

Zorg voor morgen

Schets van preventieve zorg voor ouderen

Zorg voor morgen

Schets van preventieve zorg voor ouderen

Alice Schippers

Betsy Albers

Marijn Kuiper

Tessa Marx

Riki van Overbeek

Marieke Spreeuwenberg

Marije Vermaas

Geraldine Visser

Vilans, 2009

© 2009, Vilans

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande toestemming.

Auteurs

Alice Schippers, Betsy Albers, Marijn Kuiper, Tessa Marx, Riki van Overbeek, Marieke Spreeuwenberg, Marije Vermaas, Geraldine Visser

ISBN 978-90-8839-079-1

Vilans

Catharijnesingel 47
Postbus 8228
3503 RE Utrecht
Telefoon (030) 789 23 00
Fax (030) 789 25 99
E-mail info@vilans.nl
Website www.vilans.nl

Contactpersoon

Alice Schippers, Programmaleider Versterking Cliënt en Cliëntstelsel
Telefoon (030) 789 24 01, e-mail a.schippers@vilans.nl

Inhoud

Hoofdpunten uit de quickscan ouderengezondheidszorg 7

1. Inleiding 9

Aanleiding van de quickscan 9

Doel van de quickscan 10

2. Opzet en uitvoering van de quickscan 11

Casestudies 11

Focusgroepen 12

Vragenlijsten uitgezet in veertig gemeenten 13

Interviews stakeholders 15

Vragenlijst CbO's 16

3. Resultaten casestudie onderzoek in vijf gemeenten 17

Groningen 17

Helden 18

Losser 20

Rotterdam 21

Wageningen 23

Conclusies 25

Brief ouderen Helden 26

4. Resultaten focusgroepen met ouderen 27

Aanbod binnen de preventieve ouderenzorg 27

Lacunes binnen de preventieve ouderenzorg 28

Risicogroepen 28

Rol gemeenten 28

Brief ouderen Losser 30

5. Resultaten vragenlijstonderzoek in veertig geselecteerde gemeenten 31

Respons 31

Beleid en activiteiten 33

Algemeen beeld per type organisatie 35

Algemeen beeld per activiteit 38

Lacunes in het aanbod en knelpunten 41

Samenvatting 43

Brief ouderen Rotterdam 48

6. Resultaten interviews met stakeholders 49

- Preventieve zorg voor ouderen 49
- Aanbod activiteiten 50
- Risicogroepen en bereik 51
- Verantwoordelijkheid en rol van gemeenten 52
- Financiering 53
- Samenvatting en conclusies 54

7. Resultaten vragenlijstonderzoek CbO's 57

- Respons op de vragenlijst 57
- De opzet en aansturing van een CbO 58
- Werving deelnemers en doelgroepen 59
- Bereik 60
- Het consult 60
- Registratiegegevens van de CbO's 61
- Financiering van het CbO 62
- Meerwaarde van het CbO en ervaren knelpunten 62
- Samenvatting en conclusies 63

Brief ouderen Wageningen 65

8. Samenvatting en conclusies 67

- Preventieve zorg voor ouderen 68
- Wat is de behoefte van de doelgroep? 68
- Ouderen als doelgroep en oudere risicogroepen 69
- Het bereiken van risicogroepen 69
- Het aanbod op het terrein van de ouderengezondheidszorg 70
- Preventieve activiteiten per organisatie 70
- Aanbod per preventiethema 71
- Lacunes in het aanbod 72
- Samenwerking en afstemming 72
- De financiering van preventieve activiteiten 73
- Effectiviteit van de interventies / knelpunten daarbij 73
- De rol van de gemeente 74
- Het CbO in kort bestek 74

Literatuur, websites en databases 77

- Literatuur 77
- Websites en databases 79

Bijlage Activiteiten en interventies genoemd in het vragenlijstonderzoek 81

- Tabel 1. Overzicht thema's en organisaties 82
- Tabel 2. Overzicht resultaten per thema 83
- Tabel 3. Overzicht interventies 88

Hoofdpunten uit de quickscan ouderengezondheidszorg

Vilans heeft de quickscan ouderengezondheidszorg uitgevoerd met subsidie van het ministerie van VWS. Aanleiding voor de quickscan is de nieuwe Wet publieke gezondheid (Wpg) en dan vooral artikel 5a op grond waarvan gemeenten verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van ouderengezondheidszorg. Een tweede aanleiding voor het onderzoek is de toezegging van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer dat zij zal nagaan hoe de functie van het consultatiebureau voor ouderen (CbO) wordt ingevuld. Op verzoek van het ministerie van VWS ligt het accent op universele en selectieve preventie.

De quickscan is uitgevoerd in de periode van april tot augustus 2009. Het onderzoek geeft een globaal beeld van de ouderengezondheidszorg op lokaal niveau en de lacunes in het aanbod. Het onderzoek naar de CbO's vormt een afzonderlijk deel van het onderzoek.

De voornaamste conclusies uit de quickscan geven we hieronder weer.

Aanbod preventieve zorg voor ouderen

- Er is op lokaal niveau een zeer divers aanbod preventieve activiteiten beschikbaar gericht op fysieke, psychische en sociale aspecten van het functioneren van ouderen. Geen van de betrokken partijen heeft hierover echter volledig overzicht.
- Er lijkt enige overlap in het aanbod te zijn, maar er is zeker een tekort aan activiteiten op verschillende gebieden.
- Er is behoefte aan meer interventies gericht op het voorkomen van eenzaamheid, (vroeg) signalering van dementie, beweegprogramma's, valpreventie, het overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en de (vroeg)signalering van angst en depressie bij ouderen.
- Er is aandacht voor vroegsignalering, maar als er problemen gesignaleerd zijn, zijn er niet altijd passende interventies voorhanden.
- Er is gebrek aan informatie over de effectiviteit van interventies. Een groot aantal interventies is niet (wetenschappelijk) onderzocht.

Bereik doelgroepen

- De activiteiten en interventies die worden aangeboden zijn niet altijd toegesneden op ouderen als doelgroep of op oudere risicogroepen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het tegengaan van alcoholmisbruik bij ouderen. Dat is een van de redenen dat risicogroepen nog onvoldoende worden bereikt.
- Het is moeilijk om sociaaleconomisch kwetsbare groepen waaronder oudere migranten te bereiken. De gangbare methoden werken vaak niet om deze doelgroepen over de drempel te helpen.
- Er is behoefte aan een wijkgerichte aanpak waarbij ouderen uit verschillende risicogroepen bij de vormgeving betrokken zijn.

Organisatorische, financiële en beleidsmatige aspecten

- Er zijn veel organisaties betrokken bij de uitvoering van de preventieve zorg voor ouderen. Naast de gemeenten zijn vooral de GGD, thuiszorgorganisaties, welzijnswerk voor ouderen, de eerste lijn en de ggz-organisaties actief op dit terrein.
- Er is op lokaal niveau echter geen intensieve samenwerking op het terrein van de ouderengezondheidszorg. Daardoor is het aanbod doorgaans niet goed op elkaar afgestemd.
- Er zijn uiteenlopende financieringsbronnen, maar er is nauwelijks structurele financiering beschikbaar voor preventieve activiteiten voor ouderen. Dat geeft knelpunten in de praktijk. Het kan ertoe leiden dat succesvolle activiteiten worden stopgezet.
- De gemeente kan een goede rol vervullen bij het coördineren van de ouderengezondheidszorg. Als de gemeente de regie neemt, kan het aanbod beter worden afgestemd op de behoefte van de populatie.
- Het is belangrijk ouderen zelf te betrekken bij de uitwerking van het ouderengezondheidsbeleid. Daarbij moeten ook ouderen uit risicogroepen worden betrokken.

Consultatiebureau voor ouderen

- Het consultatiebureau voor ouderen wordt vooral bezocht door de groep redelijk vitale ouderen boven de 70 jaar. Risicogroepen worden slechts gedeeltelijk bereikt. Deze reageren onvoldoende op de gebruikelijke wervingsmethodes.
- Het CbO sluit goed aan bij de wensen van de doelgroep. Vooral de persoonlijke aandacht en de advisering op maat worden op prijs gesteld.
- Het initiatief om een CbO op te zetten is vooral afkomstig van thuiszorgorganisaties en in mindere mate van ouderen zelf, de GGD en de gemeente.
- De aansturing van de CbO's vindt meestal plaats door een stuurgroep waarin de thuiszorg, de GGD, de ggz-organisaties en ouderen zelf zitting hebben.
- De coördinatie en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de CbO's liggen over het algemeen bij de thuiszorg.
- De CbO's worden vooral gefinancierd door ZonMw, AWBZ, ziektekostenverzekering, gemeenten en/of de provincie. Iets meer dan de helft van de CbO's wordt structureel gefinancierd.
- Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat de financiering van het CbO een knelpunt is. Het ontbreken van financiering is regelmatig aanleiding om de deuren te sluiten.
- Sterke punten van het CbO zijn de laagdrempeligheid, de integrale aanpak gericht op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven en de aandacht voor behoud en herstel van functionaliteit van ouderen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Op grond van de resultaten van de quickscan formuleren we de volgende vragen voor verder onderzoek:

- Welk pakket aan interventies is gezien de huidige stand van de wetenschap toepasbaar om de zelfredzaamheid van ouderen effectief te versterken?
- Hoe kunnen risicogroepen – zoals sociaaleconomisch kwetsbare groepen waaronder oudere migranten – beter worden bereikt? Welke interventies zijn goed toepasbaar bij de risicogroepen?
- Welke interventie- en verwijzingsmogelijkheden zijn beschikbaar als door vroegsignalering duidelijk wordt dat een oudere risico loopt?

1. Inleiding

Aandacht voor preventieve gezondheidszorg voor ouderen moet volgens het ministerie van VWS worden gezien in het licht van de vergrijzing en ontgroening van de samenleving. De toenemende levensverwachting en het langer gezond blijven van ouderen zijn verworvenheden die duiden op maatschappelijke vooruitgang. Dit biedt ouderen kansen en mogelijkheden, bijvoorbeeld om langer maatschappelijk actief te blijven. Ouderen hechten waarde aan hun autonomie, het behouden van hun zelfredzaamheid en een goede gezondheid. Een goed functionerende ouderengezondheidszorg – gericht op preventie in al haar facetten – kan ertoe bijdragen dat bovengenoemde doelen gerealiseerd worden.

Aanleiding van de quickscan

Bij de behandeling van het ontwerp van de Wet publieke gezondheid (Wpg) in de Tweede Kamer – mei 2008 – heeft mw. A. Kant een amendement ingediend waarmee ouderengezondheidszorg onder de reikwijdte van de Wpg wordt gebracht. Dit amendement is aangenomen met de steun van PvdA, SP, GroenLinks, PVV en D'66, en is ondergebracht in artikel 5a van de Wpg. Het artikel is nog niet in werking getreden. De uitvoering van de ouderengezondheidszorg wordt met artikel 5a de primaire verantwoordelijkheid van de gemeenten. Het Rijk heeft systeemverantwoordelijkheid. In die hoedanigheid wil VWS een aanjaag- en ondersteuningfunctie bieden voor gemeenten.

9

In het artikel 5a van de Wpg (het amendement Kant) zijn vijf taken geformuleerd voor de gemeenten in het kader van de publieke gezondheidszorg voor personen boven de 65 jaar:

- het systematisch volgen en signaleren van de gezondheid van ouderen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het ramen van de behoeften aan zorg;
- vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

De taken a, b en e vallen onder het huidige takenpakket van de GGD. Weliswaar zijn dit taken die worden uitgevoerd voor de gehele populatie, waar de doelgroep ouderen deel van uit maakt. Wat betreft de taken c en d is echter niet duidelijk of en in hoeverre deze taken momenteel ingevuld worden. Daarbij is er vooral aandacht voor het bereik van risicogroepen en de groep kwetsbare ouderen.

Naast de invulling van artikel 5a van de Wpg over ouderengezondheidszorg zijn er nog twee specifieke aanleidingen voor de uitvoering van de quickscan. Daarbij gaat het om:

- de toezegging van de staatssecretaris bij de bespreking van het rapport 'Lang zullen we leven' van de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer (7 februari 2008) dat zal worden nagegaan hoe het met de functie van consultatiebureaus voor ouderen (CbO's) is gesteld;

- de motie van de leden Wolbert en Willemse-van der Ploeg¹ waarin inzicht wordt gevraagd in de verschillende zorg- en welzijnsloketten in relatie tot doelmatigheid, kwaliteit en klantvriendelijkheid.

Doel van de quickscan

Het doel van de quickscan is om voor de taken c en d het volgende te inventariseren:

- Wat voor aanbod is er binnen een regio beschikbaar voor 65-plussers op het terrein van universele en selectieve preventie? Het gaat dus om het aanbod binnen een regio van verschillende aanbieders (publiek, privaat) gericht op ouderen. Als voorbeeld: wat doet de gemeente / de GGD, wat doet de eerste lijn (inclusief huisartsen en paramedici), wat doet de thuiszorg, wat doet de ggz, wat doet welzijn ouderen? We kijken zowel naar het aanbod dat beschikbaar is voor gezonde ouderen (universele preventie) als naar specifieke risicogroepen / kwetsbare ouderen (selectieve preventie). Het terrein van de geïndiceerde preventie laten we buiten beschouwing.
- Welke lacunes zijn er in het aanbod van preventie voor 65-plussers in relatie tot taken c en d uit artikel 5a Wpg?
- Hoe is het aanbod verdeeld over de verschillende domeinen: fysiek, psychisch en sociaal? Is er sprake van samenhang in het aanbod?
- Wordt het aanbod structureel gefinancierd of op projectbasis? Uit welke bronnen wordt het aanbod gefinancierd?
- Worden de doelgroepen bereikt? Welke maatregelen worden genomen om specifieke risicogroepen / kwetsbare ouderen te bereiken?
- Wat is de mening van relevante veldpartijen over de lacunes in het aanbod van preventieve zorg voor ouderen en wat kan hun rol zijn bij het invullen van de taken zoals genoemd in de Wpg?

10

¹ Tweede Kamer 2007–2008, 29 549, nr. 37

2. Opzet en uitvoering van de quickscan

Het veldwerk ten behoeve van de quickscan heeft plaatsgevonden in de periode van maart tot augustus 2009.

In het kader van de quickscan zijn de volgende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd:

- casestudieonderzoek en focusgroepen met ouderen in vijf gemeenten
- vragenlijstonderzoek naar het consultatiebureau voor ouderen
- vragenlijstonderzoek bij gemeenten en uitvoerende organisaties
- gesprekken met stakeholders.

Casestudies

Het doel van de casestudies is te inventariseren welke preventieve activiteiten plaatsvinden voor ouderen, wie deze activiteiten uitvoeren, welke samenwerkingsverbanden aanwezig zijn en op welke wijze de financiering van deze activiteiten plaatsvindt in het werkgebied van vijf gemeenten. Voor de selectie van de vijf gemeenten zijn we vooral pragmatisch te werk gegaan. Gekozen is voor twee grote en twee kleine gemeenten, een middelgrote gemeente en plaatsen waar Vilans, wegens het korte tijdbestek van het onderzoek, een gemakkelijke toegang had tot de organisaties die we door middel van telefonische interviews wilden bevragen.

Groningen en Rotterdam zijn als grote gemeenten geselecteerd. Via de contacten van Vilans was bekend dat Groningen veel aandacht heeft voor preventieve zorg voor ouderen. Voor Rotterdam is gekozen omdat de GGD van Rotterdam de afgelopen jaren verschillende projecten heeft uitgevoerd gericht op (kwetsbare) ouderen.

Lossen en Helden zijn geselecteerd omdat Vilans contacten heeft (gehad) met beide gemeenten en bekend is dat ambtenaren binnen deze gemeenten een goed relatienetwerk hebben met relevante organisaties. Wageningen is gekozen omdat daar een actief preventiebeleid wordt gevoerd.

Opzet van het veldwerk

Er is een kort bronnenonderzoek en een search gedaan in bestaande databases als voorbereiding op de casestudies. Op grond daarvan is een overzicht gemaakt van preventiethema's binnen de verschillende domeinen: fysiek, psychisch en sociaal. Dit leverde de volgende preventiethema's op:

- *fysiek*: alcohol, drugsgebruik, roken, medicijngebruik (slaap- en kalmeringmiddelen en polyfarmacie), bewegen, voeding, overgewicht, ongevallen- en valpreventie, dementie, decubitus;
- *psychisch*: angststoornissen en depressie;
- *sociaal*: eenzaamheid, sociale steun en maatschappelijke participatie.

Daarnaast kwamen we een aantal activiteiten tegen die we niet direct in de domeinen fysiek, psychisch en sociaal konden onderbrengen, maar die in verband met preventie bij ouderen

in de literatuur wel vaak genoemd worden. Het gaat om: consultatiebureaus voor ouderen, vroegsignalering, zelfmanagement, oudere mantelzorgers en domotica.

Vervolgens zijn we via internet op zoek gegaan naar beleidsnota's van de vijf gemeenten die relevant zijn in het kader van ouderengezondheidszorg (Wmo-nota's, nota's lokaal gezondheidsbeleid, ouderennota's, sportnota's et cetera).

Per preventiethema is gekeken of er in de gemeente beleid is op dit thema, wat dit beleid inhoudt (activiteiten), welke partijen en organisaties betrokken zijn bij dit onderwerp, of er samenwerkingsverbanden zijn, wat de doelgroep is, welke landelijk of lokaal ontwikkelde interventies men gebruikt en hoe activiteiten worden gefinancierd.

Vervolgens hebben we door middel van telefonische interviews aanvullende informatie verzameld. Het beginpunt was de gemeente (ambtenaar). Vervolgens zijn de GGD, ggz-organisatie, Welzijnsinstelling/Stichting Welzijn Ouderen, thuiszorg-/zorginstelling en een huisarts/ROS benaderd. Bij elke organisatie zijn de preventiethema's doorgenomen en is gevraagd of zij activiteiten hebben op dat thema. Tot slot zijn de vragen gesteld welke preventieve activiteiten voor ouderen zij missen en welke knelpunten zij tegenkomen. In de vijf gemeenten zijn interviews gehouden met nagenoeg alle bovenstaande organisaties.

Focusgroepen

In de gemeenten waar de casestudie heeft plaatsgevonden zijn focusgesprekken gehouden met ouderen over het bestaande aanbod preventieactiviteiten in hun gemeente en over de vraag welke activiteiten door hen gemist worden.

12

De deelnemers hebben door middel van de metaplanmethode antwoord gegeven op de volgende vragen:

- Wat doet u om uw gezondheid op peil te houden?
- Wat doen mensen in uw omgeving om hun gezondheid op peil te houden?
- Welke voorzieningen zijn er in uw gemeente?
- Welke knelpunten signaleert u?

De metaplanmethode is een manier om in een groep de veelheid aan ideeën en opvattingen te visualiseren en te ordenen. In het geval van de focusgroepen hebben de aanwezigen hun antwoorden op de vragen in steekwoorden op kaartjes geschreven. Deze zijn vervolgens geordend. Aan de hand van de kaartjes werd verder op de verschillende thema's ingegaan. De vraag hoe de gezondheid van ouderen op preventieve wijze kan worden bevorderd stond hierbij steeds centraal.

Het laatste onderdeel van de focusgroep bestond uit het schrijven van een brief aan minister Klink en staatssecretaris Bussemaker. In deze brief geven de deelnemers concrete adviezen over preventieve zorg voor ouderen. De brieven van de deelnemers zijn in aparte kaders opgenomen in dit rapport.

De focusgroepen geven inzicht in de wensen en behoeften van een bepaalde groep ouderen, maar geven geen representatief beeld van alle ouderen uit de betreffende gemeente. Voornamelijk actieve, gezonde en autochtone ouderen waren bereid of in de gelegenheid om aan de focusgroepen mee te werken. Met de focusgroepen werden geen kwetsbare ouderen bereikt, terwijl de deelnemers aandacht voor deze groep wel belangrijk vinden.

Vragenlijsten uitgezet in veertig gemeenten

Onderdeel van de quickscan is een inventarisatie in het werkgebied van veertig geselecteerde gemeenten met als doel informatie te verzamelen over het aanbod van preventieve activiteiten op lokaal niveau. Geïnterviewd is welke organisatie welke activiteiten uitvoert, wat de doelgroepen zijn, hoe deze activiteiten worden gefinancierd en wat witte vlekken zijn in het aanbod.

De casestudies in de vijf gemeenten leverden input voor de opzet van de gegevensverzameling over het preventieaanbod voor ouderen in het werkgebied van veertig gemeenten.

Er is een gestructureerde digitale vragenlijst opgesteld geordend naar verschillende preventiethema's. Tijdens het casestudieonderzoek werd duidelijk dat de preventieve activiteiten niet goed kunnen worden onderscheiden op basis van de indeling in fysieke, psychische en sociale aspecten. Een beweegactiviteit kan zich bijvoorbeeld richten op het verminderen van overgewicht (fysiek aspect) in combinatie met het creëren van ontmoetingsmogelijkheden (sociaal aspect). Om verwarring te voorkomen is de vragenlijst uiteindelijk ingedeeld in zeven preventiethema's waarmee de activiteiten goed in kaart kunnen worden gebracht. De thema's zijn: verslavingsproblematiek, gezonde leefstijl, veiligheid, (vroeg)signalering van psychische problemen, sociale steun, het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfmanagement.

13

Selectie van gemeenten

We hebben veertig gemeenten geselecteerd. Daarbij hebben we de inwoners(aantallen) als uitgangspunt genomen. Dit betekent dat een grote gemeente meer kans maakte in de selectie te komen dan een kleine gemeente.

We zijn als volgt te werk gegaan. We hebben de provincies in de gebruikelijke volgorde gezet van Groningen tot Limburg. Binnen de provincie hebben we de gemeenten op alfabetische volgorde gezet, met vermelding van hun inwonersaantal. Vervolgens hebben we de inwonersaantallen van de gemeenten door middel van een lopend totaal (cumulatief totaal) berekend. Dat wil zeggen dat we het totaal van gemeente 1 en 2 bij elkaar hebben opgeteld, vervolgens hebben we gemeente 3 erbij geteld en het totaal berekend, daarna gemeente 4 erbij geteld en het totaal berekend, enzovoort. Het eindtotaal is het totale aantal inwoners in Nederland in 2008, namelijk 16.361.317 mensen.

Dit totale aantal inwoners hebben we gedeeld door 40. Zo kwamen we uit op een getal van 409.033. Door dit getal te vermenigvuldigen met 1 tot en met 40 (dus de tafel van 409.033) hebben we bewoners en bijbehorende gemeenten geselecteerd. Zo woonde bewoner 409.033 (1x409.033) in de gemeente Reiderland; bewoner 818.066 (2x409.033) woonde in

de gemeente Leeuwarden, bewoner 1.227.099 (3x409.033) woonde in de gemeente Assen, enzovoort. Op deze wijze kwamen we uit op de volgende selectie van gemeenten:

Groningen: Reiderland
Friesland: Leeuwarden
Drenthe: Assen en Tynaarlo
Overijssel: Enschede en Raalte
Flevoland: Almere
Gelderland: Apeldoorn, Brummen, Harderwijk, Nijmegen en Voorst
Utrecht: Baarn, De Ronde Venen en de Utrechtse Heuvelrug
Noord-Holland: Amstelveen, Amsterdam, Bergen, Haarlemmermeer, Hilversum en Texel
Zuid-Holland: Albrandswaard, Dirksland, Den Haag, Hendrik-Ido-Ambacht, Leidschendam-Voorburg, Ridderkerk, Rotterdam, Spijkenisse en Zoetermeer
Zeeland: Terneuzen
Noord-Brabant: Breda, Eindhoven, Helmond, Oisterwijk, Tilburg, Waalwijk
Limburg: Kerkrade, Roermond, Weert.

De casestudies zijn onder meer gebruikt om personen binnen de relevante organisaties te identificeren die in staat zouden zijn om de vragenlijst in te vullen. Op basis van de ervaringen met de dataverzameling in het casestudie onderzoek is besloten de vragenlijsten toe te zenden aan:

- Gemeenteambtenaren van de afdeling welzijn, zorg en/of ouderenbeleid
- (preventie)medewerkers van de GGD
- (preventie/ouderen)medewerkers van de ggz-organisatie
- medewerkers van de stichting welzijn ouderen (SWO) of welzijnsorganisatie
- (preventie)medewerkers van de ouderenzorginstelling
- (preventie/regio)medewerkers van de regionale ondersteuningsstructuur (ROS)

14

De adressen van de medewerkers van de relevante organisaties zijn als volgt verzameld. ActiZ heeft ons e-mailadressen gegeven van bij hen bekende preventiemedewerkers uit de V&V-sector. Een probleem was dat in dit bestand niet alle veertig gemeenten voorkwamen. Via ZonMw hebben we adressen gekregen van uitvoerders van programma 'Preventiekracht Thuiszorg'. Het merendeel van deze respondenten bleek echter niet werkzaam te zijn in één van de geselecteerde gemeenten.

Gegevens van SWO's, GGD, thuiszorgorganisaties, organisaties voor ouderenzorg, ROS'en, welzijnsorganisaties en ggz-organisaties in de geselecteerde gemeenten werden met behulp van internet gezocht, onder meer via gemeentelijke websites en overkoepelende internet-sites zoals www.kiesbeter.nl en www.welzijnederland.nl. In bijna alle gevallen is telefonisch contact gezocht met de preventiemedewerkers. Dat was noodzakelijk, omdat de organisaties vanwege de privacy van de medewerkers over het algemeen geen e-mailadressen op naam verstrekken. De preventiemedewerkers waren vanwege de vakantieperiode echter moeilijk bereikbaar.

Problematisch bij de verzameling van de adressen was bovendien het feit dat organisaties als de GGD en de ggz-organisaties regionaal actief zijn en niet gebonden zijn aan één gemeente. Ook de organisaties voor thuiszorg en de ouderenzorg werken vaak in werkgebieden die de gemeentegrenzen – ver – overstijgen. Tot slot zijn in (grotere) gemeenten meerdere zorg-organisaties actief, terwijl er vanwege methodologische redenen maar één organisatie kon worden benaderd voor het invullen van de vragenlijst.

In totaal zijn 251 vragenlijsten verstuurd, met een herinneringse-mail na een aantal weken.

Interviews stakeholders

Er zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van acht landelijke organisaties die als relevante veldpartijen (stakeholders) een rol spelen bij het inrichten en uitvoeren van preventieve zorg voor ouderen. Deze landelijke organisaties zijn ActiZ, Centrum Gezond Leven, Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), GGD Nederland, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Alle genoemde organisaties waren zeer bereid om door middel van een interview mee te werken aan de quickscan.

De gesprekken zijn op locatie gevoerd in de periode juli – augustus 2009. Leidraad voor deze gesprekken waren onderstaande vragen:

- Wat zijn de bevindingen als het gaat om preventieve ouderengezondheidszorg (wat gaat er wel en wat gaat er niet goed, wat ontbreekt er of is onvoldoende)?
- Hoe kijken de stakeholders aan tegen de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg in het kader van artikel 5a van de Wpg (vooren nadelen, voorwaarden, al of niet expliciet beleid voor ouderen)?
- Wat zijn de bevindingen als het gaat om de uitvoering op gemeentelijk niveau van de twee taken 'vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen' en 'het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding'? Wordt er door gemeenten aan gewerkt, wat zijn mogelijke knelpunten en/of lacunes, wat zou er verbeterd kunnen worden, wat zijn bij ouderen de risicogroepen?
- Op welke wijze vindt financiering van preventieve ouderengezondheidszorg plaats en wat vinden stakeholders daarvan? Wat zijn mogelijke knelpunten en oplossingen?
- Zijn er andere punten van belang in het kader van preventieve ouderengezondheidszorg (hartenkreten, opmerkingen, suggesties)?

15

Van elk gesprek is een schriftelijk verslag gemaakt dat ter goedkeuring aan de geïnterviewde is voorgelegd. Deze schriftelijke verslagen vormen de basis voor de resultaten, die zijn weergegeven in hoofdstuk 6 van dit rapport.

Vragenlijst CbO's

Uit de contacten van Vilans met het veld bleek er grote variatie te zijn in de manier waarop CbO's tot stand zijn komen. Op sommige plekken hebben lokale partijen – al dan niet in samenwerking met de gemeente – de handen ineen geslagen en een CbO opgericht. Soms wordt er in een gemeente spreekuur gehouden op één locatie, maar er zijn ook gemeenten met spreekuren in verschillende wijken. In sommige grotere gemeenten hebben twee organisaties onafhankelijk van elkaar een CbO opgericht.

Daarnaast zijn er thuiszorgorganisaties die in een bepaalde regio afspraken hebben gemaakt met een groot aantal lokale partijen en/of gemeenten over de opzet, uitvoering en financiering van CbO's. Deze organisaties bieden dus CbO's aan in een (groot) aantal gemeenten.

De hierboven geschetste situatie in het veld stelde ons voor de vraag wat een goede benadering zou zijn bij de dataverzameling in het kader van de quickscan. Moesten we de organisatie benaderen die de CbO's hebben opgezet? Of moesten we respondenten benaderen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de CbO's in een bepaalde gemeente? Uiteindelijk is in lijn met de vraagstelling van VWS gekozen voor dataverzameling op het niveau van de gemeenten.

Uit de contacten met het veld is ons verder bekend dat een aantal initiatieven in de loop van de tijd weer gestopt is. We hebben aan respondenten van deze organisaties ook gevraagd een deel van de vragenlijst in te vullen.

16

In de vragenlijst zijn de volgende onderwerpen aan de orde gesteld:

- Oprichting van het CbO: de initiatiefnemer(s), jaar van oprichting.
- Samenwerkingspartners: bij oprichting, coördinatie en uitvoering, informatie-uitwisseling.
- Opzet van het CbO: op welke doelgroep(en) richt het CbO zich, waar vinden consulten plaats, wie voert het consult uit, wijze van aanmelding, registratie, pr gericht op de doelgroep?
- Werkwijze met betrekking tot consulten: welke onderwerpen komen aan de orde tijdens de consulten, wat is de duur van een consult, vinden er vervolconsulten plaats?
- Bereik: aantal (vervolg)consulten per jaar, welke ouderen melden zich aan, welke problemen worden gesignaleerd bij de ouderen, welke en hoeveel adviezen en verwijzingen vinden plaats, volgen ouderen adviezen en verwijzingen op, hoe staat het met de tevredenheid van de ouderen?
- Financiering: hoe wordt het CbO gefinancierd, is het een structurele voorziening of niet?

We hebben aan 54 vertegenwoordigers van organisaties een internetvragenlijst gestuurd. Van deze 54 waren er volgens onze informatie 32 betrokken bij een CbO in één gemeente, terwijl er 22 vertegenwoordigers waren van organisaties die in meerdere gemeenten CbO's hebben opgericht. Deze laatste groep respondenten hebben we gevraagd voor elke gemeente waar een CbO actief is een vragenlijst in te vullen.

3. Resultaten casestudie onderzoek in vijf gemeenten

In vijf gemeenten zijn casestudies uitgevoerd. Deze casestudies bestonden uit bronnenonderzoek en telefonische interviews met relevante organisaties op het gebied van ouderengezondheidszorg en uit focusgroepen met ouderen. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de casestudies gepresenteerd.

Groningen

De gemeente Groningen heeft 184.227 inwoners, waarvan 11,3% ouder is dan 65 jaar (CBS, 2009). Groningen is een studentenstad en telt relatief veel jongeren. In 2006 zijn verschillende beleidsnota's verschenen die relevant zijn voor deze studie. In de nota *Lokaal gezondheidsbeleid* zijn drie thema's benoemd voor de komende jaren: gezonde wijk, gezonde leefstijl en gezonde zorg. In de Wmo-nota wordt prioriteit gegeven aan kwetsbare groepen met en zonder ondersteuningsbehoefte en aan personen met een participatiebehoefte.

De gemeente Groningen heeft haar gezondheidsbeleid sterk ingezet door een integrale en intersectoraal uitvoering te bevorderen. Onder de naam Hulpverleningsdienst Groningen werken diverse organisaties en partijen samen, zoals de GGD, brandweer en Openbare Gezondheidszorg Groningen.

Hierdoor is er samenhang en afstemming in de uitvoering van het gezondheidsbeleid op diverse terreinen. Beleidsprogramma's zoals '*Gezonder Zorgen*' (stedelijk gezondheidsbeleid) en '*Zorgen voor Morgen*' (ketenondersteuning) beogen een zo optimaal mogelijke samenwerking tussen diverse organisaties, zodat op efficiënte wijze hulpverlening geboden kan worden.

De gemeenteraad bepaalt welke thema's de meeste aandacht krijgen; organisaties zoals MEE, woningcorporaties, welzijnswerk, thuiszorg, Lentis en het ouderenadvieswerk werken samen om projecten rond deze thema's uit te voeren. Ook op andere gebieden wordt er samengewerkt tussen diverse partijen, bijvoorbeeld met zorgverzekeraars als het gaat om financiering. Een stuurgroep en klankbordgroep bestaande uit ouderen en vrijwilligers zijn betrokken bij het uitwerken van thema's en interventies.

Groningen biedt een breed scala aan activiteiten, waarvan ongeveer een derde specifiek op ouderen is gericht. De wijkgerichte benadering vormt de kern van het preventieve aanbod. Op diverse plaatsen in de stad zijn Steun- en informatiepunten (STIPS), waar ouderen met allerlei vragen over gezondheidshulp terecht kunnen. Ook is er een consultatiebureau voor ouderen (CbO).

Op het gebied van gezonde leefstijl zijn er diverse activiteiten gericht op gezonde voeding, met aandacht voor diabetes. Zo organiseren welzijnsorganisaties kookclubs en eettafels en houdt de thuiszorg onder meer wijksprekuren onder leiding van een diëtiste. Onder de acti-

viteiten gericht op het meer bewegen van ouderen vallen interventies als *'Meer bewegen voor ouderen'*. Met de afdeling ruimtelijke ordening vindt in dit kader afstemming plaats als het gaat om het bereikbaar maken van de stad voor ouderen door bijvoorbeeld het aantal drempels te minimaliseren. Ook worden bepaalde buslijnen gebruiksvriendelijk gemaakt voor ouderen en worden in samenwerking met woningcorporaties gemeenschappelijke ruimten toegankelijk gemaakt voor ouderen. Dit bevordert het bewegen van ouderen, terwijl het tegelijkertijd het sociale netwerk van ouderen vergroot. Daarnaast helpen deze activiteiten valincidenten onder ouderen te voorkomen.

Er is in Groningen een educatief aanbod onder meer op het gebied van medicijngebruik en een rollatorspreekuur.

Voor het tegengaan van overmatig alcoholgebruik, roken of drugsgebruik onder ouderen zijn er geen specifieke programma's, maar ouderen maken wel gebruik van algemene programma's.

Er is specifieke aandacht voor het opsporen van psychische en sociale problemen bij met name kwetsbare ouderen. Interventies als *'Wijkslag'* helpen sociaal isolement van ouderen te voorkomen. Door middel van huisbezoeken door ouderenadviseurs en door bijvoorbeeld het project *'De kunst van het ouder worden'* worden angst en/of depressie gesignaleerd en besproken. Ook is er aandacht voor verwaarlozing en mishandeling van ouderen en de ondersteuning van oudere mantelzorgers.

Huisartsen zijn vooralsnog weinig betrokken bij de activiteiten, dit zou volgens de gemeente kunnen verbeteren. Daarnaast geven organisaties aan dat de activiteiten van het CbO en de gemeentelijke voorlichting beter op elkaar afgestemd dienen te worden. De niet-structurele financiering van de activiteiten wordt ook als knelpunt genoemd, omdat dit niet-structurele activiteiten tot gevolg heeft. Dit staat continuïteit in de weg, bovendien gaat expertise en kennis grotendeels verloren. Het is onduidelijk in hoeverre projecten effectief zijn, omdat de gemeente geen tijd en middelen heeft om dit te onderzoeken.

De laatste jaren heeft een verschuiving plaatsgevonden van de doelgroep 'ouderen'. Betrof het eerst 75-plussers, nu worden preventieve activiteiten voor ouderen ook aangeboden voor 65-plussers. Dit is mede te verklaren door de behoefte van ouderen zelf, zoals het stimuleren van de eigen kracht van ouderen door activering en empowerment.

Allochtone ouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status zijn risicogroepen waarvoor (nog) meer aandacht zou moeten zijn. Ook blijven ouderen met overgewicht of met complexe problematiek een belangrijke doelgroep.

Helden

De Limburgse gemeente Helden bestaat uit zes kleine kernen. De kernen liggen ten westen van Venlo, tussen natuurgebied de Peel en rivier de Maas. De gemeente Helden telt 19.567 inwoners (CBS, 2009). In 2008 was 15,6% van de inwoners ouder dan 65 jaar (CBS, 2009). In 2010 zal de gemeente Helden fuseren met de gemeenten Kessel, Maasbree en Meijel tot de gemeente Peel en Maas.

In de gemeente Helden wordt vanaf 2003 het programma *'Leven in het Dorp. Wonen-Welzijn-Zorg'* uitgevoerd. In totaal werken 33 organisaties samen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. In het vervolgprogramma 2008-2012 is er veel aandacht voor ouderen en wordt door de partijen intensief samengewerkt.

In het kader van *'Leven in het Dorp'* is er veel aanbod ontwikkeld in samenspraak met de inwoners van de dorpskernen. Elke kern heeft een kernteam bestaande uit bewoners. De kernteams geven signalen door aan het samenwerkingsverband.

Helden heeft sinds 2009 een consultatiebureau voor ouderen genaamd *'PlusPunt, centrum voor gezond en actief ouder worden'*. PlusPunt richt zich op ouderen van 55 jaar en ouder.

Wat betreft de fysieke gezondheid richt preventieve zorg voor ouderen zich vooral op bewegen (GGD en welzijnsinstelling), gezonde voeding (GGD, welzijns- en zorginstellingen en thuiszorgorganisatie) en valpreventie (GGD en thuiszorgorganisatie). Op het terrein van alcohol- en drugspreventie en stoppen met roken zijn er programma's voor alle inwoners, maar de nadruk ligt op jongeren. In het verleden heeft de GGD cursussen gegeven over medicijngebruik, gericht op slaap- en kalmeringsmiddelen, waar veel ouderen gebruik van maakten. Als gevolg van terugloop in de belangstelling zijn deze gestopt. Huisartsen en apothekers besteden wel aandacht aan polyfarmacie bij ouderen.

Er gebeurt weinig op het terrein van preventie van angststoornissen en depressie bij ouderen. De ggz-organisatie verzorgt het programma *'Stemmingsproblematiek'*, gericht op alle inwoners. In het verleden bood de ggz-organisatie specifiek voor ouderen *'In de put, uit de put'* aan; dit programma is echter gestopt wegens gebrek aan belangstelling. De zorgorganisatie wil in de toekomst meer aandacht gaan besteden aan signalering van depressie bij oudere bewoners.

19

In het kader van *'Leven in het Dorp'* is de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het bevorderen van participatie van ouderen en het voorkomen van eenzaamheid in de kernen. Veel ouderen zijn actief als vrijwilliger, de eetpunten hebben een belangrijke sociale functie en er zijn dagvoorzieningen voor ouderen. De zorginstelling biedt ook voorzieningen voor zelfstandig wonende ouderen. De welzijnsinstelling biedt activerend huisbezoek aan ouderen bij wie sprake is van sociaal isolement. De zorginstelling biedt buddyzorg ter voorkoming van eenzaamheid. Er zijn ontmoetingsbijeenkomsten voor mensen met beperkingen (waaronder ouderen). In Helden wordt niet specifiek aandacht besteed aan oudere mantelzorgers. Het Steunpunt Mantelzorg biedt diensten voor alle mantelzorgers.

De welzijnsinstelling voert het project *'Blijvend Thuis in Eigen Huis'* uit dat ouderen helpt zo lang mogelijk zelfstandig thuis te (blijven) wonen. De woning wordt waar nodig aangepast en er is een klussendienst beschikbaar.

Op het terrein van vroegsignalering van gezondheidsproblemen bij ouderen spelen huisartsen, ouderenadviseurs, het Wmo-loket en het PlusPunt een belangrijke rol.

De geïnterviewden zijn van mening dat er veel aandacht is voor preventieve zorg voor ouderen in Helden. Wel zouden regelingen toegankelijker moeten worden voor ouderen,

als voorbeeld wordt de bureaucratie rondom woningaanpassingen genoemd. Op het terrein van preventie van psychische problemen vinden (te) weinig activiteiten plaats. Een knelpunt is het bereiken van ouderen; activiteiten die plaatsvonden zijn stopgezet wegens gebrek aan belangstelling.

De GGD signaleert tevens een probleem met de financiering van preventieve activiteiten.

Losser

Losser is een gemeente in het oosten van Twente, Overijssel. In de gemeente wonen 22.589 inwoners (CBS, 2009). Het percentage 65 plussers bedraagt 16,9% (CBS, 2009). De gemeente Losser kent een relatief hoog aantal ouderen met een lage sociaaleconomische status (12% van de bevolking hoort tot de 'lage inkomens' op basis van de gegevens in het Gemeentefonds; 26,4% van de beroepsbevolking heeft alleen lager onderwijs genoten). Binnen de gemeente zijn diverse instellingen en organisaties actief op het gebied van preventieve zorg voor ouderen.

In de gemeente Losser zijn er plannen om in het kader van de openbare gezondheidszorg meer aandacht te besteden aan een ongezonde leefstijl bij ouderen (zoals roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht). Ook het tegengaan van depressie en eenzaamheid is een speerpunt in het gemeentelijk beleid.

De gemeente heeft eind 2008 een consultatiebureau voor ouderen (CbO) geopend. In eerste instantie richt het CbO zich specifiek op de groep ouderen van 65 tot 75 jaar (deze zijn aangeschreven), maar ook (wat) jongere of oudere mensen die zich melden worden toegelaten. In principe is het CbO er voor alle ouderen.

Voor ouderen boven de 75 jaar vinden vanuit de Stichting Welzijn Ouderen huisbezoeken plaats.

Naast het CbO besteedt ook de thuiszorg aandacht aan het stimuleren van een gezonde leefstijl, door middel van de cursus *'Makkelijk afvallen'* en diëtisten die advies geven over gezonde voeding. Er zijn plannen voor de uitvoering van het voorlichtingsprogramma *'Voeding en bewegen'* dat gericht is op 55-plussers en jongeren. Op dit moment worden er verschillende activiteiten georganiseerd op het terrein van meer bewegen: *'GALM'*, *'Meer bewegen voor ouderen'*, *'Fitness 55+*'. Door bezuinigingen binnen de gemeente staat een aantal van deze activiteiten onder druk.

Er is binnen de gemeente ook aandacht voor valpreventie. Deze activiteiten worden uitgevoerd door de SWO en de (thuis)zorginstelling. Medicijngebruik onder ouderen komt aan bod bij activiteiten voor valpreventie, op het CbO en tijdens huisbezoeken van ouderenadviseurs.

De huisartsen in de gemeente zijn van plan om in samenwerking met de thuiszorg meer aandacht te besteden aan preventieve zorg voor ouderen in zorginstellingen.

De ggz-organisatie biedt aan 55-plussers verschillende programma's (*'In de put, uit de put'*, *'De kunst van het ouder worden'*, *'De verhalen die leven'*, *'Gezond ouder worden'*) gericht op vroegsignalering en bestrijding van angst, depressie en eenzaamheid. De ggz-organisatie probeert

onder meer door middel van deskundigheidsbevordering in de toekomst meer aandacht aan bovenstaande thema's te besteden.

De geïnterviewden zijn over het algemeen zeer tevreden over het aanbod van preventieve zorg voor ouderen in Losser. Vooral het CbO lijkt daar een belangrijke bijdrage aan te hebben geleverd, omdat veel ouderen van het CbO gebruik maken. Knelpunten zijn de financiering van het CbO en de doorverwijzing van het CbO naar activiteiten die wegens bezuinigingen worden afgeschaft. Het aanbod van preventieve activiteiten wordt minder, terwijl de vraag toeneemt.

In Losser wordt steeds meer samengewerkt. Ook is men bezig de ouderen in kaart te brengen die geen zorg ontvangen, zodat men kan onderzoeken of deze ouderen wel of geen zorg nodig hebben. Stimuleren van beweging en voorkomen van eenzaamheid onder ouderen zijn thema's die (nog) meer aandacht vragen. Deze activiteiten zouden structureel gefinancierd moeten worden.

Een goede ontwikkeling die nog in de kinderschoenen staat is de module *Modernisering en Innovatie (M&I)* die meer mogelijkheden biedt voor preventieve ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijk.

Rotterdam

Rotterdam is een gemeente met 587.134 inwoners, waarvan 14,3% ouder is dan 65 jaar (CBS, 2009). Rotterdam kent relatief veel inwoners met een andere culturele achtergrond: 46% van de inwoners is afkomstig van buiten Nederland (2006). Ongeveer 10% van de ouderen in Rotterdam behoort tot de groep niet-westerse allochtonen. Rotterdam is een van de weinige gemeenten in Nederland waar sprake is van vergroening in plaats van vergrijzing. Rotterdam is ingedeeld in 13 deelgemeenten die qua samenstelling en leefsituatie van de bewoners sterk verschillen. De meeste ouderen wonen in Prins Alexander, Hoek van Holland, Hillegersberg-Schiebroek, IJsselmonde en Hoogvliet. De deelgemeenten zijn autonoom op een aantal beleidsterreinen en bepalen zelf welke prioriteiten ze aanbrengen op gemeentelijke beleidsterreinen in het kader van welzijn en zorg. Op deelgemeentelijk niveau zijn er diverse seniorenadviesraden en ouderenplatforms die ondersteund worden door Stichting Pluspunt.

De gemeente Rotterdam heeft in het kader van haar gezondheidsbeleid het project '*Van klacht naar kracht*' opgezet. Het is een leefstijltraject gericht op bewegen en gezonder eten, het vergroten van sociale redzaamheid en het omgaan met psychische problemen. Mensen kunnen via hun huisarts worden doorverwezen naar een leefstijladviseur die hen maximaal een jaar begeleidt.

De ggz-organisaties hebben in het kader van dit project activiteiten opgezet voor ouderen ter voorkoming van angst en depressie. Het project '*Van klacht naar kracht*' is niet specifiek gericht op ouderen, maar op alle inwoners van Rotterdam. Het project is een samenwerkingsverband van meerdere organisaties: Achmea Zorg; Context, centrum voor ggz-preventie; Gemeente Rotterdam (GGD Rotterdam-Rijnmond, Dienst Sport & Recreatie) en deelge-

meenten; gezondheidscentra; fysiotherapiepraktijken en zogeheten HOED'en-Plus²; Hogeschool Rotterdam; Riagg Rijnmond; Thuiszorg Rotterdam en Zorgimpuls.

Een onderwijsinstelling en de organisatie voor ouderenzorg voeren het traject 'Gezond en actief ouder worden' uit bij specifieke groepen zoals allochtone ouderen en ouderen in zorginstellingen. Er wordt aandacht besteed aan bewegen en er zijn gespreksgroepen.

De gemeente heeft specifiek beleid ontwikkeld op het terrein van het tegengaan van alcoholmisbruik onder ouderen, naar aanleiding van resultaten van een onderzoek waaruit bleek dat alcoholproblematiek onder ouderen in tien jaar bijna was verdubbeld. Het beleid bestaat uit vroegsignalering in de eerste lijn met vervolgactiviteiten in de vorm van bijvoorbeeld een (zelfhulp)cursus.

Verschillende organisaties bieden (preventieve) activiteiten op het gebied van dementie, zoals geheugentrainingen en Alzheimercafés. Een van de zorgorganisaties heeft een begeleidingsteam dat in actie treedt als zij signalen krijgt over dementie bij ouderen thuis en werkt nauw samen met huisartsen, cliënten en mantelzorgers.

Een programma gericht op valpreventie voor 65-plussers, genaamd 'Bewust op eigen Benen (BOEB)' wordt door een ROS gecoördineerd. Het programma is gericht op de eerste lijn met lokale fysiotherapeuten, huisartsen en zorgverzekeraars. Dit project is tevens gericht op vroegsignalering. Een van de zorgorganisaties geeft in de wijk voorlichtingcursussen over valpreventie aan mantelzorgers en vrijwilligers.

22

De *Vitaliteitswijzer*, opgezet door het welzijnswerk, is een steun- en leunfunctie voor alle bewoners in de wijk, maar ouderen vormen een belangrijke doelgroep. Dit traject is gestart in IJsselmonde, maar zal de komende tijd in meer wijken worden ingezet. Bewoners in de wijk kunnen gedurende een jaar ondersteuning krijgen van een consulent.

In een aantal wijken in Rotterdam wordt speciaal aandacht besteed aan het bestrijden en voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement. In verschillende samenwerkingsprojecten (onder meer met Vraagwijzerloketten) wordt gewerkt aan vroegsignalering door zelfstandig wonende ouderen te verwijzen met complexe problematiek naar ouderenadviseurs.

In het programma 'Oudere Migranten' wordt geprobeerd de hulp- en dienstverlening van ouderenadviseurs toegankelijk te maken voor ouderen van niet-Nederlandse afkomst. Een andere doelgroep waar specifiek aandacht aan wordt besteed is de groep homoseksuele ouderen. Ouderenadviseurs en verzorgenden worden getraind in het herkennen van en omgaan met homoseksuele ouderen. Ook is er de Roze Advies Telefoon Ouderen die door ouderen gebeld kan worden. Ouderen kunnen bij deze telefoonlijn terecht met vragen en een verzoek doen voor een bezoek van een 'roze vrijwilliger'.

Op het terrein van domotica wordt in samenwerking met de eerstelijnszorg en een woningcorporatie een beeldspraakverbinding opgezet in een van de wijken in Rotterdam. Dit project is erop gericht sociaal contact te bevorderen en zelfstandigheid bij 75-plussers te behouden.

2 HOED'en-Plus zijn locaties waar meerdere huisartsen onder één dak werken en waarbij ook andere eerstelijns zorgverleners zijn aangehaakt, zoals verpleegkundigen van de thuiszorg.

Geïnterviewden geven aan dat er met name op het gebied van het voorkomen van sociaal isolement effectievere interventies zouden moeten worden ontwikkeld. Er gebeurt momenteel veel, maar de interventies zijn niet altijd succesvol.

Een organisatie voor ggz-preventie geeft aan dat ouderen niet op activiteiten afkomen die zijn gericht op het voorkomen van psychische klachten. Dit komt onder andere doordat ouderen zich niet herkennen in het aanbod. Ook de geijkte pr-methoden werken niet om deze doelgroep te bereiken.

Volgens ROS Zorgimpuls gebeurt er veel op het gebied van leefstijlgerelateerde problemen en zou er meer aandacht moeten worden besteed aan valpreventie (dat niet structureel gefinancierd wordt).

Een van de thuiszorgorganisaties geeft aan dat een aantal preventieve activiteiten, zoals proactieve huisbezoeken, gestopt is vanwege knelpunten in de financiering.

Wageningen

De gemeente Wageningen is een middelgrote gemeente met een inwonertal van 36.695, waarvan 13,4% ouder is dan 65 jaar (CBS, 2009).

Binnen het werkgebied van de gemeente zijn er diverse instellingen en organisaties actief op het terrein van preventieve zorg voor ouderen.

Er is geen lokale GGD, maar een grote regionale hulpverleningsorganisatie HGM (Hulpverlening Gelderland Midden) die op het gebied van brandweer en volksgezondheid de belangen behartigt van 16 gemeenten en hun inwoners. Ook de ggz-instelling die het aanbod verzorgt voor Wageningen, De Gelderse Roos, is regionaal georganiseerd. De meeste activiteiten (met name die op het gebied van preventie) vinden buiten Wageningen plaats. De grootste (thuis)zorgorganisatie van Wageningen is Vilente, onder hun welzijnstak valt Welzijnswerk Ouderen Wageningen (WOW). Opella is een van de grote zorgaanbieders, die de inwoners van de gemeenten Ede, Wageningen, Renkum en Veenendaal een aantal ondersteunende functies biedt op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Sinds 2008 is er een consultatiebureau voor ouderen (CbO) geopend, genaamd het 'Vitaliteitscentrum'. De seniorenraad van Wageningen is opgegaan in de Wmo-raad.

23

In Wageningen is in het kader van lokaal preventief gezondheidsbeleid tot nu toe geen specifiek beleid geformuleerd met betrekking tot ouderen. Dit wil echter niet zeggen dat er geen aandacht is voor ouderen; in het kader van de Wmo is er wel een aantal prioriteiten gesteld. Het CbO in Wageningen heeft als doel te signaleren, activeren en actief door te verwijzen. Er is een samenwerkingsverband tussen verpleegkundigen en ouderenadviseurs.

In Wageningen is er veel aandacht voor het bevorderen van meer bewegen voor ouderen. Sportverenigingen, sportscholen en het Welzijnswerk Ouderen hebben speciale activiteiten voor ouderen zoals *'Meer bewegen voor ouderen'* en *'GALM'*. De *'Bewegkuur'* is toegankelijk voor alle inwoners, dus ook voor ouderen. Het welzijnswerk besteedt aandacht aan valpreventie met diverse interventieprogramma's zoals *'Halt u valt'*, *'Balans, voorkom vallen'*, *'Rollatortraining'*, maar ook door middel van huisbezoeken bij ouderen.

Het terugdringen van overgewicht vormt een speerpunt binnen de gemeente Wageningen,

maar dit beleid is niet specifiek op ouderen gericht. Wel besteedt het Vitaliteitscentrum aandacht aan voeding en overgewicht en geeft het welzijnswerk voorlichting over (het voorkomen van) overgewicht en diabetes.

Hoewel er signalen zijn dat overmatig alcoholgebruik bij ouderen een toenemend probleem is, vormen ouderen geen specifieke doelgroep bij preventieprogramma's binnen de gemeente. Hetzelfde geldt voor de thema's stoppen met roken en beperken van genotmiddelengebruik. Polyfarmacie bij ouderen krijgt op initiatief van het welzijnswerk extra aandacht bij huisartsen en apothekers.

De regionale ggz-organisatie bood in het verleden de cursus '*Angst de baas*' aan. Wegens gebrek aan belangstelling is deze cursus gestopt. De ggz-organisatie biedt nog wel de individuele coaching '*Zelfhulp Angst*' aan, maar deze is niet specifiek op ouderen gericht. In samenwerking met fysiotherapeuten en sportcentra geeft de ggz-organisatie de cursus '*Actief somberheid te lijf*' en in samenwerking met de organisatie voor algemeen maatschappelijk werk (AMW) de cursus '*In de put, uit de put*' voor 55-plussers. De cursussen worden buiten Wageningen aangeboden. De ggz-organisatie heeft een verpleegkundig specialist die vroegsignalering binnen zorginstellingen in zijn takenpakket heeft. Het Welzijnswerk Ouderen geeft in samenwerking met de AMW-organisatie en de kerken de cursus '*Rouwverwerking*'.

Het Welzijnswerk Ouderen in Wageningen heeft veel aandacht voor het bevorderen van sociale participatie bij ouderen, onder andere ter voorkoming van sociaal isolement. Het gaat om vrijetijdsactiviteiten, maar ook om activiteiten gericht op zelfmanagement, zoals een cursus zelfverdediging en een geheugentraining. Bij het Vitaliteitscentrum tracht men door vroegsignalering en verwijzing sociaal isolement bij ouderen te vermijden. De ouderenadviseur werkt outreachend door activerende huisbezoeken te houden. De huisartsen hebben plannen om een spreekuur op te zetten met als doel vroegsignalering op het terrein van polyfarmacie en allerlei aandoeningen.

Binnen de gemeente wordt extra aandacht besteed aan zorgwekkende zorgmijders om verwaarlozing en overlast tegen te gaan. Dit project richt zich niet specifiek op ouderen, maar ouderen maken wel onderdeel uit van het project. De zorginstellingen en de ggz-organisaties werken samen in het project '*Nieuwe bewoners in het verzorgingshuis*' waarin nieuwe bewoners praktisch en psychisch ondersteund worden bij de verhuizing naar het verzorgingshuis.

De geïnterviewden constateren dat de preventieve zorg voor ouderen door de wijzigingen in de AWBZ onder druk komt te staan. Ondersteuning en begeleiding van ouderen valt weg door gebrek aan financiering en het stellen van andere prioriteiten, die doorgaans niet gericht zijn op het voorkomen van problemen.

Ouderen zijn moeilijk te bereiken als het gaat om het signaleren en voorkomen van psychische problemen. De ggz-organisaties willen door meer samenwerking met het Vitaliteitscentrum ouderen met psychische problematiek in een vroeger stadium bereiken. Op het psychische vlak zou er meer aandacht moeten zijn voor hoogbejaarde ouderen (80-plussers); dit geldt ook voor eenzaamheid onder ouderen. Ook ouderen van niet-Nederlandse afkomst en ouderen met een lage sociaaleconomische status vragen meer aandacht; zij worden nu onvoldoende bereikt.

Conclusies

Er is veel aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij ouderen, vooral gericht op het tegengaan van overgewicht, gezond eten en meer bewegen. Ook op het gebied van valpreventie bieden verschillende organisaties activiteiten voor ouderen aan. Dit geldt in mindere mate voor stoppen met roken en het bestrijden van drugs- en alcoholverslaving. In sommige gemeenten wil men meer aandacht besteden aan alcoholmisbruik bij ouderen, maar dit staat nog in de kinderschoenen.

Er is zekere overlap tussen het aanbod van verschillende organisaties: sommige activiteiten worden door meerdere organisaties aangeboden. Er worden pogingen ondernomen om psychische problemen bij ouderen te bestrijden. Het blijkt echter moeilijk te zijn om de beoogde doelgroep te bereiken.

Op allerlei terreinen zoals psychische problemen, eenzaamheid en dementie is er aandacht voor vroegsignalering. Er vinden veelal huisbezoeken plaats bij kwetsbare groepen ouderen. Op de consultatiebureaus voor ouderen, in de eerste lijn en in de thuiszorg krijgt vroegsignalering veel aandacht en worden zorgverleners daarin geschoold. Vooral kwetsbare ouderen wil men beter in beeld krijgen.

Op sociaal terrein worden projecten opgezet om de zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen. In sommige gemeenten krijgen oudere mantelzorgers extra aandacht.

Domotica wordt nog weinig genoemd als vorm van preventie en dan betreft het vaak beginnende projecten of projecten op kleine schaal.

25

De tendens in het gemeentelijk beleid is om meer samenwerkingsprojecten op te zetten en convenanten te sluiten met belangrijke partijen op gemeentelijk niveau of in de grote steden op wijkniveau.

De meeste activiteiten voor ouderen worden binnen de gemeente of – bij grote gemeenten – op wijkniveau aangeboden. Een uitzondering zijn de activiteiten van de ggz-organisaties gericht op preventie van psychische problemen bij ouderen. In kleinere gemeenten moeten de ouderen voor deze activiteiten naar een nabijgelegen centrumgemeente.

De meeste preventieve activiteiten voor ouderen worden gefinancierd door de gemeente (Wmo) of door *'Preventiekracht Thuiszorg'* van ZonMw. Er zijn enkele projecten die met vernieuwingsgelden uit de eerste lijn worden opgezet. Activiteiten in de ggz worden vaak gefinancierd door zorgverzekeraars.

Preventieve activiteiten lijken vaak tijdelijke projecten te zijn waarvan niet zeker is hoe ze in de toekomst betaald worden. Ook worden initiatieven soms stopgezet omdat er geen structurele financiering beschikbaar is.

Brief ouderen Helden

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. dr. A. Klink, minister en mw. dr. M. Bussemaker, staatssecretaris
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Helden, 25 augustus 2009

Geachte heer Klink en mevrouw Bussemaker,

Wij – vertegenwoordigers van senioren in de gemeente Helden – zijn op 25 augustus 2009 bijeengekomen om met elkaar van gedachten te wisselen over wat senioren belangrijk vinden om hun gezondheid op peil te houden. Dit hebben wij gedaan tijdens de focusgroep voor de quickscan ouderengezondheidszorg die Vilans uitvoert met subsidie van het ministerie van VWS in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Om gezond en actief ouder te worden, vinden wij het belangrijk dat wij:

- kunnen blijven deelnemen aan sociale activiteiten, waaronder bijeenkomsten van de ouderenbond KBO, zang- en toneeluitvoeringen, bridgen, contact met kleinkinderen, familie en burens;
- genoeg bewegen en gezond eten;
- thuis kunnen blijven wonen op een leuke manier.

Om gezond en actief ouder te worden in de gemeente Helden, vinden wij het van belang dat:

- de kernteams blijven bestaan. Dit zijn teams van senioren die zorg dragen voor de leefbaarheid in de zes kernen van de gemeente;
- iedereen voldoende financiële middelen heeft om mee te kunnen doen;
- er voldoende betaalbare senioren(huur)woningen worden gerealiseerd;
- er voldoende vervoer is voor senioren om bij voorzieningen te komen (vooral voor agrariërs en senioren die achteraf wonen erg belangrijk). De ondersteuning van de dorpsbus is nodig. Nu is er een subsidie van de provincie, maar als deze verbruikt is, moeten anderen de financiering ervan op zich nemen.

Daarom is ons advies aan u om:

- hulpmiddelen te promoten en te subsidiëren (zoals de elektrische fiets: deze spaart op den duur de kosten voor scootmobielen uit);
- woningcorporaties te stimuleren hun maatschappelijke functie weer op te pakken en voldoende betaalbare huurwoningen bij voorkeur levensloopbestendig te realiseren. Zij hebben nu een veel te commerciële manier van werken en bieden veel te dure woningen aan, waar alleen de meer draagkrachtige ouderen kunnen wonen;
- te stimuleren dat kinderen makkelijker naast hun ouders (vooral op de boerderij) kunnen gaan wonen (bijvoorbeeld in kangoeroe- of mantelzorgwoningen);
- de marktwerking uit de zorg te halen. De Nederlandse gezondheidszorg is een kind met een waterhoofd geworden. Het waterhoofd is de overhead, de vele managementlagen en de bureaucratie. De zorg moet veel minder bureaucratisch worden.

Wij stellen het erg op prijs als u onze adviezen ter harte neemt.

Met vriendelijke groet namens de senioren in Helden,

Dhr. P. Willems, lid kernteam; mw. A. Janssen, voorzitter KBO en lid kernteam; mw. M. Doek, verpleegkundige centrum voor gezond ouder worden; dhr. Th. Buskens, lid kernteam; seniorenraad, bestuurslid gemeenschapshuis in Helden; mw. Moes, lid kernteam, vrijwillige ouderenadviseur, belastinginvuller; dhr. Jansen, lid kernteam.

4. Resultaten focusgroepen met ouderen

In vier van de vijf gemeenten waarin een casestudieonderzoek is uitgevoerd, zijn focusgroepen met ouderen gehouden om hun visie te horen over wat zij belangrijk vinden aan mogelijkheden om gezond en actief ouder te worden. In de gemeente Groningen was er mede door de vakantieperiode onvoldoende belangstelling om deel te nemen, waardoor er daar geen focusgroep gehouden is. Per focusgroep hebben gemiddeld zes ouderen gepraat over preventieve zorg voor ouderen in hun gemeente.

Aanbod binnen de preventieve ouderenzorg

Deelnemers aan de focusgroepen zijn van mening dat er lokaal over het algemeen veel aanbod is aan preventieve activiteiten gericht op ouderen. Belangrijk vinden zij de mogelijkheden om:

- te bewegen, zoals fietsen, wandelen, gym of fitness;
- sociaal en maatschappelijk actief te zijn en contacten te onderhouden met mensen, zoals in het vrijwilligerswerk, bij kaartclubs, door eetmogelijkheden;
- geestelijk gezond te blijven, door mee te doen aan bridgeclubs, computercursussen of door middel van betrokkenheid bij meer intellectueel uitdagende vormen van vrijwilligerswerk zoals bestuurswerk, vrijwillige ouderenadviseur of het helpen bij het invullen van een belastingsaangifte.

27

Welzijn vormt een belangrijk onderdeel van preventieve zorg, omdat 'welzijn vóór zorg komt en welzijn zorg voorkómt'. Naast de welzijnsorganisaties zijn ouderen zelf een belangrijke aanbieder van preventieve activiteiten. De lokale ouderenbonden organiseren verschillende vormen van beweging, zoals fietsgroepen, nordicwalkingclubs en sociale activiteiten, zoals klaverjassen, uitjes en eetmogelijkheden. In samenwerking met welzijnsorganisaties zijn ouderen ook actief als vrijwillige ouderenadviseur en bij het helpen invullen van de belastingsaangifte. Dit zijn vrijwilligers die veel contact hebben met kwetsbare ouderen. Bewegen en maatschappelijk betrokken blijven worden als de belangrijkste elementen genoemd om gezond oud(er) te worden. Essentieel hierbij is dat ouderen voldoende mogelijkheden hebben om zelfstandig te kunnen wonen en gebruik te maken van de voorzieningen. Randvoorwaarden voor dit 'succesvol ouder worden' zijn goede samenhang en afstemming op het terrein van wonen en welzijn. Ouderen geven aan dat ze voor de meeste voorzieningen een eindje moeten reizen, vooral als zij in kleine kernen en plattelandsgebieden wonen. Als men door fysieke beperkingen minder of niet meer in staat is zelfstandig te reizen (door de fiets of de auto te pakken) vormt dit een drempel om van die voorzieningen gebruik te maken. Openbaar vervoer is lang niet altijd voorhanden of te weinig toegankelijk. Taxivervoer is prijzig voor mensen die weinig financiële middelen hebben. De ouderen noemen ook het ontbreken van rustplekken – bijvoorbeeld het bankje op weg naar de supermarkt – en openbare toiletten. Dit werpt de nodige barrières op om gebruik te maken van preventieve voorzieningen die hen helpen om zelfstandig te blijven en maatschappelijk te participeren.

Lacunes binnen de preventieve ouderenzorg

Het aanbod van preventieve activiteiten gericht op ouderen is versnipperd en overzicht ontbreekt. Redenen hiervoor zijn volgens de ouderen een gebrek aan samenwerking tussen welzijns- en zorgorganisaties en inadequate informatievoorzieningen.

Als lacune van de preventieve ouderenzorg wordt aangegeven dat activiteiten veelal niet structureel worden aangeboden, omdat er geen structurele financiering is. Ouderen zijn niet altijd goed op de hoogte van activiteiten en weten niet goed waar ze aan toe zijn.

De ouderen geven tevens aan dat het aanbod niet altijd aansluit bij de wensen en behoeften van verschillende groepen ouderen. 'De oudere' bestaat niet en ouderen mogen niet als één homogene groep worden beschouwd. Als hier geen aandacht voor is, wordt het moeilijk om ouderen te bereiken en een passend aanbod te leveren. De deelnemers geven aan dat het aanbod meer wijkgericht georganiseerd moet worden in aansluiting op de behoeften van de ouderen in de wijk.

De deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat ze graag betrokken willen worden bij het uitvoeren en bedenken van interventies. Het principe 'Voor ouderen, door ouderen' is volgens hen heel succesvol bij preventieve activiteiten. Daarom moet onder meer training van vrijwilligers veel aandacht krijgen binnen de preventieve ouderenzorg, evenals het opstellen van een duidelijke sociale kaart zodat vrijwilligers weten waar ze ouderen naar kunnen verwijzen.

Lacunes bevinden zich ook op het gebied van het bereiken van risicogroepen.

28

Risicogroepen

De ouderen geven aan dat de volgende groepen ouderen met name kwetsbaar zijn:

- ouderen met een laag inkomen
- ouderen met mobiliteitsbeperkingen
- eenzame ouderen
- oudere mantelzorgers
- allochtone ouderen.

Er is volgens de ouderen onvoldoende aandacht en een tekort aan middelen om deze kwetsbare groepen te bereiken en gezondheidsrisico's vroegtijdig te signaleren. Het aanbod preventieve activiteiten moet meer en beter worden toegespitst op specifieke doelgroepen. Ook zijn de huidige informatiemethoden (krant, brochures) niet voldoende om deze ouderen te bereiken. Ouderen uit de focusgroepen suggereren dat deze ouderen via CbO's, (vrijwillige) ouderenadviseurs en bijvoorbeeld via vrijwilligers die helpen bij het invullen van de belastingaangifte beter bereikt kunnen worden. Zij geven aan dat hier extra middelen voor beschikbaar moeten zijn.

Rol gemeenten

De deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat de gemeente een belangrijke stimulator is voor betere samenhang en afstemming in de preventieve zorg. Gemeenten hebben het

meest zicht op lokale behoeften en wensen van ouderen. Lokaal maatwerk is belangrijk voor een preventief ouderengezondheidsbeleid, maar gemeenten moeten volgens de ouderen niet alle verantwoordelijkheid krijgen voor preventieve gezondheidszorg. Gemeenten zouden een sociale kaart moeten bieden aan ouderen en zorg- en welzijnsorganisaties, zodat ouderen zo snel mogelijk bij de juiste voorziening kunnen aankloppen als daar behoefte aan is. De gemeente moet ook goed naar de randvoorwaarden kijken om ouderen de mogelijkheid te geven zelf actief aan de slag te gaan om gezond en actief ouder te worden, zoals goede vervoersmogelijkheden, een op ouderen ingerichte ruimtelijke ordening en voldoende betaalbare en levensloopbestendige seniorenwoningen.

Brief ouderen Losser

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. dr. A. Klink, minister en mw. dr. M. Bussemaker, staatssecretaris
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Losser, 16 juli 2009

Geachte heer Klink en mevrouw Bussemaker,

Wij – vertegenwoordigers van senioren in de gemeente Losser – zijn op 16 juli 2009 bijeengekomen om met elkaar van gedachten te wisselen over wat senioren belangrijk vinden om hun gezondheid op peil te houden. Dit hebben wij gedaan tijdens de focusgroep voor de quickscan ouderenzorg die Vilans uitvoert met subsidie van het ministerie van VWS. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Om gezond en actief ouder te worden, vinden wij het belangrijk dat wij

- bewust en gezond eten en blijven bewegen;
- zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen;
- sociale contacten onderhouden en het 'naoberschap' hoog houden;
- maatschappelijk betrokken blijven;
- positief blijven denken.

Om gezond en actief ouder te worden in de gemeente Losser, is het volgens ons van belang dat:

- preventieve activiteiten vrijer aangeboden worden in buurthuizen;
- er goed openbaar vervoer is, in de vorm van regiotaxi en groepsvervoer;
- kwetsbare ouderen beter bereikt worden;
- er meer seniorenwoningen beschikbaar komen;
- bestaande voorzieningen toegankelijk worden gemaakt voor senioren.

Daarom is ons advies aan u om:

- gezond gedrag tijdens de hele levensloop te stimuleren;
- structureel te investeren in het consultatiebureau voor ouderen;
- te stimuleren dat burgers zelf met ideeën komen om gezond ouder te worden;
- meer geld vrij te maken voor het bereiken van groepen kwetsbare ouderen;
- niet alle verantwoordelijkheid voor preventieve gezondheid bij de gemeente neer te leggen.

Wij stellen het erg op prijs als u ons advies ter harte neemt.

Met vriendelijke groet namens de senioren in Losser,

Mw. Lous, ANBO; mw. Verveld, seniorenraad; dhr. Kemperhuis, KBO, dhr. Wester, Wmo-raad;
dhr. Vormeer, seniorenraad en Wmo-raad; dhr. Hof, seniorenraad; mw. Hofman, KBO.

5. Resultaten vragenlijstonderzoek in veertig geselecteerde gemeenten

De preventieve activiteiten gericht op ouderen zijn op grond van de ervaringen in de case-studies ingedeeld in zeven hoofdthema's, waar de verschillende activiteiten in zijn ondergebracht. Deze hoofdthema's zijn:

1. *Preventieve activiteiten gericht op voorlichting over en/of preventie van verslavingsproblematiek.*
Hieronder valt het bestrijden van overmatig alcoholgebruik en overmatig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen, het voorkomen van drugsgebruik en het stimuleren van stoppen met roken.
2. *Preventieve activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl.*
Hieronder valt het voorkomen van overgewicht, het stimuleren van bewegen en het stimuleren van gezonde voeding.
3. *Preventieve activiteiten gericht op het bevorderen van veiligheid.*
Hieronder valt valpreventie, het gebruik van domotica en het voorkomen van polyfarmacie.
4. *Preventieve activiteiten gericht op (vroeg) signalering van psychische problemen.*
Hieronder valt (vroeg)signalering van dementie en (vroeg)signalering van angst en/of depressie.
5. *Preventieve activiteiten gericht op het bevorderen van sociale steun.*
Hieronder valt het voorkomen van eenzaamheid en het ondersteunen van (oudere) mantelzorgers.
6. *Preventieve activiteiten gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie.*
Hieronder verstaan we het stimuleren van onder andere vrijetijdsactiviteiten, vrijwilligerswerk, (activerend) huisbezoek en internetcursussen.
7. *Preventieve activiteiten gericht op het bevorderen van zelfmanagement.*
Hieronder valt onder meer de ouderenadviseur – zowel vrijwilliger als beroepskracht – die bij ouderen thuis komt.

31

Deze thema's zijn aangehouden in de vragenlijst en in de verslaglegging.

Respons

In totaal zijn 251 vragenlijsten verstuurd, met een herinneringsemail na een aantal weken. Er zijn in totaal 86 ingevulde vragenlijsten retour ontvangen. De overall respons in dit onderdeel van de quickscan is dus 34%. De respons van de gemeenten is 65%, de respons van de overige organisaties 28%. Uit 39 van de 40 geselecteerde gemeenten zijn een of meer vragenlijsten geretourneerd.

Gemeenten

Vilans heeft gemeenteambtenaren van de 40 geselecteerde gemeenten (zie hoofdstuk 2 voor een overzicht) een internetvragenlijst toegestuurd. In totaal zijn er 40 vragenlijsten

verstuurd, waarvan 26 zijn geretourneerd (respons 65%). 6 gemeenten hebben aangegeven geen beleid te hebben geformuleerd over universele en selectieve preventie gericht op ouderen. Deze gemeenten hebben de vragenlijst slechts gedeeltelijk ingevuld. Het merendeel van de analyse van de gemeenten is dus uitgevoerd op de antwoorden van 20 gemeenten die beleid hebben geformuleerd over preventie gericht op ouderen.

Overige organisaties

Tegelijkertijd hebben we aan organisaties die betrokken zijn bij preventieve zorg aan ouderen een andere vragenlijst toegestuurd. Deze organisaties zijn de GGD, ggz-organisaties, organisaties voor ouderenzorg, thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties of SWO en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en. In de verslaglegging worden deze instellingen verder kortweg aangeduid als 'organisaties'.

In totaal zijn er 211 vragenlijsten verstuurd naar de organisaties die actief zijn in het werkgebied van de 40 geselecteerde gemeenten. Er zijn 60 vragenlijsten geretourneerd (respons 28%), waarvan 41 organisaties hebben aangegeven universele en selectieve preventieactiviteiten gericht op ouderen uit te voeren. 24 van de 60 organisaties hebben de vragenlijst ingevuld voor meer dan één gemeente (zie tabellen 1 en 2) omdat meerdere geselecteerde gemeenten in het werkgebied van hun organisatie liggen. Het werkgebied van de organisaties overstijgt de gemeentegrenzen vaak aanzienlijk.³

Het merendeel van de analyse van de organisaties is uitgevoerd op de antwoorden van 41 organisaties die beleid hebben geformuleerd over preventieve zorg gericht op ouderen.

32

Organisatie	Aantal respondenten	Betrekking op aantal gemeenten
Gemeente	26	26
GGD	13	24
Ggz-organisaties	15	28
Thuiszorgorganisaties	12	21
Ouderenzorgorganisaties	5	9
Welzijnsorganisatie of SWO	9	11
Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en	6	8
Totaal	86	127

Tabel 1: Totale respons per organisatie

³ Enkele gemeenten zijn door meerdere respondenten van organisaties genoemd. Een regionale thuiszorgorganisatie kan bijvoorbeeld een vragenlijst hebben ingevuld voor dezelfde gemeente waar ook een andere thuiszorgorganisatie actief is. Hierdoor kan er sprake zijn van enige overlap.

Organisatie	Aantal respondenten	Betrekking op aantal gemeenten
Gemeente	20	20
GGD	10	18
Ggz-organisaties	11	21
Thuiszorgorganisaties	9	12
Ouderenzorgorganisaties	1	1
Welzijnsorganisatie of SWO	7	7
Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en	3	4
Totaal	61	83

Tabel 2: Respons per organisatie die beleid voert

Beleid en activiteiten

Bij 20 van de 26 gemeenten die de vragenlijst hebben ingevuld is beleid geformuleerd over universele en selectieve preventie voor ouderen.

Gemiddeld heeft het beleid betrekking op ruim acht soorten activiteiten. In de meeste gemeenten heeft het beleid betrekking op het bevorderen van maatschappelijke participatie (85%), voorkomen van eenzaamheid en bevorderen van sociale steun (85%), (vroeg)signalering van angst en/of depressie (75%), valpreventie (75%), (vroeg)signalering van dementie (75%), bevorderen van zelfmanagement (65%), tegengaan van overgewicht (65%) en de ondersteuning van oudere mantelzorgers (60%). In mindere mate heeft het beleid betrekking op stimulering van gezonde voeding (50%), stimulering van het gebruik van domotica (35%), voorkomen van overmatig alcoholgebruik (30%), stoppen met roken (15%), voorkomen van polyfarmacie (10%), tegengaan van drugsgebruik (10%) en het voorkomen van langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (10%).

Gemeenten stimuleren activiteiten, financieren activiteiten en voeren activiteiten en projecten uit om het welzijn en de gezondheid van ouderen te bevorderen. Via het Wmo-beleid worden ouderen aangesproken op hun eigen kracht. Ook ondersteuning bij wonen en zorg zijn volgens het gemeentelijk beleid manieren om de zelfstandigheid, zelfredzaamheid en participatie van ouderen te bevorderen. De volgende interventies/activiteiten worden bovendien genoemd: het consultatiebureau voor ouderen, de gezondheidsmakelaar, zorgcoördinator van het Landelijk Dementie Programma, "Beweeg je leven", de Beweegkuur, de dementieconsulent en versterking van de eerste lijn als wijkvoorziening.

Activiteiten (gezondheids)zorg- en welzijnsorganisaties

Ongeveer twee derde van de organisaties (41 van de 60) voert universele en selectieve preventieve activiteiten uit speciaal gericht op ouderen. Deze organisaties zijn voornamelijk welzijnsorganisaties (79%), de GGD (77%), thuiszorginstellingen (75%) en ggz-organisaties

(73%). In mindere mate worden preventieve activiteiten gericht op ouderen uitgevoerd door samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en (50%) en de ouderenzorgorganisaties (20%, slechts 1 van de 5 ouderenzorgorganisaties die een vragenlijst hebben ingevuld is op dit terrein actief).

Uit de gegevens blijkt dat organisaties zich voornamelijk bezig houden met preventieve activiteiten gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen (85%), het bevorderen van een gezonde leefstijl (78%), het bevorderen van sociale steun (73%) en het bevorderen van veiligheid (49%). In mindere mate houden organisaties zich bezig met preventieve activiteiten gericht op verslavingsproblematiek (44%), het bevorderen van maatschappelijke participatie (39%) en zelfmanagement (29%).

Ouderen als doelgroep voor preventie en risicogroepen

Het merendeel van de gemeenten en organisaties heeft beleid geformuleerd gericht op preventieve zorg voor ouderen. Toch heeft meer dan een vijfde van de gemeenten en twee vijfde van de organisaties hierover nog geen beleid geformuleerd.

Meestal heeft het beleid betrekking op alle ouderen (90%). Gemiddeld richt het preventieve beleid zich op drie tot vier specifieke groepen ouderen. In de helft van de gevallen heeft het beleid betrekking op psychosociaal kwetsbare ouderen, bij ruim twee vijfde van de gemeenten op oudere mantelzorgers (45%) en ouderen boven de 75 jaar (40%). Bij bijna een derde deel van de gemeenten is het beleid ook gericht op allochtone ouderen (30%), ouderen met een ongezonde leefstijl (30%) en ouderen met een lage sociaaleconomische status (36%). In mindere mate richt het beleid zich op ouderen met een chronische ziekte (20%). Geen van de gemeenten heeft beleid geformuleerd met betrekking tot ouderen met een verslavingsproblematiek.

34

Preventieve activiteiten zijn lang niet altijd specifiek gericht op ouderen. Bij verslavingsproblematiek zijn alleen de activiteiten om langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen te voorkomen bij een deel van de organisaties gericht op ouderen.

Bij het bevorderen van een gezonde leefstijl biedt iets minder dan de helft van de organisaties activiteiten aan die speciaal op ouderen gericht zijn. Bij het stimuleren van gezonde voeding wordt ook aandacht besteed aan specifieke groepen.

Op de terreinen veiligheid, sociale steun en (vroeg)signalering van psychische problemen is het merendeel van de activiteiten speciaal op ouderen gericht. Daarbij is er ook aandacht voor specifieke groepen.

Activiteiten ter bevordering van zelfmanagement en maatschappelijke participatie zijn bij iets minder dan de helft van de organisaties speciaal op ouderen gericht; de activiteiten zijn slechts sporadisch op specifieke groepen ouderen gericht.

Indien organisaties activiteiten bieden voor specifieke groepen, richten zij zich vooral op ouderen met een chronische ziekte, psychosociaal kwetsbare ouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status. Daarnaast is er ook relatief veel aandacht voor (oudere) mantelzorgers, allochtone ouderen, ouderen met een ongezonde leefstijl, 75-plussers en ouderen met een (verhoogd) valrisico.

Specifieke groepen zijn vaak moeilijk te bereiken. Als het bereiken van specifieke groepen

als moeilijk wordt ervaren, komt dit vooral door een gebrek aan (financiële) capaciteit en prioriteit, inadequate informatiemethoden of omdat onderwerpen zoals eenzaamheid of psychische problemen moeilijk bespreekbaar zijn.

Toekomstig beleid

Iets minder dan de helft van de gemeenten vindt dat preventieve activiteiten zich op alle ouderen moeten richten en niet alleen op specifieke groepen ouderen. Een groot deel van de gemeenten geeft aan dat er ook preventieve activiteiten moeten zijn specifiek gericht op allochtone ouderen, psychosociaal kwetsbare ouderen (beiden 47%), ouderen met een lage sociaaleconomische status (42%), oudere mantelzorgers (42%), ouderen met een ongezonde leefstijl (32%) en 75-plussers (26%). In mindere mate moeten deze preventieve activiteiten zich volgens de gemeenten richten op ouderen met een chronische ziekte (16%) of ouderen met een verslavingsproblematiek (5%).

Ook iets minder dan de helft van de organisaties (42%) vindt dat preventieve activiteiten op alle ouderen gericht moeten zijn. Als specifieke groepen noemen zij psychosociaal kwetsbare ouderen (69%), oudere mantelzorgers (49%), allochtone ouderen (49%), ouderen met een lage sociaal economische status (47%), ouderen met een chronische ziekte (42%), ouderen met een ongezonde leefstijl (35%) en 75-plussers (31%). Ook ouderen met een verslavingsproblematiek (16%) worden genoemd.

Algemeen beeld per type organisatie

Voor elk type organisatie is gekeken welke activiteiten zij uitvoeren. In de bijlage zijn tabellen opgenomen met onder meer een overzicht van de activiteiten per type organisatie.

35

GGD

10 van de 13 GGD'en hebben beleid geformuleerd over preventie gericht op ouderen. Deze 10 GGD'en zijn actief in 18 van de geselecteerde gemeenten.

6 van de 10 GGD'en voeren activiteiten uit die gericht zijn op voorlichting over en/of preventie van verslavingsproblematiek. 5 van de 6 GGD'en zijn actief op het gebied van preventie van overmatig alcoholgebruik, evenals activiteiten gericht op stoppen met roken. De helft van de 6 GGD'en biedt activiteiten om drugsgebruik te voorkomen; 2 GGD'en werken aan het voorkomen van het langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen. 9 van de 10 GGD'en bieden activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Deze activiteiten zijn altijd gericht op het voorkomen van overgewicht en 8 van de 9 GGD'en bieden activiteiten om gezonde voeding te stimuleren. 7 GGD'en houden zich bovendien bezig met het stimuleren van beweging.

7 van de 10 GGD'en hebben activiteiten gericht op het bevorderen van de veiligheid, door activiteiten te bieden gericht op valpreventie. Bij 1 GGD wordt tevens aandacht besteed aan het voorkomen van polyfarmacie. Geen enkele GGD heeft activiteiten gericht op het gebruik van domotica.

8 van de 10 GGD'en voeren activiteiten gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen. 7 van de 8 richten deze activiteiten op (vroeg)signalering van angst en/of depressie en slechts 2 GGD'en zijn actief op het gebied van (vroeg)signalering van dementie.

6 van de 10 GGD'en bieden activiteiten gericht op het bevorderen van sociale steun. Bij 4 van de 6 GGD'en richten deze activiteiten zich op het voorkomen van eenzaamheid en bij 2 GGD'en hebben deze activiteiten betrekking op de ondersteuning van (oudere) mantelzorgers.

1 GGD biedt activiteiten gericht op maatschappelijke participatie.

Tot slot zijn er 2 van de 10 GGD'en actief op het gebied van het bevorderen van zelfmanagement.

Ggz

11 van de 15 ggz-organisaties hebben beleid geformuleerd over preventie gericht op ouderen. Deze 11 ggz-organisaties zijn in 21 van de geselecteerde gemeenten actief.

4 van de 11 ggz-organisaties bieden activiteiten gericht op voorlichting en/of preventie van verslavingsproblematiek. Bij 2 van hen hebben deze activiteiten betrekking op alcoholpreventie, en bij de andere 2 zijn de activiteiten gericht op het voorkomen van drugsgebruik en het voorkomen van langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen. Geen enkele ggz-organisatie biedt activiteiten voor stoppen met roken.

6 van de 11 ggz-organisaties zijn actief op het gebied van het bevorderen van een gezonde leefstijl. 2 ggz-organisaties bieden activiteiten om overgewicht te voorkomen. Bij 2 ggz-organisaties hebben de activiteiten betrekking op het stimuleren van bewegen. 1 ggz-organisatie biedt activiteiten die gericht zijn op het stimuleren van gezonde voeding.

4 ggz-organisaties richten hun activiteiten op het bevorderen van veiligheid, waarvan 2 organisaties zich bezighouden met valpreventie. Ook 2 ggz-organisaties bieden activiteiten gericht op het stimuleren van het gebruik van domotica, evenals het voorkomen van polyfarmacie.

Alle 11 de ggz-organisaties bieden activiteiten gericht op de (vroeg)signalering van psychische problemen. De (vroeg)signalering van angst en/of depressie is voor alle ggz-organisaties een speerpunt. Daarnaast houden 8 ggz-organisaties zich bezig met de (vroeg)signalering van dementie.

9 van de 11 ggz-organisaties bieden activiteiten gericht op het bevorderen van sociale steun, waarvan 8 activiteiten bieden gericht op de ondersteuning van mantelzorgers. Bij 5 ggz-organisaties hebben de activiteiten betrekking op het voorkomen van eenzaamheid.

4 van de 11 ggz-organisaties houden zich bezig met activiteiten om maatschappelijke participatie te bevorderen. Tot slot bieden 4 ggz-organisaties activiteiten gericht op het bevorderen van zelfmanagement.

Thuiszorg

9 van de 12 thuiszorgorganisaties hebben beleid geformuleerd over preventie gericht op ouderen. Deze 9 organisaties zijn actief in 12 van de geselecteerde gemeenten.

6 van de 9 thuiszorgorganisaties bieden activiteiten gericht op voorlichting en/of preventie van verslavingsproblematiek, alle gericht op het stoppen met roken. 4 thuiszorgorganisaties houden zich daarnaast bezig met het voorkomen van langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen. Geen enkele thuiszorgorganisatie biedt activiteiten gericht op overmatig alcoholgebruik of drugsgebruik.

8 van de 9 thuiszorgorganisaties hebben activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het voorkomen van overgewicht heeft de aandacht van alle 8 de organisaties, net als het stimuleren van gezonde voeding. 5 thuiszorgorganisaties bieden activiteiten voor het stimuleren van beweging.

6 van de 9 thuiszorgorganisaties zijn actief op het gebied van het bevorderen van veiligheid. Zij houden zich alle 6 bezig met valpreventie. De helft heeft activiteiten gericht op het gebruik van domotica en 2 organisaties richten zich ook op het voorkomen van polyfarmacie.

7 van de 9 thuiszorgorganisaties besteden aandacht aan activiteiten gericht op (vroeg) signalering van psychische problemen. Bij 6 van de 7 organisaties is aandacht voor (vroeg) signalering van dementie; bij 1 thuiszorgorganisatie zijn de activiteiten gericht op (vroeg) signalering van angst en/of depressie.

5 van de 9 thuiszorgorganisaties bieden activiteiten gericht op het bevorderen van sociale steun, namelijk het ondersteunen van (oudere) mantelzorgers (4 organisaties) en het voorkomen van eenzaamheid (2 organisaties).

2 thuiszorgorganisaties houden zich bezig met maatschappelijke participatie.

Tot slot is er 1 thuiszorgorganisatie actief op het gebied van zelfmanagement.

Ouderenzorg

Van de 5 organisaties in de ouderenzorg heeft slechts 1 organisatie beleid geformuleerd over preventie gericht op ouderen. Deze organisatie is actief in 1 geselecteerde gemeente.

De organisatie biedt activiteiten om een gezonde leefstijl te bevorderen door activiteiten gericht op het voorkomen van overgewicht en het stimuleren van gezonde voeding en beweging. Daarnaast biedt de ouderenzorgorganisatie activiteiten om veiligheid te bevorderen door activiteiten gericht op valpreventie en polyfarmacie.

Er is bovendien aandacht voor het bevorderen van sociale steun, door activiteiten te bieden om eenzaamheid te voorkomen en (oudere) mantelzorgers te ondersteunen.

Tot slot houdt de organisatie zich bezig met het bevorderen van maatschappelijke participatie.

De organisatie biedt geen activiteiten op het gebied van voorlichting en/of preventie van verslavingsproblematiek, (vroeg)signalering van psychische problemen en zelfmanagement.

Welzijn

Van de 9 welzijnsorganisaties hebben 7 organisaties beleid geformuleerd over preventie gericht op ouderen. Deze 7 organisaties zijn actief in 7 van de geselecteerde gemeenten. Geen enkele welzijnsorganisatie is actief op het gebied van voorlichting en/of preventie van verslavingsproblematiek.

6 van de 7 welzijnsorganisaties bieden activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl, namelijk door beweging te stimuleren (5 organisaties), overgewicht te voorkomen (2 organisaties) en gezonde voeding te stimuleren (2 organisaties).

Slechts 1 welzijnsorganisatie biedt activiteiten gericht op het bevorderen van veiligheid: valpreventie, gebruik van domotica en voorkomen van polyfarmacie.

Alle welzijnsorganisaties richten zich op (vroeg)signalering van psychische problemen. 5 organisaties hebben aandacht voor (vroeg)signalering van dementie en 3 organisaties bieden activiteiten gericht op (vroeg)signalering van angst en/of depressie.

Ook bieden alle welzijnsorganisaties activiteiten om eenzaamheid te voorkomen, waarmee ze zich richten op het bevorderen van sociale steun. Bij 2 welzijnsorganisaties is er aandacht voor het ondersteunen van (oudere) mantelzorgers.

Ook het bevorderen van maatschappelijke participatie is een speerpunt van alle welzijnsorganisaties.

Tot slot bieden 4 van de 7 welzijnsorganisaties activiteiten om zelfmanagement te bevorderen.

Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en

3 van de 6 samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en hebben beleid geformuleerd over preventie gericht op ouderen. Deze 3 organisaties zijn actief in 4 van de geselecteerde gemeenten.

2 van de 3 samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en bieden activiteiten gericht op verslavingsproblematiek, namelijk activiteiten gericht op het stoppen met roken. 1 organisatie biedt activiteiten om langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen te voorkomen.

2 samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en zijn actief op het gebied van het bevorderen van een gezonde leefstijl, door beweging te stimuleren. 1 samenwerkingsverband in de eerste lijn of ROS richt zich op het voorkomen van overgewicht. Ook is 1 samenwerkingsverband in de eerste lijn of ROS actief gericht op het stimuleren van gezonde voeding.

2 samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en bieden activiteiten gericht op valpreventie en het voorkomen van polyfarmacie, waarmee ze zich richten op het bevorderen van veiligheid. 1 samenwerkingsverband in de eerste lijn of ROS richt zich op het stimuleren van het gebruik van domotica.

Wederom 2 samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en houden zich bezig met (vroeg)signalering van psychische problemen, zowel dementie als angst en/of depressie.

2 samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en bieden activiteiten gericht op het bevorderen van sociale steun, waarbij 1 samenwerkingsverband in de eerste lijn of ROS zich richt op het voorkomen van eenzaamheid.

1 samenwerkingsverband in de eerste lijn of ROS heeft aandacht voor het bevorderen van maatschappelijke participatie, en 1 samenwerkingsverband in de eerste lijn of ROS is actief op het gebied van zelfmanagement.

Algemeen beeld per activiteit

In deze paragraaf wordt voor iedere activiteit aangegeven of deze speciaal gericht is op de doelgroep ouderen en op specifieke (risico)groepen, hoe het bereik is en wie samenwerkingspartners zijn bij de uitvoering van de verschillende activiteiten. Ook komt de financiering aan de orde.

Verslavingsproblematiek

Activiteiten gericht op het voorkomen van overmatig alcoholgebruik, het voorkomen van drugsgebruik en stoppen met roken zijn niet speciaal gericht op ouderen en ook niet op

specifieke (risico)groepen. Het voorkomen van langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen is bij een deel van de organisaties wel gericht op ouderen. Eén organisatie besteedt daarbij ook aandacht aan ouderen met een chronische ziekte en ouderen met een valrisico.

De belangrijkste samenwerkingspartner voor verslavingsproblematiek is de gemeente. Er wordt samengewerkt door welzijnsorganisaties, GGD en de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en. Met ggz-, thuiszorg- en ouderenzorgorganisaties wordt in mindere mate samengewerkt.

De financiering voor het voorkomen van overmatig alcoholgebruik en drugsgebruik komt vooral van de gemeente. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van andere financieringsbronnen zoals de ziektekostenverzekering. Voor activiteiten op het gebied van stoppen met roken en het voorkomen van het langdurig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen is ZonMw de belangrijkste financieringsbron, maar ook de gemeente en de zorgverzekering spelen een rol bij de financiering.

De financiering voor het voorkomen van overmatig alcoholgebruik is meestal structureel (71% geheel en 29% gedeeltelijk). Voor de andere activiteiten is ongeveer 20% van de financiering structureel, 20 tot 30% is gedeeltelijk structureel en het merendeel is niet structureel.

Gezonde leefstijl

Bij de activiteiten op het gebied van gezonde leefstijl – bewegen, gezonde voeding en voorkomen van overgewicht – wordt aandacht besteed aan ouderen. Bij het voorkomen van overgewicht gaat het om vier organisaties, elf organisaties richten zich op ouderen bij het stimuleren van bewegen en zeven organisaties richten zich op ouderen voor het stimuleren van gezonde voeding.

Er wordt ook aandacht besteed aan specifieke groepen zoals ouderen met een lage sociaal-economische status, psychosociaal kwetsbare ouderen, oudere mantelzorgers, allochtone ouderen, ouderen met een chronische ziekte, ouderen met een ongezonde leefstijl en 75-plussers. Deze doelgroepen wisselen per activiteit.

In sommige gevallen zijn de ouderen moeilijk bereikbaar doordat er een taboe heerst op bepaalde onderwerpen of doordat er weinig effectieve informatiemethoden worden gehanteerd.

De belangrijkste samenwerkingspartners zijn de gemeente, samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en, de thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties en de GGD.

De financiering komt voor alle activiteiten grotendeels van de gemeente. Andere bronnen zijn eigen bijdrage van ouderen, ziektekostenverzekering en ZonMw.

De financiering voor de activiteiten is gemiddeld slechts voor ruim 10% structureel geregeld, een derde is gedeeltelijk structureel en de helft wordt niet structureel gefinancierd.

Veiligheid

Activiteiten ter bevordering van veiligheid zijn in meer of mindere mate speciaal gericht op ouderen. Met name bij valpreventie wordt speciaal aandacht besteed aan ouderen. Bij het gebruik van domotica en het voorkomen van polyfarmacie richt ongeveer de helft van de organisaties zich op ouderen.

Bij de drie activiteiten gericht op veiligheid is er ook aandacht voor specifieke groepen, zoals ouderen met een lage sociaaleconomische status, (oudere) mantelzorgers, ouderen met

een verhoogd valrisico, zelfstandig wonende ouderen, ouderen met een chronische ziekte, ouderen met een ongezonde leefstijl, psychosociaal kwetsbare ouderen en 75-plussers. Deze doelgroepen wisselen per activiteit.

De ouderen zijn vooral bij valpreventie moeilijk bereikbaar, omdat er weinig prioriteit aan valpreventieve activiteiten wordt gegeven en er weinig belangstelling is voor het onderwerp. De meeste samenwerking vindt plaats met thuiszorgorganisaties, gemeente, welzijnsorganisaties, ouderenzorgorganisaties en GGD. Dit geldt met name bij valpreventie. Er is minder samenwerking op het gebied van het gebruik van domotica en het voorkomen van polyfarmacie.

De financiering van activiteiten op het gebied van veiligheid is veelal afkomstig van de gemeente, de zorgverzekering en Zon/Mw.

Het merendeel van de financiering is niet structureel. Als het gaat om domotica is de financiering nooit structureel. De financiering is gemiddeld ongeveer voor een derde gedeeltelijk structureel.

(Vroeg)signalering van psychische problemen

Het merendeel van de organisaties besteedt zowel als het gaat om (vroeg)signalering van dementie als waar het gaat om (vroeg)signalering van angst en/of depressie aandacht aan ouderen. Ook richten organisaties zich op specifieke groepen, zoals psychosociaal kwetsbare ouderen, ouderen met een lage sociaaleconomische status, (oudere) mantelzorgers, allochtone ouderen, 75-plussers, ouderen met een chronische ziekte, ouderen met een ongezonde leefstijl en ouderen met verslavingsproblematiek.

40

Organisaties geven aan dat ouderen moeilijk te bereiken zijn door gebrek aan capaciteit, door onvoldoende financiële middelen, doordat er een taboe op het onderwerp rust of doordat de organisatie onvoldoende proactief is.

Samenwerking op het gebied van (vroeg)signalering van psychische problemen is er vooral met thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, ggz-organisaties en GGD.

Het grootste deel van de financiering wordt verzorgd door de gemeente. Andere financiering komt voornamelijk van zorgverzekeraars en uit de AWBZ.

Een vijfde van de financiering van deze activiteiten is structureel en de helft is gedeeltelijk structureel. Ruim een kwart wordt niet structureel gefinancierd.

Sociale steun

Om eenzaamheid te voorkomen biedt een groot deel van de organisaties activiteiten aan die speciaal gericht zijn op ouderen. Een deel van de organisaties besteedt aandacht aan specifieke groepen, zoals psychosociaal kwetsbare ouderen, ouderen met een lage sociaaleconomische status, allochtone ouderen, (oudere) mantelzorgers, ouderen met een chronische ziekte, ouderen met een ongezonde leefstijl en ouderen met verslavingsproblematiek.

Rondom het bevorderen van sociale steun is er met name samenwerking tussen de thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties en de gemeente.

Als het gaat om het ondersteunen van (oudere) mantelzorgers worden de activiteiten op het gebied van sociale steun grotendeels gefinancierd door de gemeente en voor een deel door de zorgverzekeraars.

Ongeveer twee vijfde van de financiering is structureel, ruim een derde is gedeeltelijk structureel en ruim een kwart is helemaal niet structureel.

Maatschappelijke participatie

De helft van de organisaties biedt activiteiten op het gebied van maatschappelijke participatie aan die speciaal gericht zijn op ouderen. Een klein deel van deze organisaties heeft beleid gericht op specifieke groepen, zoals psychosociaal kwetsbare ouderen, 75-plussers, ouderen met een chronische ziekte en ouderen met depressieve klachten.

Er is vooral samenwerking met de gemeente, welzijnsorganisaties, ggz-organisaties en thuiszorgorganisaties.

De gemeente is de belangrijkste financier van activiteiten op het gebied van maatschappelijke participatie.

Bij een derde is de financiering structureel, voor de helft is dit gedeeltelijk structureel en een vijfde is niet structureel gefinancierd.

Bevorderen van zelfmanagement

Een groot deel van de organisaties richt zich op ouderen als het gaat om het bevorderen van zelfmanagement. Ook is er in sommige organisaties aandacht voor specifieke groepen, zoals psychosociaal kwetsbare ouderen, ouderen met een lage sociaaleconomische status en ouderen met een chronische ziekte.

Organisaties geven aan dat de doelgroep voor het thema 'het bevorderen van zelfmanagement' soms moeilijk te bereiken is maar hebben hiervoor geen reden genoemd.

Samenwerking rondom het bevorderen van zelfmanagement is er voornamelijk tussen de thuiszorgorganisaties, de gemeente, de ggz-organisaties en de welzijnsorganisaties.

Het bevorderen van zelfmanagement wordt in bijna alle gevallen gefinancierd door de gemeente.

Deze financiering is voor een klein deel helemaal structureel, voor de helft gedeeltelijk structureel en voor een derde helemaal niet structureel.

41

Lacunes in het aanbod en knelpunten

Er zijn aan de respondenten vragen voorgelegd over lacunes in het lokaal beschikbare aanbod van preventieve zorg voor ouderen. De antwoorden van de gemeenten en van de organisaties worden afzonderlijk weergegeven.

Mening gemeenten over lacunes en knelpunten

20 van de 26 gemeenten (77%) zijn van mening dat er meer gedaan moet worden aan preventieve zorg voor ouderen. Ook 4 van de 6 gemeenten die nog geen beleid hebben geformuleerd, vinden dat er meer moet gebeuren op dit beleidsterrein. De terreinen waar meer aandacht voor moet komen zijn:

- voorkomen van eenzaamheid (70%)
- ondersteuning van (oudere) mantelzorgers (65%)
- (vroeg)signalering van dementie (55%)
- het bevorderen van zelfmanagement (50%)
- valpreventie (50%)
- het bevorderen van maatschappelijke participatie (50%)
- (vroeg)signalering van angst en/of depressie (45%)

- stimulering van het gebruik van domotica (40%)
- stimulering van bewegen (40%)
- voorkomen van overmatig alcoholgebruik (40%)
- tegengaan van overgewicht (40%)
- stimulering van gezonde voeding (35%)
- tegengaan van overmatig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen (30%)
- voorkomen van polyfarmacie (20%)
- stoppen met roken (15%)
- voorkomen van drugsgebruik (5%).

Volgens de gemeenten moeten organisaties meer betrokken worden bij activiteiten gericht op ouderen. De organisaties zijn de welzijnsorganisaties (100%) en bijna altijd de gemeente (95%), de GGD (95%) en thuiszorgorganisaties (95%). Ook is meer betrokkenheid van de ggz-organisaties (84%), de organisaties voor ouderenzorg (79%), samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en en de zorgverzekeraars (beide 74%) gewenst.

Als redenen dat preventieve activiteit(en) niet of onvoldoende van de grond komen worden genoemd: onvoldoende financiële middelen (53%), gebrekkige samenwerking tussen organisaties (37%) en doelgroepen die moeilijk te bereiken zijn (32%). Daarnaast worden in de categorie 'anders' te weinig tijd en een lage prioriteit als redenen genoemd, evenals een beperkte capaciteit, moeite bij ouderen om de weg naar zorg te vinden, een versnipperde financieringsstructuur en versnippering in aanbod. Ook worden de gescheiden financiering van preventie en zorg, het grote aantal betrokken partners, de geringe betrokkenheid van zorgverzekeraars en het onvoldoende op gang komen van de ketenzorg als redenen genoemd.

Er zou gestreefd moeten worden naar betere afstemming en meer gerichte doorverwijzing. Bovendien zouden informele netwerken meer in de keten moeten worden opgenomen.

Mening organisaties over lacunes en knelpunten

Bijna alle 60 organisaties (92%) zijn van mening dat er op alle preventiethema's meer moet gebeuren als het gaat om preventieve zorg voor ouderen. De terreinen waarop volgens hen meer moet gebeuren zijn:

- stimuleren van bewegen (82%)
- voorkomen van eenzaamheid (76%)
- (vroeg)signalering van dementie (73%)
- valpreventie (73%)
- overmatig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen (71%)
- (vroeg)signalering van angst en depressie (69%)
- ondersteuning van (oudere) mantelzorgers (69%)
- het bevorderen van maatschappelijke participatie (66%)
- het stimuleren van gezonde voeding (58%)
- het tegengaan van overgewicht (56%)
- het voorkomen van overmatig alcoholgebruik (55%)
- het bevorderen van zelfmanagement (49%)

- voorkoming van polyfarmacie (46%)
- stimuleren van het gebruik van domotica (42%)
- stoppen met roken (20%)
- voorkomen van drugsgebruik (15%).

De organisaties menen dat gemeenten en organisaties meer betrokken dienen te worden bij preventieve activiteiten gericht op ouderen. Vooral genoemd worden: de gemeente (96%), thuiszorgorganisaties (91%), zorgverzekeraars (84%), organisaties voor de ouderenzorg (84%), welzijnsorganisaties (84%), de GGD (80%), de ggz-organisaties (78%) en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en (71%).

Als redenen dat activiteiten niet of onvoldoende van de grond komen worden genoemd: onvoldoende financiering (84%), onder meer door schotten tussen de financieringsstromen, marktwerking en concurrentie die samenwerking in de keten tegenwerken, gebrekkige samenwerking tussen organisaties (56%) en het moeilijk kunnen bereiken van doelgroepen (51%).

In de categorie 'anders' wordt aangegeven dat er onvoldoende regie is en dat de samenwerking door wijzigingen in financiering afgelopen jaren moeizaam is geweest. Ook de rol van gemeenten is volgens de organisaties nog onvoldoende duidelijk. Bovendien is er onvoldoende maatschappelijke aandacht voor preventieve zorg voor ouderen en is er te weinig capaciteit beschikbaar. Volgens sommige organisaties is er jarenlang een gebrek aan aandacht geweest vanuit de preventieve gezondheid voor ouderen, waardoor deze doelgroep nog te weinig prioriteit krijgt in het beleid.

43

Samenvatting

Samenvattend worden hieronder de volgende onderwerpen besproken: het aanbod van preventieve activiteiten, preventiethema's, lacunes in het aanbod, het bereiken van ouderen en specifieke risicogroepen, samenwerking en financiering.

Preventieve activiteiten van organisaties

De GGD, ggz-organisaties, organisaties voor ouderenzorg, thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en bieden preventieve activiteiten voor ouderen aan.

De GGD'en bieden voornamelijk activiteiten om een gezonde leefstijl te bevorderen. Daarnaast is er veel aandacht voor het (vroeg)signaleren van angst en/of depressie. Op het gebied van veiligheid is er vooral aandacht voor valpreventie. GGD'en zijn niet betrokken bij activiteiten gericht op het gebruik van domotica.

Bijna alle ggz-organisaties voeren activiteiten uit gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen, met name angst en/of depressie. Ook krijgt de ondersteuning van (oudere) mantelzorgers veel aandacht, terwijl activiteiten om eenzaamheid te voorkomen in mindere mate worden aangeboden. De ggz-organisaties bieden geen activiteiten gericht op het stoppen met roken.

Thuiszorgorganisaties richten zich vooral op activiteiten die een gezonde leefstijl bevorderen, met name overgewicht voorkomen en gezonde voeding stimuleren. Ook is er veel aandacht voor (vroeg)signalering van psychische problemen; (vroeg)signalering van dementie is hierbij een belangrijk speerpunt. In dezelfde mate is er aandacht voor valpreventie en activiteiten gericht op stoppen met roken. De thuiszorgorganisaties zijn niet betrokken bij activiteiten gericht op overmatig alcoholgebruik of drugsgebruik.

Slechts één ouderenzorgorganisatie heeft aangegeven preventief beleid voor ouderen te hebben geformuleerd. Deze organisatie biedt activiteiten ter bevordering van een gezonde leefstijl, veiligheid, sociale steun en maatschappelijke participatie.

Alle welzijnsorganisaties richten zich op (vroeg)signalering van psychische problemen en dan vooral (vroeg)signalering van dementie. Ook het bevorderen van maatschappelijke participatie en sociale steun waaronder aandacht voor eenzaamheid, zijn speerpunten van de welzijnsorganisaties. Daarnaast is er veel aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Welzijnsorganisaties houden zich niet bezig met activiteiten gericht op verslavingsproblematiek.

Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en richten zich vooral op voorlichting en/of preventie van verslavingsproblematiek en dan met name activiteiten gericht op het stoppen met roken. Er is evenveel aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl, vooral door beweging te stimuleren. Ook bieden zij activiteiten ter bevordering van veiligheid, vooral gericht op valpreventie en het voorkomen van polyfarmacie. In dezelfde mate richten zij zich op (vroeg)signalering van psychische problemen en het bevorderen van sociale steun.

44

Preventiethema's

Gemeenten hebben in hun beleid veel aandacht voor het bevorderen van maatschappelijke participatie, sociale steun, (vroeg)signalering van psychische problemen en valpreventie (veiligheid).

De meeste activiteiten zijn gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen (ggz-organisaties, welzijnsorganisaties), het bevorderen van een gezonde leefstijl (GGD, thuiszorg-organisaties) en sociale steun (welzijnsorganisaties, ggz-organisaties).

Weinig organisaties hebben aandacht voor verslavingsproblematiek bij ouderen.

Per preventiethema kunnen we de resultaten als volgt samenvatten:

Verslavingsproblematiek

Minder dan de helft van de gemeenten geeft aan dat er activiteiten plaatsvinden gericht op verslavingsproblematiek. Ook zegt minder dan de helft van de organisaties activiteiten uit te voeren op het gebied van verslavingsproblematiek. Activiteiten zijn voornamelijk gericht op het voorkomen van overmatig alcoholgebruik en het stoppen met roken. In mindere mate zijn activiteiten gericht op het voorkomen van overmatig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen.

Gezonde leefstijl

Driekwart van de gemeenten geeft aan dat er op lokaal niveau activiteiten aangeboden worden om bewegen te stimuleren, terwijl ook ruim driekwart van de organisaties aangeeft activiteiten te bieden gericht op een gezonde leefstijl. In 60% van de gemeenten vinden activiteiten plaats om overgewicht tegen te gaan en in de helft van de gemeenten zijn er activiteiten om gezonde voeding te stimuleren.

Veiligheid

Het merendeel van de gemeenten geeft aan dat er activiteiten worden aangeboden op het gebied van valpreventie (70%); minder aandacht krijgen de thema's 'stimuleren van domotica' (35%) en 'het voorkomen van polyfarmacie' (20%). Ruim de helft van de organisaties zegt actief te zijn op het gebied van veiligheid.

(Vroeg)signalering psychische problemen

In driekwart van de gemeenten vinden activiteiten plaats gericht op (vroeg)signalering van angst en/of depressie en dementie; 85% van de organisaties geeft aan preventieve activiteiten uit te voeren gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen.

Sociale steun

Bijna alle gemeenten (95%) geven aan dat er activiteiten plaatsvinden om eenzaamheid te voorkomen. Bij het merendeel van de gemeenten (65%) vinden activiteiten plaats om oudere mantelzorgers te ondersteunen. Bijna driekwart van de organisaties heeft aangegeven preventieve activiteiten te bieden om sociale steun te bevorderen.

45

Maatschappelijke participatie

De meeste gemeenten (90%) geven aan er dat activiteiten plaatsvinden tot behoud van maatschappelijke participatie. Slechts 39% van de organisaties heeft echter aangegeven preventieve activiteiten aan te bieden om maatschappelijke participatie van ouderen te bevorderen.

Zelfmanagement

Driekwart van de gemeenten geven aan dat er activiteiten plaatsvinden om zelfmanagement van ouderen te bevorderen, terwijl slechts 29% van de organisaties zich richt op het bevorderen van zelfmanagement.

Het voorkomen van eenzaamheid, behoud van maatschappelijke participatie, het bevorderen van zelfmanagement, (vroeg)signalering van angst en/of depressie en dementie en het stimuleren van bewegen krijgen volgens de gemeenten (70 tot 90%) de meeste aandacht. Volgens organisaties krijgen het meeste aandacht: (vroeg)signalering van psychische problemen, het bevorderen van een gezonde leefstijl en het bevorderen van sociale steun. In mindere mate is er volgens hen aandacht voor veiligheid, verslavingsproblematiek, maatschappelijke participatie en zelfmanagement.

De resultaten van de gemeenten en organisaties verschillen vooral op de gebieden van zelfmanagement, maatschappelijke participatie en sociale steun. Op de overige preventie-thema's komen de resultaten redelijk overeen.

Lacunes in het aanbod

Driekwart van de gemeenten en bijna alle organisaties vinden dat er op alle gebieden meer gedaan moet worden aan preventieve zorg voor ouderen.

De belangrijkste terreinen waarop meer aanbod moet komen zijn het voorkomen van eenzaamheid en (vroeg)signalering van dementie. De organisaties benadrukken daarnaast dat er meer aandacht moet komen voor het stimuleren van bewegen, valpreventie, het verminderen van het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen en vroegsignalering van angst en depressie. Gemeenten en organisaties vinden beide dat ondersteuning van (oudere) mantelzorgers meer aandacht zou moeten krijgen.

Lacunes in het aanbod worden volgens de gemeenten en de organisaties vooral veroorzaakt door onvoldoende financiering en gebrekkige samenwerking tussen organisaties. Een ander knelpunt is het moeilijk kunnen bereiken van doelgroepen.

Doelgroepen

Ouderen vormen niet altijd een speciale doelgroep voor preventieve activiteiten en preventief gezondheidsbeleid. Als er wel speciale aandacht is voor ouderen, is slechts een deel van de activiteiten op specifieke (risico)groepen gericht. Specifieke groepen waar in het gemeentelijk beleid het meest aandacht voor is zijn psychosociaal kwetsbare ouderen, oudere mantelzorgers en ouderen boven de 75 jaar. Bij de organisaties gaat de meeste aandacht ook naar psychosociaal kwetsbare ouderen en daarnaast naar ouderen met een chronische ziekte en ouderen met een lage sociaaleconomische status.

46

Samenwerking

Bij het uitvoeren van activiteiten wordt doorgaans tussen meerdere organisaties samengewerkt. Op alle preventie-thema's wordt het meest samengewerkt met de gemeente. Als het gaat om (vroeg)signalering van psychische problemen, veiligheid en sociale steun wordt daarnaast vooral samengewerkt met thuiszorg- en welzijnorganisaties. Bij maatschappelijke participatie en het bevorderen van zelfmanagement vindt naast gemeente, thuiszorg- en welzijnsorganisaties samenwerking plaats met de ggz.

Samenwerking met de eerste lijn of ROS'en en de GGD zijn vooral in beeld bij activiteiten ter voorkoming van verslavingsproblematiek en bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Op het gebied van veiligheid wordt vooral met de GGD samengewerkt.

Ondanks dat er veel wordt samengewerkt, geven bijna alle gemeenten en organisaties aan dat er meer moet worden samengewerkt bij preventieve activiteiten gericht op ouderen. Volgens gemeenten moet er vooral meer worden samengewerkt met welzijnsorganisaties, de GGD en thuiszorgorganisaties. Ook is meer betrokkenheid gewenst van de ggz-organisaties, organisaties voor de ouderenzorg, samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en en de zorgverzekeraars, zij het in mindere mate.

Volgens de organisaties moet vooral de gemeente meer betrokken worden bij preventieve activiteiten gericht op ouderen. Ook worden de thuiszorgorganisaties, zorgverzekeraars, de organisaties voor ouderenzorg, welzijnsorganisaties, de GGD en ggz-organisaties genoemd. In mindere mate moet worden samengewerkt met samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en. Een organisatie meent dat alle preventieve activiteiten tot het reguliere takenpakket van de huisarts behoren.

Financiering

Alleen bij het voorkomen van overmatig alcoholgebruik en activiteiten op het gebied van sociale steun is de financiering van activiteiten grotendeels structureel. Bij het merendeel van alle preventieactiviteiten is de financiering slechts gedeeltelijk of helemaal niet structureel. Er zijn geen activiteiten die geheel structureel worden gefinancierd.

De financiering komt voornamelijk van gemeenten, ZonMw en de zorgverzekeraars. Soms worden activiteiten ook voor een deel uit de AWBZ gefinancierd of door eigen bijdragen van ouderen.

Brief ouderen Rotterdam

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. dr. A. Klink, minister en mw. dr. M. Bussemaker, staatssecretaris
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Rotterdam, 8 juli 2009

Geachte heer Klink en mevrouw Bussemaker,

Wij – leden van de COSBO Rotterdam – zijn op 8 juli 2009 bijeengekomen om met elkaar van gedachten te wisselen over wat ouderen belangrijk vinden om hun gezondheid op peil te houden. Dit hebben wij gedaan tijdens de focusgroep voor de quickscan ouderengezondheidszorg die Vilans uitvoert met subsidie van het ministerie van VWS in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Om gezond en actief ouder te worden, vinden wij het belangrijk om actief deel te nemen aan allerlei activiteiten. We blijven bewegen en letten op ons gewicht om beperkingen te voorkomen. We blijven actief op het sociale vlak en zijn betrokken bij het welzijn van andere ouderen. Dit voorkomt dat wij – en andere ouderen – in een sociaal isolement terecht komen. Wij blijven positief denken en genieten van het hier en nu en van Rotterdam.

Om gezond en actief ouder te worden in de gemeente Rotterdam, is het volgens ons van belang dat er:

- laagdrempelige voorzieningen en activiteiten zijn die aansluiten bij de lokale wensen en behoeften van ouderen;
- gebruik wordt gemaakt van de signaleringsfunctie van onder andere thuiszorgmedewerkers die ouderen kunnen voorlichten over activiteiten en voorzieningen;
- beter samengewerkt wordt tussen organisaties om het aanbod meer vraaggestuurd en overzichtelijk te maken;
- een goede, op de doelgroep gerichte informatievoorziening is;
- aandacht is voor het betrekken van alle ouderen, en dan met name de kwetsbare groepen.

Daarom is ons advies aan u om:

- samenwerking tussen organisaties te stimuleren voor een inzichtelijk en lokaal gericht aanbod;
- ouderen te betrekken bij politieke en beleidsmatige processen;
- voldoende middelen beschikbaar te stellen om kwetsbare groepen ouderen te bereiken;
- informatievoorziening te verbeteren, bijvoorbeeld door gebruik te maken van bestaande contacten met ouderen;
- kwaliteit van leven van ouderen te bevorderen, zodat ouderen langer gezond en actief blijven.

Wij stellen het erg op prijs als u ons advies ter harte neemt.

Met vriendelijke groet,

namens de COSBO Rotterdam

6. Resultaten interviews met stakeholders

Er zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers (stakeholders) van acht landelijke organisaties over selectieve en universele preventie bij ouderen, de rol en taken van de gemeente in de Wpg en de financiering van preventieve activiteiten. Er is gesproken met: ActiZ, Centrum Gezond Leven, Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), GGD Nederland, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

In dit hoofdstuk geven we de resultaten van de gesprekken weer. Allereerst beschrijven we de visie van stakeholders op preventieve zorg voor ouderen. Vervolgens gaan we in op het huidige aanbod van preventieve activiteiten, waarbij ook lacunes in dit aanbod en de mate van samenwerking aan de orde komt. Hierna besteden we aandacht aan (het bereiken van) de door stakeholders benoemde risicogroepen, de verantwoordelijkheid en rol van gemeenten en de financiering. Tot slot volgen conclusies en aanbevelingen.

Preventieve zorg voor ouderen

Stakeholders vinden dat preventie een belangrijk onderdeel is van de gezondheidszorg. Preventie maakt volgens stakeholders deel uit van de zorgketen. Zij geven echter geen eenduidige invulling aan de inhoud en doelen van preventie voor ouderen. Zo worden 'succesvol ouder worden', 'het zoveel mogelijk behouden van zelfredzaamheid' en '(blijven) deelnemen aan de maatschappij', als uitgangspunten genoemd van preventieve ouderenzorg. Andere stakeholders geven aan dat vooral op het curatieve vlak veel gezondheidswinst te behalen is door middel van preventieve, systematische monitoring van ouderen. Preventiebeleid voor ouderen is verbonden met de gebieden cure en care. Ook hangt preventief ouderengezondheidsbeleid volgens stakeholders nauw samen met voorzieningen op de terreinen wonen en welzijn. Zo kan aangepast wonen gezien worden als een vorm van valpreventie en kunnen sociale activiteiten de kwaliteit van leven van ouderen bevorderen.

Er worden vraagtekens geplaatst bij de thema's waar de preventie zich op zou moeten richten. Is het bijvoorbeeld nodig of zinvol om mensen van 75 jaar en ouder van het roken af te helpen?

Ouderen maken deel uit van de doelgroepen waar preventieve zorg zich in het algemeen op richt, omdat preventie gedurende de hele levensloop van belang is. Tegelijkertijd is aandacht voor ouderen als specifieke doelgroep van belang omdat bepaalde problemen om een specifieke benadering vragen, bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik en overgewicht. Bovendien is een deel van de ouderen geestelijk, lichamelijk en sociaal kwetsbaar. Een van de stakeholders geeft aan dat 'ouderen kwetsbaar zijn wanneer er sprake is van een verlies van hulpbronnen in verschillende domeinen van het functioneren dat leidt tot een verminderde reservecapaciteit voor het omgaan met stress'. In deze omschrijving wordt kwetsbaarheid verbonden met fysieke aspecten zoals mobiliteit, fysieke fitheid, zicht, gehoor, gewichtsafname en comorbiditeit, maar ook met sociale aspecten zoals eenzaamheid.

Werken met leeftijdsgrenzen is volgens stakeholders echter niet altijd relevant, omdat bij ouderen de mate van gezondheid niet altijd afhankelijk is van de kalenderleeftijd. Andere factoren zoals opleidingsniveau, sociaaleconomische status en leefstijl spelen een rol. Bepaalde groepen ouderen krijgen pas na hun 75ste levensjaar gezondheidsklachten, terwijl die klachten al bij een 50-jarige van allochtone afkomst kunnen optreden. Als de leeftijd voor deelname aan bepaalde preventieve activiteiten op 65 jaar wordt gezet, kan het voor een deel van de doelgroep te vroeg en voor een ander deel te laat worden aangeboden. Diverse stakeholders pleiten voor preventiebeleid en een aanbod van activiteiten gericht op brede doelgroepen in combinatie met activiteiten gericht op oudere (risico)groepen, onder meer gebaseerd op epidemiologische gegevens van de lokale bevolking.

Aanbod activiteiten

Alle vertegenwoordigers geven aan dat er veel activiteiten zijn op het gebied van preventieve ouderenzorg. De afgelopen jaren zijn er meer interventies specifiek voor ouderen ontwikkeld, die op lokaal niveau worden aangeboden.

Er is volgens de geïnterviewden sprake van 'versnippering' en 'wildgroei', onder meer doordat er (te) veel activiteiten en verschillende loketten zijn die leiden tot onvoldoende samenhang in de informatievoorziening. Het ontbreekt alle stakeholders aan overzicht van de preventieve zorg voor ouderen.

50

De stakeholders geven aan dat er meer aandacht zou mogen zijn voor angst, depressie, eenzaamheid, comorbiditeit en overmatig alcoholgebruik bij ouderen. Daarnaast wordt er nog onvoldoende vanuit de burger gedacht. Echt maatwerk leveren betekent dat er niet van het gemiddelde wordt uitgegaan, maar dat gekeken wordt naar de wensen en behoeften van ouderen.

Preventieve zorg voor ouderen zou ook verbeterd kunnen worden door uitbreiding van bestaande activiteiten en functies. Zo zou de huidige signaleringsfunctie van medewerkers van de thuiszorgorganisaties beter kunnen worden benut en als zodanig worden benoemd. Er liggen bovendien kansen om meer gebruik te maken van e-health, want ook ouderen zijn actief op internet.

Alle stakeholders benadrukken dat samenwerking tussen de betrokken organisaties op lokaal niveau (gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en dergelijke) onvoldoende is. De taakverdeling tussen de partijen is onduidelijk, onder meer doordat geen enkele partij de regie heeft. Ook marktwerking kan samenwerking in de weg staan, omdat partijen met elkaar concurreren in plaats van samenwerken.

Stakeholders geven tevens aan dat inzicht in de effectiviteit van interventies ontbreekt, onder meer doordat de effectiviteit van interventies nog nauwelijks onderzocht is. Alle partijen geven aan dat er grote behoefte is aan meer kennis over de effectiviteit van activiteiten zodat optimale keuzes gemaakt kunnen worden om interventies lokaal te implementeren.⁴

⁴ Sinds kort werkt het Centrum Gezond Leven aan het samenvoegen van databanken met interventies. Het is de bedoeling dat deze interventies gecertificeerd gaan worden.

Risicogroepen en bereik

Stakeholders noemen als specifieke risicogroepen ouderen met een lage sociaaleconomische status, allochtone ouderen, ouderen met overgewicht, ouderen die leven in armoede, ouderen met een beperkte regie, dementerenden en eenzame ouderen. Ook (oudere) mantelzorgers zijn een belangrijke risicogroep, omdat zij veelal overbelast zijn, voor eigen kwalen geen hulp zoeken en in een sociaal isolement terecht kunnen komen.

Ook ouderen die niet tot een van bovengenoemde risicogroepen behoren, kunnen kampen met bepaalde (psychische) problemen. Zo kunnen ouderen met een hoge sociaaleconomische status depressief of eenzaam zijn, terwijl ze niet als risicogroep in beeld zijn. Het blijven toetsen en actualiseren van het beleid en afstemming van het aanbod op de behoeften van ouderen is noodzakelijk voor een goed, passend preventief ouderenbeleid.

Stakeholders menen dat het bereik van risicogroepen onvoldoende is en dat vraagt om extra aandacht en investeringen. Oplossingen worden gezien in versterking van de eerste lijn, waaronder huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en andere thuiszorgmedewerkers.

De stakeholders zijn verdeeld over de vraag wie van deze professionals de risicogroepen het beste kan bereiken. Een deel van de geïnterviewden legt de verantwoordelijkheid voor het bereiken en aanspreken van risicogroepen vooral bij de huisarts. Volgens deze stakeholders zijn de risicogroepen bij de huisarts in beeld en kennen zij redelijk veel gezag toe aan de huisarts.

Enkele stakeholders geven echter aan dat de huisarts al te veel taken heeft en veelal geen tijd en aandacht heeft voor preventieve zorg voor ouderen. Zij leggen de verantwoordelijkheid voor het bereiken van specifieke groepen vooral bij welzijnsorganisaties en de thuiszorgorganisaties. Medewerkers van voorzieningen als *"Tafeltje Dekje"* hebben veelal goed zicht op de situatie van ouderen, maar hebben weinig mogelijkheden om hun signaleringsfunctie optimaal te benutten.

Alle stakeholders zijn positief over de 'terugkeer' van de wijkverpleegkundige en zien de huidige ontwikkelingen op dit gebied hoopvol tegemoet. Deze versterking van de eerste lijn biedt ook op het terrein van de preventie veel kansen.

Enkele stakeholders zijn van mening dat bepaalde interventies zoals het consultatiebureau voor ouderen vooral mondige ouderen bereiken. Dit wordt door sommige stakeholders als negatief gezien, omdat de interventie juist kwetsbare doelgroepen zou moeten bereiken. Andere stakeholders benadrukken dat het consultatiebureau voor ouderen een goede interventie is, juist omdat het in staat is ouderen te bereiken. Zij menen dat het bereik uiteindelijk steeds breder zal worden. Zij geven bovendien aan dat een dergelijke interventie voor iedereen beschikbaar moet zijn en niet alleen gericht op een specifieke groep ouderen.

Verskillende stakeholders geven aan dat ouderen zelf willen meebeslissen over en betrokken worden bij het ouderenbeleid. Het is gebleken dat het concept 'voor ouderen, door ouderen' succesvol is. Stakeholders menen dat er veel kansen liggen in het meer betrekken van ouderen bij het ouderenbeleid.

Verantwoordelijkheid en rol van gemeenten

De gemeente kan volgens de meeste stakeholders een regierol vervullen in de vormgeving van preventieve ouderenzorg. Een stakeholder is van mening dat de verantwoordelijkheid slechts gedeeltelijk bij de gemeente ligt en dat deze taak beperkt moet blijven tot het gebied van de collectieve preventie.⁵

Er moet nog een behoorlijke slag worden gemaakt in de samenwerking, afstemming en afbakening tussen de betrokken partijen. Door de Wpg worden partijen min of meer gedwongen in gesprek te gaan over preventieve ouderengezondheidszorg. De gemeente kan op basis van de Wpg het voortouw nemen en (meer) samenwerking tussen verschillende partijen tot stand brengen. Daarnaast kan de gemeente zorg dragen voor afstemming tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wpg en de Wmo.

De gemeentelijke verantwoordelijkheid wordt door de meeste stakeholders als positief gezien omdat het kansen biedt voor lokaal maatwerk. De gemeente kan inspelen op lokale behoeften en noden van de bevolking. Gemeenten moeten hierbij wel de ruimte en de vrijheid krijgen om lokaal beleid te voeren en lokale prioriteiten te stellen.

Wat betreft de taken 'het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding' en 'vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen' in artikel 5a van de Wpg bestaat er bij de stakeholders onduidelijkheid over de invulling hiervan. De taken die de gemeente op het gebied van preventieve ouderenzorg krijgt toegewezen zijn volgens de stakeholders nog onvoldoende helder geformuleerd. Er lijkt veel overlap te bestaan met de prestatievelden van de Wmo.

52

De taken worden door sommige stakeholders niet als nieuw gezien, omdat zij van mening zijn dat de ouderengezondheidszorg al onder het gemeentelijk preventiebeleid valt. Preventie gaat de gehele bevolking aan, en ouderen maken daar deel van uit. Daarnaast horen deze taken niet exclusief tot het gemeentelijke werkterrein omdat ook andere partijen - zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen - hier een rol in spelen en verantwoordelijkheid hebben. Een aantal stakeholders is van mening dat de taak 'vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen' geen taak van de gemeente is, maar van de eerste lijn.

Volgens stakeholders zijn doelen en taken in de Wpg onvoldoende helder geformuleerd, waardoor ook de taken van betrokken organisaties en hun verantwoordelijkheden binnen het geheel niet duidelijk zijn.

Enkele stakeholders vrezen dat de gemeenten in de toekomst hun preventieve taken voor ouderen minimaal gaan invullen omdat de gemeenten onvoldoende zicht hebben op wat er van hen verwacht wordt en niet weten hoe zij deze taken kunnen uitvoeren. Bij veel gemeenten staat bovendien de uitvoering van de Wmo nog in de kinderschoenen.

5 Volgens deze stakeholder is het nog maar de vraag of het amendement van Kant uiteindelijk zal kunnen worden uitgevoerd. Deze stakeholder vindt het niet wenselijk dat de gemeentelijke verantwoordelijkheid met individuele preventie wordt uitgebreid.

Er is volgens stakeholders nog onvoldoende geïnvesteerd in competenties en kennis bij gemeenten. Met de Wpg komt er meer verantwoordelijkheid bij gemeenten te liggen, zonder dat er geld beschikbaar komt om de regierol te kunnen uitvoeren. Ook het feit dat gemeentelijk beleid onderhevig is aan politieke invloeden kan nadelig zijn voor de continuïteit van (financiering van) activiteiten.

Gemeenten hebben te maken met concurrerende marktpartijen en Europese wetgeving op het gebied van aanbestedingen en dergelijke; gemeenten hebben ook nog onvoldoende zicht op hoe zij deze partijen en regels kunnen verbinden aan het preventieve ouderengezondheidsbeleid.

Een stakeholder heeft aangegeven dat de rijksoverheid gemeenten zou kunnen faciliteren door informatie over bruikbare en doelmatige interventies aan te reiken. Lokaal kan dan door gerichte beleidskeuzes maatwerk geboden worden op grond van landelijk (erkende) interventies. Het lokale beleid kan gestimuleerd worden door aan te sluiten bij het landelijk beleid. Zo worden 'gemeenten gestuurd op basis van inhoudelijk gezag in plaats van met wet- en regelgeving,' aldus deze stakeholder.

Financiering

Stakeholders vrezen dat de gemeenten de Wpg niet goed zullen kunnen uitvoeren omdat er geen extra geld beschikbaar komt. Een regierol voor gemeenten impliceert het bevorderen van samenhang, samenwerking en afstemming. Er moet ook worden geïnvesteerd in competenties en menskracht. Zonder extra financiering is het onzeker of gemeenten deze taken kunnen uitvoeren.

Bovendien geven stakeholders aan dat er (te) weinig zicht is op de samenhang tussen de verschillende financiële kaders zoals de AWBZ, de Wmo, de Wpg en de Zorgverzekeringswet en dat de taken behorend bij deze wetten onvoldoende op elkaar zijn afgestemd.

Preventieve activiteiten worden zelden structureel gefinancierd. Stakeholders geven als redenen hiervoor aan dat er veel verschillende financieringssystemen zijn, en dat projectfinanciering (bijvoorbeeld via ZonMw) een steeds grotere rol is gaan spelen.

Tegelijkertijd biedt marktwerking kansen omdat partijen via onconventionele wegen zoeken naar nieuwe financieringsstromen. Zo geeft een stakeholder aan dat bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties zich (meer) naar de GGD en gemeente kunnen profileren als verstrekker van informatie over thema's die in het kader van preventief ouderenbeleid van belang zijn. Een andere stakeholder geeft aan dat zorgverzekeraars bijvoorbeeld health-centra kunnen financieren. Op deze wijze dragen zorgverzekeraars bij aan primaire preventie, zonder dat de gemeente daarin een faciliterende of coördinerende rol hoeft te spelen.

Betere afstemming van de financiering van activiteiten tussen zorgverzekeraars, gemeenten en andere partijen kan bijdragen aan efficiëntere en effectievere preventieve gezondheidszorg.

Samenvatting en conclusies

Preventieve zorg voor ouderen / ouderengezondheidszorg

Stakeholders geven aan dat preventiebeleid voor ouderen onderdeel uitmaakt van de zorgketen. Preventie is verbonden met cure en care en hangt ook samen met voorzieningen op het gebied van wonen en welzijn. Zo is aangepast wonen een vorm van valpreventie en kunnen sociale activiteiten preventief het sociale en psychische welzijn van ouderen bevorderen.

Ouderen maken volgens de stakeholders onderdeel uit van algemene preventieve zorg en tegelijkertijd is het van belang dat er ruimte is voor ouderen als specifieke doelgroep. Enkele stakeholders wijzen erop dat bepaalde problemen bij ouderen om een specifieke benadering vragen (bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik en overgewicht) en dat een deel van de doelgroep uit kwetsbare ouderen bestaat.

Behoeftte van de doelgroep

Behoeften van de doelgroep en de mate van gezondheid van ouderen zijn niet altijd afhankelijk van kalenderleeftijd. Werken met leeftijds grenzen is volgens stakeholders dus niet altijd relevant, omdat andere factoren zoals opleidingsniveau, sociaaleconomische status en leefstijl een rol spelen. Bepaalde groepen ouderen krijgen pas na hun 75ste levensjaar gezondheidsklachten, terwijl die klachten al bij een 50-jarige van allochtone afkomst kunnen optreden. Als de leeftijd voor deelname aan bepaalde preventieve activiteiten op 65 jaar wordt gezet, kan het voor een deel van de doelgroep te vroeg en voor een ander deel te laat worden aangeboden.

Verskillende stakeholders geven aan dat ouderen zelf willen meebeslissen over en betrokken worden bij het ouderenbeleid. Het is gebleken dat het concept 'Voor ouderen, door ouderen' succesvol is. Stakeholders menen dat er veel kansen liggen in het meer betrekken van ouderen bij het ouderenbeleid om beter te kunnen aansluiten op de behoeften van de (verschillende) doelgroepen.

Bereik van doelgroep en risicogroepen

Diverse stakeholders pleiten voor preventiebeleid en activiteiten gericht op brede doelgroepen in combinatie met activiteiten gericht op oudere (risico)groepen, onder meer gebaseerd op epidemiologische gegevens van de lokale bevolking.

Risicogroepen zijn volgens stakeholders ouderen met lage sociaaleconomische status, allochtone ouderen, ouderen met overgewicht, ouderen die leven in armoede, dementerenden, eenzame ouderen, oudere mantelzorgers en ouderen met een beperkte regie.

Deze risicogroepen worden volgens stakeholders onvoldoende bereikt. Voor een beter bereik is het bijvoorbeeld van belang om wensen en behoeften van deze ouderen beter in kaart te brengen. Verder geven stakeholders aan dat risicogroepen beter bereikt kunnen worden door versterking van de eerste lijn, waaronder huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en andere thuiszorgmedewerkers. De meningen van de stakeholders zijn echter verdeeld over de vraag wie van deze professionals risicogroepen het beste kan bereiken.

Aanbod verdeeld over de domeinen / thema's

Alle stakeholders geven aan dat er in het algemeen veel activiteiten plaatsvinden op het gebied van preventieve ouderenzorg. De afgelopen jaren zijn er ook meer interventies voor ouderen ontwikkeld en aangeboden. Er is volgens stakeholders sprake van versnippering in het aanbod en er is onvoldoende samenhang in de informatievoorziening.

Het ontbreekt de stakeholders aan overzicht over alle preventieve zorg voor ouderen.

Lacunes

Stakeholders geven aan dat er in het aanbod van preventieve activiteiten meer aandacht zou mogen zijn voor de thema's angst, depressie, eenzaamheid, comorbiditeit en alcohol-misbruik bij ouderen. Ook geven stakeholders aan dat er bij het aanbieden van preventie activiteiten nog onvoldoende vanuit het perspectief van de burgers wordt gedacht. Echt maatwerk leveren betekent namelijk dat er niet van een gemiddelde wordt uitgegaan, maar dat gekeken wordt naar de wensen en behoeften van ouderen.

Samenwerking en afstemming

Alle stakeholders benadrukken dat samenwerking tussen de betrokken organisaties op lokaal niveau onvoldoende is. De taakverdeling tussen de partijen is onduidelijk, onder meer doordat geen enkele partij de regie heeft. Ook marktwerking kan samenwerking in de weg staan omdat partijen met elkaar concurreren in plaats van samenwerken.

Stakeholders zijn het erover eens dat betrokken partijen over taken en invulling van de Wpg concreet aan de slag moeten gaan om tot betere samenwerking en afstemming te komen.

55

Financiering

Preventieve activiteiten worden meestal niet structureel gefinancierd volgens de stakeholders. Dit komt door de vele verschillende financieringssystemen en doordat projectfinanciering een steeds grotere rol speelt.

Partijen hebben (te) weinig zicht op de samenhang tussen de verschillende financiële kaders van de AWBZ, de Wmo, de Wpg en de Zorgverzekeringswet.

Omdat er geen extra geld beschikbaar komt, vrezen stakeholders dat gemeenten de Wpg niet goed zullen kunnen uitvoeren.

Stakeholders geven ook oplossingsrichtingen aan met betrekking tot de financiering. Zo kan marktwerking kansen bieden als partijen via onconventionele wegen op zoek gaan naar nieuwe financieringsstromen. Daarnaast kan betere afstemming tussen partijen over financiering van activiteiten bijdragen aan een efficiëntere en effectievere preventieve gezondheidszorg.

Effectiviteit van interventies

Stakeholders geven aan dat inzicht in de effectiviteit van interventies ontbreekt, onder meer doordat daar nog nauwelijks onderzoek naar is gedaan. Alle partijen geven aan dat er grote behoefte is aan meer kennis over de effectiviteit van preventieactiviteiten zodat optimale keuzes gemaakt kunnen worden om interventies lokaal te implementeren.

(Toekomstige) rol gemeenten en organisaties

Bij stakeholders bestaat onduidelijkheid over de invulling van de taken die in artikel 5a van de Wpg worden genoemd – het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding en vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen – voor de gemeente op het gebied van preventieve ouderenzorg. Daarnaast horen deze taken niet exclusief tot het gemeentelijke werkterrein omdat ook andere partijen – zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen – hier een rol in spelen en verantwoordelijkheid hebben. Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen is volgens een aantal stakeholders geen taak van de gemeente, maar een taak van de eerste lijn.

Enkele stakeholders vrezen dat de gemeenten hun preventieve taken voor ouderen minimaal gaan invullen omdat de gemeenten onvoldoende zicht hebben op wat er van hen verwacht wordt en zij niet weten hoe ze deze taken kunnen uitvoeren terwijl zij 'nog in de kinderschoenen staan' met de uitvoering van de Wmo.

Ondanks bovengenoemde kanttekeningen wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid door de meeste stakeholders als positief gezien omdat het kansen biedt voor lokaal maatwerk. De gemeente kan inspelen op lokale behoeften en noden van de bevolking. Gemeenten moeten hierbij wel de ruimte en de vrijheid krijgen om lokaal beleid te voeren en lokale prioriteiten te stellen.

De gemeente kan op basis van de Wpg het voortouw nemen om (meer) samenwerking tussen de verschillende partijen tot stand te brengen en zorg te dragen voor afstemming tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wpg en de Wmo. Er moet echter nog een behoorlijke slag worden gemaakt om tot betere samenwerking, afstemming en afbakening tussen alle betrokken partijen te komen.

7. Resultaten vragenlijstonderzoek CbO's

Doel van het onderzoek naar de consultatiebureaus voor ouderen (CbO's) is informatie te verzamelen over de opzet en de werkwijze, het bereik, de financiering en de samenwerkingspartners van de CbO's.

Op het terrein van preventieve zorg voor ouderen zijn de CbO's een relatief nieuw fenomeen. In 2001 is in Leiden het eerste CbO start gegaan. De afgelopen twee jaar is het aantal CbO's sterk gestegen. In sommige steden en regio's zijn de activiteiten van het CbO (over een bepaalde periode) geëvalueerd. Er bestaat echter geen landelijk overzicht van bestaande CbO's en hun werkwijze.

Onder de CbO's die bekend zijn bij Vilans is door middel van een vragenlijst informatie verzameld over hun werkwijze, opzet, bereik, financiering en samenwerkingspartners. We hebben aan 54 vertegenwoordigers van organisaties een internetvragenlijst gestuurd.

Respons op de vragenlijst

In totaal hebben we vragenlijsten van 30 respondenten teruggekregen, een respons van 56%. Sommige organisaties hebben, in tegenstelling tot ons verzoek, één vragenlijst ingevuld voor CbO's in meerdere gemeenten. Om inzicht te krijgen in het CbO per gemeente hebben we deze vragenlijsten voor de verwerking van de data twee of meer malen meegewogen.

57

Van de 32 vertegenwoordigers die betrokken zijn bij een CbO's in één gemeente, hebben er 20 een vragenlijst geretourneerd. Van de 22 vertegenwoordigers van organisaties die in meerdere gemeenten actief zijn, hebben 10 respondenten vragenlijsten ingevuld die in het totaal betrekking hebben op CbO's in 50 gemeenten.

Aantal respondenten	Reacties over CbO's in x gemeenten	Informatie over het aantal gemeenten met een of meer CbO's
20	1 gemeente	20
3	2 gemeenten	6
2	4 gemeenten	8
1	5 gemeenten	5
1	6 gemeenten	6
1	7 gemeenten	7
1	8 gemeenten	8
1	10 gemeenten	10
30		70

Tabel 3: Aantal CbO's en aantal gemeenten

De ingevulde vragenlijsten geven dus inzicht in de opzet en werkwijze van de CbO's in 70 gemeenten (zie tabel 3).

Uit de antwoorden van 7 van de 30 respondenten blijkt dat de CbO's waarbij zij betrokken waren gestopt zijn. Dat geldt voor 21 van de 70 gemeenten; dat is dus in 30% van de gemeenten het geval. De belangrijkste redenen om te stoppen met het CbO waren:

- het ontbreken van financiering
- gestopt in afwachting van de invulling van het beleid ten aanzien van artikel 5a van de Wet publieke gezondheid
- gebrek aan medewerking van huisartsen.

De vragen over de oprichting en de verschijningsvorm van de CbO's zijn gesteld aan alle respondenten, dus ook aan hen die betrokken zijn bij CbO's die inmiddels gestopt zijn. De overige resultaten hebben betrekking op de CbO's die in 49 gemeenten actief zijn.

De opzet en aansturing van een CbO

De aanleiding voor het opzetten van een CbO is vooral dat de organisatie een CbO een zinvol aanbod vindt voor de doelgroep ouderen (79%). Andere redenen voor het opzetten van CbO's zijn de vraag vanuit de doelgroep (33%), de toenemende vergrijzing (33%) en de ongunstige gezondheidssituatie van ouderen (20%). Bij de antwoordcategorie 'anders' zijn verder genoemd: de groeiende wachtlijsten voor de zorg, het past in het beleid van de gemeente en de mogelijkheid tot subsidiering door ZonMw.

58

Het initiatief om een CbO op te zetten is meestal afkomstig van thuiszorgorganisaties (59%) en in mindere mate van ouderen zelf (33%), de GGD (29%), de gemeente (25%) en organisaties voor ouderenzorg (18%). In enkele gevallen komt het initiatief van de Stichting Welzijn ouderen (8%) of van een ggz-organisatie (2%). Bij de antwoordcategorie 'anders' hebben respondenten aangegeven dat het initiatief afkomstig is van de huisartsen/apotheken (6%). Gemiddeld is het initiatief om een CbO op te zetten afkomstig van twee samenwerkende organisaties: bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie met een GGD, een thuiszorgorganisatie met een vertegenwoordiging van de doelgroep of een gemeente met een GGD.

De aansturing van de CbO's vindt in 65% van de gevallen plaats door een speciaal daartoe opgerichte stuurgroep of projectgroep. Deze projectgroepen bestaan gemiddeld uit vier verschillende organisaties. Meestal wordt de projectgroep gevormd door de thuiszorgorganisatie, de GGD, de ggz-organisatie en ouderen zelf.

In de meeste gevallen liggen de coördinatie en de projectleiding van het CbO bij de thuiszorgorganisatie (88%). Ook draagt de thuiszorgorganisatie vaak zorg voor de uitvoering van de CbO's (74%) en draagt zij de eindverantwoordelijkheid (82%).

Respondenten geven bij de antwoordcategorie 'anders' aan dat de uitvoering van de CbO's in enkele gevallen bij de huisartsen ligt (6%).

Op gemeentelijk niveau bestaat er veel samenwerking tussen organisaties (64%). De samenwerking bestaat uit regulier overleg met relevante partijen op het gebied van wonen, welzijn en zorg en samenwerking in het kader van het CbO. Ruim de helft van de CbO's werkt ook op regionaal niveau samen (58%). Dit betreft in de meeste gevallen uitwisseling van ideeën en werkwijzen (40%) of een gezamenlijk project (18%).

Werving deelnemers en doelgroepen

Bij 29% van de CbO's krijgen ouderen een persoonlijke uitnodiging om naar het consult te komen, in 8% komen ze op eigen initiatief. Bij de meeste CbO's (63%) wordt de doelgroep rechtstreeks benaderd.

Om bekendheid te geven aan het CbO wordt voornamelijk gebruik gemaakt van oproepen in lokale media (krant, radio, tv, kabelkrant) (77%), posters/affiches en folders (71%) en er wordt mondeling informatie vertrekt door zorg- en dienstverleners die bij cliënten thuis komen (73%). In mindere mate wordt er gebruik gemaakt van presentaties op bijeenkomsten en congressen (38%), informatiepakketten die de gemeente verstuurt als de inwoners 65 jaar worden (21%) en bladen van ouderenbonden (6%).

CbO's richten zich meestal op een bepaalde leeftijdsgroep. Deze groepen verschillen per CbO (zie tabel 4).

Leeftijdsgroep waarop het CbO zicht richt	%
50 jaar en ouder	36%
55 jaar en ouder	15%
60 jaar en ouder	21%
65 jaar en ouder	6%
70 jaar en ouder	4%
75 jaar en ouder	10%
Alle leeftijden	2%
Anders: 60-75 jaar	4%

Tabel 4: Leeftijdscategorieën doelgroep CbO

Tweederde van de CbO's richten zich op specifieke risicogroepen. De genoemde groepen zijn:

- ouderen met een lage sociaaleconomische status (81%)
- oudere mantelzorgers (70%)
- allochtone ouderen (50%)
- alleenstaande ouderen (48%)
- recent verweduwde ouderen (47%)
- ouderen die uit beeld zijn geraakt bij de huisarts (6%).

Bereik

Een kwart van de CbO's vindt dat de beoogde doelgroepen daadwerkelijk bereikt worden; 73% is van mening dat het deels lukt en 2% vindt dat de doelgroepen onvoldoende bereikt worden. De mate waarin de doelgroepen bereikt worden, hangt onder meer af van de wijze waarop ouderen geattendeerd worden op het bestaan van het CbO.

Redenen waarom de doelgroepen moeilijk bereikt kunnen worden zijn:

1. *Onbekendheid met het aanbod:* Het kost moeite om de doelgroep te bereiken via lokale kranten, advertenties en posters. De pr is niet voldoende selectief opgezet en leidt hierdoor tot wisselend succes bij het bereiken van de beoogde doelgroepen.
2. *Het is lastig om bepaalde risicogroepen te bereiken:* Voornamelijk bezoekers uit wijken met een lage sociaaleconomische status zijn moeilijk te bereiken. Dat heeft onder meer te maken met de mentaliteit en de motivatie, maar ook met de taalachterstand van bepaalde risicogroepen. Kwetsbare ouderen, eenzame/geïsoleerde ouderen en allochtone ouderen reageren ook nauwelijks op een schriftelijke uitnodiging.
3. *Samenwerking met de huisartsen:* Er is soms concurrentie met de huisartsen bij preventie-activiteiten, er is een gebrekkig draagvlak voor het CbO bij de huisartsen en het kost tijd om met huisartsen samen te werken en hen te motiveren risicogroepen door te sturen.
4. *Onvoldoende financiële mogelijkheden:* Het bereiken van de beoogde doelgroepen kost tijd (en dus geld). De middelen hiervoor ontbreken.

60

Het consult

Meestal vindt het consult op een vaste locatie plaats (92%), al dan niet in combinatie met een huisbezoek (31%) of mobiele locatie (bijvoorbeeld in een bus) (11%). De consulten worden meestal op één (64%) en in mindere mate op twee verschillende manieren (36%) aangeboden.

Wanneer de consulten op een vaste locatie plaatsvinden, is dit voornamelijk in een gebouw van de thuiszorgorganisatie (66%), een andere zorginstelling (11%) of een gezondheidscentrum (11%).

In de meeste CbO's voert een wijkverpleegkundige het consult uit (89%). In enkele gevallen is de consulent een SPV-er (2%) of een praktijkondersteuner (9%).

Meestal duurt een consult een uur (85%).

Driekwart van de ouderen wordt na het eerste consult uitgenodigd voor een vervolgsconsult. In het merendeel gaat dat om één vervolgsconsult (57%). De duur van deze vervolgsconsulten is een half uur (60%) of een uur (40%).

Tijdens het consult worden algemene gegevens genoteerd. Sommige CbO's noteren het geboorteland, de etniciteit of de culturele achtergrond van de bezoekers. Er wordt altijd met de cliënt gesproken over zijn/haar gezondheidstoestand. Ook wordt gevraagd naar de beleving van de gezondheid (100%), chronische aandoeningen (98%), problemen met de ADL (96%), de geschiedenis van de gezondheid (87%), medicijngebruik (85%), de reden van het

bezoek aan het CbO (81%), slapen en ontspannen (77%). In mindere mate wordt gevraagd naar medische behandeling (72%), duizeligheid (66%), aandoeningen in de familie (60%), uitscheiding (64%) en deelname aan ander preventief onderzoek (uitstrijkje, borstonderzoek, griepvaccinatie) (51%).

Tijdens het consult worden lichamelijke metingen verricht van de bloeddruk (94%), het gewicht (92%), de lengte (89%), het BMI (body mass index)(85%), en de bloedsuiker (83%). In mindere mate worden lichamelijke metingen verricht van het cholesterolgehalte (55%), de hartslagmeting via de pols (43%) of wordt gemeten hoeveel tijd het kost om op te staan uit de stoel en een stukje te lopen, om zo een indruk te krijgen van de mobiliteit (47%). De zintuigen die tijdens het consult worden nagegaan zijn voornamelijk horen (89%) en zien (89%) en in mindere mate spreken (60%) en ruiken (44%).

Er wordt tijdens het consult veel aandacht besteed aan aspecten van de psychische gezondheid, zoals angstgevoelens (98%), depressieve gevoelens (96%) en vergeetachtigheid (92%). Ook worden de leefstijl en het sociale welbevinden uitgebreid besproken. Bij participatie wordt veel aandacht besteed aan vrije tijd (98%) en bewegen en sport (96%). In mindere mate besteden CbO's aandacht aan vrijwilligerswerk (68%), verenigingswerk (57%) en oppassen op kleinkinderen (53%). Soms wordt ook gevraagd naar de woonsituatie en of de kinderen in de buurt wonen.

De CbO's besteden veelal aandacht aan de behoefte aan hulp bij het huishoudelijke werk (94%) of het geven/ontvangen van mantelzorg (89%/83%). Er wordt minder ingegaan op de behoefte aan hulp bij klussen in en om het huis (55%), hulp bij financiële administratie (45%) en ondersteuning bij tuinonderhoud (34%).

Driekwart van de CbO's beschikt over een goede sociale kaart van de regio, 18% zegt over een matig goede sociale kaart te beschikken en 4% heeft onvoldoende zicht op de sociale kaart.

Registratiegegevens van de CbO's

Bijna driekwart van de CbO's houdt registratiegegevens bij over de werkzaamheden. Aan de CbO's die geen registratiegegevens bijhouden hebben we gevraagd een schatting te maken op basis van hun ervaringen. We hebben vragen gesteld over:

- de ouderen die het CbO bezoeken: kenmerken, reden van consult en tevredenheid met het consult
- de meest gesignaleerde problemen en risico's bij ouderen
- de adviezen, de verwijzingen en in hoeverre advies en verwijzing worden opgevolgd.

Uit deze gegevens blijkt dat de CbO's per gemeente in het afgelopen jaar gemiddeld 124 ouderen hebben bereikt voor een eerste consult en 37 ouderen voor een tweede consult. Ouderen bezoeken een CbO omdat ze willen weten of ze gezond zijn en gezond leven (73%), hoe ze gezond ouder kunnen worden (58%), maar ook omdat ze niet gemakkelijk naar de huisarts gaan (44%).

Op het CbO komen meer vrouwen (64%) dan mannen (36%). De meeste bezoekers zijn ouder dan 70 jaar (55%). We hebben de respondenten gevraagd aan te geven of de bezoekers van het CbO naar hun inschatting vooral bestaan uit vitale ouderen, redelijk vitale ouderen of kwetsbare ouderen. Uit hun antwoorden blijkt dat het CbO vooral redelijk vitale ouderen (41%) trekt. Vitale ouderen (33%) en kwetsbare ouderen (26%) maken er in mindere mate gebruik van.

Bijna driekwart van de CbO's verzamelt gegevens over de tevredenheid van de ouderen die het CbO bezoeken. Uit hun evaluaties blijkt dat bijna alle (93%) bezoekers tevreden tot zeer tevreden zijn over het CbO. Het rapportcijfer dat ouderen geven is gemiddeld een 8.3.

De meest gesignaleerde problemen tijdens een consult zijn overgewicht/verhoogde BMI/buikomvang (72%), een verhoogd cholesterolgehalte (62%) en een verhoogde bloeddruk (50%), te weinig beweging (33%) en eenzaamheid (30%). Valangst blijkt bij geen enkele CbO in de top drie van gesignaleerde problemen te staan, een verminderde visus slechts bij één CbO.

Driekwart van de ouderen krijgt op grond van het consult een advies. De adviezen hebben meestal betrekking op meer bewegen (78%), gezonder eten (67%), afvallen (30%) en vrijwilligerswerk (39%). Ruim een derde (36%) van de ouderen krijgt op grond van het consult een verwijzing. De ouderen worden het meest verwezen naar de huisarts (89%) en de diëtist (30%).

62

Een kwart van de CbO's houdt bij of ouderen de adviezen en verwijzingen opvolgen. Een groot deel (75%) van de ouderen blijkt de adviezen van het CbO daadwerkelijk op te volgen.

Financiering van het CbO

De CbO's worden voornamelijk gefinancierd door ZonMw (53%), gemeenten (49%), ziektekostenverzekering (42%), provincie (31%) en de AWBZ (31%). De CbO's worden gemiddeld uit twee financieringsbronnen gefinancierd.

De meest genoemde combinaties zijn financiering door de provincie, de gemeente en ZonMw (12 maal genoemd). De combinatie gemeente en de ziektekostenverzekering werd 10 maal genoemd, waarbij in 6 situaties ook de provincie er als financier bij betrokken is. In 8 gevallen wordt het CbO gefinancierd uit de AWBZ en de ziektekostenverzekering. Iets meer dan de helft van deze CbO's vormt een structureel onderdeel van de preventieve zorg voor ouderen; de overige CbO's worden aangeboden in de vorm van een pilot. De CbO's bestaan gemiddeld 41 maanden. De financiering van het CbO blijkt een van de knelpunten te zijn.

Meerwaarde van het CbO en ervaren knelpunten

Alle respondenten vinden dat het CbO meerwaarde heeft in het kader van de preventieve zorg aan ouderen. Daarbij wordt vooral genoemd: de laagdrempeligheid, de integrale aanpak gericht op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven en de aandacht voor behoud en herstel van de functionaliteit van de ouderen. Ook vroegsignalering van gezondheidsproblemen zoals

overgewicht, depressie, verhoogd cholesterolgehalte, bloedsuiker of bloeddruk, dementie en het voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement worden belangrijk geacht. Het CbO is volgens de respondenten een goede aanvulling op de huisartsenzorg.

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat er ook knelpunten bestaan.

De financiering van het CbO blijkt een van de grootste knelpunten te zijn en is vaak aanleiding om de deuren te sluiten. De respondenten noemen ook gebrek aan medewerking van huisartsen als reden voor het stopzetten van het CbO. Een aantal malen wordt aangegeven dat men voorlopig gestopt is, in afwachting van de invulling van het beleid ten aanzien van artikel 5a van de Wet publieke gezondheid.

Andere knelpunten zijn dat ouderen nog te weinig gebruikmaken van het CbO; risicogroepen, zoals allochtone ouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status, zijn moeilijk te bereiken. Er is onduidelijkheid over de effectiviteit van het CbO. De respondenten wijzen ook op een gebrek aan samenhang in de preventieve zorg voor ouderen en een gebrek aan samenwerking en afstemming.

Samenvatting en conclusies

Het initiatief om een CbO op te zetten is vooral afkomstig van thuiszorgorganisaties en in mindere mate van ouderen zelf, de GGD en de gemeente. De aansturing van de CbO's vindt meestal plaats door een stuurgroep waarin de thuiszorgorganisatie, de GGD, de ggz-organisatie en ouderen zelf zitting hebben. De coördinatie, de projectleiding en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de CbO's liggen over het algemeen bij de thuiszorgorganisatie. Iets meer dan de helft van de CbO's vormt een structureel onderdeel van de preventieve zorg voor ouderen; de overige CbO's worden aangeboden in de vorm van een pilot. De CbO's worden voornamelijk gefinancierd door ZonMw, AWBZ, de ziektekostenverzekering, gemeenten en/of de provincie. Bijna driekwart van de CbO's houdt registratiegegevens bij over hun werkzaamheden. Daaruit blijkt dat ouderen het CbO bezoeken omdat ze willen weten of ze gezond zijn en gezond leven, hoe ze gezond ouder kunnen worden en omdat ze niet gemakkelijk naar de huisarts gaan. Bijna alle bezoekers zijn tevreden tot zeer tevreden over het CbO. Vooral de persoonlijke aandacht en de advisering op maat worden op prijs gesteld.

Ruim een derde deel van de CbO's richt zich op de leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder; de overige op de wat oudere doelgroepen. Op het CbO komen tweemaal zoveel vrouwen als mannen. Het CbO wordt vooral bezocht door de groep redelijk vitale ouderen. Vitale ouderen en kwetsbare ouderen maken er in mindere mate gebruik van. Tweederde van de CbO's proberen specifieke risicogroepen te bereiken, zoals ouderen met een lage sociaaleconomische status, oudere mantelzorgers en allochtone ouderen. Een kwart van de CbO's vindt dat de beoogde doelgroepen daadwerkelijk bereikt worden, terwijl driekwart van mening is dat dit slechts ten dele lukt. De risicogroepen reageren niet voldoende op berichten in lokale media, advertenties en posters. Kwetsbare ouderen, geïsoleerde ouderen en allochtone ouderen reageren echter ook niet voldoende op een schriftelijke uitnodiging. Het bereiken van de beoogde doelgroepen kost dus veel tijd en geld, en de middelen hiervoor ontbreken dikwijls.

Meestal vindt het consult op locatie plaats. Een derde deel van de CbO's gaat daarnaast ook op huisbezoek. In veruit de meeste gevallen voert een wijkverpleegkundige het consult uit. In enkele gevallen is de consulent een praktijkondersteuner. Meestal duurt een consult een uur. Tijdens het consult wordt gevraagd naar de ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, problemen met de ADL en medicijngebruik, medische behandelingen, slapen en ontspannen. Er worden metingen verricht van het gewicht, de lengte, body mass index (BMI), bloeddruk en bloedsuiker. In mindere mate worden het cholesterolgehalte en de hartslag gemeten. De zintuigen die tijdens het consult worden nagegaan zijn voornamelijk horen en zien. Er wordt veel aandacht besteed aan de psychische gezondheid, zoals vergeetachtigheid, depressieve gevoelens en angstgevoelens. De leefstijl en het sociale welbevinden worden uitgebreid besproken. Bij participatie wordt vooral aandacht besteed aan vrije tijd, bewegen, vrijwilligerswerk en verenigingswerk.

De meest gesignaleerde problemen tijdens een consult zijn overgewicht/verhoogde BMI/buikomvang, een verhoogd cholesterolgehalte, verhoogde bloeddruk, te weinig beweging en eenzaamheid. Driekwart van de ouderen krijgt een gericht advies. De adviezen hebben meestal betrekking op meer bewegen en gezonder eten, er regelmatig ook op afvallen en het doen van vrijwilligerswerk. Een kwart van de CbO's houdt bij of de adviezen en verwijzingen opgevolgd worden. Uit de gegevens blijkt dat driekwart van de ouderen het advies daadwerkelijk opvolgt. Een derde deel van de ouderen krijgt op grond van het consult een verwijzing. Ouderen worden vooral verwezen naar de huisarts of de diëtist.

64

Alle respondenten vinden dat het CbO een meerwaarde heeft in het kader van de preventieve zorg voor ouderen. Daarbij worden vooral genoemd: de laagdrempeligheid, de integrale aanpak gericht op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven en de aandacht voor behoud en herstel van functionaliteit van ouderen. Ook vroegsignalering van gezondheidsproblemen zoals overgewicht, depressie, verhoogd cholesterolgehalte, bloedsuiker of bloeddruk en dementie, en het voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement worden belangrijk geacht. Het CbO is volgens de respondenten een goede aanvulling op de huisartsenzorg.

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat er knelpunten bestaan bij de uitvoering. De financiering van het CbO blijkt een van de grootste struikelblokken te zijn en is vaak aanleiding om de deuren te sluiten. De respondenten geven daarnaast het gebrek aan medewerking van huisartsen aan als reden voor het stopzetten van het CbO. Ook wordt aangegeven dat men voorlopig gestopt is in afwachting van de invulling van het beleid ten aanzien van artikel 5a van de Wet publieke gezondheid.

Andere knelpunten die de respondenten noemen zijn dat ouderen nog te weinig gebruiken van het CbO. Risicogroepen, zoals allochtone ouderen en ouderen met een lage sociaaleconomische status, zijn moeilijk te bereiken. De respondenten wijzen ook op de onduidelijkheid over de effectiviteit van het CbO en op een gebrek aan samenhang, samenwerking en afstemming in de preventieve zorg voor ouderen.

Brief ouderen Wageningen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. dhr. dr. A. Klink, minister en mw. dr. M. Bussemaker, staatssecretaris
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Wageningen, 15 juli 2009

Geachte heer Klink en mevrouw Bussemaker,

Wij – vertegenwoordigers van senioren in de gemeente Wageningen – zijn op 15 juli 2009 bijeengekomen om met elkaar van gedachten te wisselen over wat senioren belangrijk vinden om hun gezondheid op peil te houden. Dit hebben wij gedaan tijdens de focusgroep voor de quickscan ouderengezondheidszorg die Vilans uitvoert met subsidie van het ministerie van VWS in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Om gezond en actief ouder te worden, vinden wij het belangrijk dat wij:

- genoeg bewegen en gezond eten;
- betrokken blijven bij de maatschappij;
- gebruik kunnen maken van voorzieningen waar we sociale contacten kunnen onderhouden.

Om gezond en actief ouder te worden in Wageningen, vinden wij het van belang dat:

- organisaties beter gaan samenwerken;
- er voldoende betaalbare seniorenwoningen worden gerealiseerd;
- het openbaar vervoer toegankelijk is voor senioren;
- samenwerking tussen huisartsen en het Vitaliteitencentrum wordt bevorderd;
- voorzieningen die lichamelijke en geestelijke gezondheid bevorderen op peil worden gehouden en vooral wijkgericht aangeboden worden.

Daarom is ons advies aan u om:

- geen nieuwe dingen te bedenken voor de preventieve zorg voor ouderen, maar goed te zorgen voor blijvende implementatie van aanbod dat al ontwikkeld is en goed aansluit bij de behoeften van de doelgroep. Preventie hoeft niet altijd georganiseerd te worden in de vorm van voorzieningen. Mensen kunnen ook in hun dagelijks leven gestimuleerd worden om gezond bezig te zijn. Denk aan huishoudelijk werk, tuinieren, fietsen naar de supermarkt, wandelen met de buurvrouw, vrijwilligerswerk doen, et cetera;
- samenwerking te stimuleren tussen de verschillende, relevante, partijen om gezond en actief ouder te kunnen worden in de gemeente (wonen, welzijn en zorg);
- gemeenten te faciliteren om de vroegtijdige signalering beter op te tuigen en op een integrale manier preventieve zorg op te zetten: niet reactief maar proactief;
- de kracht van ouderenbonden te gebruiken: deze sluiten bijvoorbeeld contracten af met zorgverzekeraars voor aanvullende pakketten, regelen korting met de sportschool en de bioscoop en organiseren vrijwilligers voor het invullen van belastingformulieren en organiseren sociale activiteiten. Laat ook de oudere burger meedenken bij het ontwikkelen van beleid en voorzieningen.

Wij stellen het erg op prijs als u onze adviezen ter harte neemt.

Met vriendelijke groet namens de senioren in Wageningen,

Dhr. Tazelaar, Coördinatieorgaan Samenwerkende Wageningse Ouderenorganisaties (CSWO); dhr. Krapels, CSWO en KBO; mw. Zijlmans, CSWO en ANBO; mw. Slaa, CSWO en PCOB; dhr. Brouwer, CSWO en ANBO; dhr. Boels, lid Wmo-adviesraad.

8. Samenvatting en conclusies

De vraag die in de quickscan centraal staat is welk aanbod er lokaal beschikbaar is voor 65-plussers op het terrein van universele en selectieve preventie. Het gaat zowel om het aanbod voor gezonde ouderen en voor specifieke risicogroepen. Aanleiding voor de quickscan is het amendement dat tijdens de bespreking van de Wet publieke gezondheid (Wpg) is aangenomen. Daarmee wordt de ouderengezondheidszorg onder de reikwijdte van de Wpg gebracht. De uitvoering van de ouderengezondheidszorg wordt met artikel 5a primair de verantwoordelijkheid voor de gemeenten. Het artikel is nog niet in werking getreden.

Bij de opzet van de quickscan hebben we de begrippen 'preventieve zorg voor ouderen' en 'ouderengezondheidszorg' niet vooraf gedefinieerd.

We hebben eerst een search gedaan naar preventieve activiteiten gericht op het verbeteren van het fysiek, psychisch en sociaal functioneren van ouderen. Vervolgens hebben we in vijf gemeenten geïnventariseerd wat er op lokaal niveau op deze terreinen gedaan wordt. Op grond van de bevindingen hebben we vervolgens een verdeling gemaakt in zeven hoofdthema's waaronder de preventieve activiteiten kunnen worden geordend. Aan de hand daarvan hebben we onderzoek gedaan in het werkgebied van veertig geselecteerde gemeenten. Naast de gemeente zelf zijn de GGD, ggz-organisaties, organisaties voor ouderenzorg, thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn betrokken bij de preventieve zorg voor ouderen. Deze instellingen duiden we in dit rapport kortweg aan als 'de organisaties'.

67

In de quickscan hebben we op verzoek van het ministerie van VWS ook de opzet en werkwijze van de consultatiebureaus voor ouderen (CbO's) in kaart gebracht. De functie van het CbO heeft veel overeenkomsten met de in artikel 5a van de Wet publieke gezondheid (Wpg) genoemde taken. Daarbij gaat het om vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding (taken b en c).

Preventief gezondheidsbeleid voor ouderen is nauw verbonden met wonen en welzijn. Activiteiten gericht op het sociaal functioneren van ouderen zijn in de volle breedte betrokken bij de inventarisatie. Op het terrein van wonen wordt echter uitsluitend aandacht besteed aan het gebruik van domotica.

We onderkennen dat een geschikt huis, een veilige leefomgeving, voldoende inkomen, een adequate informatievoorziening over welzijn, wonen en zorg en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van voorzieningen (inclusief vervoersvoorzieningen) belangrijk zijn voor de gezondheid, zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van ouderen (Van Overbeek & Schippers, 2005; Gezondheidsraad, 2009). De quickscan heeft echter gezien het onderwerp – de ouderengezondheidszorg – een beperktere focus.

Preventieve zorg voor ouderen

De stakeholders⁶ geven in interviews geen eenduidige invulling aan het begrip preventieve zorg voor ouderen. 'Succesvol ouder worden', 'het behouden van de zelfredzaamheid' en 'deelname aan de maatschappij', zien zowel stakeholders als ouderen in de focusgroepen⁷ als uitgangspunt bij preventieve zorg voor ouderen. Een deel van de geïnterviewden geeft echter aan dat vooral veel gezondheidswinst te behalen is door preventieve, systematische screening en monitoring van ouderen.

De stakeholders vinden dat preventie een belangrijk onderdeel is van de gezondheidszorg. Het maakt deel uit van de zorgketen en is zowel verbonden met de curatieve zorg als met de caresector.

Ouderen worden kwetsbaar als er sprake is van een verlies van hulpbronnen in verschillende domeinen van het functioneren. Dat leidt tot een verminderde reservecapaciteit bij het omgaan met stress. Kwetsbaarheid bij ouderen is verbonden met fysieke aspecten zoals mobiliteit, fysieke fitheid, visus, gehoor, gewicht(safname) en comorbiditeit, maar ook met de psychische gesteldheid, zelfredzaamheid en het vermogen om zelf de regie te kunnen houden en met sociale aspecten (sociaal netwerk). Het verlies van zelfredzaamheid is een belangrijk aandachtspunt als het gaat om preventieve zorg voor ouderen.

Wat is de behoefte van de doelgroep?

68

Versillende stakeholders en ouderen in de focusgroepen geven aan dat ouderen zelf willen meebeslissen over de vormgeving van het op hen gerichte preventiebeleid. Als ouderen hierbij betrokken worden, zal het aanbod beter aansluiten op de behoeften van de (verschillende) doelgroepen. Maatwerk leveren betekent dat er niet van het gemiddelde wordt uitgegaan, maar dat gekeken wordt naar de wensen en behoeften van verschillende groepen ouderen. Hierbij kunnen ook epidemiologische gegevens van de lokale bevolking betrokken worden. Stakeholders pleiten voor preventiebeleid en activiteiten gericht op ouderen als brede doelgroep in combinatie met activiteiten gericht op specifieke (risico)groepen. Het toetsen en actualiseren van het beleid en afstemming van het aanbod op de behoeften van verschillende groepen ouderen is noodzakelijk voor een goed, passend preventief ouderenbeleid.

De gezondheidstoestand van ouderen en de behoeften van de doelgroep zijn slechts beperkt afhankelijk van de kalenderleeftijd. Werken met leeftijdsgrenzen is volgens stakeholders niet altijd relevant, omdat andere factoren zoals opleidingsniveau, sociaaleconomische status en leefstijl een belangrijke rol spelen bij de gezondheidstoestand van ouderen. Hoogopge-

6 Deze stakeholders zijn vertegenwoordigers van ActiZ, Centrum Gezond Leven, Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), GGD Nederland, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

7 In vier van de vijf gemeenten zijn focusgroepen van ouderen gehouden.

leide ouderen krijgen dikwijls pas na hun 75ste levensjaar gezondheidsklachten, terwijl die klachten al bij een vijftigjarige van allochtone afkomst kunnen optreden.

Ouderen als doelgroep en oudere risicogroepen

Ouderen maken uiteraard deel uit van de bevolkingsgroepen waarop het preventiebeleid zich richt. Het is echter van belang dat er zowel aandacht is voor ouderen als doelgroep als voor oudere (risico)groepen. Uit onderzoek is bekend dat preventieve maatregelen beter werken als ze op helder omschreven doelgroepen gericht worden. Enkele stakeholders wijzen erop dat generiek beleid niet altijd voldoet omdat problemen bij ouderen (bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik en overgewicht) om een specifieke benadering vragen. Dat is zeker het geval bij ouderen die geestelijk, lichamelijk en/of sociaal kwetsbaar zijn.

Uit het onderzoek in de veertig geselecteerde gemeenten blijkt dat preventieve activiteiten en preventief gezondheidsbeleid niet altijd specifiek op ouderen gericht zijn. Ook is slechts een deel van de activiteiten en interventies gericht op specifieke (risico)groepen.

Specifieke groepen waar in het gemeentelijk beleid vooral aandacht voor is zijn psychosociaal kwetsbare ouderen, oudere mantelzorgers en ouderen boven de 75 jaar. Bij de organisaties gaat de meeste aandacht uit naar psychosociaal kwetsbare ouderen, ouderen met een chronische ziekte en ouderen met een lage sociaaleconomische status.

Stakeholders noemen als specifieke risicogroepen ouderen met een lage sociaaleconomische status, allochtone ouderen, ouderen met overgewicht, ouderen die leven in armoede, ouderen met een beperkte regie, dementerenden en eenzame ouderen. Ook (oudere) mantelzorgers zijn een belangrijke risicogroep, omdat zij veelal overbelast zijn, voor eigen kwalen geen hulp zoeken en in een sociaal isolement terecht kunnen komen.

Ouderen uit de focusgroepen en stakeholders geven aan dat ook ouderen die niet tot een van de risicogroepen worden gerekend, problemen kunnen hebben of gezondheidsrisico's lopen. Zo kunnen ouderen met een hoge sociaaleconomische status (SES) depressief of eenzaam zijn, terwijl ze niet als risicogroep in beeld zijn. Ook overmatig alcoholgebruik beperkt zich niet tot de lagere SES-groepen.

Het bereiken van risicogroepen

Uit alle onderdelen van de quickscan blijkt dat het bereik van risicogroepen onvoldoende is bij de preventieve zorg voor ouderen. Voor een beter bereik is het van belang om de wensen en behoeften van deze ouderen beter in kaart te brengen, zodat aanbod kan worden ontwikkeld dat goed aansluit op de wensen en behoeften van specifieke groepen. Dit vraagt om een specifieke aanpak en extra investeringen bij de uitvoering.

Uit het vragenlijstonderzoek in de gemeenten blijkt dat specifieke groepen vaak moeilijk te bereiken zijn. Dit komt vooral door een gebrek aan (financiële) capaciteit en lage prioriteit, maar ook door inadequate informatiemethoden of doordat onderwerpen zoals eenzaamheid of psychische problemen moeilijk bespreekbaar zijn. Er vinden veelal huisbezoeken plaats bij kwetsbare groepen ouderen om deze groepen beter in beeld te krijgen. Het bereiken van de beoogde doelgroepen kost veel tijd en geld en de middelen ontbreken dikwijls.

De stakeholders zijn verdeeld over de vraag welke organisatie de risicogroepen het beste kan bereiken. Een deel van de geïnterviewden legt deze verantwoordelijkheid bij huisartsen, omdat risicogroepen voldoende bij de huisarts in beeld zijn. Anderen geven echter aan dat huisartsen geen tijd en aandacht hebben voor preventieve zorg voor ouderen. Zij leggen de verantwoordelijkheid voor het bereiken van specifieke groepen vooral bij welzijnsorganisaties en bij de thuiszorgorganisaties. Alle stakeholders zijn positief over de 'terugkeer' van de wijkverpleegkundige. Deze versterking van de eerste lijn biedt ook op het terrein van de preventie en het bereiken van risicogroepen nieuwe kansen.

Het aanbod op het terrein van de ouderengezondheidszorg

De uitkomsten van alle onderdelen uit de quickscan wijzen in dezelfde richting: er zijn veel activiteiten op het gebied van preventieve zorg voor ouderen, maar niet alle activiteiten zijn toegespitst op ouderen als doelgroep of op specifieke risicogroepen en het overzicht ontbreekt.

De resultaten van het vragenlijstonderzoek in de gemeenten onderstrepen en versterken in dit opzicht het beeld uit de casestudies en het beeld dat bestaat bij de stakeholders.

Gemeenten hebben in hun beleid veel aandacht voor het bevorderen van maatschappelijke participatie, sociale steun, (vroeg)signalering van psychische problemen en valpreventie (veiligheid). Volgens de gemeenten wordt in hun werkgebied vooral aandacht besteed aan het voorkomen van eenzaamheid, behoud van maatschappelijke participatie, het bevorderen van zelfmanagement en (vroeg)signalering van angst en/of depressie en dementie en het stimuleren van bewegen.

De organisaties geven aan dat de meeste preventieve activiteiten gericht zijn op (vroeg)signalering van psychische problemen (ggz-organisaties, welzijnsorganisaties), het bevorderen van een gezonde leefstijl (GGD, thuiszorgorganisaties) en het bevorderen van sociale steun (welzijnsorganisaties, ggz-organisaties). Slechts weinig organisaties hebben aandacht voor verslavingsproblematiek bij ouderen.

Preventieve activiteiten per organisatie

De GGD'en bieden vooral activiteiten om een gezonde leefstijl te bevorderen. Daarnaast is er veel aandacht voor het (vroeg)signaleren van angst en/of depressie. Op het gebied van veiligheid is er daarnaast vooral aandacht voor valpreventie.

Bijna alle ggz-organisaties voeren activiteiten uit gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen, vooral angst en/of depressie. Ook krijgt de ondersteuning van (oudere) mantelzorgers veel aandacht, terwijl de ggz-organisaties in mindere mate activiteiten aanbieden om eenzaamheid te voorkomen.

Thuiszorgorganisaties richten zich vooral op activiteiten die een gezonde leefstijl bevorderen, zoals voorkomen van overgewicht en gezonde voeding. Ook is er veel aandacht voor (vroeg)signalering van psychische problemen; (vroeg)signalering van dementie is een belangrijk speerpunt. In dezelfde mate is er aandacht voor valpreventie en activiteiten gericht op stoppen met roken.

Slechts één ouderenzorgorganisatie heeft aangegeven preventief beleid voor ouderen te

hebben. Deze organisatie biedt activiteiten ter bevordering van een gezonde leefstijl, veiligheid, sociale steun en maatschappelijke participatie.

Alle welzijnsorganisaties richten zich op (vroeg)signalering van psychische problemen en dan vooral op (vroeg)signalering van dementie. Ook het bevorderen van maatschappelijke participatie en sociale steun, waaronder het voorkomen van eenzaamheid, zijn speerpunten van welzijnsorganisaties. Daarnaast is er veel aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Drie samenwerkingsverbanden eerste lijn of regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) ondersteunen preventieve activiteiten in de eerstelijns gericht op ouderen. Deze activiteiten zijn vooral gericht op voorlichting en/of preventie van verslavingsproblematiek en dan met name op stoppen met roken. Ook besteden zij aandacht aan het bevorderen van een gezonde leefstijl, vooral door middel van bewegingsactiviteiten. Ook ondersteunen zij activiteiten ter bevordering van veiligheid, vooral gericht op valpreventie en het voorkomen van polyfarmacie. Bovendien is er aandacht voor (vroeg)signalering van psychische problemen en het bevorderen van sociale steun.

Aanbod per preventiethema

Minder dan de helft van de gemeenten en minder dan helft van de organisaties geven aan dat er activiteiten worden uitgevoerd op het gebied van verslavingsproblematiek. De activiteiten zijn vooral gericht op het voorkomen van overmatig alcoholgebruik en het stoppen met roken. In mindere mate zijn deze gericht op overmatig gebruik van slaap- en/of kalmeringsmiddelen.

Driekwart van de gemeenten geeft aan dat er op lokaal niveau activiteiten aangeboden worden om bewegen te stimuleren, terwijl ook ruim driekwart van de organisaties aangeeft activiteiten te bieden gericht op een gezonde leefstijl. In zes op de tien gemeenten vinden activiteiten plaats om overgewicht tegen te gaan en in de helft van de gemeenten zijn er activiteiten om gezonde voeding te stimuleren.

Het merendeel van de gemeenten geeft aan dat er activiteiten worden aangeboden op het gebied van valpreventie; minder aandacht krijgen het stimuleren van domotica en het voorkomen van polyfarmacie. Ruim de helft van de organisaties zegt actief te zijn op het gebied van veiligheid.

In driekwart van de gemeenten vinden activiteiten plaats gericht op (vroeg)signalering van angst en/of depressie en dementie; het merendeel van de organisaties geeft aan preventieve activiteiten uit te voeren gericht op (vroeg)signalering van psychische problemen.

Bijna alle gemeenten geven aan dat er activiteiten plaatsvinden om eenzaamheid te voorkomen. Bij tweederde van de gemeenten vinden activiteiten plaats om oudere mantelzorgers te ondersteunen. Bijna driekwart van de organisaties heeft aangegeven preventieve activiteiten te bieden op het bevorderen van sociale steun.

De meeste gemeenten geven aan dat er activiteiten plaatsvinden tot behoud van maatschappelijke participatie, terwijl slechts ruim een derde van de organisaties aangeeft preventieve activiteiten aan te bieden om maatschappelijke participatie van ouderen te bevorderen.

Driekwart van de gemeenten biedt activiteiten aan om zelfmanagement van ouderen te bevorderen, terwijl bijna een derde van de organisaties zich richt op het bevorderen van zelfmanagement.

Er lijkt enig verschil te zijn tussen gemeenten en organisaties op de thema's zelfmanagement, maatschappelijke participatie en sociale steun. De gemeenten geven aan dat op die terreinen veel gedaan wordt, terwijl de organisaties deze activiteiten in mindere mate aanbieden. Op de overige preventiethema's komen de antwoorden van de gemeenten en de organisaties redelijk overeen.

Lacunes in het aanbod

Driekwart van de gemeenten en bijna alle organisaties vinden dat er op alle thema's meer gedaan moet worden aan preventieve zorg voor ouderen.

De belangrijkste terreinen waarop meer aanbod zou moeten komen zijn het voorkomen van eenzaamheid en (vroeg)signalering van dementie. De organisaties benadrukken daarnaast dat er meer aandacht moet komen voor het stimuleren van bewegen, valpreventie, het overmatig gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen en (vroeg)signalering van angst en depressie. Gemeenten en organisaties vinden beiden dat ook ondersteuning van (oudere) mantelzorgers meer aandacht zou moeten krijgen.

De stakeholders geven aan dat er in het aanbod van preventieve activiteiten meer aandacht zou mogen zijn voor het voorkomen en tegengaan van angst en depressie, eenzaamheid, comorbiditeit en alcoholmisbruik bij ouderen.

Zowel gemeenten als de organisaties geven aan dat lacunes in het aanbod vooral veroorzaakt worden door onvoldoende financiering, maar ook door gebrekkige samenwerking tussen de organisaties.

72

Samenwerking en afstemming

Uit het vragenlijstonderzoek in de gemeenten blijkt dat er bij de uitvoering van preventieve activiteiten doorgaans wordt samengewerkt tussen meerdere organisaties. De gemeente is de belangrijkste samenwerkingspartner voor de organisaties. Bij (vroeg)signalering van psychische problemen, veiligheid en sociale steun wordt vooral samengewerkt tussen de gemeente, thuiszorgorganisaties en welzijnsorganisaties. Bij maatschappelijke participatie en het bevorderen van zelfmanagement vindt samenwerking plaats tussen de gemeente, thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties en de ggz-organisaties.

GGD'en en in mindere mate samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en zijn vooral in beeld bij verslavingsproblematiek en het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Ondanks dat er veel wordt samengewerkt, geven bijna alle gemeenten en organisaties aan dat het preventieve aanbod beter op elkaar moet worden afgestemd. Volgens gemeenten moet er vooral meer worden samengewerkt met welzijnsorganisaties, GGD en thuiszorgorganisaties. Ook is meer betrokkenheid gewenst van de ggz-organisaties, de organisaties voor ouderenzorg, samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en en de zorgverzekeraars, zij het in mindere mate.

Volgens de organisaties moet vooral de gemeente meer betrokken worden bij preventieve activiteiten gericht op ouderen. Ook worden thuiszorgorganisaties, zorgverzekeraars, organisaties voor ouderenzorg, welzijnsorganisaties, GGD en ggz-organisaties genoemd. In mindere

mate moet meer worden samengewerkt met samenwerkingsverbanden in de eerste lijn of ROS'en. Uit het casestudieonderzoek blijkt dat er een tendens is in het gemeentelijk beleid om meer samenwerkingsprojecten op te zetten en convenanten te sluiten met belangrijke partijen op gemeentelijk niveau of – in de grote steden – op wijkniveau.

Alle geïnterviewde stakeholders benadrukken dat samenwerking tussen de betrokken organisaties op lokaal niveau onvoldoende is. De taakverdeling tussen de partijen is onduidelijk, onder meer omdat geen enkele partij de regie heeft. Marktwerking kan samenwerking in de weg staan omdat partijen daardoor elkaars concurrent zijn in plaats van samenwerkingspartner. De stakeholders zijn het erover eens dat alle betrokken partijen bij de invulling van de Wpg samen aan de slag moeten gaan om tot betere samenwerking en afstemming te komen.

De financiering van preventieve activiteiten

Uit het vragenlijstonderzoek in de gemeenten blijkt dat de financiering van preventieve activiteiten vooral afkomstig is van gemeenten, ZonMw en de zorgverzekeraars. Soms worden activiteiten ook voor een deel uit de AWBZ gefinancierd of worden eigen bijdragen van ouderen gevraagd.

In het vragenlijstonderzoek in de gemeenten worden geen activiteiten genoemd die volledig structureel worden gefinancierd. Alleen bij het voorkomen van overmatig alcoholgebruik en bij activiteiten op het gebied van sociale steun is de financiering grotendeels structureel. Bij het merendeel van alle preventieactiviteiten is de financiering echter slechts gedeeltelijk of helemaal niet structureel.

Stakeholders geven als redenen voor de problemen met de financiering van preventieve activiteiten aan dat er veel verschillende financieringsbronnen zijn en projectfinanciering (bijvoorbeeld via ZonMw) een steeds grotere rol speelt. Partijen hebben (te) weinig zicht op de samenhang tussen de verschillende financiële kaders van de AWBZ, de Wmo, de Wpg en de Zorgverzekeringswet. Betere afstemming van de financiering van activiteiten tussen zorgverzekeraars, gemeenten en andere partijen kan bijdragen aan efficiëntere en effectievere preventieve gezondheidszorg.

Effectiviteit van de interventies / knelpunten daarbij

De stakeholders geven aan dat inzicht in de effectiviteit van interventies vaak ontbreekt, onder meer doordat er nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effectiviteit. Ook de respondenten in het CbO-onderzoek wijzen erop dat er onduidelijkheid is over de effectiviteit van het CbO.

Alle partijen geven aan dat er grote behoefte is aan meer kennis over de effectiviteit van preventieactiviteiten zodat op lokaal niveau optimale keuzes gemaakt kunnen worden bij de implementatie van interventies.

De rol van de gemeente

Gemeentelijke verantwoordelijkheid voor ouderengezondheidszorg wordt door de meeste stakeholders als positief gezien. Het maakt lokaal maatwerk mogelijk. De gemeente kan inspelen op lokale behoeften en noden van de bevolking. Gemeenten moeten echter wel voldoende ruimte krijgen om lokaal beleid te voeren en eigen prioriteiten te stellen.

De stakeholders vinden echter dat er nog te veel onduidelijkheid is over de taken die in artikel 5a van de Wpg genoemd zijn: 'het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding' en 'vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen'. Deze taken horen niet exclusief tot het gemeentelijke werkterrein omdat ook andere partijen hierin een rol spelen en verantwoordelijkheid hebben. De 'vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen' is volgens een aantal stakeholders een taak van de eerste lijn (huisartsen en wijkverpleegkundigen). Ook in het vragenlijstonderzoek dat in de gemeenten is verricht gaf een van de respondenten aan dat alle preventieve activiteiten voor ouderen tot het reguliere takenpakket van de huisarts behoren.

De gemeente kan op basis van de Wpg het initiatief nemen om (meer) samenwerking tussen de partijen tot stand te brengen en kan bijdragen aan een betere afstemming tussen de zorgverzekeringswet, AWBZ, Wpg en de Wmo. Er moet volgens de stakeholders echter nog een behoorlijke slag worden gemaakt om tot betere afstemming en afbakening te komen tussen de betrokken partijen.

De gemeenten hebben nog onvoldoende zicht op wat er van hen verwacht wordt. Enkele stakeholders denken dat gemeenten hun preventieve taken voor ouderen minimaal zullen invullen. Vooral omdat er geen extra geld beschikbaar komt, is men er bezorgd over dat gemeenten de Wpg niet goed zullen kunnen uitvoeren.

74

Het CbO in kort bestek

Ruim een derde deel van de CbO's richt zich op de leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder; de overige op de wat oudere doelgroepen. De bezoekers van het CbO zijn echter voor meer dan de helft boven de 70 jaar. Het CbO wordt vooral bezocht door de groep redelijk vitale ouderen. Zowel vitale ouderen als kwetsbare ouderen maken er in mindere mate gebruik van.

Het CbO lijkt goed aan te sluiten bij de wensen van de doelgroep. Uit de inventarisatie blijkt dat bijna alle bezoekers tevreden tot zeer tevreden zijn over het CbO. Vooral de persoonlijke aandacht en de advisering op maat worden op prijs gesteld. Uit de gegevens blijkt dat ouderen het CbO vooral bezoeken omdat ze willen weten of ze gezond zijn en willen horen hoe ze gezond ouder kunnen worden, maar ook omdat ze niet zo gemakkelijk naar de huisarts gaan.

Tweederde van de CbO's probeert risicogroepen te bereiken zoals ouderen met een lage sociaaleconomische status, oudere mantelzorgers en allochtone ouderen. Een kwart van de CbO's vindt dat de beoogde doelgroepen daadwerkelijk bereikt worden, terwijl driekwart van mening is dat dit slechts gedeeltelijk lukt.

Risicogroepen reageren onvoldoende op oproepen op posters en in lokale media om het

CbO te bezoeken. Kwetsbare ouderen, geïsoleerde ouderen en allochtone ouderen reageren meestal ook niet op een schriftelijke uitnodiging. Vooral ouderen met een lage sociaaleconomische status zijn voor het CbO moeilijk te bereiken. Dat heeft volgens de respondenten te maken met mentaliteit en motivatie, maar ook met een taalachterstand van bepaalde risicogroepen.

De meest gesignaleerde problemen op het CbO zijn overgewicht/verhoogde BMI/buikomvang, een verhoogd cholesterolgehalte, verhoogde bloeddruk, te weinig beweging en eenzaamheid. Driekwart van de ouderen krijgt een gericht advies. De adviezen hebben meestal betrekking op meer bewegen en gezonder eten, en regelmatig ook op afvallen en het doen van vrijwilligerswerk. Een derde deel van de ouderen krijgt op grond van het consult een verwijzing. Ze worden vooral verwezen naar de huisarts of de diëtist.

Rond de CbO's wordt veel samengewerkt tussen verschillende partijen. Het initiatief om een CbO op te zetten blijkt vooral afkomstig te zijn van thuiszorgorganisaties en in mindere mate van ouderen zelf, de GGD en de gemeente. De aansturing van de CbO's vindt meestal plaats door een stuurgroep waarin de thuiszorgorganisaties, de GGD, de ggz-organisaties en ouderen zelf zitting hebben. De coördinatie, de projectleiding en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de CbO's liggen over het algemeen bij de thuiszorgorganisaties. Ook de respondenten in het CbO-onderzoek wijzen op een gebrek aan samenhang, samenwerking en afstemming in de preventieve zorg voor ouderen. Zij geven aan dat de samenwerking met huisartsen niet altijd optimaal is en er soms sprake is van concurrentie tussen de thuiszorgorganisaties en huisartsen ten aanzien van preventieactiviteiten. Soms is het gebrek aan samenwerking met huisartsen zelfs reden om te stoppen met het CbO.

75

De CbO's worden gefinancierd door ZonMw, AWBZ, ziektekostenverzekering, gemeenten en/of de provincie. Iets meer dan de helft van de CbO's wordt structureel gefinancierd. Toch geeft bijna de helft van de respondenten aan dat de financiering van het CbO een van de grootste knelpunten is. Het ontbreken van financiering is regelmatig aanleiding om de deuren te sluiten.

Het CbO heeft volgens de respondenten meerwaarde. Daarbij worden vooral genoemd: de laagdrempeligheid, de integrale aanpak gericht op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven en de aandacht voor behoud en herstel van functionaliteit van ouderen. Ook vroegsignalering van gezondheidsproblemen zoals overgewicht, depressie, verhoogd cholesterolgehalte, bloedsuiker of bloeddruk, dementie en het voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement worden belangrijk geacht. De respondenten zien het CbO als een goede aanvulling op de huisartsenzorg.

Literatuur, websites en databases

Literatuur

ActiZ (2009)

Notitie Preventie Thuiszorg (discussienotitie preventie). Utrecht: ActiZ.

Bakker, E., G. Visser, N. Jaspers & M. Kraakman (2008)

Consultatiebureau voor ouderen. Visiedocument en werkmethodek. Utrecht: Vilans.

Bleumink, G.H. (2004)

Consultatiebureau voor ouderen in Pijnacker-Nootdorp? Delft: RPCP Delft Westland Oostland.

Ensinck, K. & M. Spermon (2008)

Pilot consultatiebureau 55+ Eindhoven. Evaluatie, conclusies en aanbevelingen, periode januari 2007 t/m juni 2008. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost.

Gezondheidsraad (2009)

Preventieve zorg voor ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad.

GGD Nederland (2006)

Visiedocument GGD en doelgroep ouderen. Utrecht: GGD Nederland.

Gijssen, E., T. van der Lei & J. van Schaik (z.j.)

Preventief onderzoek bij ouderen. Effectonderzoek en procesevaluatie. Zeist/Goes: GGD Midden Nederland/GGD Zeeland.

Guldemond, M. & K. Timmermans (2007)

Rapportage evaluatie consultatiebureau voor senioren Utrecht. Utrecht: Aveant.

Kraakman, M.J. & E.W.A.M. Huisman (2003)

Periodieke controle gezondheid senioren. Eindrapportage. Leiden: Thuiszorg Groot Rijnland.

Kroeze, W. & L. Blokdijk (2009)

Leefstijlgerichte interventies in Nederland. Een verkenning van ervaringen en wensen. Bilthoven: RIVM.

Kuiperij, R. (2005)

Evaluatie implementatie consultatiebureau senioren. Pilot in Noord-Oost Utrecht. Utrecht: Aveant.

Livio/Carint/Thuiszorg Noord West Twente/GGD Regio Twente (2006)

Pilot preventieve gezondheidsconsultatie senioren. Livio/Carint/Thuiszorg Noord West Twente/GGD Regio Twente.

- Luijkx, K.G., C.M.C van Weert, J.A.M. van Oers, J.M.G.A. Schols (2007)
Consultatiebureau voor ouderen. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, jrg. 85, nr. 7, p. 392-398.
- Lyskawa, L. (2006)
Verslag consultatiebureau voor senioren in Nieuw Bleyenburg. Utrecht.
- Merwe, S.A. van de (red.) (2003)
Op weg naar een preventief gezondheidsonderzoek onder ouderen. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o. & GGD Zeeland.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007)
Gezond zijn en gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008)
Beleidsbrief Programmatische aanpak van chronische ziekten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2007)
NHG Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Overbeek, R. van & A. Schippers (2005)
Vergrijzing in Nederland. Utrecht: NIZW Zorg / Uitgeverij Lemma.
- Rivas Zorggroep (2005)
Evaluatie Consultatiebureau voor ouderen Gorinchem. Gorinchem: Rivas Zorggroep.
- Swedish National Institute of Public Health, The (2007)
Gezond ouder worden: een uitdaging voor Europa (korte versie). The Swedish National Institute of Public Health.
- Themacommissie Ouderenbeleid (2005-2006)
Kabinetsstandpunt 'Lang zullen we leven', Tweede Kamer, 2005-2006, 29 549, nr.5.
- Volckaert, De (2006)
Consultatiebureau voor ouderen. Dongen: De Volckaert.
- Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1996)
Preventie en ouderen (advies). Zoetermeer: Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening.

Websites en databases

www.kiesbeter.nl

www.welzijnnederland.nl

NIGZ: Themadossier Ouderen en gezondheid: www.nigz.nl

RIVM: Volksgezondheid Toekomst Verkenning (Nationaal Kompas Volksgezondheid): www.nationaalkompas.nl; *Preventie gericht op ouderen* (2009). Bilthoven: RIVM (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3645n25270.html)

GGD Kennisnet: www.ggd Kennisnet.nl

Centrum voor Gezond Leven: www.loketgezondleven.nl

Innovatieprogramma Welzijn Ouderen: www.vilans.nl

Preventieprogramma's van ZonMw: www.zonmw.nl

www.actiz.nl

www.mogroep.nl

www.vng.nl

www.projectenzorgenwelzijn.nl

www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl

Bijlage

Activiteiten en interventies genoemd in het
vragenlijstonderzoek

Tabel 1. Overzicht thema's en organisaties

Organisatie	Ge- meen- ten	GGD	Ggz	Thuis- zorg	Oude- ren- zorg	Welzijn	Eerste- lijn / Ros	Totaal orga- nisa- ties
Totaal aantal respondenten	n=26	n=13	n=15	n=12	n=5	n=9	n=6	n=60
Respondenten met preventief beleid/activiteiten	n=20	n=10	n=11	n=9	n=1	n=7	n=3	n=41
Verslavingsproblematiek								
Tegengaan van overmatig alcohol- gebruik	6	5	2	0	0	0	0	7
Voorkomen van drugsgebruik	2	3	2	0	0	0	0	5
Stoppen met roken	6	5	0	6	0	0	2	13
Tegengaan van overmatig gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen	3	2	2	4	0	0	1	9
Gezonde leefstijl								
Voorkomen van overgewicht	14	9	2	8	1	2	1	23
Stimuleren van bewegen	16	7	2	5	1	5	2	22
Stimuleren van gezonde voeding	10	8	1	8	1	2	1	21
Veiligheid								
Valpreventie	16	7	2	6	1	1	2	19
Voorkomen van polyfarmacie	2	1	2	2	1	1	2	9
Stimuleren van het gebruik van domotica	8	0	2	3	0	1	1	7
(Vroeg)signalering psychische problemen								
(Vroeg)signalering dementie	15	2	8	6	0	5	2	23
(Vroeg)signalering angst en/of depressie	16	7	11	1	0	3	2	24
Sociale steun								
Voorkomen van eenzaamheid	18	4	5	2	1	7	1	20
Ondersteuning van (oudere) mantel- zorger	12	2	8	4	1	2	0	17
Bevorderen van maatschappelijke participatie	18	1	4	2	1	7	1	16
Bevorderen van zelfmanagement	14	2	4	1	0	4	1	12

Table 2. Overview results per theme

Activiteit	Gericht op ouders?	Doelgroepen	Oorzaken moeilijke bereikbaarheid (helemaal/deels)	Financiering	Structureel, deels, niet structureel	Samenwerkingspartners
Verslavingsproblematiek						
Tegengaan van overmatig alcoholgebruik	Nee	N.v.t.	N.v.t.	Gemeenten (100%), AWBZ, eigen bijdrage, fondsen, ziektekosten, provincie (14%)	71% structureel 29% deels	Gemeente, welzijn, GGD, ROS, ouderenzorg, thuiszorg
Voorkomen van drugsgebruik	Nee	N.v.t.	N.v.t.	Gemeenten (100%), ziektekosten, GGD	20% structureel 20% deels 60% niet structureel	Gemeente, welzijn, ggz, GGD
Stoppen met roken	Nee	N.v.t.	N.v.t.	ZonMw (46%), gemeenten, ziektekosten, eigen bijdrage, thuiszorg, AWBZ	23% structureel 31% deels 46% niet structureel	Gemeente, welzijn, GGD, ROS, ouderenzorg, thuiszorg, ggz
Tegengaan van overmatig gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen	4 van de 9	1 organisatie: mensen met chronische ziekte en valrisico	1 organisatie: deels bereikt: gebrekkig bereik voorlichting en onvoldoende betrokkenheid huisartsen	ZonMw, ziektekosten (44%), gemeenten, eigen bijdrage, fondsen	22% structureel 22% deels 56% niet structureel	ROS, ouderenzorg, GGD, gemeente

Activiteit	Gericht op ouders?	Doelgroepen	Oorzaken moeilijke bereikbaarheid (helemaal/deels)	Financiering	Structureel, deels, niet structureel	Samenwerkingspartners
Gezonde leefstijl						
Voorkomen van overgewicht	4 van 23	2 organisaties: mensen met lage SES, psychosociaal kwetsbaren, oudere mantelzorgers, 75-plussers	1 organisatie: voert activiteiten niet zelf uit	Gemeenten (56%), ziektekosten, ZonMw, eigen bijdrage, AWBZ, fondsen, thuiszorg, provincie	17% structureel 39% deels 44% niet structureel	Gemeente, ROS, welzijn, GGD, ouderenzorg, thuiszorg, ggz, zorgverzekeraars
Stimuleren van bewegen	11 van 22	6 organisaties: mensen met lage SES, allochtonen, mensen met ongezonde leefstijl, mensen met psychosociale problematiek, mensen met chronische ziekte, 75-plussers, mantelzorgers, mensen met verslaving	4 organisaties: taboe, slechte aanpak	Gemeenten (73%), eigen bijdrage, ziektekosten, ZonMw, thuiszorg, fondsen, provincie	18% structureel 36% deels 46% niet structureel	Gemeente, welzijn, thuiszorg, ROS, GGD, zorgverzekeraars, ggz, ouderenzorg
Stimuleren van gezonde voeding	7 van 21	5 organisaties: mensen met psychosociale problematiek, mensen met ongezonde leefstijl, mensen met lage SES, 75-plussers, mensen met chronische ziekte, mantelzorgers, allochtone ouders	4 organisaties: indirecte informatiemethoden	Gemeenten (56%), ZonMw, ziektekosten, eigen bijdrage, AWBZ, fondsen, thuiszorg, provincie	14% structureel 29% deels 57% niet structureel	Thuiszorg, gemeente, GGD, welzijn, ROS, ggz, ouderenzorg, zorgverzekeraars

Activiteit	Gericht op ouders?	Doelgroepen	Oorzaken moeilijke bereikbaarheid (helemaal/deels)	Financiering	Structureel, deels, niet structureel	Samenwerkingspartners
Veiligheid						
Valpreventie	16 van 19	10 organisaties: mensen met lage SES, 75-plussers, allochtonen, mensen met verhoogd valrisico, kwetsbare mensen die zelfstandig wonen, mensen met chronische ziekte, mensen met ongezonde leefstijl, mensen met psychosociale problematiek, mantelzorgers	8 organisaties: weinig prioriteit, weinig belangstelling	Gemeenten (47%), ZonMw, ziektekosten, eigen bijdrage, fondsen, AWBZ, thuiszorg, provincie	21% structureel 26% deels 53% niet structureel	Thuiszorg, gemeente, welzijn, ouderenzorg, GGD, ROS, zorgverzekeraars, ggz, fysiotherapeut
Stimuleren van het gebruik van domotica	3 van 7	2 organisaties: mensen met lage SES, mantelzorgers, 75-plussers, mensen met chronische ziekte, mensen die klimisch opgenomen zijn	0	Gemeenten (43%), ziektekosten, provincie, fondsen, AWBZ, eigen bijdrage, ZonMw	0% structureel 43% deels 57% niet structureel	Gemeenten, ouderenzorg, zorgverzekeraars, welzijn, ROS, thuiszorg
Voorkomen van polyfarmacie	5 van 9	1 organisatie: ouderen met psychische aandoeningen	1 organisatie: matige samenwerking met verslavingszorg, onvoldoende inzicht in probleem	Ziektekosten (44%), gemeente, AWBZ, eigen bijdrage, ZonMw	11% structureel 44% deels 44% niet structureel	ROS, apothekers, zorgverzekeraars, welzijn, thuiszorg, GGD, gemeente

Activiteit	Gericht op ouders?	Doelgroepen	Oorzaken moeilijke bereikbaarheid (helemaal/deels)	Financiering	Structureel, deels, niet structureel	Samenwerkingspartners
Vroegsignalering psychische problemen						
Vroegsignalering dementie	18 van 21	7 organisaties: mensen met psychosociale problematiek, mantelzorgers, 75-plussers, mensen met lage SES, alloch-tone ouderen, mensen met een ongezonde leefstijl	4 organisaties: onvol-doende pro-activiteit organisatie, dementie binnenshuis houden	Gemeenten (65%), AWBZ, ziektekosten, ZonMw, fondsen, eigen bijdrage, provincie, Alzheimer Nederland	22% structureel 52% deels 26% niet structureel	Thuiszorg, welzijn, ggz, ouderenzorg, ROS, GGD, gemeente, zorgverzekeraars, Alzheimer Nederland
Vroegsignalering angst/depressie	16 van 24	12 organisaties: mensen met psychosociale problematiek, mensen met lage SES, mensen met een ongezonde leefstijl, 75-plussers, alloch-tone ouderen, mantelzorgers, mensen met chronische ziekte, mensen met verslaving	9 organisaties: gebrek aan capaciteit, onvoldoende financiële middelen, taboe onderwerp, isolement ouderen	Gemeenten (75%), ziektekosten, AWBZ, eigen bijdrage, ZonMw, fondsen	21% structureel 50% deels 29% niet structureel	Welzijn, thuiszorg, gemeen-te, ggz, GGD, ouderenzorg, ROS

Activiteit	Gericht op ouders?	Doelgroepen	Oorzaken moeilijke bereikbaarheid (helemaal/deels)	Financiering	Structureel, deels, niet structureel	Samenwerkingspartners
Sociale steun						
Voorkomen van eenzaamheid	16 van 20	8 organisaties: mensen met psychosociale problematiek, mensen met lage SES, 75-plussers, allochtone ouderen, mantelzorgers, mensen met chronische ziekte, mensen met verslaving, mensen met ongezonde leefstijl	8 organisaties: doelgroep slecht bereikt geen overlast, ouderen blijven op afstand, ervaren een drempel	Gemeenten (80%), eigen bijdrage, AWBZ, fondsen, ziektekosten, provincie, ZonMw	30% structureel 30% deels 40% niet structureel	Gemeente, thuiszorg, welzijn, ggz, GGD, ouderenzorg, ROS
Ondersteunen van oudere mantelzorgers	5 van 17	5 organisaties: mantelzorgers, mensen met psychosociale problematiek, allochtone ouderen, mensen met verslaving, mensen met lage SES, mensen met ongezonde leefstijl	2 organisaties: slechte bereikbaarheid allochtonen, hulpbehoefte niet aangegeven, onbekendheid met wegen naar hulp	Gemeenten (59%), ziektekostenverzekering, eigen bijdrage, ZonMw, AWBZ, provincie, thuiszorg	24% structureel 41% deels 35% niet structureel	Welzijn, thuiszorg, gemeente, ouderenzorg, ROS, GGD, ggz, mantelzorg
Bevorderen van maatschappelijke participatie	8 van 16	2 organisaties: mensen met psychosociale problematiek, 75-plussers, mensen met chronische ziekte, mensen met depressieve klachten	1 organisatie: ouderen herkennen zich niet in aanbod	Gemeenten (94%), eigen bijdrage ouderen, ziektekostenverzekering, thuiszorg, AWBZ, provincie	31% structureel 50% deels 19% niet structureel	Gemeente, welzijn, ggz, thuiszorg, ouderenzorg, GGD, ROS
Bevorderen van zelfmanagement	7 van 12	3 organisaties: mensen met psychosociale problematiek, mensen met lage SES, mensen met chronische ziekte	2 organisaties	Gemeenten (92%), ziektekosten, eigen bijdrage, ZonMw, fondsen	17% structureel 50% deels 33% niet structureel	Thuiszorg, gemeente, ggz, welzijn, ouderenzorg, GGD

Tabel 3. Overzicht interventies

	Interventies/cursussen gericht op de doelgroep ouderen	Andere activiteiten
Verslavingsproblematiek		
Tegengaan van overmatig alcoholgebruik	Geen interventies genoemd	Voorlichting over vroeg-signalering
Voorkomen van drugsgebruik	Geen interventies genoemd	
Stoppen met roken	<ul style="list-style-type: none"> • Pak je kans (3x) • Cursussen stoppen met roken gericht op mensen met COPD en hart- en vaatziekten • Coachingsgesprekken • Trainingen ontwikkeld door STIVORO (thuiszorg) • Minimale Interventie Strategie (huisartsen) 	
Tegengaan van overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Cursus Beter slapen • Cursus Slapen kun je leren • (Groepsgerichte) psycho-educatie 	
Gezonde leefstijl		
Voorkomen van overgewicht	<ul style="list-style-type: none"> • Cursus Goed gewicht in zicht • Goede voeding hoeft niet veel te kosten • Individuele adviezen over gezonde leefstijl • Balans vinden in goede voeding, bewegen en je gewicht • Cursus Gezonde leefstijl • Leefstijl spreekuur • Programma Gezond gewicht • Programma Gezond verder 	<p>Activiteiten gericht op intermediairs via sport-service</p> <p>Voorlichting aan medewerkers over het ontstaan van overgewicht</p>
Stimuleren van bewegen	<ul style="list-style-type: none"> • GALM (2x) • Meer bewegen voor ouderen (4x) • Big Move! • Bewegen valt goed • In Balans • Activiteiten zoals fietsen, wandelen et cetera • Programma Gezond verder • Beweegprogramma's voor ouderen in de wijk, soms gericht op specifieke (risico)groepen 	Voorlichting intermediairs en ouderenbonden (meerdere malen genoemd)
Stimuleren van gezonde voeding	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting via huisbezoeken • Leefstijl spreekuur • Rondleiding in supermarkten • Programma Gezond verder • Programma Grijsz haren, andere etenswaren 	Veel voorlichting via bijeenkomsten, zowel aan professionals als intermediairs van de doelgroep

Veiligheid		
Valpreventie	<ul style="list-style-type: none"> • Vallen verleden tijd • Halt u valt • In balans • Blijf staan • Huisbezoek Veilig huis 	
Stimuleren van gebruik domotica	Geen interventies	Vooral projecten gericht op Zorg op afstand
Voorkomen van polyfarmacie	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop medicijngebruik • Huisbezoek • Cursus Beter slapen 	<p>Vooral gericht op voorlichting aan intermediairs en professionals (signalering)</p> <p>Project Ontwikkeling elektronisch voorschrijfsysteem</p>
(Vroeg)signalering Psychische problemen		
(Vroeg)signalering dementie	<ul style="list-style-type: none"> • Signalerend huisbezoek • Vergeetachtig of dement (voor mantelzorgers) • CbO • Geheugenspreekuur 	Vooral gericht op voorlichting aan intermediairs en professionals (signalering)
(Vroeg)signalering angst en/of depressie	<ul style="list-style-type: none"> • In de put, uit de put • Op zoek naar zin • Zelfhulp cursus Angstige gevoelens? • Angst de baas • Leven met een chronische ziekte • Huisbezoeken en activeringstrajecten • CbO • Programma Beweeg je leven 	Vooral cursussen, bijeenkomsten voor professionals en intermediairs in het herkennen en signaleren van angst en depressie
Sociale steun		
Voorkomen van eenzaamheid	<ul style="list-style-type: none"> • Allerlei sociale activiteiten worden genoemd • Eettafels • Cursus Verlies en verder • Voorleesprojecten (levensverhalen) • Vriend actief • Huisbezoek • Dagactiviteiten/opvang • Voorlichtingbijeenkomsten aan mantelzorgers • In balans • Gezond ouder worden 	Vooral cursussen en bijeenkomsten voor professionals en intermediairs (ouderenadviseurs) gericht op het herkennen en signaleren van eenzaamheid

Ondersteuning van (oudere) mantelzorger	<ul style="list-style-type: none"> • Ontmoetingsdagen voor mantelzorgers • Cursus omgaan met (specifieke) aandoeningen • Cursus Zorg de baas • Familiegroepen • Voorlichtingsbijeenkomsten 	<p>Vergroten bereik mantelzorgondersteuning onder professionals en intermediairs</p> <p>Voorlichting aan professionals en intermediairs (signalering (over) belasting)</p>
Bevorderen van maatschappelijke participatie		
	<ul style="list-style-type: none"> • Cursus Leven met een chronische ziekte • Zingevingscursussen voor 55-plus • Deelname bevorderen 50plusnet.nl • Alle mantelzorgcursussen • Cursus Herstellen doe je zelf • Maatjesproject • Vrijwilligerswerk bevorderen: Voor en door ouderen • Activiteiten organiseren en deelname bevorderen • Dagbesteding • Ontmoetingscentra 	
Bevorderen van zelfmanagement		
	<ul style="list-style-type: none"> • Via cursussen voor mantelzorgers • Cursus sociaal netwerk • Cursus Herstellen doe je zelf • Cursus Werken met eigen ervaring • Cursus Zorgeloos verder • Tools aanreiken aan mensen met chronische ziekte om hun ziekte inpasbaar te maken in hun leven • Huisbezoeken • Via ouderenadviesing • CbO 	<p>Preventienetwerken bestaande uit (ouderen) organisaties: vergroten kennis en stimuleren van activiteiten</p>

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Vilans is hét onafhankelijke kenniscentrum voor werkers en organisaties die langdurende zorg bieden. Wij ontwikkelen met hen vernieuwende praktijkgerichte kennis, zodat we samen de kwaliteit van leven verbeteren voor mensen die langdurig zorg nodig hebben.

Vilans richt zich met haar kennis en handelen primair op werkers en organisaties. Het verbeteren van de kwaliteit van leven voor cliënten die langdurende zorg nodig hebben is onze inspiratiebron.

Onze inzet is dat mensen die langdurig zorg nodig hebben zelf hun leven richting en inhoud kunnen geven wat betreft gezondheid, relaties, werk en onderwijs, materiële omstandigheden – zoals inkomen, wonen – en zingeving. Daarbij is het belangrijk dat de samenleving en het gevoerde beleid de eigen regie ondersteunen.

De meerwaarde voor de praktijk is de maatstaf voor de toegevoegde waarde van Vilans. Vilans vervult een maatschappelijke functie en kiest daarom nadrukkelijk een onafhankelijke positie. Onze kenniscollecties en relatienetwerken zijn openbaar en algemeen toegankelijk.

Vilans verbindt

Vilans heeft een integrale visie op zorg, wonen en welzijn en verbindt vanuit die visie alle betrokken partijen. We staan in het hart van de driehoek onderzoek, beleid en praktijk.

Vilans onderneemt

Vilans zoekt pro-actief naar kansen en mogelijkheden om zorg en ondersteuning structureel te verbeteren. We zijn alert op signalen uit het veld, daadkrachtig in het omzetten van kansen in producten die het veld wil afnemen in de sector.

Vilans inspireert

Vilans is creatief, dynamisch en innovatief in aanpak en oplossingen. We enthousiasmeren partners in het veld hun werk anders in te richten en blijvend beter te maken.

Samen werken aan kwaliteit van leven?

Neemt u dan contact met ons op:

Vilans infolijn (030) 789 25 25 of kijk op www.vilans.nl

