ook andere lekkere dingen at ze steeds meer en graag. Met één ding had ik moeite: de maaltijd. Menigmaal werden de gezonde en voedzame lunch en het avondeten vervangen door alles wat makkelijker en lekkerder was. Ik weet nog dat ik het huis binnenkwam rond etenstijd en ik opa en oma met een grote slagroomtaart voor hun neus zag zitten. En ja, ik zag het goed, ze hadden beide een vork in hun

handen en smulden van deze taart. Ik zei tegen opa: "Oma moet wel haar vitamines binnen krijgen", opa lachte wat en zei "ach dat zit wel goed, ze eet genoeg fruit, laat haar maar genieten." Later dacht ik: "Hij heeft gewoon gelijk."

Ik heb geen idee hoe het is om Alzheimer te hebben. Ik vond mijn oma eigenlijk best slim, ze wist zich overal onderuit te praten. Misschien hadden wij haar een halt toe moeten roepen als ze 's morgens al een glaasje nam en de lunch en avondeten werden vervangen voor makkelijkere en lekkerdere dingen, maar wat maakt het uit. Oma genoot van al het lekkers en ooit denken dat ze langer had geleefd als we dat anders hadden gedaan: nee. Oma werd behandeld zoals ze zelf graag behandeld wilde worden en vooral waar ze enorm blij van werd. Daarom geloof ik dat de laatste jaren voor oma meer en meer gingen lijken op feestelijke zondagen en daar is niets mis mee. Daarom zou ik wensen: 'laat het, laat het toch voor al deze mensen, iedere dag maar weer, ZONDAG zijn!'

# Later of juist vroeger met pensioen? Op korte termijn doen wat op langere termijn onwenselijk is

PAUL DE BEER

*Zeven jaar geleden, aan de vooravond van de kredietcrisis, publiceerde de Commissie Bakker haar alarmerende rapport 'Naar een toekomst die werkt'. De commissie constateerde dat er op termijn een groot tekort aan arbeidskrachten dreigde te ontstaan als gevolg van de krimp van de beroepsbevolking. Als gevolg daarvan zou zowel de betaalbaarheid van ons sociale stelsel als onze toekomstige welvaart op de tocht komen te staan.*

## Tegenvallende arbeidsmarktverwachtingen

Voor 2015 voorzag de commissie al een tekort van zo'n 375.000 arbeidskrachten. Hoewel het jaar 2015 nog niet voorbij is, zal niemand in twijfel trekken dat deze 'voorspelling' van de Commissie Bakker in de verste verte niet zal uitkomen. De belangrijkste reden daarvoor is natuurlijk de langdurige recessie, die de commissie niet had voorzien. Dat valt haar niet te verwijten, want weinigen hadden deze economische crisis zien aankomen. Maar ook zonder crisis is het de vraag of de voorspelling van de Commissie Bakker zou zijn uitgekomen. De commissie ging namelijk uit van een min of meer rechtlijnige, trendmatige toename van de vraag naar arbeid. Recent hebben velen echter de verwachting uitgesproken, dat de voortgaande automatisering en robotisering wel eens heel veel werk overbodig zouden kunnen maken. Zelfs bij een voorspoedig economisch herstel is het dus maar de vraag of er zoveel banen bij zullen komen. Daar komt bij dat de Commissie Bakker veronderstelde dat vraag en aanbod op de arbeidsmarkt zich los van elkaar ontwikkelen. Dit is

natuurlijk niet juist. Als werkgevers ervaren dat er onvoldoende (geschikte) arbeidskrachten voorhanden zijn, blijven zij niet eindeloos zoeken naar mensen die er niet zijn, maar volgen zij een andere strategie. Behalve het werk automatiseren kunnen zij bijvoorbeeld productie uitbesteden naar het buitenland (*offshoring* en *outsourcing*) of arbeidsmigranten aantrekken. Een *structureel* krappe arbeidsmarkt met een *permanent* tekort aan arbeidskrachten is dan ook geen reëel toekomstperspectief.

## Verhoging pensioenleeftijd: verstandig?

Hoewel in het rapport van de Commissie Bakker de zorgelijke toon overheerste, zat er ook een meer hoopvolle kant aan de voorziene krapte op de arbeidsmarkt. Een krappe arbeidsmarkt biedt immers meer perspectief voor degenen die nu onvrijwillig aan de kant staan. Als werkgevers zitten te springen om personeel, moeten zij hun eisen wel naar beneden bijstellen en ook genoeg nemen met kandidaten waar – in hun ogen – een vlekje aan zit. De analyse van de Commissie Bakker



was dan ook mede reden voor de overheid om meer groepen te stimuleren om zich op de arbeidsmarkt aan te bieden. In de toekomst zou immers iedereen nodig zijn! Om de participatie van ouderen te verhogen werd de pensioenleeftijd verhoogd en om uitkeringsgerechtigden te ‘activeren’ werden onder meer de Participatiewet ingevoerd en de duur van de WW verkort. Nu de arbeidsmarktvooruitzichten echter heel wat minder rooskleurig zijn dan ten tijde van *Naar een toekomst die werkt*, dringt de vraag zich op of deze maatregelen, achteraf gezien, wel zo verstandig waren. Als de werkloosheid de komende jaren nog erg hoog blijft en het probleem niet een tekort aan mensen, maar een tekort aan banen is, doen we er dan wel verstandig aan om het aanbod van arbeidskrachten te vergroten? Zou het niet wijzer zijn om het aanbod juist te beperken, bijvoorbeeld door ouderen eerder met pensioen te laten gaan in plaats van later?

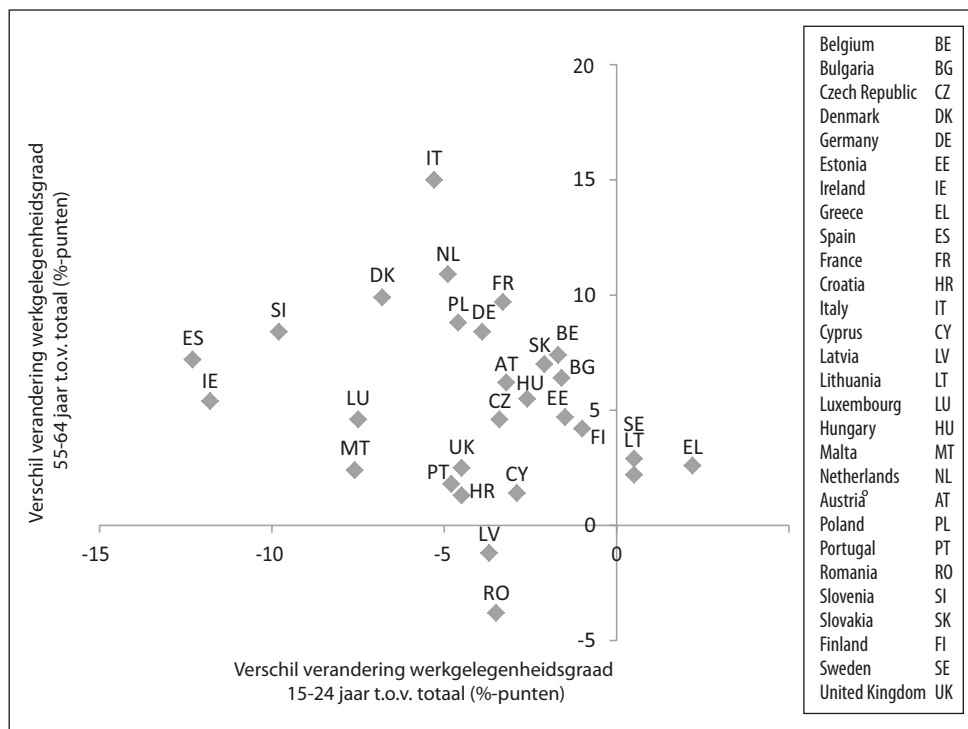
Het antwoord op deze vraag hangt af van de mate waarin vraag en aanbod op de ar-

beidsmarkt op elkaar reageren. Daarbij is het nuttig om een onderscheid te maken tussen de korte en middellange termijn en de lange termijn – iets wat helaas zelden wordt gedaan bij het formuleren van beleidsadviezen.

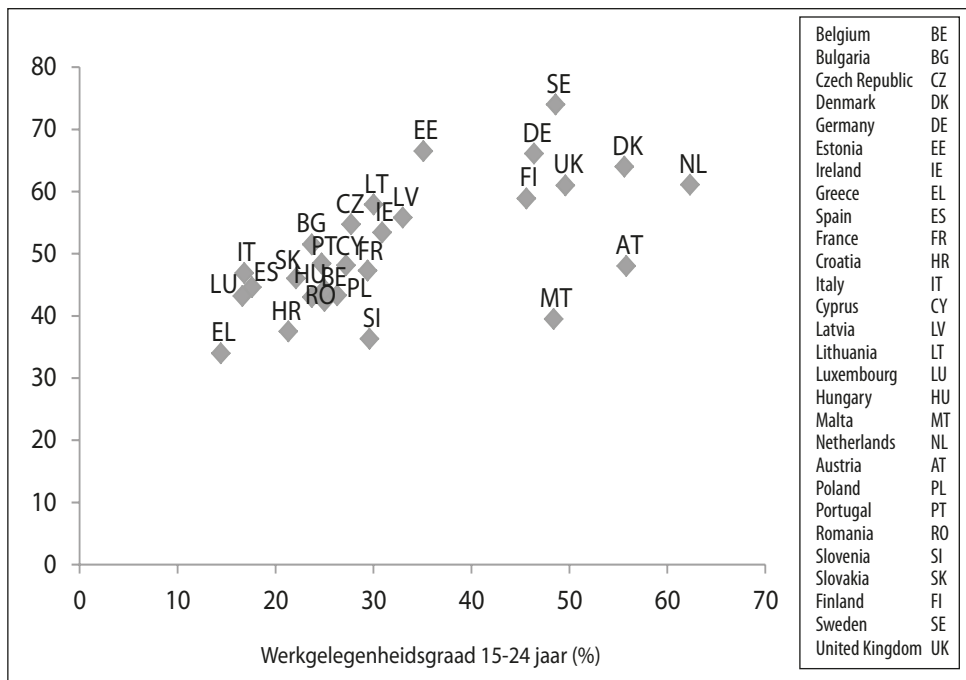
### Verskillende oplossingen voor korte en lange termijn

Voor de langere termijn moeten we er – zoals reeds opgemerkt – rekening mee houden dat vraag naar arbeid en aanbod van arbeid elkaar wederzijds beïnvloeden. Er valt veel voor te zeggen dat op den duur de werkgelegenheid primair wordt bepaald door de omvang van de beschikbare beroepsbevolking. Dat verklaart bijvoorbeeld waarom een land met een grote bevolking – zoals Duitsland – meer banen telt dan een klein land, zoals Nederland. Daarvoor zijn twee redenen. Ten eerste (ver)plaatsen bedrijven hun activiteiten naar/in die regio’s waar voldoende arbeidsaanbod is. Ten tweede is de omvang van de (beroeps)bevolking van invloed op de vraag naar goederen en diensten. Als er minder mensen zijn,

**Figuur 1**



**Figuur 2**



valt er ook minder te verkopen en ook dat kan een reden voor bedrijven zijn om hun activiteiten te verplaatsen. Op de lange duur is er dan ook geen reden om te verwachten dat een hogere arbeidsparticipatie van de ene groep ten koste gaat van de arbeidsmarktkansen van een andere groep. Ter illustratie laat figuur 1 zien dat er een licht positieve samenhang bestaat tussen de werkgelegenheidsgraad van jongeren (15-24 jaar) en de werkgelegenheidsgraad van ouderen (55-64 jaar) in de landen van de EU. In landen waar relatief veel ouderen werken is ook de werkgelegenheid van jongeren meestal relatief hoog. Deze cijfers bieden dus geen aanwijzing dat een hogere arbeidsparticipatie van ouderen ten koste gaat van de arbeidsmarktkansen van jongeren. Anders gezegd, een verdere verhoging van de pensioenleeftijd zal op langere termijn geen negatieve consequenties hebben voor de kansen van jongeren of van andere groepen met een relatief zwakke arbeidsmarktpositie.

### Stimulatie van meer mensen op een ruime arbeidsmarkt heeft negatieve gevolgen

De situatie is echter anders voor de korte en middellange termijn – zeg, de komende drie tot vijf jaar. Op deze termijn zal de vraag naar arbeid vooral worden bepaald door de conjunctuur. Zo lang er een ruim overschot aan beschikbare arbeidskrachten is, wordt de vraag naar arbeid, oftewel de werkgelegenheid, primair bepaald door de vraag naar goederen en diensten. Hoewel de economie langzamerhand begint aan te trekken, is het onwaarschijnlijk dat op deze termijn de werkgelegenheid sterk zal groeien. Zonder aanvullende maatregelen zal de werkloosheid de komende jaren dan ook hoog blijven en zullen honderdduizenden tevergeefs naar werk blijven zoeken. In een dergelijke fase is het niet zinvol om te stimuleren dat meer mensen zich aanbieden op de arbeidsmarkt, onder meer door de AOW-leeftijd verder te verhogen en WSW'ers uit de sociale werkplaatsen 'over te plaatsen' naar het bedrijfsleven. De arbeidsplaatsen die ouderen en WSW'ers daardoor

bezetten, zullen immers niet meer beschikbaar zijn voor andere werkzoekenden. Stimulering van het arbeidsaanbod op een ruime arbeidsmarkt met hoge werkloosheid betekent vooral verscherping van de concurrentie tussen werkzoekenden, waardoor de kans op succes voor individuele werklozen kleiner wordt. Dat er op middellange termijn inderdaad sprake is van concurrentie tussen verschillende (leeftijds)groepen op de arbeidsmarkt, wordt ondersteund door figuur 2. In deze figuur worden de verandering in de werkgelegenheidsgraad van jongeren (15-24 jaar) en in de werkgelegenheidsgraad van ouderen (55-64 jaar) ten opzichte van de verandering van de totale werkgelegenheidsgraad tegen elkaar afgezet voor de huidige crisisperiode (2008-2014). Anders dan figuur 1 toont deze figuur wel degelijk een negatief verband tussen de verandering in de werkgelegenheid van jongeren en die van ouderen. In die landen waar de werkgelegenheid van ouderen zich het gunstigst heeft ontwikkeld ten opzichte van de algehele werkgelegenheidsontwikkeling, is de werkgelegenheid van jongeren juist relatief sterk gedaald tijdens de crisis.

Hieruit blijkt dat er in een crisisperiode substitutie kan plaats vinden tussen verschillende groepen. Nederland is daar een voorbeeld van. Tijdens de crisis is de werkgelegenheidsgraad van ouderen verder gestegen van 53 naar 61 procent, terwijl in dezelfde periode de werkgelegenheidsgraad van jongeren daalde van 70 naar 62 procent. In landen als Italië, Polen, Duitsland, Frankrijk, Denemarken en Slovenië zien we een vergelijkbare ontwikkeling. De stijging van de arbeidsparticipatie van ouderen is weliswaar niet alleen het gevolg van de verhoging van de AOW-leeftijd – zo speelt ook de generatievervanging bij vrouwen een rol, doordat jongere generaties vrouwen een hogere arbeidsparticipatie hebben dan oudere. Niettemin is het aannemelijk dat de verhoging van de AOW-leeftijd mede ertoe heeft bijgedragen dat ouderen langer doorwerken en daardoor langer arbeidsplaatsen bezet houden die anders door jongeren konden worden vervuld. Vanuit het arbeidsmarkt perspectief van jongeren was het dan

ook beter geweest als de verhoging van de AOW-leeftijd was uitgesteld tot na de crisis. Het zou ook de moeite waard geweest zijn als er tijdens de crisis was geëxperimenteerd met de mogelijkheid om ouderen korter te laten werken en in de vrijkomende uren als coach of begeleider te laten fungeren van een jongere die kon worden aangenomen dankzij de vrijvallende uren. Vanwege het dominante denken dat het op langere termijn noodzakelijk is om langer door te werken, stuitte ieder voorstel om ouderen tijdelijk eerder te laten uittreden of korter te laten werken, op grote (politieke) weerstand. Dat je op korte termijn beleid zou moeten voeren dat voor de lange termijn als onwenselijk wordt beschouwd, geldt in de politiek als een boodschap die niet valt uit te leggen.

### Politieke antwoorden?

Soms moet je als politicus op de korte termijn iets doen wat je voor de langere termijn onwenselijk vindt. Simpelweg omdat korte-termijnproblemen – die vooral door de conjunctuur worden bepaald – een ander karakter hebben dan de lange-termijnproblemen – die door structurele demografische ontwikkelingen worden bepaald. Natuurlijk, het is niet eenvoudig om de boodschap over te brengen dat ouderen (bv. 60-plussers) op korte termijn, zo lang de crisis aanhoudt, eerder mogen stoppen met werken, terwijl je de iets minder oudere werkenden (bv. 50-60-jarigen) voor wilt houden dat zij juist langer zullen moeten doorwerken. Dat leent zich niet voor een *one liner*. Maar een politicus die zich de ernst realiseert van het risico van een verloren generatie van langdurig werkloze jongeren zou dat toch zwaarder moeten laten wegen dan de wens om je boodschap in één zin te kunnen overbrengen.

### Over de auteur

*Paul de Beer* is bijzonder hoogleraar arbeidsverhoudingen aan de UvA, mededirecteur van het Amsterdams Instituut voor Arbeids-Studies (AIAS) en directeur van het Wetenschappelijk Bureau voor de Vakbeweging 'De Burcht'.

# Eenzaamheid en depressie: werkt een signaleringsinstrument?

FATIMA EL FAKIRI & MARLIES VISSER

*Depressie en eenzaamheid zijn serieuze problemen bij ouderen. Het herkennen van signalen en het bieden van hulp in een vroeg stadium biedt de beste kans op verbetering van de situatie. Signaleringsinstrumenten kunnen daarbij een hulpmiddel zijn. In hoeverre gebruiken professionals ze? En wat zijn hun opvattingen over- en ervaringen met het gebruik ervan?*

## Vraagstelling

In een eerder onderzoek naar de prevalentie van eenzaamheid en depressie onder ouderen werd aanbevolen om een signaleringsinstrument te ontwikkelen, gericht op het vroeg opsporen van risicofactoren voor deze problemen (Schuijt-Lucassen & Deeg, 2006). Het signaleren van risicofactoren kan een eerste stap zijn om de groep in kaart te brengen, om dan vervolgens passende hulp te bieden. Logische vervolgvragen worden minder vaak gesteld. Zoals: is er al een geschikt instrument beschikbaar? Of: is het überhaupt effectief om een instrument in te zetten voor het signaleren van dergelijke problemen? Vooral dat laatste is relevant, omdat een groot deel van de ouderen met psychosociale problematiek niet opvalt of uit schaamte niets zal laten merken, laat staan om hulp vraagt. Voor professionals is het de vraag in hoeverre zij een instrument willen en kunnen gebruiken om in hun dagelijkse contact met ouderen eenzaamheid en depressie te signaleren of bespreekbaar te maken.

In dit onderzoek gaan we na in hoeverre professionals die via hun werk direct of indirect contact hebben met zelfstandig wonende ouderen, instrumenten inzetten voor het

signaleren van eenzaamheid en depressie. Ook onderzoeken we wat hun opvattingen zijn over het gebruik ervan.

## Positief over signaleringsinstrumenten

De opvattingen over signaleringsinstrumenten zijn met behulp van een achttal stellingen onderzocht. Bijvoorbeeld: hoe nuttig vinden professionals de instrumenten? Zijn ze handig in het gebruik? Professionals zijn over het algemeen positief over het gebruik van signaleringsinstrumenten. Het merendeel is het eens met de stellingen dat instrumenten nuttig en een goed hulpmiddel zijn bij het signaleren. Ook is men het over het algemeen eens met de stelling dat instrumenten structuur geven in het werk of in de organisatie. Verder vinden de meeste professionals dat instrumenten moeten worden samengevoegd, zodat iedereen hetzelfde instrument kan gebruiken (Visser & El Fakiri, 2013).

## Maar één op de vier professionals gebruikt een instrument

Op de vraag op welke manier men eenzaamheid en/of depressie bij ouderen opmerkt, antwoorden professionals dat zij vooral signa-

leren op basis van hun ervaring, intuïtie en/of kennis (figuur 1).

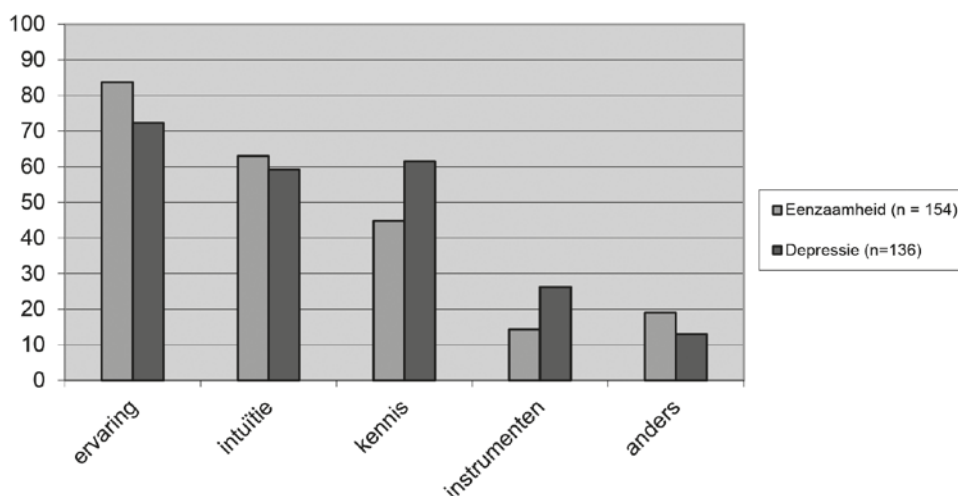
Hoewel hun houding ten opzichte van signaleringsinstrumenten over het algemeen positief is, geeft slechts één op de vier professionals aan wel eens met een dergelijk instrument te werken (eenzaamheid: 14%; depressie: 26%). Zoals in tabel 1 te zien is, wordt de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) het meest gebruikt. Op de tweede en derde plaats worden genoemd: de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) en de Niet Pluis Index. Gebruikers van de 4DKL, voornamelijk huisartsen en hun praktijkondersteuners, geven aan deze vooral in te zetten om depressie te signaleren. Hoewel professionals nauwelijks verschillen in hoe zij respectievelijk eenzaamheid en depressie signaleren, laat figuur 1 zien dat bij depressie de nadruk iets meer ligt op kennis en instrumenten en bij eenzaamheid meer op ervaring. Ook gaven professionals aan dat zij ouderen eerder als eenzaam dan als depressief durven te 'bestempelen'. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat depressie een medisch probleem is dat specifieke deskundigheid vereist.

Zijn er verschillen tussen professionals wat betreft hun gebruik van signaleringsinstrumenten? Nee; professionals die bijvoorbeeld veel contact met ouderen hebben, lijken

nauwelijks vaker een instrument te gebruiken dan diegenen die weinig contact hebben met ouderen. De meningen over de instrumenten verschillen wel: gebruikers van instrumenten lijken gemiddeld iets positiever over het gebruik hiervan dan de niet-gebruikers, al zijn de verschillen vaak klein.

### Vergelijking eerder onderzoek

Onze bevinding met betrekking tot het beperkte gebruik van instrumenten, sluit aan bij de resultaten uit een eerder onderzoek naar de signalering van depressie bij volwassenen en ouderen (Ruiter et al., 2010). Waarom gebruiken professionals die wel bekend zijn met signaleringsinstrumenten, ze uiteindelijk toch niet? Het is onwaarschijnlijk dat dit veroorzaakt wordt door een weerstand tegen het gebruik van instrumenten omdat het merendeel van de professionals positief hierover lijkt. Wellicht zijn professionals die weinig met protocollen te maken hebben en geen signalerende taak hebben, minder geneigd om een instrument te gebruiken, in vergelijking met de meer geprotocolleerde medische wereld waarin huisartsen en hun praktijkondersteuners zich begeven. Uit de kwalitatieve interviews kwam naar voren dat sommige (niet [para]medisch geschoolde) professionals instrumenten soms te ingewikkeld vinden. An-



Figuur 1: Manieren waarop professionals signalen van eenzaamheid en depressie bij ouderen opmerken (%)\*

**Tabel 1: Type gebruikte instrumenten bij signalering van eenzaamheid en depressie (n = 38) 1**

<b>Problematiek</b>	<b>Type instrument</b>	<b>Gebruik instrument (n (%))*</b>
<b>Depressie</b>	4 DKL	13 (34%)
	GDS (15/30)	4 (11%)
	PHQ-9	3 (8%)
	CES-D	3 (8%)
<b>Eenzaamheid</b>	Eenzaamheidsschaal	3 (8%)
<b>Depressie en eenzaamheid</b>	ZRM	6 (16%)
	Niet-pluis-index	5 (13%)
	TNO-observatie-lijst	3 (8%)
<b>Depressie en/of eenzaamheid</b>	Overige instrumenten	6 ( 16%)

4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst; GDS-15/30: Geriatric Depression Scale met 15 of 30 items; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; Eenzaamheidsschaal: De Jong-Gierveld Eenzaamheidsschaal; ZRM: GGD Amsterdam Zelfredzaamheid-Matrix; Niet Pluis Index: GGZ Groningen Niet Pluis Index; TNO Observatielijst: TNO Observatielijst voor psychosociale problematiek bij ouderen.

\*: opgeteld komen de percentages boven de 100% uit. Dit houdt in dat de meeste professionals eenzaamheid en depressie op meer dan één manier signaleren

n.b. totaal aantal is niet gelijk aan 189 omdat een deel van de professionals geen contact heeft met ouderen of niet te maken krijgt met eenzaamheid/depressie bij ouderen via werk

deren gaven aan dat sommige lijsten onge-nuanceerd zijn en niet goed passen bij een individuele oudere. Professionals die wel een instrument gebruiken, passen voornamelijk de 4DKL toe. Dit is een instrument om onder meer depressie bij volwassenen op te sporen. Tot op heden is er geen onderzoek verricht naar de validiteit van deze schaal voor ouderen (Landelijke Stuurgroep Multi-disciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). De Geriatric Depression Scale (GDS), die wel is gevalideerd (Yesavage et al., 1982), wordt door weinig professionals

gebruikt. Ook het eerder genoemde onderzoek van het Trimbos-instituut (Ruiter et al., 2010) laat zien dat het merendeel van de huisartsen vaker de 4DKL gebruikt dan de GDS.

### **Verbeter de samenwerking tussen professionals**

Onze bevindingen laten zien dat professionals vooral op basis van hun ervaring, intuïtie en/of kennis signaleren. Instrumenten spelen ondanks de positieve houding van de professionals een marginale rol in het signalerings-

### Onderzoekopzet

Voor dit onderzoek zijn kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gecombineerd. In de eerste fase hebben we gewerkt met focusgroep-discussies en diepte-interviews met professionals, ouderen en hun mantelzorgers. Op basis van de resultaten uit deze gesprekken is een gestructureerde digitale vragenlijst voor de professionals opgesteld. Deze vragenlijst bevatte onder andere vragen over de huidige manier van signaleren van eenzaamheid en depressie bij ouderen, inzet van instrumenten, opvattingen en ervaringen. In totaal hebben 189 professionals, voornamelijk werkzaam in de zorgsector, de vragenlijst ingevuld. Ongeveer driekwart was vrouw (77%) en had een HBO/WO opleidingsniveau (74%). De gemiddelde leeftijd was 50 jaar. Het merendeel van de professionals had een betaalde baan (86%); en één op de zes (16%) was vrijwilliger. De groep professionals was zeer divers en bestond uit: huisartsen, praktijkondersteuners van huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, ouderenwerkers, fysiotherapeuten, sociaal-cultureel werkers, thuiszorgmedewerkers, maatschappelijke werkers, huismeesters, pastors, leidinggevenden en coördinatoren. De meeste werkgevers hebben geen schriftelijke of mondelinge afspraken over signalering van depressie en/of eenzaamheid. En ook richtlijnen ontbreken nagenoeg. Het onderzoek vond plaats in Amsterdam en is afgerond medio 2013 (Visser & El Fakiri, 2013).

proces. Professionals benadrukken dat instrumenten alleen gebruikt mogen worden om vermoedens te bevestigen en een diagnose te ondersteunen maar niet om deze te stellen. Wanneer een huisarts bijvoorbeeld meerdere problemen bij een oudere signaleert dan wordt veelal een praktijkondersteuner (indien aanwezig) ingezet die de tijd neemt om een aantal (screenings)lijsten af te nemen.

Professionals zijn het unaniem met elkaar eens dat een betere samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen door persoonlijk onderling contact op wijk- of buurtniveau én deskundigheidsbevordering, de belangrijkste

verbeterpunten zijn om eenzaamheid en depressie vroegtijdig te signaleren. Volgens hen is verder het herkennen van signalen op dit vlak ook een taak van de omgeving van de ouderen. Aanvullend onderzoek is nodig om de haalbaarheid en effectiviteit van het gebruik van een (eventueel gezamenlijk) instrument voor het signaleren van eenzaamheid en depressie bij ouderen te achterhalen.

### Literatuur

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ/Trimbos-instituut.* (2008). Angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut. [[website informatie: [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=555&richtlijn\\_id=59](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=555&richtlijn_id=59)] 09.01.2015]].
- Ruiter, M. & Sinnema, H. & Lindt, S. van de (2010). *Signaleren en screenen depressiepreventie door beroepsgroepen*: eindverslag. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schuijt-Lucassen, N.Y. & Deeg D.J.H. (2006). *Ouderen in Amsterdam: omvang en risicofactoren van depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Visser, M.E. & El Fakiri, F. (2013). *(Vroeg)signalering eenzaamheid en depressie bij zelfstandig wonende Amsterdamse ouderen*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17:37-49.

### Over de auteurs

*Fatima El Fakiri* ([fefakiri@ggd.amsterdam](mailto:fefakiri@ggd.amsterdam)) is onderzoeker/projectleider van verschillende onderzoeken over zorg en gezondheid van ouderen en migranten bij de GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie & gezondheidsbevordering.

*Marlies Visser* was ten tijde van de uitvoering van onderhavig onderzoek werkzaam als onderzoeker bij de GGD Amsterdam; ze werkt momenteel als onderzoeker bij de gemeente Amersfoort.



## Werken vanuit een narratieve visie

ANITA VAN GILS

**Marie-Elise van den Brandt-van Heek & Wout Huizing (2014). In gesprek met mensen met dementie. De kracht van persoonlijke verhalen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. (losbladig, €39,95, ISBN 9789036807487)**



Het boek van psychologe Marie-Elise van den Brandt-van Heek en geestelijk verzorger Wout Huizing bevat een belevingsgerichte methode om vanuit het levensverhaal vraaggerichte zorg mee vorm te geven. Het is geëvalueerd door personen met dementie, hun familie, verhalenvrijwilligers en zorgverleners binnen de woonvoorziening de Eshoeve (Scheveningen, Nederland).

Fotokaarten vormen de basis om met mensen in gesprek te gaan. Het aan het woord laten en het beluisteren van de mensen zelf, is hierbij belangrijk. De uitgewerkte methode zou niet enkel bruikbaar zijn voor ouderen met dementie maar ook voor jongeren met dementie, mensen met een NAH of andere cognitieve beperkingen.

Naast een boekje met praktische richtlijnen en themakaarten, bevat de uitgave een aparte toelichting voor de gespreksbegeleider met een voor te lezen tekst en belevingsgerichte voorbeeldvragen.

De zeven hoofdstukken in het boek worden geïllustreerd met teksten die het de lezer mogelijk maken zich in te leven in wat dementie betekent. Het zich kunnen inleven is een eerste vereiste voor het deskundig kunnen beluisteren. De voorbeelden maken duidelijk dat het aandacht geven aan kleine dingen een groot verschil kunnen maken in een leven dat je meer en meer ontglipt.

In een eerste hoofdstuk worden de gevolgen van dementie beknopt beschreven. Het is vaak moeilijk voor een persoon met dementie om de juiste woorden te vinden, uit te

spreken, de betekenis ervan te vatten en te blijven vatten. Afhankelijk van de fase van het dementieproces staan verschillende emoties op de voorgrond zoals onzekerheid, faalangst, achterdocht, verdriet, machteloosheid. Elke fase vraagt dan ook om een andere benadering. Hoe verder het dementieproces vordert, hoe meer de zoektocht naar de feiten op de achtergrond geraakt. Niet op zoek te gaan naar feiten maar wel naar achterliggende emoties is dan belangrijker. In dit contact kan de ander merken dat je haar waardeert. Contact biedt dan veiligheid en geborgenheid. Verbonden zijn met elkaar in gesprekken is dan ook de kern van de methode.

Een tweede hoofdstuk gaat dieper in op waarom aandacht geven aan verhalen ertoe doet. Het gevoel dat een ander je de moeite waard vindt om naar te luisteren, geeft zin aan je leven. Personen met dementie zijn zich aanvankelijk bewust van het aftakelende ziekteproces en het zich stilaan kwijt raken van zichzelf. Dit loslaten gaat gepaard met een rouwproces. Verdriet kan minder pijnlijk worden als het kan worden uitgesproken en gedeeld.

In hoofdstuk 3 komt de methode aan bod met nadruk op de gespreksvoering. De opzet is om via themakaarten te luisteren naar de verhalen. Vijf hoofdthema's zijn voorzien: bezigheden, bezit, sociale relaties, drijfveren, zorgen voor jezelf. Voor elk thema zijn er negen kaarten met op de ene kant een foto die meer aansluiting kan geven bij een jongere met dementie, op de andere kant een foto die een oudere met dementie meer zou aanspreken. De kaart zorgt voor een dubbele prikkeling: het horen van het bijhorende verhaal enerzijds, het zien van de foto anderzijds. De bijhorende vragen zijn aangepast aan de belevingsgerichte wijze van gespreksvoering. Er wordt aangegeven welke specifieke aandachtspunten er zijn afhankelijk van de fase waarin de persoon met dementie zich bevindt.

Hoofdstuk 4 beschrijft beknopt enkele andere mogelijke hulpmiddelen om gesprekken te ondersteunen zoals verhalenkranten, themaboeken en exposities.

Het optekenen van levensverhalen komt aan bod in hoofdstuk 5. Het zichtbaar maken van het levensverhaal is van betekenis voor de verteller maar ook voor de familie en zorgmedewerkers. De verhalenbundel is een hulpmiddel om in gesprek te gaan. Ook de structuur en de vormgeving is hierbij van belang. Verhalen en foto's dienen ook gemakkelijk weggehaald te kunnen worden als ze niet meer herkend worden. Deze kunnen verder houvast geven aan familieleden.

In hoofdstuk 6 gaan de auteurs dieper in op wie op welke wijze de verhalenbundel kan en mag gebruiken. Het samenspel tussen familie, medewerkers en vrijwilligers is hierbij van groot belang. Dit proces wordt des te belangrijker naarmate de zorgbehoefte toeneemt.

Naast het beluisteren en optekenen van het levensverhaal is de communicatie naar de hulpverleners belangrijk zodat wensen in zorgleefplannen geïmplementeerd kunnen worden. De mogelijkheden van vraaggestuurde zorg komen aan bod in hoofdstuk 7. Wanneer de verhalen van de cliënten ook in de visie van de organisatie een prominente rol krijgen, kan je spreken van werken vanuit een narratieve visie.

## Laagdrempelig

Het laatste decennium wordt er meer en meer gebruik gemaakt van levensverhalen in de gezondheidszorg. Op deze wijze kan men in de verzorging beter aansluiten bij iemands voorkeuren, gewoontes en levensstijl, zelfs als iemand zelf niet meer goed kan vertellen wie zij of hij is. Het werken met verhalen is een laagdrempelige manier om belevingsgerichte zorg mogelijk te maken. Dit boek biedt daartoe een praktische methode en handreiking.

Het boek is eenvoudig geschreven en daardoor toegankelijk voor zowel zorgverleners als geïnteresseerde vrijwilligers, mantelzorgers en familieleden. Ook zij zijn vaak op zoek naar manieren om te communiceren met mensen met een cognitieve beperking. De vele praktische tips die in het boek aan bod komen zijn hierbij een goede leidraad.

In het boek staat de zogenaamde zorgdriehoek centraal: samen met de cliënt, familie/mantelzorgers en vrijwilligers/zorgverleners wordt gezocht naar de best gepaste zorg. Narratieve zorg biedt een meerwaarde voor zowel de bewoner, familieleden als zorgverleners.

Ook de grenzen van de methode worden geduid. De kaarten zijn niet geschikt voor mensen met een depressie of een traumatische ervaring. Hiervoor wordt verwezen naar professionele begeleiding.

De uitgewerkte methodiek kan beschouwd worden als een mooi voorbeeld van bottom-up 'evidence based practice'. Ook de thematische manier van werken blijkt heel geschikt om vraaggestuurde zorg mee vorm te geven.

Zelf gebruikte ik enkele themakaarten bij een oudere met een cognitieve beperking. Deze methode bleek een aangename aanvulling op andere hulpmiddelen, zoals eigen foto's of het opmaken van levenslijnen, genogram en ecogram. Het is verrassend te merken welk verhaal er schuil gaat achter de keuze van welke kant van de kaart het meest aanspreekt.

Afhankelijk van de context zijn de foto-kaarten en de bijhorende vragen al dan niet relevant. Vragen betreffende getrouwd zijn,

opvoeding van eigen kinderen, het opstarten van een zaak zijn bij personen met een aangeboren hersenletsel niet zozeer aan de orde. Ook de meest aangepaste wijze van vragen stellen blijkt afhankelijk van de context van de verteller. De belevingsgerichte vragen zijn gesteld in de tegenwoordige tijd. Gezien het gebrek aan tijdsoriëntatie zou dit volgens de auteurs de beste manier zijn voor mensen met dementie. Deze manier van vraagstelling blijkt niet de meest geschikte voor mensen met nog wel een goed tijdsbesef. De creativiteit en sensitiviteit van de luisteraar in het gesprek is dan ook zeer belangrijk.

Het boek maakt duidelijk dat het werken met levensverhalen een instrument is om vraaggerichte en vraaggestuurde zorg inhoud te geven. Het is een aanrader voor eenieder die belevingsgerichte zorg een kans wil geven om van hieruit de kwaliteit van leven te ondersteunen.

### Over de auteur

Anita Van Gils is seniorenconsulente bij de Hogere Leergangen voor Fiscale en Sociale Wetenschappen (HUB, 2013) & student bachelor na bachelor psychogerontologie (Odisee, 2015).

## GESIGNALEERD

### Werkcahier Inspiratie en Zingeving

Met inspiratie en zingeving als de centrale kapstokken kan ieder mens zich blijven ontwikkelen en van betekenis zijn voor de directe omgeving en/of de maatschappij. We moeten dan wel in onszelf blijven investeren en uitgedaagd blijven. We moeten ons dan ook vragen blijven stellen als 'waar steek ik mijn energie (nog) in?', 'Hoe kan ik mijn talenten benutten?', 'Hoe houd ik de regie (nu of later) over mijn eigen leven?'. Deze vragen komen aan de orde in het werkcahier *Inspiratie en Zingeving: het leven is de moeite waard* (2014) van socioloog en gerontoloog Trees van Gennip. Doelgroep zijn de senioren zelf alsook vrijwilligers en professionals in de sectoren welzijn en zorg. Naast een inhoudelijk deel bevat het werkcahier een toegepast deel om met dit onderwerp in de praktijk te werken. Het werkcahier is te bestellen via [trees.vangennip@planet.nl](mailto:trees.vangennip@planet.nl)



# Dementie: naar laagdrempelige ondersteuning in de wijk

ESTHER RIKKENGAA

***Wanneer mensen met dementie niet langer thuis kunnen blijven wonen, is dat vaak omdat de mantelzorgers het niet volhoudt. Door dichtbij huis gestructureerde ondersteuning te bieden, aan de oudere én zijn of haar mantelzorgers, bloeien mensen dusdanig op dat zij langer thuis kunnen blijven wonen.***

## **Ingrijpende gevolgen van dementie**

Dementie is de ziekte van de 21ste eeuw. Nederland telt op dit moment ongeveer 256.000 mensen met dementie. Jaarlijks komen daar volgens de Gezondheidsraad 3.700 nieuwe mensen met dementie bij. Tweederde van alle mensen met dementie woont thuis. Meestal vindt pas in de laatste twee jaar van iemands leven opname plaats. Dat betekent dat mantelzorgers, de partner, familie of vrienden, een belangrijke en langdurige rol spelen in de zorg voor mensen met dementie. Veel mantelzorgers ervaren deze zorgtaak als (te) zwaar en hebben het gevoel er alleen voor te staan.

Er zijn de afgelopen jaren vele nieuwe vormen van ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers opgezet. De meest bekende vormen zijn dagverzorging en dagbehandeling, Alzheimercafés, gespreks-groepen en bezoek- en oppasservices. “Maar het is nog de vraag wat hiervan de toegevoegde waarde is.” zegt Rose-Marie Dröes, professor Psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie bij VU medisch centrum in Amsterdam. “Het huidige aanbod is versnipperd en sluit vaak onvoldoende aan op de vaak complexe wensen en behoeften van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Mensen met dementie en hun mantelzorgers stellen ondersteuning vaak zolang mogelijk uit. Aan de andere kant gaan mantelzorgers gebukt onder de vaak zware zorg en emotionele belasting.”

## **Hoe kan het anders?**

De afgelopen vier jaar onderzocht Dröes met haar onderzoeksteam – en met subsidie van het Nationaal Programma Ouderenzorg – daarom hoe het anders kan in het project ‘Transitie van reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis naar Laagdrempelige Psychogeriatrische Dagbehandeling-plus mantelzorgondersteuning in de wijk’. Zij zelf begeleidde de transities en haar collega-onderzoekers onderzochten de implementatieaspecten en impact van laagdrempelige dagbehandeling dichtbij huis, in een toegankelijke locatie, gecombineerd met extra ondersteuning voor mantelzorgers onder één dak. De gedachte achter deze nieuwe, laagdrempelige dagbehandeling is dat mensen met dementie en hun mantelzorgers eerder en beter leren omgaan met de gevolgen van dementie. En daardoor beter en langer zelfstandig kunnen blijven functioneren. Dröes: “Voorheen kwam iemand met een hulpvraag pas laat binnen, vaak als het thuis al uit de

hand gelopen was. De drempel om aan te kloppen bij een dagbehandeling in een verpleeghuis is hoog. Een gemakkelijk toegankelijke dagbehandeling in de wijk verlaagt die drempel, zorgt voor meer sociale integratie en, niet onbelangrijk, is minder duur.”

### Ontmoetingscentra als voorbeeld

Het concept van de laagdrempelige dagbehandeling dichtbij huis met mantelzorgondersteuning is gebaseerd op de al langer bestaande Ontmoetingscentra voor mensen met dementie. De eerste Ontmoetingscentra startten zo'n twintig jaar geleden in Amsterdam op initiatief van Stichting Valerius. Ze zijn vooral te vinden in buurt- of wijkcentra, wat de sociale integratie met buurtbewoners makkelijker maakt. Er is een gevarieerd dagprogramma voor de mensen met dementie en voor mantelzorgers zijn er gespreksgroepen en informatieve bijeenkomsten. Ook is er ruimte om in een spreekuur individuele vragen en knelpunten te bespreken. De aanpak is zo succesvol dat er in Nederland al meer dan honderd Ontmoetingscentra zijn.

De aanpak die Dröes onderzocht, verschilt op een aantal punten van de Ontmoetingscentra. Zo wordt er niet een nieuw centrum opgezet, maar wordt een bestaande dagbehandeling omgevormd. Een ander verschil is dat de doelgroep van Dröes een grotere zorgbehoefte kan hebben. In de reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis zijn zorgverleners bijvoorbeeld al gewend de mensen met een tillift op het toilet te helpen en meer medische zorg te verlenen. Bovendien bedient de dagopvang die Dröes onderzocht soms meerdere doelgroepen: mensen met niet aangeboren hersenletsel of mensen met psychiatrische zorg.

### Opvang in informele sfeer

In het project verhuisden zes dagbehandelingen van verpleeghuizen in Noord-Holland naar laagdrempelige locaties in de wijk. De ene locatie koos er daarbij voor mensen met een lichte tot middelzware vorm van dementie te begeleiden, een ander koos voor een gemengde samenstelling van deelnemers: zowel

### Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

Het NPO verbetert de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Talrijke organisaties slaan daarvoor landelijk en regionaal de handen ineen. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Binnen het NPO lopen 75 transitie-experimenten en onderzoek- en implementatieprojecten. De resultaten zijn vanaf medio april te zien op [www.BeterOud.nl](http://www.BeterOud.nl). Het NPO is een programma van ZonMw, in samenwerking met de NFU en de CSO. Het NPO is in 2008 gestart. Opdrachtgever is het ministerie van VWS.



mensen met lichte dementie als mensen met niet aangeboren hersenletsel en eenzame ouderen. Ook de financiering kan per locatie verschillen. Doorgaans treedt het Zorgkantoor op als financier voor de zorgkosten, die vergoed worden uit Wlz-gelden. Maar ook kan een locatie ervoor kiezen mensen zonder indicering toe te laten. Dan zijn bijdragen van de gemeente via de Wmo mogelijk. Weer anderen zoeken subsidiënten of sponsors.

Het traditionele activiteitenaanbod maakte er plaats voor een gevarieerd persoonsgericht programma en de begeleiding kwam in handen van een klein vast professioneel team ondersteund door vrijwilligers. “Centraal daarbij staat de informele vrije sfeer, waardoor vriendschappelijke contacten makkelijker kunnen ontstaan”, legt Dröes uit. “Er wordt gewerkt met kleine groepen, van zo'n twaalf deelnemers. Veel aandacht is er voor eigen inbreng, creativiteit, plezier en beweging. De begeleiders wandelen bijvoorbeeld veel met de deelnemers. Ook wordt er voorgelezen, gezongen, worden boodschappen gedaan en wordt samen gekookt.” Voor de mantelzorgers zijn er op vrijwillige basis gespreksgroepen en informatieve bijeenkomsten. Hier

ontmoeten ze lotgenoten en kunnen ze in gesprek met deskundigen over allerlei zaken die spelen bij de zorg voor hun naaste. “Maar daarnaast zijn de mantelzorgers óók welkom om mee te doen aan de activiteiten, aldus Dröes. “Waar ze vroeger bij de voordeur afscheid namen, zijn de mantelzorgers in de nieuwe werkwijze veel meer betrokken. Ze kunnen als ze dat willen ook meedoen met activiteiten en uitjes, of gewoon een kopje koffie drinken. Het maakt de stap naar ondersteuning buitenshuis veel minder groot.”

### Minder problemen, minder kosten

VUmc-onderzoekers Franka Meiland, Marijke van Haften-van Dijk en Bart Hattink hebben onderzocht of mensen met dementie in de nieuwe opzet na zes maanden minder problemen ervaren en beter tot hun recht komen. De resultaten stemmen Dröes zeer tevreden. “Cliënten in de al langer bestaande Ontmoetingscentra hebben minder zorgbehoeften. In de nieuw opgezette dagbehandelingen heeft opvang in de wijk een gunstig effect op gedrags- en stemmingsproblemen. Juist die twee problemen zijn bepalend voor opname, zo weten we uit eerder onderzoek. In die zin zijn de resultaten veelbelovend.” Ook mantelzorgers hebben volgens de projectleider baat bij de transitie. “Met name wanneer zij zich bij aanvang onzeker voelen over hun zorgtaak, zien we dat ze minder emotioneel belast raken door de gedrag- en stemmingsproblemen van hun naaste. De situatie is meer in evenwicht.” De gevonden effecten bevestigen de effectiviteit van gecombineerde ondersteuning volgens het model van de Ontmoetingscentra, dat in 2014 door de Erkenningscommissie langdurende zorg, deelcommissie ouderenzorg, als ‘effectief’ werd bestempeld.

Van zorgverleners hoort de projectleider terug dat de nieuwe werkwijze beter aansluit bij hun wensen en ambities. “Ze kunnen direct en persoonlijk contact leggen. Zonder stigma’s, met oog voor de héle mens. Echt waarvoor ze zijn opgeleid.” Dat optimisme blijkt ook uit een reactie van een van de programmacoördinatoren. In het begin 2014 verschenen draaiboek staat: “Je leert op een

andere manier naar de deelnemers kijken. Niet de standaard clichédingen als mevrouw moet geholpen worden naar het toilet. Dat vind ik helemaal niet interessant. Het gaat mij om hun mentaal welbevinden.”

Als klap op de vuurpijl blijkt uit het onderzoek dat de nieuwe werkwijze met behoud van kwaliteit inderdaad goedkoper is dan de traditionele dagbehandeling in een verpleeghuis. “We hadden dat al verwacht, maar voor de korte termijn staat het nu zwart op wit. Er is minder medisch personeel nodig, dat scheelt. Uiteindelijk zullen in de toekomst de kosten nog verder dalen – omdat ouderen nu langer thuis kunnen blijven wonen – maar daarvoor hebben we nu nog niet het wetenschappelijke bewijs.”

### Veel interesse

De laagdrempelige dagbehandeling voor mensen met dementie met ondersteuning voor hun mantelzorgers vindt tot nog toe plaats in Amsterdam, Haarlem, Beverwijk en Castricum. Daarnaast zijn er nog enkele locaties in Zuid-Holland die al eerder de overstap maakten. Dröes hoopt dat daar snel meer gemeenten bijkomen. “Ik heb daar alle vertrouwen in. Het praktische draaiboek dat we gemaakt hebben voor geïnteresseerde verpleeghuizen vliegt momenteel de deur uit. Het beantwoordt blijkbaar aan een vraag die al langer leeft.” “Maar”, zo waarschuwt Dröes, “we moeten het ook niet overschatten. Slechts vijf procent van de thuiswonende mensen met dementie blijkt maar gebruik te maken van dagvoorzieningen. Hopelijk dragen we er met dit project aan bij dat mensen eenvoudiger en sneller de stap durven zetten. Het is immers ook gewoon leuk om te komen. Met het oog op de vergrijzing zou het fantastisch zijn als we meer mensen achter de geraniums weg kunnen krijgen en een plezierige dagbesteding kunnen bieden.”

### Over de auteur

*Esther Rikkengaa* is tekstschrijver bij Leene Communicatie, communicatiebureau te Gouda, [www.leenecomunicatie.nl](http://www.leenecomunicatie.nl)

# COLOFON

## **Uitgever**

Bohn Stafleu van Loghum  
Paul Dijkstra, Postbus 246, 3990 GA Houten  
www.bsl.nl

## **Redactie**

E-mail: [geron@bsl.nl](mailto:geron@bsl.nl)

## **Abonnementen**

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
Telefoon: 030-6383736  
e-mail: [klantenservice@bsl.nl](mailto:klantenservice@bsl.nl)  
Voor meer informatie en bestellingen raadpleeg  
[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)  
Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan  
en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden  
voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.  
Bij een wijziging van de tenaamstelling en/of het  
adres, verzoeken wij u de adresdrager met de  
gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling  
Klantenservice.

## **Abonnementsprijzen 2015**

Reguliere abonnementsprijs (print & online  
toegang): € 61,50  
Online only voor particulieren: € 36,90  
Prijzen voor instellingen voor meer exemplaren  
en online toegang op aanvraag.  
Studenten ontvangen 50% korting.  
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag  
op de abonnementsprijs.

## **Advertenties**

Bohn Stafleu van Loghum  
Frank van der Walt, Postbus 246, 3990 GA Houten  
Telefoon: 030-6383732  
E-mail: [f.walt@bsl.nl](mailto:f.walt@bsl.nl)

## **Arbeidsmarkt:**

Peter de Jong, Sr. Accountmanager  
Telefoon: 030-6383888/06-10946138  
E-mail: [p.dejong@bsl.nl](mailto:p.dejong@bsl.nl)

Levering en diensten geschieden volgens de  
voorwaarden van Springer Media bv, gedeponeerd  
bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder  
dossiernummer 32107635 op 17 juni 2010. De  
voorwaarden zijn in te zien op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl), of  
worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen  
en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd  
met bronvermelding en met schriftelijke toestem-  
ming van de uitgever.

## **Verschijsning**

Viermaal per jaar.

## **Ontwerp omslag**

Simon van Kessel

## **Inzenden artikelen**

De redactie van Gerōn stelt inzending van artikelen  
met informatie en opinies uit praktijk, beleid en  
wetenschap van het ouder worden in de moderne  
samenleving zeer op prijs. U wordt verzocht uw bijdrage  
op te stellen volgens de geldende richtlijnen  
(zie <http://www.bsl.nl/shop/geron-40718c.html>) en  
in te sturen naar het redactieadres: [geron@bsl.nl](mailto:geron@bsl.nl).

©2015, Bohn Stafleu van Loghum

ISSN: 1389-143X

**mvw**  
media voor vak  
& wetenschap



Bohn  
Stafleu  
van Loghum  
Springer Media

## VOLGENDE KEER IN GERŌN

### **THEMA: DIVERSITEIT**

- Verschillen tussen de leefsituatie van ouderen  
in Nederland en Vlaanderen
- Stad of platteland, de verschillen voor ouderen  
in Vlaanderen en in Nederland
- Diversiteit vanuit de levensgeschiedenis

### **EN VERDER:**

- Vitaliteit en kwetsbaarheid
- Oud en ziek in beeld, een kunsthistorische  
verkenning
- De vormgeving van sociale (wijk)  
teams; Inrichting, organisatie en vraagstukken
- Nieuwe investeerders in de ouderenhuisvesting
- Zorgkosten helpt hoger na wegvallen partner.
- Levert een aantrekkelijke economie in Neder-  
land ook arbeidsplaatsen voor ouderen op?



# In dit nummer

verder onder andere

Juni 2015 | jaargang 17 | #2

Verlichten en verbinden  
Ontspoorde mantelzorg signaleren  
en aanpakken

– Mariëtte Hermans, Roos Scherpenzeel & Wendela Wentzel

Jonge ouderen willen geen techniek  
die hen stigmatiseert als oud

– Louis Neven

Interview met Joris Slaets

– Ria Wijnen & Toon Verlaan

Participatie en partnerschap in  
ouderenzorginstellingen

– Vivianne Baur & Tineke Abma

Zora, een zelflerende robot in de  
praktijk

– Tinie Kardol

Angststoornissen bij ouderen

– Gert-Jan Hendriks

Dilemma's van corporaties bij langer  
thuis wonen

– Peter Baetsen

Villa Begonia: nu nadenken over  
wonen en leven zoals jij wilt

– Piet van Os & Ditty Eimers

Later of juist vroeger met pensioen?

– Paul de Beer

Eenzaamheid en depressie: werkt een  
signaleringsinstrument

– Fatima El Fakiri & Marlies Visser

