

Consultatiebureau voor Ouderen

Visiedocument



Platform Consultatiebureau voor Ouderen

Kenniscentrum Ouderen, Vilans, 2008

© Januari 2008 Vilans

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

Auteurs

Els Bakker, *Stichting Icare*

Niek Jaspers, *onafhankelijk adviseur, arts maatschappij en gezondheid en sociaal geriater*

Marja Kraakman, *Stichting Thuiszorg Groot Rijnland*

Geraldine Visser, *Vilans Kenniscentrum Ouderen*

M.m.v. Platform Consultatiebureau voor ouderen

Kenniscentrum Ouderen (KCO) / Vilans

Het Vilans Kenniscentrum Ouderen (KCO) is een punt waar informatie over ouderen en ouderenzorg bijeen wordt gebracht. Het KCO slaat een brug tussen onderzoek, het beleid en de praktijk. Het KCO verzamelt kennis die over ouderen beschikbaar is, maakt deze toegankelijk en toepasbaar en draagt de informatie over aan uiteenlopende gebruikersgroepen in de praktijk en het beleid. Het KCO schreef onder andere *Ouder worden we allemaal. Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland* en voert projecten uit op het terrein van zorgmijders, ouderenadvisering, ouderenmishandeling, leefstijlgerichte zorg, zelfmanagement, kwaliteit van leven en levensvragen.

Catharijnesingel 47

Postbus 8228

3503 RE Utrecht

030-7892406

g.visser@vilans.nl

<http://www.vilans.nl>

Het visiedocument en de werkmethodek zijn te downloaden en te bestellen via de website van het Vilans Kenniscentrum Ouderen <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl>

Voorwoord

Het is een verheugend feit dat in het laatste decennium bij het ontwikkelen van beleid in toenemende mate aandacht is voor de vragen van de gebruiker. Dat geldt vooral voor het onderwerp dat in deze nota wordt uitgewerkt.

Op verschillende plaatsen in het land hebben ouderen te kennen gegeven dat zij behoefte hebben aan een voorziening waar voorkomende vragen met betrekking tot het onderwerp Ouder worden en Gezondheid en Welzijn kunnen worden besproken.

Als leden van de doelgroep vinden wij het belangrijk dat aan ouderen een voorziening wordt geboden dat hen stimuleert om een leefstijl te ontwikkelen die beantwoordt aan hun streven hun gezondheid en welzijn op peil te houden als tegenwicht tegen de dalende levenslijn.

Voorwaarde is dat de daarvoor vereiste inspanning is gebaseerd op academische kennis over gezondheid en welzijn die op een zodanige wijze wordt aangeboden dat deze kennis kan worden geïntegreerd in het dagelijks leven. Bovendien dient dit aanbod aan te sluiten bij de motivatie van ouderen om de sturing daarvan in eigen hand te nemen.

De verwachting is dat het Consultatiebureau voor Ouderen kan uitgroeien tot de gewenste voorziening. Deze verwachting is ook gebaseerd op de wetgeving die de laatste jaren is ingevoerd: vernieuwing Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), in werking treden van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De kansen liggen bij uitstek in de integratie van gezondheid en welzijn, de ontwikkeling van de preventie en de door de WMO beoogde eigen verantwoordelijkheid van de gebruiker en participatie in de samenleving. In het bijzonder kan het Consultatiebureau voor Ouderen worden gezien als een middel om het verwerven van kennis en gedrag met betrekking tot deze gebieden toegankelijk te maken voor alle ouderen, zowel kansarme als kansrijke ouderen.

Met het Consultatiebureau voor Ouderen is een laagdrempelig, periodiek aanbod gecreëerd dat de mogelijkheid biedt bestaande schotten tussen gezondheid en welzijn op te heffen.

Gecombineerd met bijvoorbeeld een cursorisch aanbod gericht op de bewustwording van eigen mogelijkheden en zelfsturing van ouderen kan een unieke kans worden geboden om de abstractie van een integraal aanbod te operationaliseren, zowel in preventieve als in curatieve zin. Dit geeft tevens een verdieping aan de ketenzorg.

Gesprek over deze onderwerpen kan ouderen een handvat bieden bij de beslissingen die moeten worden genomen met betrekking tot de dilemma's die ten aanzien van gezondheid en welzijn op hun pad komen, ook in de laatste levensfase. Het gaat bij dit laatste dan in het bijzonder om de afweging tussen het adequaat gebruik van het aanbod versus de kwaliteit van leven. Het biedt tevens een mogelijkheid om ouderen inzicht bij te brengen in het vraagstuk van de kostenbeheersing.

Mits wetenschappelijk begeleid biedt het Consultatiebureau van Ouderen een mogelijkheid om nieuwe kennis over gezondheid/ welzijn en ouder worden te genereren en het preventieaanbod uit te breiden.

De visie over het Consultatiebureau voor Ouderen wordt in deze nota gepresenteerd als een ontwikkelingsmodel. Deze visie is op een bijzondere manier tot stand gekomen door intensieve samenwerking van de leden van het Platform consultatiebureau voor ouderen waarin zowel bestaande CbO's vertegenwoordigd waren (vooral thuiszorg) als ouderenzorgorganisaties die met plannen bezig waren om er een te ontwikkelen, als vertegenwoordigers van de doelgroep zelf, stichting welzijn ouderen, onderzoek, gerieters en GGD.

Het visiedocument en de werkmethode zijn met het veld voor het veld ontwikkeld.

*Agnes Cornelis & Nel Langhout, beiden lid van de ANBO-Commissie Welzijn en Zorg Amsterdam
Madelien Krips*

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Inleiding visiedocument	7
1. Wat is een Consultatiebureau voor Ouderen?	8
2. Waarom een Consultatiebureau voor Ouderen?	9
2.1 Trends	9
2.2 Ouderen zijn nodig nu en in de toekomst	11
2.3 Preventie en de positie van het CbO	11
3. Referentiekader van het Consultatiebureau voor Ouderen.	13
3.1 Definitie gezondheid	13
3.2 Model voor Actief ouder worden	13
3.3 Levensloopperspectief en Levensloopbenadering	14
4. Doelen van het Consultatiebureau voor Ouderen	16
5. Doelgroep van het Consultatiebureau voor Ouderen	17
5.1 Tweesporenbenadering	17
5.2 Uitsluitingcriteria	18
6. Functies en werkwijze van het Consultatiebureau voor Ouderen	19
6.1 Functies	19
6.2 Werkwijze	19
6.3 Onderwerpen van screening	20
6.4 Vorm	21
7. Voorwaarden	23
7.1 Voorwaarden	23
7.2 Programma van eisen	24
Literatuurlijst	
Bijlage 1. De leden van het Platform Consultatiebureau voor Ouderen en werkgroep Strategie, Financiering en Beleid	
Bijlage 2. Referentiekader voor gezond en actief ouder worden	
Bijlage 3. Verantwoording preventie	
Bijlage 4. Competentieprofiel CbO-consulent	
Bijlage 5. Financiering	

Deel II Werkmethodiek en deel III Instrumenten kunt u downloaden op www.kenniscentrum-ouderen.nl

Inleiding

Vroegsignalering en preventie staan in de belangstelling van lokale, provinciale en nationale overheden, zorgverzekeraars, fondsen, aanbieders van zorg- en welzijnsdiensten en van cliëntenorganisaties. Het consultatiebureau voor ouderen (CbO) is voor ouderen dé vorm van preventieve zorg die hen ondersteunt om gezond en actief ouder te worden. Het CbO is een nieuw en innovatief fenomeen op het terrein van preventieve zorg voor ouderen. Het CbO werkt vanuit een integrale aanpak en kijkt op maat naar wat het individu nodig heeft om gezond en actief ouder te worden, om zelf de regie te houden, deel te nemen aan de samenleving en kwaliteit van leven te ervaren. Het heeft een positieve invalshoek en het omvat meer dan een enkelvoudige vroegsignalering of risicoanalyse. Omdat het CbO een systematische of periodieke vorm van preventie is, kan het CbO ouderen lange tijd volgen en monitoren hoe ze omgaan met de adviezen over gezond en actief ouder worden.

In 2001 startte Stichting Thuiszorg Groot Rijnland in Leiden met het eerste consultatiebureau voor ouderen. Sindsdien zijn op meer dan 50 plekken verspreid over alle provincies CbO's opgezet. Vanaf 2004 heeft het Kenniscentrum Ouderen (KCO) van het toenmalige NIZW Zorg (nu Vilans) het ontstaan van CbO's begeleid met een expertmeeting (2004) en twee landelijke symposia (2005/6). Tijdens deze symposia werd het inventariserend onderzoek (Visser en Schippers, 2005) gepresenteerd dat het KCO heeft gedaan naar vijftien initiatieven van consultatiebureaus voor ouderen in Nederland.

Vanuit de doelgroep zelf, de wetenschap, het werkveld, gemeente en de politiek hebben sprekers hun visie op of ervaring met het onderwerp gegeven. In groten getale kwamen beleidsmedewerkers van gemeentes, zorg- en welzijnsaanbieders, ouderenbonden, seniorenraden, onderzoekers, verpleegkundigen, ouderenadviseurs, GGD'en, koepelorganisaties, zorgkantoren en zorgverzekeraars om zich te laten informeren en te discussiëren over de functie van het CbO. Er was een toenemend aantal signalen van organisaties die willen starten met een CbO.

Tijdens deze symposia is een oproep gedaan om een Landelijk Platform Consultatiebureau voor ouderen te starten. Het Landelijk Platform CbO bestaat uit personen die in hun organisatie al ervaring hadden met dit onderwerp, geïnteresseerden die in de toekomst willen starten met een CbO, vertegenwoordigers van de doelgroep zelf en belangen- en kennisorganisaties. Het Kenniscentrum Ouderen van Vilans heeft de ondersteuning en het secretariaat op zich genomen. Het Platform stelde zich ten doel om:

- de kennis en ervaring over een preventieve functie voor ouderen, in de vorm van een CbO, te verzamelen en te beoordelen op betrouwbaarheid en relevantie;
- vanuit de diverse initiatieven onderbouwing, uniformiteit en kwaliteit in het CbO te brengen;
- financieringsmogelijkheden van het CbO te onderzoeken.

Twee werkgroepen zijn hiermee van start gegaan. De werkgroep Methodieken en Competenties heeft zich bezig gehouden met het ontwikkelen van dit visiedocument en de werkmethodiek. De werkgroep Strategie, Financiering en Inbedding heeft zich beziggehouden met het schrijven van een brief naar de Tweede Kamer Commissie Ouderenbeleid. Zie bijlage 1 voor meer informatie over de werkgroepen.

Handreiking

Het Platform heeft een visiedocument en een werkmethodiek ontwikkeld. Beide documenten bieden een kwaliteitsstandaard en handreiking aan organisaties die geïnteresseerd zijn in de ontwikkeling van een consultatiebureau voor ouderen. Het Platform heeft bij het schrijven van deze publicatie geput uit bestaande wetenschappelijke onderzoeken, gevalideerde vragenlijsten, NHG-Standaarden en kennis, evaluatieonderzoeken en vragenlijsten van bestaande CbO's. Daarmee zijn het visiedocument en de werkmethodiek een referentiepunt voor verdere ontwikkelingen op dit gebied. Bijzonder aan deze publicatie is dat deze samen met mensen uit het veld - ouderen zelf, medewerkers van thuiszorg, GGD-en, welzijnsorganisatie, geriaters en onderzoekers - en vanuit de praktijk is opgesteld. Het is geen afgesloten verhaal. Met voorschrijdend inzicht vanuit de praktijk en de wetenschap hoopt het Platform de ontwikkeling van de functie van het CbO verdere impulsen te geven.

Leeswijzer

Het landelijke Platform Consultatiebureau voor Ouderen heeft twee publicaties geschreven.

Allereerst is dat het visiedocument dat u nu voor u hebt. In dit visiedocument geeft het Platform een visie op preventieve zorg voor ouderen en beschrijft welke positie het consultatiebureau voor ouderen daarin heeft. Het Platform besteedt tevens aandacht aan de voorwaarden waaraan een CbO moet voldoen, zoals een functieprofiel voor de consulent, samenwerking en afstemming met alle partijen op het terrein van wonen, welzijn en zorg én de financiering van het CbO.

De tweede publicatie - de werkmethodek - geeft praktische handreikingen voor de voorbereiding en organisatie van het consultatiebureau voor ouderen.

Bij deze werkmethodek vindt u alle relevante instrumenten om het CbO vorm te gaan geven, waaronder de vragenlijst en testen, het protocol voor adviezen en verwijzingen en tips om risicogroepen te bereiken.

Op de website van het Vilans Kenniscentrum Ouderen kunt u deze publicaties downloaden. Deze bestaat uit drie losse onderdelen:

- visiedocument;
- werkmethodek;
- klantdossier (vragenlijst voor de klant, formulier om uitkomsten van testen en adviezen op te schrijven).

U kunt ook de hele publicatie binnenkort in printversie bestellen via <http://www.kenniscentrum-ouderen.nl>.

Inleiding visiedocument

We denken dat we met alle medische vooruitgang en verbeterde kennis rond gezondheid ook gezonder ouder worden. Dat is slechts ten dele waar. De gemiddelde levensverwachting is wel gestegen, maar Nederland stagneert nu. Daar waar Nederland eerst een hoge notering had op de levensverwachting, zijn we nu een middenmoter geworden. Onderzoek laat zien dat we steeds ongezonder leven. Zo hebben 55-plussers van nu een ongezondere leefstijl dan 55-plussers van tien jaar geleden. Ze eten ongezonder, roken en drinken meer en bewegen te weinig (Visser e.a., 2005). Deze cijfers kunnen nog eens versterkt worden door de toename van het aantal oudere migranten of allochtonen. Ouderen van niet-westerse afkomst hebben veelal meer gezondheidsproblemen en ongezondere leefstijl. Dit alles kan de nodige gevolgen hebben voor het optreden van chronische ziekten, zoals diabetes en hart- en vaatziekten.

Daarnaast weten we ook dat veel mensen op oudere leeftijd eenzaam zijn, depressief zijn, angsten hebben, lijden aan meerdere chronische aandoeningen tegelijk en dat ze mobiliteitsbeperkingen ervaren.

Wat vooral een probleem is, is dat er veel onderbehandeling bij ouderen voorkomt. Dat betekent dat er veel ouderen zijn die niet (op tijd) voor hun problemen behandeld worden, terwijl er wel effectieve interventies zijn waarmee hun kwaliteit van leven vergroot kan worden. Uit de recente brief van het Ministerie van VWS over multimorbiditeit en ouderenzorg komt ook naar voren dat voor ouderen met comorbiditeit niet altijd de goede zorg en behandeling krijgen (VWS, 12-11- 2007)

Wat kunnen we er nu aan doen om meer mensen op een gezonde en actieve manier ouder te laten worden? Preventie is het sleutelwoord en dan vooral vanuit een integraal perspectief, gericht op de oudere mens als geheel. Wellicht heerst de mythe dat preventie op hogere leeftijd geen zin meer heeft, maar onderzoek bewijst het tegendeel. Fysiek actief zijn, gezond eten, niet roken en verstandig omgaan met alcohol en medicatie kunnen ook op oudere leeftijd ziekten en beperkingen voorkomen, de gezonde levensverwachting verhogen en de kwaliteit van leven verbeteren (Gezondheidsraad, 2005). Wie na het zeventigste levensjaar doorgaat met gezond leven, kan zijn of haar levensverwachting in vele gevallen nog verbeteren (Knoops, 2007).

Het consultatiebureau voor ouderen biedt hierbij uitkomst. Ouderen vragen zelf om deze vorm van preventie. In Leiden vroeg de cliëntenraad aan de thuiszorg om een consultatiebureau voor ouderen op te zetten. Omdat ouderen graag willen weten hoe ze gezond ouder kunnen worden en hoe het met hun gezondheid gesteld is.

In dit visiedocument beschrijft het Platform wat een consultatiebureau voor ouderen is, wat het belang ervan is en vanuit welk referentiekader gedacht wordt. Ook de doelen, doelgroepen, het functieprofiel van de consulent, de werkwijze en de voorwaarden komen hier aan bod. Voor een concrete uitwerking van het CbO verwijzen we u naar de werkmethodiek.

1. Wat is een consultatiebureau voor ouderen?

Een consultatiebureau voor ouderen is een periodieke vorm van preventieve zorg voor ouderen vanaf 50 jaar, waarbij naar de oudere als geheel gekeken wordt: naar fysieke gezondheid, leefstijl, sociaal, emotioneel, psychisch en cognitief functioneren. Het gaat om preventie op maat vanuit een integrale of holistische benadering.

Het CbO heeft een positieve insteek: het wil zoveel mogelijk de mogelijkheden van ouderen om gezond en actief ouder worden stimuleren, hen in staat te stellen de regie te hebben over het leven en kwaliteit van het leven te bevorderen. Daartoe brengt het CbO de risico's in kaart die dit belemmeren en motiveert ouderen om risico's zelf aan te pakken.

Het consultatiebureau voor ouderen behandelt niet, maar signaleert risico's, informeert ouderen over gezond en actief ouder worden en wijst ouderen (zo nodig) de weg in het woud aan voorzieningen.

In dit visiedocument spreken we over de 'functie' CbO omdat het CbO geen nieuwe, losstaande voorziening is of wil zijn. Het CbO is een soort voorportaal voor alle partijen op het terrein van Wonen, Welzijn en Zorg waarbij de afstemming, samenwerking en het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid hoog in het vaandel staat. Het CbO is een integrale en laagdrempelige vorm van preventieve zorg voor ouderen die afhankelijk van de lokale situatie door verschillende partijen aangeboden kan worden, bijvoorbeeld door de gemeente, een thuiszorgorganisatie, een GGD, een welzijnsorganisatie, een gezondheidscentrum, een huisartspraktijk of een combinatie van verschillende partijen.

2. Waarom een Consultatiebureau voor Ouderen?

Verscheidene trends leiden er toe dat er meer aandacht is voor preventie. Door toenemende vergrijzing en ongezond gedrag dreigen de kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg sterk te stijgen. Nederland heeft een vrij reactief gezondheidszorgsysteem. Pas als er een ziekte is, wordt actie genomen. Dit zal vervangen moeten worden door een meer proactief systeem, gericht op gezond leven en het voorkomen van ziekte. Hieronder beschrijven we enkele belangrijke trends die de noodzaak van deze koerswijziging zichtbaar maken.

2.1 Trends

Nederland vergrijst en ontgroent

Nederland telde in 2005 2,4 miljoen mensen van 65 jaar of ouder, ruim 14% van de bevolking. In 2040 zal naar schatting ruim 4 miljoen mensen 65 jaar of ouder zijn (circa 25%). Niet alleen het percentage 65-plussers neemt toe, maar ook het aandeel 80-plussers, ook wel dubbele vergrijzing genoemd. Tussen 2006 en 2050 groeit het aantal 80-plussers van 0,59 naar 1,49 miljoen (CBS, 2006A). Daarnaast is er in Nederland sprake van ontgroening door de afname van het kindertal. In 2007 is 24,2% van de bevolking jonger dan twintig jaar. In 2050 daalt dit percentage tot 21,6% (CBS). Dit heeft de nodige consequenties voor de beschikbaarheid van hulpbronnen voor ouderen.

Nederland verkleurt

Nederland telde in 2003 ruim 115.000 niet-westerse allochtonen van 55 jaar en ouder. In 2020 zal dit aantal zijn verdrievoudigd (Schellingerhout, 2004). Het aandeel van de niet-westerse allochtonen binnen de groep 65-plussers is relatief klein, maar neemt wel toe: 2% nu, 7% in 2030 en 14% in 2050 (Gezondheidsraad, 2005, p. 17).

Onder de ouderen van niet-westerse afkomst komen relatief veel gezondheidsproblemen voor: 46% van de Turkse, 57% van de Marokkaanse en 25% van de Surinaamse ouderen kent ernstige fysieke beperkingen (autochtone ouderen 15%) (Schellingerhout, 2004). Bovendien kennen ze veelal de weg binnen de welzijns- en gezondheidszorg onvoldoende en beschikken ze over weinig kennis over gezondheid en gezond leven.

Nederland leeft ongezond

De leefstijl bij een groot deel van de ouderen is ongezond. Uit een langlopend onderzoek naar ouder worden in Nederland (LASA) van de Vrije Universiteit in Amsterdam blijkt dat de vijftigplussers van nu ongezond leven dan die van tien jaar geleden. Ze drinken meer alcohol, bewegen minder en zijn te zwaar (Visser, e.a., 2005).

- Groei ongezond rookgedrag: Onder 65-74-jarigen nam het percentage rokers tussen 2004 en 2006 toe van 20% naar 24% (CBS StatLine 2007).
- Stijging alcoholgebruik: 65-plussers en vooral de lage sociaaleconomische groepen vertonen meer ongezond drinkgedrag (Bijl e.a., p.162; Visser e.a., 2005). In de verslavingszorg is sinds 1996 het aantal 55-plussers met een alcoholhulpvraag met ruim 90% gestegen (gecorrigeerd voor vergrijzing). Bovendien wachten ze langer met hulp vragen (NIGZ e.a., 2006).
- Meer overgewicht: Van alle 65-plussers heeft momenteel 56,9% overgewicht (1,3 miljoen) en bij ruim 14% is zelfs sprake van ernstig overgewicht ofwel obesitas. Overgewicht leidt tot problemen met bijvoorbeeld mobiliteit, depressieve klachten of suikerziekte. Ook pijn bij dagelijkse activiteiten, incontinentie en opname in een verpleeghuis zijn gevolgen van overgewicht. Overgewicht leidt zo tot een lagere kwaliteit van leven.¹
- Beweging en mobiliteit: een groot deel van de ouderen beweegt te weinig (Van den Berg Jeths en Hoeymans 2004, p. 50). Volgens de Nederlandse Norm 'gezond bewegen' (5 dagen per week minimaal 30 minuten matig intensief bewegen) is 42% van de Nederlandse senioren niet voldoende lichamelijk actief en voor 65-plus vrouwen geldt dat nog meer, namelijk 49% (StatLine CBS, 2006).

Meer chronische ziekten

Het aantal mensen met een chronische somatische ziekte zal de komende twintig jaar flink zal toenemen.

¹ Persbericht ter ere van de inauguratie rede van prof. Dr. Marjolein Visser tot hoogleraar gezond ouder worden, VUMC Amsterdam, <http://www.vumc.nl/communicatie/nieuws/index.html>

Steeds meer mensen krijgen te maken met ziekten van het bewegingsapparaat, hartziekten, astma/COPD, diabetes, psychische aandoeningen en dementie. Vooral astma/COPD, diabetes en hartziekten vertonen een sterk stijgende trend (Gezondheidsraad, 2005, p. 35; Blokstra & Verschuren, 2007). Maar ook dementie: Nederland telt momenteel ongeveer 270.000 mensen met dementie en zal toenemen tot 500.000 in 2050 (Gezondheidsraad, 2005). De toename van het aantal chronische ziekten is grotendeels te verklaren door de vergrijzing van de bevolking, maar ook ongezonder gedrag speelt een belangrijke rol.

Toename van comorbiditeit

Naarmate mensen ouder worden, neemt de kans op comorbiditeit toe (het hebben van meerdere (chronische) aandoeningen tegelijkertijd). Van de 65-74-jarigen lijdt 23% aan twee of meer chronische aandoeningen, bij 75-79-jarigen 25% en bij mensen van 80 jaar en ouder 32% (De Klerk, 2001). Chronische aandoening zeggen op zich nog niets over beperkingen in het dagelijkse functioneren. Lichamelijke beperkingen doen dat wel. Deze komen vaak voor, variërend van 22% bij 55-plussers tot 70% bij 80-plussers (De Klerk, 2001, p. 122).

Meer psychische problemen

Ook problemen met de geestelijke gezondheid komen vaak voor bij ouderen. Dat geldt vooral voor depressie, cognitieve problemen en angsten. Depressie komt bij 14% van de 65-plussers voor. Bij vrouwen gemiddeld vaker dan bij mannen en vaker pas op hogere leeftijd (75+). Cognitieve problemen en angsten komen bij ruim 10% van de ouderen voor. Cognitieve problemen vaker bij vrouwen en angsten vaker bij mensen ouder dan 75 jaar. Helaas zoeken weinig ouderen met psychische problemen hulp, zo blijkt uit een onderzoek van het Trimbos-instituut (Pot e.a., 2007).

Meer eenzaamheid

Ouderen ervaren regelmatig sociale problemen. Zo is ruim een miljoen - bijna één op de drie - ouderen regelmatig eenzaam (De Jong Gierveld, 1999). Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor het verlies aan gezondheid en kwaliteit van leven.

Meer overbelasting door mantelzorg

Mantelzorg verlenen brengt de nodige risico's met zich mee, zeker bij een langdurige en/of intensieve zorgbehoefte. Ongeveer 13% van alle mantelzorgers in Nederland voelt zich zwaar belast. Mantelzorgers hebben vaker en erger last van depressies (Damjanovic e.a., 2007). Sommige mantelzorgers zijn zelfs zo belast dat ze eerder overlijden (Schulz en Beach, 1999). Oudere mantelzorgers vormen een risicogroep: meer risico op gezondheidsproblemen door hun eigen hogere leeftijd, ze hebben vaak geen hulp van anderen, hun sociaal netwerk is veelal kleiner en ze zijn niet gewend om aandacht en hulp voor zichzelf te vragen. Zij leveren daarnaast meer intensieve en persoonlijke zorgtaken en kunnen zich moeilijk onttrekken aan de zorg, omdat ze in hetzelfde huis wonen als de zorgbehoevende (Visser, 2006). Omdat de overheid steeds meer druk legt op familie om voor elkaar te zorgen en omdat de samenleving sterk vergrijst, is te verwachten dat het aantal oudere mantelzorgers aanzienlijk zal toenemen (Nitsche e.a., 2004).

Meer visuele beperkingen

In Nederland hebben veel 50-plussers visuele beperkingen. Bijna 71% (157.009 mensen) van alle slechtzienden zijn zelfstandig wonende 50-plussers. Vooral vrouwen lijken op hogere leeftijd te kampen met visuele beperkingen (Limburg, 2007). De idee heerst dat ouderen niet voldoende gebruik maken van mogelijkheden (interventies en hulpmiddelen) voor het behandelen van deze beperkingen. Ouderen blijken de nodige drempels te hebben om regelmatig de ogen te laten controleren, bijvoorbeeld door verminderde mobiliteit en vaak de angst voor eventuele ingrepen aan de ogen. Hier blijft behandeling van slechtziendheid uit (De Winter e.a., 2004).

Gevolgen van deze trends?

Wat betekenen nu al deze cijfers en trends voor ouderen en ouder worden in Nederland? Onze maatschappij loopt door alle demografische en gezondheidsgerelateerde trends af op een grotere consumptie van zorg. Dat is voor niemand wenselijk en niet betaalbaar. Dat betekent dat burgers meer eigen verantwoordelijkheid moeten nemen: zelf maatregelen nemen voor de toekomst en zelf problemen oplossen.

De Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is hier al een voorbeeld van. Deze wet zegt namelijk dat mensen eerst moeten kijken of ze problemen bijvoorbeeld op het terrein van huishouden eerst zelf en in hun eigen omgeving moeten zien op te lossen alvorens ze een beroep mogen doen op professionele ondersteuning.

Het CbO wil ouderen meer bewustmaken van het belang om gezond te eten en te drinken, voldoende te bewegen en bijvoorbeeld voldoende sociale contacten te hebben. Het CbO hoopt hiermee een bijdrage te leveren aan het voorkomen of uitstellen van chronische ziekten die gerelateerd zijn aan een ongezonde leefstijl. Voor die ziekten of beperkingen die niet te genezen zijn, zoals dementie of visuele beperkingen, wil het CbO eraan bijdragen dat mensen vroeger opgespoord worden, zodat ze de daarvoor geschikte interventies of hulpmiddelen eerder gaan gebruiken. Dit kan zowel in het belang van de patiënt als die van de mantelzorger zijn.

2.2 Ouderen zijn nodig nu en in de toekomst

De Nederlandse samenleving heeft baat bij een actieve participatie van ouderen, die zo lang mogelijk gezond blijven kwaliteit van leven ervaren. Niet alleen spelen ouderen een belangrijke rol op het terrein van vrijwilligerswerk, mantelzorg en oppas voor kleinkinderen, maar in het licht van Europese eisen aan arbeidsparticipatie (Lissabon Agenda) en de toenemende vergrijzing en ontgroening is het ook belangrijk dat oudere werknemers zo lang mogelijk actief blijven op de arbeidsmarkt. En tot slot is het voor de stijgende kosten van de gezondheidszorg bijzonder relevant dat het gebruik van zorg zo lang mogelijk uitgesteld wordt.

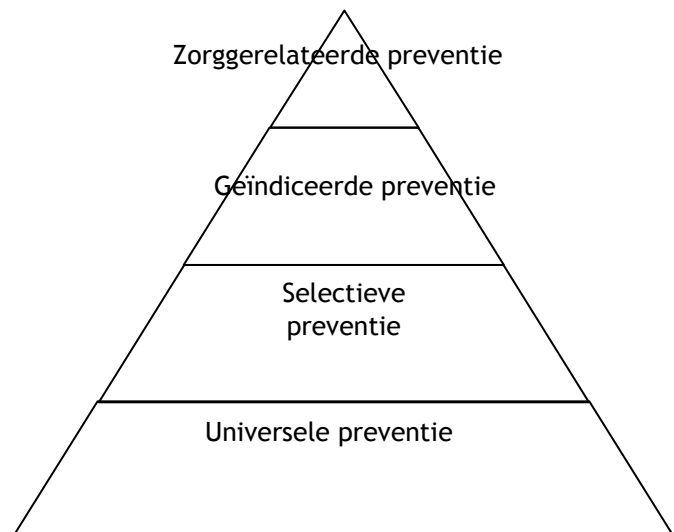
Maar niet iedereen kan dit zelf. Zeker niet door de toenemende marktwerking in de zorgsector die tot versnippering leidt. De samenleving wordt hiermee steeds ingewikkelder. Het consultatiebureau voor ouderen kan hierbij ondersteunen en mensen op weg te helpen om gezond en actief ouder te worden.

2.3 Preventie en de positie van het CbO

Er zijn verschillende indelingen voor preventie. De meest gebruikte indeling is die van primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie (Gunning Schepers & Jansen, 1997; Jasper & Cuypers, 2006). Primaire preventie heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. Secundaire preventie beoogt ziekte in een vroeg stadium op te sporen. Hierdoor kan eerder gestart worden met behandelen om te genezen dan wel verergering van ziekten te voorkomen. Tertiaire preventie zijn die activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en of de zelfredzaamheid van individuen (patiënten/cliënten) op te heffen, te reduceren en of te compenseren (Kroes e.a., 2007, p. 17).

Het College voor Zorgverzekeringen prefereert een nieuwe indeling van preventie (Kroes e.a., 2007, p. 7/8):

- universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen; het Platform ziet hierbij ook de mogelijkheden om de gezondheid te versterken, opdat ouderen die gezond zijn gezond kunnen blijven.
- selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma;
- geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling;



- zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en ‘erger’ te voorkomen.

Grofweg komen de twee eerste vormen van preventie (universele en selectieve) overeen met primaire preventie en een deel van de secundaire preventie. Geïndiceerde preventie heeft kenmerken van secundaire preventie maar is daarbij specifiek gericht op een individu. Zorggerelateerde preventie is een vorm van tertiaire preventie.

Positie van het CbO in het preventieveld

Het Platform CbO constateert dat op het terrein van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie het nodige gebeurt voor de doelgroep ouderen, zoals diabetespreventie en diverse bewegingsinterventies. Voor universele en selectieve preventie is nog geen voldoende en integraal aanbod gegarandeerd. We zien dat diverse organisaties testen aanbieden, bijvoorbeeld de nationale cholesteroltest van de Hartstichting, de niertest van de Nierstichting, de COPD-test van het Astmafonds en de diabetestest van het Diabetesfonds. We hebben het niet alleen over de publieke organisaties, maar ook over commerciële bedrijven, die “Total body scans” en “health checks” aanbieden. Al deze verschillende eenvoudige vormen van preventie kunnen ertoe leiden dat mensen door de bomen het bos niet meer zien. Bovendien kijken ze naar risico’s die voor mensen wellicht beangstigend kunnen zijn, waardoor ze drempels kunnen ervaren om ernaar toe te gaan. Deze vormen van preventie zijn te fragmentarisch en kunnen tot verwarring leiden. Daarom is het zo belangrijk om juist het preventieaanbod te bundelen. Als we ernaar toe willen dat meer mensen gezond leven, zullen we meer moeten investeren in integrale preventie, op maat en met een lage drempel → het voorkomen van ongezond leven in de brede zin van het woord: op lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak is het belangrijk dat mensen weten hoe ze gezond moeten en kunnen leven en daar de verantwoordelijkheid voor nemen. Het Platform CbO stelt dat de functie van het CbO zich hiervoor goed leent. Belangrijk is dat de functie van het CbO verbanden legt met alle vormen van preventie en de sectoren wonen, welzijn en zorg.

3. Referentiekader van het CbO

Gezondheid is voor Nederlanders een groot goed. Het is de essentiële voorwaarde om vanuit autonomie zelf keuzes te maken, eigen doelen te bereiken, zin te geven aan het leven, familiebanden en vriendschappen te onderhouden en deel te kunnen nemen aan de samenleving. Maar wat vinden wij gezondheid? Is dat “niet ziek zijn”? Geen fysieke of geestelijke beperkingen hebben? Of bedoelen we ons “lekker voelen”, leuke dingen kunnen doen, een nuttige bijdrage aan de samenleving hebben zonder dat ons lichaam, onze geest, ons verstand of onze levensomstandigheden ons daartoe beperkt? In dit hoofdstuk schetsen we het referentiekader van waaruit het consultatiebureau voor ouderen werkt.

3.1 Definitie gezondheid

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO stelt dat gezondheid méér is dan de afwezigheid van ziekte of beperking. Het is een situatie van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Dit is een holistische benadering, waarbij wordt gekeken naar het welbevinden of kwaliteit van leven van de mens in zijn geheel op alle verschillende levensdomeinen en de onderlinge samenhang daarvan. Het Platform Consultatiebureau voor Ouderen sluit zich hierbij aan. Het CbO richt zich dan ook nadrukkelijk op de mens in zijn geheel en zijn omgeving en naar de mogelijkheden om in onderlinge samenhang lichamelijk, geestelijk en sociaal-maatschappelijk welbevinden te bereiken.

3.2 Model voor Actief ouder worden

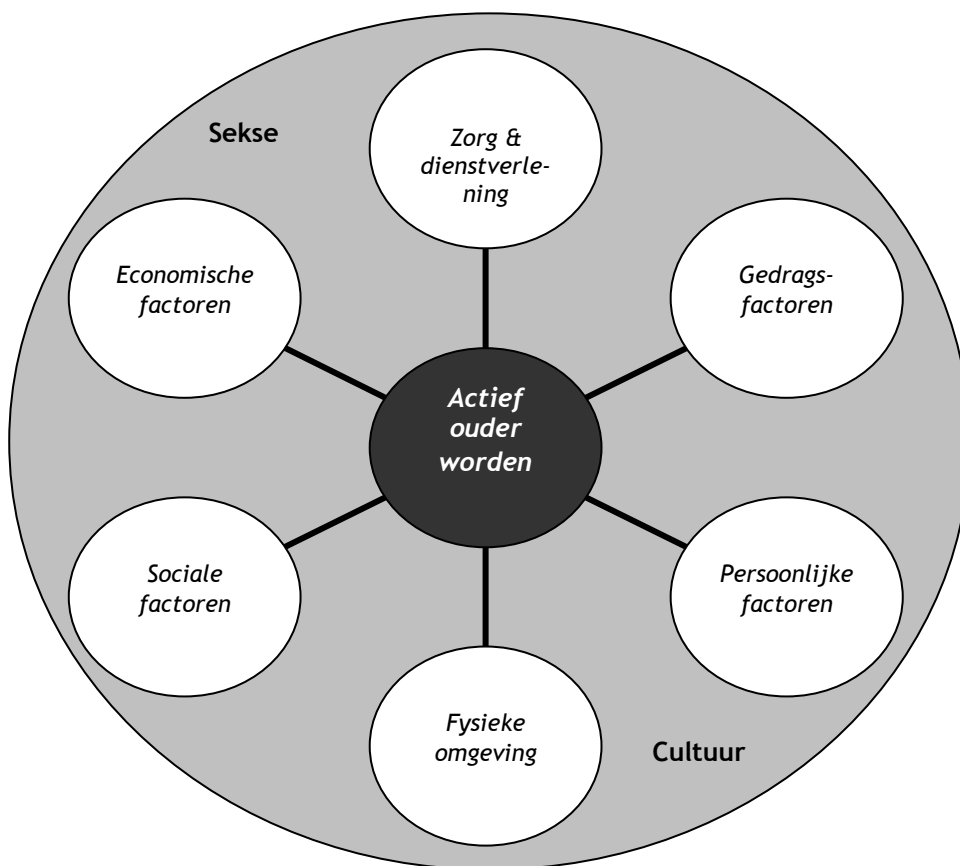
Uitgaande van bovenstaande definitie gebruikt het Platform het model voor actief ouder worden (“Active Ageing, A Policy Framework”) van de WHO (2002) als referentiekader voor het CbO. Actief ouder worden is volgens de WHO *“het proces van het optimaliseren van de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid om de kwaliteit van leven bij ouder worden te verhogen”*. Met het model “Actief ouder worden” wordt nagestreefd dat mensen langer gezond kunnen leven én dat de kwaliteit van leven gegarandeerd blijft als mensen ouder worden - inclusief zij die kwetsbaar, beperkt en zorgbehoevend zijn.

Het woord ‘actief’ verwijst naar de participatie van ouderen op het gebied van sociale, economische, culturele, spirituele en maatschappelijke activiteiten, niet alleen op de mogelijkheid om fysiek actief te zijn of actief op de arbeidsmarkt. Het woord ‘actief’ draagt dus een veel bredere boodschap uit dan alleen gezond ouder worden. Het erkent dat naast de gezondheid(szorg) andere factoren die individuen en populaties beïnvloeden als ze ouder worden.

De WHO stelt dat zes determinanten een belangrijke rol spelen bij het mogelijk maken van actief ouder worden (WHO, 2002):

1. zorg en dienstverlening: het zorgsysteem moet uitgaan van een levensloopperspectief en gericht zijn op gezondheidsbevordering, ziektepreventie en gelijke toegang van alle burgers tot kwalitatieve zorg;
2. gedragsfactoren: Een gezonde leefstijl lijkt een van de meest effectieve manieren om problemen op oudere leeftijd te voorkomen;
3. persoonlijke factoren: psychologische factoren, zoals intelligentie, cognitieve vaardigheden, zelfmanagement en copingstijlen;
4. fysieke omgeving: gevoel van veiligheid en fysieke toegankelijkheid, zoals zo nodig het beschikbaar zijn van een lift, steunen of openbaar vervoer;
5. sociale factoren: Sociale steun, mogelijkheden voor educatie en life-long learning, bescherming tegen geweld zijn belangrijke factoren die gezondheid, participatie en veiligheid bij ouder worden mogelijk maken c.q. bevorderen;
6. economische factoren: inkomen, werk(geschiedenis) en sociale zekerheid.

Meer informatie over het Active Aging Model leest u in bijlage 2. Hieronder vindt u de schematische weergave van het Active Aging Model.



Figuur 1. Active Aging Model (WHO, 2002)

3.3 Levensloopperspectief en Levensloopbenadering

De WHO benadrukt in het model van “Actief ouder worden” het belang van een levensloopperspectief. Bedreigingen voor gezond en een actief ouder worden ontstaan vaak al in eerdere fasen van de levensloop. Het Platform pleit dan ook voor een preventieve zorg gedurende de hele levensloop. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Pluijm e.a. (2006) die laat zien dat chronische blootstelling aan een ongezonde leefstijl in de loop van het leven het risico op lichamelijke achteruitgang op oudere leeftijd verhoogt.

Een structurele voorziening gericht op gezondheidsbevordering houdt nu op na het stoppen van de periodieke controles door de Jeugdgezondheidszorg. Zolang een structurele preventieve zorg gedurende het gehele leven nog niet bestaat kiest het Platform voor een preventief systeem vanaf het vijftigste jaar. Vanaf deze leeftijd is het aannemelijk dat de risico's die de gezondheid op de oude dag bedreigen, al traceerbaar zijn en waarbij verwacht kan worden dat interventie veel effect kan hebben op de levensverwachting en de kwaliteit van de gewonnen jaren.

Naast deze meer individuele benadering van het beïnvloeden van risico's blijft natuurlijk een publieksgerichte voorlichting over gezonde leefstijl voor senioren belangrijk.

De *levensloopbenadering* is een concept dat vanuit het ouderenwerk, door Houben (2002) is ontwikkeld². Het biedt aanknopingspunten om ouderen te ondersteunen om grip op hun leven te behouden. De benadering gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid van ieder mens bij de invulling van de levensloop. Deze verantwoordelijkheid is verbonden aan het vermogen tot zelfsturing. Zelfsturing komt vooral naar voren in beroepsvaardigheden, zelfkennis en de eigen invulling aan het leven.

² Informatie van de website: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=103383>

Wanneer mensen in stuurkracht achteruit gaan, zullen zij behoefte krijgen aan zorg. Aan de ene kant biedt de levensloopbenadering aanknopingspunten om te voorkomen dat mensen een beroep doen op zorg. Het tijdig opmerken en opvangen of compenseren van het verlies aan stuurkracht veronderstelt een samenhangend zorg- en welzijnsstelsel. Meer informatie over de levensloopbenadering leest u in bijlage 2.

4. Doelen van het Consultatiebureau voor Ouderen

Het Landelijke Platform Consultatiebureau voor Ouderen gebruikt de twee modellen (Active Aging model én de levensloopbenadering) als leidraad voor het consultatiebureau voor ouderen. Om gezond en actief ouder te kunnen worden, moeten we naar alle aspecten van het leven kijken, zoals deze in de Active Aging model weergegeven zijn. Als deze aspecten zo optimaal mogelijk zijn, biedt dat goede garanties voor een gezonde oude dag. Als er echter op één of meerdere aspecten niet een optimale situatie is, kan de oudere dat proberen te compenseren door meer in te steken op andere levensdomeinen (Selectieve Optimalisatie door Compensatie (SOC-model van Baltes en Baltes, 1990) om toch zoveel mogelijk zelfsturing te behouden (Levensloopbenadering). Nederlanders vinden gezondheid heel belangrijk. Maar een goede gezondheid op zichzelf is niet hét doel van het CbO. Goede gezondheid is slechts een middel om deel te kunnen nemen aan de samenleving, sociale contacten te kunnen onderhouden, eigen keuzes te kunnen maken en je goed te voelen. Voor de samenleving is het belangrijk dat de gezondheid van ouderen verbetert. Dit draagt bij aan de nationale welvaart. Ouderen kunnen hierdoor een actieve rol blijven vervullen onder andere op het terrein van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Kosten voor zorgconsumptie zullen hierdoor ook minder snel toenemen. Daarom onderscheiden we de volgende doelen van het CbO:

- Maatschappelijke participatie met kwaliteit van leven: Het CbO wil een bijdrage leveren aan de maatschappelijke participatie en de kwaliteit van leven. Met kwaliteit van leven wordt bedoeld dat ouderen op alle levensdomeinen (fysiek, psychisch en sociaal functioneren) zo optimaal mogelijk kunnen functioneren.
- Eigen regie, autonomie en verantwoordelijkheid: Ouderen moeten zo lang als mogelijk de eigen regie, autonomie en verantwoordelijkheid over hun leven kunnen houden. Het CbO stimuleert en ondersteunt ouderen daar waar nodig. Het CbO wil hieraan bijdragen door deze “stuurkracht” van ouderen te versterken door hen te wijzen op de beschikbare (hulp-)bronnen.
- Zo gezond mogelijk ouder worden en bijdragen aan gezondheidsvaardigheden: Het CbO wil ouderen bewust maken van het belang om gezond te leven, zowel op fysiek, psychisch als sociaal niveau. Veel ouderen hebben weinig kennis van gezondheidsvaardigheden (health literacy): kennis van gezond leven en kennis van voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Veel ouderen kennen de weg in het woud aan voorzieningen niet en dit wordt nog eens versterkt door de marktwerking in de sectoren wonen, welzijn en zorg. Ook is het voor mensen lastig om af te wegen welke interventies/behandelingen het beste bij hen passen en voor hen bijdragen aan de kwaliteit van leven. Het CbO wil ouderen hierbij ondersteunen en hen inzicht in gezond gedrag geven en informeren over de verschillende vorm van ondersteuning die ze hierbij kunnen raadplegen. Het CbO wil hiermee de gezondheidsvaardigheden van ouderen bevorderen.
Sommige ouderen zullen gerustgesteld willen worden, dat hun bloeddruk en dergelijk oké is. Ze willen weten of ze goed bezig zijn en hebben behoefte aan zekerheid met betrekking tot hun gezondheid. Tot slot wil het CbO er ook toe bijdragen dat ouderen verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid.
- Versterken van sociale cohesie en sociale netwerken: Het CbO wil oudere wijzen op het belang van sociale contacten en tips geven hoe ze dat kunnen doen, bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk te gaan doen, hobby's te zoeken, cursussen te gaan volgen etc. Zeker voor ouderen is het belangrijk het sociale netwerk te benutten en nieuwe sociale contacten aan te gaan. Zelf actief maatschappelijk meedoen heeft een gunstige invloed op de kwaliteit van leven en op de gezondheid.
- Reduceren van de zorgconsumptie: Het CbO wil een bijdrage leveren aan het reduceren van de zorgconsumptie en ouderen zo lang mogelijk uit de keten van zorg te houden.

Het CbO geeft deelnemers geen garantie op een gezonde toekomst. Het uitgangspunt is het bevorderen van zelfbeschikking en het mobiliseren van eigen kracht (empowerment). Het CbO biedt raad en ondersteuning om de eigen leefomstandigheden, welzijn en gezondheid in brede zin van het woord te bevorderen. Daarnaast wijst het CbO zo nodig de weg in de wereld van zorg- en dienstverlening.

5. Doelgroep van het Consultatiebureau voor Ouderen

In principe vindt het Platform dat het CbO toegankelijk moet zijn voor iedereen vanaf 50 jaar. Niet omdat vijftig jaar oud is, maar omdat preventie vanaf die leeftijd en adviezen voor een gezonde leefstijl aansluiten bij de verschuiving in levensfase. Ook is de succeskans op het herkennen van risico's die ouder worden nadelig kunnen beïnvloeden groter dan op een vroegere leeftijd. Tegelijkertijd kan worden verwacht dat het effect van gerichte preventieve interventies op basis van de weging van kansen en risico's dan nog groot is. Het is een leeftijd waarop leeftijd- en leefstijlgebonden risico's kunnen worden beperkt en verwacht kan worden dat het tij nog kan worden gekeerd.

Chronologische leeftijd alleen is natuurlijk een grove indicator voor veranderingen die gepaard gaan met het ouder worden. Zo is bekend uit onderzoek dat armere mensen van alle leeftijden meer risico lopen op een slechte gezondheid en beperkingen en arme ouderen extra kwetsbaar zijn. Bovendien krijgen mensen met een lagere sociaaleconomische positie sneller ouderdomsgerelateerde kwalen dan personen die hoger op de maatschappelijke ladder staan. Het verschil in 'biologische leeftijd' is gemiddeld zeven jaar (Cherkas e.a., 2006).

Het Platform Consultatiebureau voor ouderen kiest ervoor om zo weinig mogelijk toelatingscriteria te hanteren. Zij wil het zo veel mogelijk overlaten aan de mensen zelf of ze het CbO willen bezoeken en tevens zo laagdrempelig mogelijk werken. Daarom heeft het Platform geen maximumleeftijd gesteld. Zoals eerder gezegd moet het CbO niet te strikt focussen op kalenderleeftijd, omdat dit een zeer beperkte maat is als het gaat over te gezondheidsrisico's en beperkingen.

Eén criterium vindt het Platform wel relevant: ook al geschiedt de deelname aan het CbO-consult op basis van vrijwilligheid, ouderen moeten wel bereid zijn om de adviezen daadwerkelijk op te volgen.

5.1 Tweesporenbenadering

Het Platform geeft aan een brede doelgroep te willen bereiken. Het Platform wil vooral benadrukken dat extra energie gestoken moet worden in het bereiken van risicogroepen of kwetsbare ouderen. Maar het Platform wil ook dat het CbO open staat voor de "makkelijk" te bereiken doelgroep - dat wil zeggen de actieve, vitale of draagkrachtige senioren die graag willen weten of zij gezond leven en wat zij extra zouden moeten doen. Hieronder lichten we dit toe.

Risicogroepen/ kwetsbare ouderen

Risicogroepen of kwetsbare ouderen zullen minder makkelijk de stap nemen om naar het CbO toe te gaan, bijvoorbeeld omdat ze er niet van op de hoogte zijn, geen (ogenschijnlijke) interesse hebben (weerstand) of beperkt zijn in de mobiliteit. Maar deze groepen zijn juist wel erg belangrijk om deze vorm van integrale preventieve zorg aan te bieden, omdat hier veel gezondheidswinst behaald kan worden.

Risicogroepen zijn onder andere:

- ouderen met een lage sociaaleconomische status (SES): ouderen met een laag inkomen, beroeps- of opleidingsniveau - vooral mannen - leven in een minder gunstige omstandigheden (Gezondheidsraad, 2005). Zij sterven gemiddeld vijf jaar eerder en leven gemiddeld tien jaar langer met beperkingen dan hoge SES mannen. Voor vrouwen zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen minder duidelijk zichtbaar, al is de verwachting dat dit wel gaat toenemen;
- recent verweduwd ouderen: zij lopen bijvoorbeeld meer risico op stress door rouw of op eenzaamheid;
- mantelzorgers: vooral oudere mantelzorgers cijferen hun eigen problemen en behoeften weg en lopen meer risico op gezondheidsproblemen en sterfte;
- allochtone ouderen - vooral Turken, Marokkanen en Surinamers hebben veelal een slechter voedings- en bewegingspatroon hebben en hebben te maken met psychosociale problemen door migratie. Bovendien zijn ze onbekend met het Nederlandse zorgsysteem;
- alleenstaande ouderen: zij hebben een verhoogd risico op eenzaamheid, depressie, verlies van regie en tekort aan informele zorg.

Het CbO moet (pro)actieve methodes hanteren om met deze groepen in contact te komen. In de werkmethodiek zal hier op ingegaan worden.

Vitale, draagkrachtige senioren

Ouderen leveren een belangrijke bijdrage aan de samenleving alleen al in de vorm van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Om dit mogelijk te blijven houden, moeten ook deze senioren ondersteund worden om gezond en actief te kunnen blijven. De reden om het CbO ook open te stellen voor de “nog-niet-kwetsbare” groep ofwel de actieve, vitale of draagkrachtige senioren, wordt ondersteund door wetenschappelijk onderzoek van het consultatiebureau voor ouderen in Dongen, uitgevoerd door Tranzo van de universiteit Tilburg. Een meerderheid van de deelnemers van dit CbO heeft een midden of hogere sociaaleconomische status. Toch bleken er binnen deze groep de nodige problemen rond eenzaamheid, hoge bloeddruk, onvolwaardige vochtinname / voeding, overgewicht, verminderde visus en depressie te zijn.

Veelal zullen financiers aarzelen om ook voor deze doelgroep te willen betalen. Het Platform vindt dit echter geen legitieme reden om het CbO alleen open te stellen voor risicogroepen of kwetsbare ouderen. Juist voorkomen dat mensen kwetsbaar worden vindt het Platform belangrijk. En deze mensen kunnen een voorbeeld voor jongere generaties zijn. Om dit te ondervangen kunnen we zoeken naar financieringsmogelijkheden die bijvoorbeeld inkomensafhankelijk zijn. Dat wil zeggen dat draagkrachtige ouderen een eigen bijdrage betalen. Over financiering leest u later meer.

Het Platform stelt dat het zinnig is om te kijken naar een vorm van levenslooppreventie. De preventie die nu van 0 tot 19 jaar door het consultatiebureau voor 0-4 jarigen en daarna via scholen georganiseerd wordt (gefinancierd via de WCPV) zou dan uitgebreid moeten worden over de hele levensloop. Gezien de toenemende ongezonde leefstijl van Nederlanders is het verstandig om mogelijkheden te verkennen. De vraag is immers of de maatschappij en haar burgers kunnen en willen blijven opdraaien voor de kosten die de gevolgen van die ongezonde leefstijl met zich meebrengen?

5.2 Uitsluitingcriteria

Het Platform hanteert de volgende uitsluitingcriteria voor het CbO. Ouderen worden uitgesloten van deelname als ze:

- in een verpleeghuis wonen. Het Platform CbO gaat ervan uit dat er in de zorg voor bewoners van verpleeghuizen voldoende aandacht besteed wordt aan gezond leven. Voor bewoners van verzorgingshuizen kan eventueel een apart aanbod worden georganiseerd. Dat gebeurt ook al;
- onder intensief medische controle staan. Het platform gaat ervan uit dat advisering over gezond leven onderdeel uitmaakt van het behandelplan;
- palliatief terminaal ziek zijn.

6. Functies en werkwijze van het Consultatiebureau voor Ouderen

6.1 Functies

Het Platform onderscheidt de volgende functies van het CbO:

Gezondheidsbevordering

Het CbO richt zich in eerste instantie op health management en gezondheidsbevordering: mensen competent maken voor gezond ouder worden om daarmee ziekten en beperkingen te kunnen voorkomen (primaire of universele preventie) of uit te stellen. Dat wil zeggen mensen bewust maken van en stimuleren tot gezond gedrag en inzicht geven in de mogelijkheden van diensten op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Ook het in stand houden van eigen netwerk, activering tot maatschappelijke participatie en sociale cohesie is een belangrijke functie.

Vroegsignalering & casefinding

Ten tweede wil het CbO kijken naar de risicofactoren en vroegtijdige gezondheidsproblemen op sporen. Dit valt onder de secundaire of selectieve preventie. Bij ouderen worden afwijkingen vaak (te) laat gesignaleerd en komt vaak onderbehandeling voor, bijvoorbeeld op het terrein van psychische aandoeningen of valrisico. Door de proactieve benadering van het CbO kan deze een belangrijke rol vervullen bij signalering, opsporing en verwijzing.

Om mensen goed te kunnen adviseren over gezond gedrag is het belangrijk eerst een oriënterende screening te doen op hun gezondheidsstatus. Deze richt zich op het fysiek, psychisch, cognitief, emotioneel én sociaal functioneren. Op grond van de resultaten van deze screening kan de CbO-consulent een individueel advies op maat geven en zo nodig verwijzen.

Stimuleren tot compensatie

Ten derde richt het CbO zich op het verminderen van de gevolgen van ziekten en beperkingen door ouderen te wijzen op de compensatiemogelijkheden op andere levensdomeinen.

Informatievoorziening voor beleid

Door de populatiegerichte benadering verzamelt het CbO gegevens over de gezondheidssituatie van de oudere bevolking in de wijk, gemeente en provincie. Deze informatie kan worden gebruikt voor beleidsontwikkeling en onderzoek. Zo kan de sociale kwaliteit in een buurt of gemeente worden bevorderd. Ook kunnen hiaten in (aanbod & afstemming van) zorg, welzijnsvoorzieningen en wonen voor ouderen worden gesignaleerd.

Verbindende schakel

Het CbO een verbinding vormen in het netwerk van de organisaties voor wonen, welzijn en zorg. Door de integrale benadering kan het consultatiebureau voor ouderen al die verschillende partijen in de netwerkorganisatie betrekken. Het CVZ (2007) constateert dat op het terrein van preventie die samenhang niet optimaal functioneert. Door de integrale benadering kan het consultatiebureau voor ouderen de diverse relevante partijen in de netwerkorganisatie betrekken.

6.2 Werkwijze

De werkwijze van CBO wordt gekenschetst door klantgerichte, laagdrempelige, integrale en periodieke preventieve zorg voor ouderen:

- Klantgericht en integraal: het CbO heeft een brede of holistische kijk op preventie. Het CbO is vooral gericht op het stimuleren van de mogelijkheden van mensen, de beschikbaarheid van hulpbronnen en eigen verantwoordelijkheid nemen. Naast de beschermende factoren is het zinvol om in kaart te brengen welke factoren belemmeren dat mensen prettig en gezond ouder worden. Daarmee kan de consulent de oudere goed en op maat adviseren over de stappen die hij of zij moet nemen en welke hulpbronnen hij of zij daarvoor kan aanspreken. Zowel het RIVM (2007) als de Gezondheidsraad (2005) vinden dat de Nederlandse gezondheidszorg veel meer vanuit die integrale benadering moet werken. Gezondheid wordt niet alleen beïnvloed door genetische factoren of leefstijl, maar ook door de fysieke en sociale omgeving. Dat betekent dat we niet alleen moeten kijken naar (risico op) ziekten en beperkingen, maar ook naar onafhankelijkheid, zelfredzaamheid, empowerment en leefstijl (Gezondheidsraad, 2005).

- Laagdrempelig: het consultatiebureau voor ouderen is laagdrempelig. Ouderen geven aan dat ze niet zo makkelijk naar de huisarts gaan met vragen over gezond ouder worden, zeker niet als ze geen specifieke klachten hebben. Voor een consultatiebureau voor ouderen bestaat die drempel niet.
- Periodiek: tot slot is het consultatiebureau voor ouderen een periodieke vorm van preventieve zorg ofwel systematische preventie. Dat betekent dat ouderen over een langere periode gevolgd kunnen worden in hun gezondheid en inspanningen om gezond ouder te worden. Als dit goed geregistreerd wordt, biedt dit een schat aan gegevens voor gemeentes en onderzoek over de gezondheidssituatie van ouderen in Nederland.

Concreet kan het een CbO-consult zo uit zien:

Een 58-jarige vrouw meldt zich aan voor het consultatiebureau voor ouderen. Ze krijgt een vragenlijst die zij vooraf invult en meeneemt naar het consult. Dit consult duurt ongeveer een uur. Het bestaat uit het doornemen van die vragenlijst en enkele testen, zoals gewicht, lengte, bloeddruk, cholesterol, visus, gehoor en mobiliteit.

Op basis van de uitkomsten geeft de consulent een advies, bijvoorbeeld over gezonder eten, meer bewegen en concreet waar ze dat kunnen doen, of als het een mantelzorger betreft om steun te zoeken bij een steunpunt mantelzorg of om vrijwilligerswerk te gaan doen voor een zinvolle dagbesteding of om een “in de put-uit de put-cursus” (een bewezen effectieve cursus tegen depressiviteit) te gaan volgen. En soms verwijst ze naar de huisarts, audicien, opticien, diëtist, GGZ-instelling etc.

De consulent stemt dan ook met de oudere af wanneer het vervolgsconsult zal plaatsvinden. Tijdens dat vervolgsconsult wordt wederom de vragenlijst afgenomen en testen gedaan, maar vraagt de consulent ook in hoeverre de oudere de adviezen heeft opgevolgd.

6.3 Onderwerpen van screening

Het Platform stelt dat consultatiebureaus voor ouderen tenminste moet kijken naar de volgende beschermende (Van Bilsen e.a., 2002) en risicofactoren en deze steeds in een dynamisch onderling samenhangend verband te brengen:

Beschermende factoren

1. Goed inkomens-, beroeps- en opleidingsniveau (mate van sociaaleconomische status).
2. Goed sociaal netwerk.
3. Mobiliteit.
4. Maatschappelijke participatie (vrijwilligerswerk, oppassen op kleinkinderen, hobby's etc.).
5. Zelfzorgvermogen (bv. kennis over voorzieningen in wonen, welzijn en zorg en de manier waarop ouderen deze informatie kunnen inwinnen, via internet, kranten, Wmo-loketten etc.).
6. Beschikbaarheid van mantelzorg³.

Risicofactoren

Risicofactoren zijn te onderscheiden in vijf groepen:

1. leefstijl: bijvoorbeeld voeding/vocht, overgewicht (BMI), beweging;
2. fysiek functioneren: bijvoorbeeld chronische ziekten, hoge bloeddruk, bloedsuikerspiegel, cholesterol, valrisico, visus, gehoor, medicijngebruik, diabetes, mobiliteit;
3. psychisch functioneren: bijvoorbeeld vergeetachtigheid, dementie, depressie, stemmingsklachten, verslaving;
4. sociaal functioneren: bijvoorbeeld klein sociaal netwerk, mantelzorgproblemen, lage sociaaleconomische status;
5. spiritueel functioneren: bijvoorbeeld zingevingproblemen.

Niet alle risico's zijn op zichzelf belangrijk genoeg om een interventie op te doen. Het is echter wel relevant om deze risico's te kennen en te beïnvloeden. Ze kunnen immers van invloed zijn op andere domeinen van het (kwetsbare) evenwicht en zo op de gehele balans. Zo kunnen ook deze 'kleine' risico's een bedreiging zijn voor zelfhandhaving (Jaspers, 2007). En daarmee kan het belangrijk zijn ze in een advies te betrekken.

³ Hierbij maken we de opmerking dat beschikbaarheid van mantelzorg een beschermende bron kan zijn voor kwaliteit van leven. Als mensen echter zelf langdurig en intensief mantelzorg verlenen, kan het ook een risicofactor zijn. Mantelzorg kan psychische en fysieke klachten veroorzaken.

Vanwege de vorm van interventie is een onderscheid te maken in:

- A. Risicofactoren, die al op jongere leeftijd aanwezig zijn (aandoeningen door vroege risicofactoren)
- B. Risicofactoren die gerelateerd zijn aan de levensfase van de oudere persoon

Deze zijn hieronder in een tabel schematisch weergegeven:

Tabel 1. Risicofactoren

<i>Risicofactoren, die al op jongere leeftijd aanwezig zijn</i>	<i>Risicofactoren die gerelateerd zijn aan de levensfase van de oudere persoon</i>
▪ Hart- en vaatziekten ▪ Psychische aandoeningen (depressieve symptomen, angst en cognitieve stoornissen) ▪ Ongevallletsels ▪ Diabetes mellitus en complicaties ▪ Astma/COPD ▪ Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, o.a. osteoporose ▪ Overgewicht / gewichtsverandering ▪ Ongezonde leefstijl ▪ Verslavend middelengebruik (drugs, alcohol)	▪ Coronaire hartziekten ▪ Psychische aandoeningen (depressieve symptomen, angst en cognitieve stoornissen) ▪ Beroerte ▪ Zintuiglijke stoornissen, o.a. visus- en gehoorproblemen ▪ COPD ▪ Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, o.a. osteoporose, artrose, gewichtsverandering ▪ Diabetes mellitus ▪ Ongezonde leefstijl ▪ Verslavend middelengebruik (drugs, alcohol) ▪ Dementie ▪ Eenzaamheid

NB: kanker is wel een risico, maar de testen hiervoor zijn vooralsnog niet uitvoerbaar binnen het CbO. De consulent is wel alert op signalen en zal zo nodig verwijzen naar de huisarts. Mogelijk kunnen in de toekomst vormen van collectieve opsporing op kanker worden geïntegreerd in het CbO.

Bij jongere ouderen, tussen 50 en ongeveer 75 jaar, zijn er veelal nog mogelijkheden tot (gedeeltelijk) herstel en inzet van mogelijkheden uit andere levensdomeinen. Zij vallen meestal onder A. Personen in deze groep beschikken vrijwel allemaal nog over een grote mate van autonomie en mogelijkheid tot zelfregulatie. Enkele risicofactoren onder A worden nu geïsoleerd gescreend in een bevolkingsonderzoek, bijvoorbeeld borst- en baarmoederhalskanker. Te overwegen valt om deze screening (op termijn) voor deze leeftijdsgroep onder te brengen bij het CbO.

Bij personen ouder dan 75 jaar bestaat, door verminderde reserves en herstelmogelijkheden, vaak een negatieve - ongunstige- feedback tussen de verschillende domeinen. Bij deze leeftijdsgroep zullen vooral risico's aanwezig zijn die vallen onder B. Het voorkomen van gevolgschade staat hier voorop. Daarnaast is bij deze groep meer vraag naar coördinatie van zorg. In de werkmethodek leest u in detail waar het CbO naar kijkt (paragraaf 7.5).

6.4 Vorm

Van functie naar vorm: De vorm van het CbO dient zo flexibel mogelijk te zijn. Afhankelijk van de lokale situatie kan gekozen worden voor de vorm die het beste aansluit bij de doelgroepen:

- bureau: een fysieke plek in een laagdrempelig, gemakkelijk toegankelijk, uitnodigend en schoon en bereikbaar centrum/gebouw in de wijk, seniorenflat of woon-zorgcomplex. Zo mogelijk ruimtelijk aansluiten bij een bestaande voorziening bv. GGD, gezondheidscentrum. Ook kan worden overwogen voor (ex-) werknemers aan te sluiten bij een bedrijfsgeneeskundige organisatie.
- Ambulant: voor risicogroepen of voor landelijke gebieden kan er ook gedacht worden aan:
 - een bus die naar de verschillende plekken/wijken/dorpen rijdt;
 - huisbezoeken.

In een stedelijke omgeving kan bijvoorbeeld makkelijker een CbO in de wijk gerealiseerd worden dan in een plattelandsgedebied. Een lange reisafstand vormt een hoge drempel. Op het platteland, waar de vervoersmogelijkheden voor ouderen veelal beperkter zijn, zou een ambulante vorm beter kunnen aanslaan.

In wijken met een lager sociaaleconomische status is de motivatie om naar dit soort voorzieningen te komen laag. Dit kan worden gestimuleerd door met het CbO te stimuleren naar de wijk te komen.

7. Voorwaarden

Het Platform Consultatiebureau voor Ouderen heeft hiervoor de volgende voorwaarden om een consultatiebureau voor ouderen op te starten en uit te voeren opgesteld. Daarnaast heeft het Platform ook een programma van eisen en doet het enkele aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling en kwaliteitsslag van consultatiebureaus voor ouderen.

7.1 Voorwaarden

Inbreng doelgroep zelf

Consulteer bij het opzetten van een consultatiebureau voor ouderen niet alleen de zorg- en dienstverlenende organisatie, maar ook de ouderen zelf, via vertegenwoordigers van ouderenbonden, seniorenraden, cliëntenraden of andere overlegvormen.

Aansluiting zoeken bij de doelgroep

Als we willen dat preventie slaagt, zullen we goed aansluiting moeten zoeken met de doelgroep. Syme zegt dat bijna alle publieke gezondheidsinterventies niet geslaagd zijn, omdat wij boodschappen willen geven aan mensen die gewoon met hun leven bezig zijn en dat gaat maar moeilijk samen(in: Mills, 2006). Want waar professionals geïnteresseerd zijn in cholesterol en bloeddruk, zijn de mensen geïnteresseerd in hun baan, huis, kinderen en inkomen. “De enige oplossing”, volgens Syme, “is dat we echt meer aandacht geven aan zaken waarmee de mensen bezig zijn en dat we niet alleen de deskundigen willen uithangen met betrekking tot risicofactoren”. Van de beperkingen van een model dat alleen naar individuele risicofactoren kijkt, is Syme zich terdege bewust. Psychosociale factoren, zoals sociale steun, sociale klasse maar ook depressie maken mensen vatbaarder voor ziekte in het algemeen. Wát mensen uiteindelijk krijgen is dan vervolgens afhankelijk van de ziektespecifieke risicofactoren. Zonder aandacht voor sociale omstandigheden is er volgens Syme dan ook geen vooruitgang in ‘public health’ mogelijk (Kooijker en Van der Velden, 2007, p. 30).

Het Platform sluit zich hierbij aan en stelt voorop dat mensen willen weten of ze het goed doen en hoe ze gezond ouder kunnen worden. Het CbO stelt niet de risicofactoren voorop, maar juist de beschermende factoren, zoals sociale steun en sociale klasse. En het CbO probeert bij de uitkomsten van het CbO zoveel mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld van de ouderen.

Kwaliteit

Kwaliteit staat voorop. Het Platform stelt dat organisaties die een CbO starten en uitvoeren dit visiedocument en de daarbij ontwikkelde werkmethodiek gebruiken. Het Platform heeft bij de ontwikkeling van deze publicatie geput uit wetenschappelijke inzichten op het terrein van preventie, gerontologie en geriatrie, heeft zoveel mogelijk gevalideerde vragenlijsten en testen gebruikt. En het Platform heeft bij het ontwikkelen van de beschrijving van de functie consultatiebureau voor ouderen ook gewerkt met de criteria voor preventieve interventies die Wilson en Junger hebben ontwikkeld in 1968. Zie hiervoor bijlage 3.

Laagdrempeligheid

Zowel fysieke, financiële als psychische drempels moeten zoveel mogelijk weggenomen worden, juist ook om risicogroepen aan te trekken. Dat betekent dat het gebouw goed toegankelijk moet zijn voor minder valide mensen, met eigen of openbaar vervoer goed bereikbaar moet zijn, maar ook dat het zo neutraal mogelijk moet overkomen. Als het gebouw teveel geassocieerd is met medische aspecten, is de drempel veelal hoog.

Kwaliteit en deskundigheid van de consulent

De medewerkers en de organisaties die de functie van het CbO uitvoeren, moeten beschikken over de nodige kennis en expertise op het terrein van (sociale en psycho-) gerontologie, geriatrie en volksgezondheid. De vraag is of het één persoon of organisatie moet zijn die het uitvoert of dat andere deskundigen een aanvulling bieden. Sommige CbO's combineren bijvoorbeeld een ouderenadviseur met een verpleegkundige, ergotherapeut of Ggz-preventiemedewerker. Sommige organisaties voeren samen een CbO uit, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie met een GGD of een stichting welzijn ouderen met een Ggz-organisatie. Voor een compleet competentieprofiel van de uitvoerend medewerker en de ander competenties, die nodig zijn voor het CbO, zie bijlage 4.

Samenwerking en afstemming met en tussen alle relevante woon-, welzijn- en zorgaanbieders

Het CbO is gebaat bij een ontschotting van de gezondheidszorg. Thuiszorg, gemeente, stichting welzijn ouderen, ouderenbonden, woningcorporaties, GGZ en GGD etc. moeten met elkaar samenwerken om de oudere beter van dienst te zijn. Samenwerking met zorg- en dienstverleners is essentieel voor het slagen van een consultatiebureau voor ouderen gezien de integrale benadering. Daarmee kan het CbO een belangrijke stimulans zijn om een netwerk op te zetten dat de verantwoordelijkheden en deskundigheden samenbrengt van instellingen voor zorg, welzijn en wonen. En om te signaleren waar hiaten in het aanbod zijn en in het zien/horen van de vraag. Daarvoor is een domeinoverstijgende manier van werken nodig. Het belang van de oudere en de doelen van het CbO moeten voorop staan, niet het belang van de eigen organisatie. Bij de opzet van een CbO is overleg nodig met diverse partijen om tot een draagvlak te komen, een goede netwerkorganisatie te ontwikkelen en afspraken helder vast te leggen. Een belangrijke partij is allereerst de oudere zelf, via vertegenwoordiging door ouderenbonden, senioren- of cliëntenraden.

De partijen die betrokken moeten zijn in het netwerk, staan in de volgende tabel weergegeven. Deze lijst geeft een algemeen overzicht. Afhankelijk van de lokale/regionale situatie moet deze aangepast en aangevuld worden.

Tabel 2. Samenwerkingspartijen

Doelgroep zelf	Wonen	Maatschappelijke Ondersteuning / Welzijn
Ouderenbonden Seniorenraden Cliënten/patiëntenorganisaties	Woningcorporaties	Stichting welzijn ouderen WMO-loket Vrijwilligersorganisaties Steunpunt mantelzorg
Zorg	Beleid & Financiers	Overig
Huisarts en praktijkondersteuner Thuiszorg Verzorgings- en verpleeghuizen/woon-zorgcentra GGZ Apotheek Ziekenhuis/revalidatiecentrum	Gemeente GGD Zorgverzekeraar Zorgkantoor	Werkgevers Fitnesscentra e.d. (Sport-)verenigingen

Continuïteit

Om de periodieke of systematische preventie te kunnen garanderen en ouderen te kunnen blijven volgen is het belangrijk dat het CbO structureel kan blijven werken.

Financiering

Om die continuïteit te kunnen garanderen is uiteraard structurele financiering noodzakelijk. Bestaande consultatiebureaus voor ouderen putten uit verschillende en versnipperde bronnen, zoals de AIV Preventie die voorheen onder de AWBZ viel, maar sinds 2007 onder de hoede is van ZonMw (alleen voor thuiszorg), subsidies van gemeente en provincie, fondsen, lidmaatschapssystemen of een enkele zorgverzekeraar. Probleem is dat het vaak tijdelijke financiering is. En de organisaties moeten er vaak veel tijd en energie in steken. Het Platform wil dan ook de discussie aangaan met financiers om de mogelijkheden voor de financiering van het CbO te bekijken. Bijlage 5 gaat meer in detail in op de financieringsmogelijkheden.

7.2 Programma van eisen

- Landelijke dekking: om ongelijkheid tegen te gaan, is het CbO in principe voor iedere oudere in Nederland beschikbaar, bereikbaar en toegankelijk. Naar individuen en groepen waarbij risico's meer aannemelijk aanwezig zijn zal een proactief beleid worden gevoerd.
- Het Platform beveelt tevens aan om een ICT-matig klantvolgsysteem te ontwikkelen dat snel en efficiënt werkt en administratietijd reduceert.
- Organisatorisch: het CbO is geen losstaande voorziening, maar ingebed in de bestaande structuur van wonen, welzijn en zorg. Transparantie en continuïteit moeten gewaarborgd zijn.

Het CbO moet vooraan in de keten of netwerkorganisatie van wonen, welzijn en zorg zitten en moet duidelijkheid verschaffen in het woud aan voorzieningen voor ouderen. Veelal is het voor ouderen onduidelijk voor wat ze waar bij wie terecht kunnen. Het CbO heeft een signalerende en verwijzende functie. Het werkt als een soort preventiemakelaar^{4,5}.

D. Ethische aspecten en privacy:

- ouderen zijn vrij al dan niet gebruik te maken van het CbO, ook als ze worden opgeroepen. Het mag geen persoonlijke gevolgen hebben in welke zin dan ook als een deelnemer adviezen niet opvolgt;
- registratie en rapportage voldoen aan criteria van zorgvuldigheid zoals vastgelegd in wet- en regelgeving;
- het CbO vermijdt in zijn werkwijze onnodige belasting van de deelnemer door ongefundeerd te wijzen op risico's, op schijnveiligheid of door het geven van vals positieve of vals negatieve informatie.

E. Wetenschappelijk onderzoek: het Landelijk Platform CbO benadrukt het belang van verder wetenschappelijk onderzoek naar de opzet en uitkomsten van het consultatiebureau voor ouderen. Essentieel daarbij is dat dit onderzoek gedaan wordt vanuit een integraal en contextueel referentiekader. Of een preventieve interventie zinvol en succesvol is, wordt immers door meer aspecten bepaald dan een smal gedefinieerde gezondheidswinst. Naast de individuele gezondheidswinst en kwaliteit van leven gaat het ook om de maatschappelijke positie van ouderen, om de maatschappelijke rol en plaats van ouderen als groep en om het verminderen van zorggebruik door ouderen.

⁴ Analooq aan het project Schoolslag (informatie van GGD NML. Dit project wordt op scholen uitgevoerd. Scholen werden overladen door politie, bureau Halt, GGD, GGZ etc. om allerlei projecten op scholen te doen. Daarom is het project Schoolslag opgezet, zodat scholen zelf kunnen aangeven waar ze hun aandacht op willen focussen. Een preventiemakelaar regelt dit voor scholen. Dit is een neutrale functionaris die veel kennis heeft van preventie en het aanbod.

⁵ Zie ook het equivalent mantelzorgmakelaar. De mantelzorgmakelaar biedt professionele ondersteuning aan de mantelzorger door de regeltaken, die vaak bij een mantelzorgtaak komen kijken, over te nemen. De mantelzorgmakelaar is meestal beter thuis in de zorgwereld dan de mantelzorger zelf.

Literatuurlijst

- Baltes P.B., Baltes M.M. (Eds) (1990)
Successful Ageing: perspectives of the behavioral sciences. Cambridge University Press, New York.
- Berg Jeths A. van den, J. Timmermans, N. Hoeymans en I. Woittiez (2004)
Oud zijn nu en in de toekomst: gezondheid, verzorging en verpleging 2000-2020. RIVM-rapport nr. 270502001. Bilthoven/Den Haag: RIVM/ SCP
- Berg Jeths, A. van Den en N. Hoeymans (2004)
Preventie loont. Gezondheid van ouderen. *Demos*, jaargang 20, nummer 7, p. 49-52.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. (2000)
From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 51: 843-57
- Bijl, R., Boelhouwer, J. & Pommer, E. (red.) (2007).
De sociale staat van Nederland 2007. SCP, Den Haag.
- Bilsen, P.M.A. Van, Hamers, J.P.H., Groot, W., Spreeuwenberg, C. (2002).
Welke zorg vragen ouderen? Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Blokstra A, Verschuren WMM (eds) (2007).
Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Boer MF de, Ryckman RM, Pruyn JFA, Borne HW van den. (1999)
Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Education and Counseling* 1999; 37: 215-30
- Broese van Groenou, M. en T. van Tilburg (1997)
Changes in the support networks of older adults in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* nummer 12, p. 23-44
- CBS (2006A).
Joop Garssen en Coen van Duin. *Bevolkingsprognose 2006-2050: belangrijkste uitkomsten*. Bevolkingstrends, 4e kwartaal 2006. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2007/2006-k4-b15-p14-art.htm>
- CBS (2006B)
Arie de Graaf en Suzanne Loozen. *Wonen zonder partner*. Bevolkingstrends, 2e kwartaal 2006. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2006/2006-k2-b15-p28-art.htm>
- CBS (2003)
<http://www.CbO.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2003/demografische-ontwikkelingen.htm>
- Cherkas, L. F., Aviv, A., Valdes, A. M., Hunkin, J. L., Gardner, J. P., Surdulescu, G.L., Kimura, M. & Spector, T. D. (2006)
The effects of social status on biological aging as measured by white-blood-cell telomere length. *Aging Cell* 5 (5), 361-365.
- CVZ (2007)
Van preventie verzekerd. College voor zorgverzekeringen, Diemen. Op 16 juli 2007 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Damjanovic, A.K. Yang, Y. Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. Nguyen, H., Laskowski, B., Zou, Y. Beversdorf, D.Q., Weng, N. (2007).
Accelerated Telomere Erosion Is Associated with a Declining Immune Function of Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. *The Journal of Immunology*, 2007, 179: 4249-4254.
- Evans, B.J.W. & Rowlands, G. (2004)
Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 24, 161-180.
- Finch JF, Okun MA, Pool GJ, Ruehlman LS. (1999)
A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality* 1999; 67: 581-621.
- Garssen, B.G.K. & Goodkin, K. (1999)
On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Journal of Psychiatric Research* 1999; 35: 51-61
- Gezondheidsraad (2005)
Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nummer 2005/06.
- Gunning-Schepers LJ, Jansen J (eindred.). (1997)

Volksgezondheid Toekomst Verkenning IV Effecten van preventie. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom, 1997.

- Hemingway H, Marmot M. (1999). Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: a systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999; 318: 1460-7.
- Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, Polder J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Houben, P.P.J. (2002). *Levensloopbeleid*. Elsevier, Maarssen.
- Huisman, C. en L. van Wissen (2000). Vergrijzing in de regio. *Demos*, jrg. 16, nr. 7, p. 55-56.
- Jaspers, N.M.V. (2007). Krakende wagens. In *Medisch Contact*, 62 nr 8, p. 341-343
- Jaspers N.M.V. Cuypers P. (2006). Preventie. In: Luijendijk, H.J. & Verkaaik, A.J.B. (red). *Handboek Sociale geriatrie*. De Tijdstroom, Utrecht, 2006; 5: 75-86.
- Jongh, D. de, Dijk, L., van & Schellevis, F. (2007). Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Evaluatie van initiatieven. Nivel, Utrecht.
- Jong Gierveld, J. de en Van Tilburg, T.G. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* nummer 14, p. 1-24.
- Klerk, M.M.Y., de (2001). *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie*. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Kirkwood, T. (1996). Mechanisms of ageing. In: *Epidemiology on old age*. Ebrahim, S. & Kalache, A. (red.). BMJ Publishing Group, Londen.
- Knoops, K.T.B. (2007). Dietary Patterns, Biological Risk Factors and Survival in Elderly European Men and Women. Proefschrift Wageningen Universiteit.
- Kooiker, S. en Velden, K. van der (2007). *Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Limburg, H. (2007). *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning. Een studie in opdracht van Stichting InZicht*. Health Information Services, Grootebroek.
- Mills, K. (2006). Bringing the 'Social' to Epidemiology: S. Leonard Syme, Ph.D. In: University of California sph Public Health Magazine, Spring/Summer, p. 22-23.
- NIGZ / IVZ / GGZ Nederland (2006) Alcohol en ouderen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1996-2005). Bulletin, november 2006, NIGZ en IVZ.
<http://www.alcoholinfo.nl/upload/bulletin%20alcohol%20en%20ouderen%202007.pdf>
- Nitsche, B., Scholten, C. en Visser, G. (2004) *Factsheet vergrijzing en Informele Zorg. De toenemende druk op mantelzorg en vrijwilligerswerk*. Kenniscentrum Ouderen (KCO) / Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW Zorg, Utrecht.
- Peeters, J., Beek, S. van & Francke, A. (2007) *Factsheets LDP-monitor*. NIVEL, Utrecht.
- Pluijm, S.M.F., Visser, M., Dik, M.G., Schalk, B.W.M., Schoor, N.M. van, Schaap, L. Bosscher, R.J. en Deeg, D.J.H. (2006). Ongezonde leefstijl in de loop van het leven: samenhang met lichamelijke achteruitgang op oudere leeftijd. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jrg. 37, p. 226-236
- Pot, A.M., Depla, M. en Have, M. ten (red.) (2007) *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Raad voor de Volksgezondheid *Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010*. RVZ, Den Haag.
- RIVM (2007) *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. RIVM, Bilthoven.

- RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid en [CBS Bevolkingsprognose](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3023n21018.html) 2007
Vergrijzing. Heden, verleden en toekomst. Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3023n21018.html
- Schellen, M. & Gils, van I. (2004).
De zilveren eeuw. Het verzilveren van de kansen die vergrijzing Limburg biedt. PBOO: Maastricht.
- Schellingerhout, R. (red.) (2004).
Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. SCP: Den Haag.
- Schulz, R. en S.R. Beach (1999)
Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association* nummer 15, p. 2215-2219.
- Seeman, T.E. (1996).
Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology* 1996; 6: 442-51.
- Seeman, T.E. (2000).
Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion* 2000; 14: 362-70.
- Tijhuis, M.A.R. (2002).
Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van ongunstige sociale relaties? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM,
<<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Omgeving\ Leefomgeving\ Sociale relaties, 21 mei 2002.
- Timmermans, J.M. (red.) (2003).
Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers. Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
- TCOB(2005).
Themacommissie Ouderenbeleid. *Lang zullen we leven!* SDU Uitgeverij, Den Haag
- Visser, G. en Schippers, A. (2005).
Het consultatiebureau voor ouderen. Inventarisatie van vijftien initiatieven van consultatiebureaus voor ouderen (CbO's). Utrecht: NIZW.
- Visser, G. (2006).
Mantelzorg in de palliatief terminale fase. Aanbevelingen voor de ondersteuning van mantelzorgers. Lemma, Den Haag.
- Visser, M. Pluijm, S.M.F. Horst, M.H.L. van der, Poppelaars, J.L. en Deeg, D.J.H. (2005).
Leefstijl van 55-64-jarige Nederlanders in 2002/'03 minder gezond dan in 1992/'93. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 149(53): p. 2973-2978.
- VWS (2007).
Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie. Kamerstuk, 24 september 2007.
http://www.minvws.nl/images/2798399a_tcm19-152840.pdf.
- VWS (2007). Multimorbiditeit en ouderenzorg. Kamerstuk, 12 november 2007.
http://www.minvws.nl/images/dlz-28064552_tcm19-155162.pdf
- Walg, C.B. (2006).
Relatie tussen de WCPV en de WMO. Kansen voor de openbare gezondheidszorg! GGD Gelre-IJssel, Deventer.
- WHO (2002).
Active Ageing. A Policy Framework. WHO, Geneve.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Wilson, J.H.G. & Junger, G. (1968).
Principles and practice of screening for disease. World Health Organisation WHO, Genève.
- Winter L.J., de, Hoyng, C.B., Froeling, P.G., Meulendijks, C.F., Wilt, G.J., van der (2004).
Prevalence of remediable disability due to Low Vision among institutionalised elderly people. *Gerontology*, Mar-Apr; 50(2):96-101.

Bijlage 1. De leden van het Platform Consultatiebureau voor Ouderen

Werkgroep Methodieken & Competenties

Bakker, Els	Stichting Icare	Projectleider Zorginnovatie
Faase, Marlies	Stichting Sint Jacob, Haarlem	Zorgadviseur
Feitsma, Theo	Medisch Centrum Leeuwarden	Geriatr
Heijnsman, Anke	PGO (Preventief Gezondheidsonderzoek Ouderen), GGD Eemland te Amersfoort	Medewerker PGO, Docent HGZO, ergotherapeut
Holten, Ria & Kruls, Annemarie	Zuwe Weidesticht	Stafverpleegkundige/seniorconsulent
Jaspers, Niek	Onafhankelijk adviseur	Arts maatschappij en gezondheid; sociaal geriatr
Jong, Marjan de	Thuiszorg Groningen	Consulent Gezondheidsbevordering en Preventie
Kappen, Marja	SWOA, district Noord, Arnhem	Ouderenadviseur
Kooij, Nel	Careyn	Teammanager Vlaardingen
Kraakman, Marja	St. Thuiszorg Groot Rijnland	Voorzitter werkgroep & Bestuurssecretaris STGR
Kramer, Annelies	Thuiszorg Groningen	Stagiaire
Lyskawa, Ludka	Aveant	Wijkverpleegkundige
Nieuwenhuis-van Weenen, Elly	SWO Geldermalsen	Adviseur voeding, vrijwilliger
Niezen, Carla	Zorggroep Meander, Veendam	Beleidsmedewerker innovatie en projecten
Pouwels, Maaïke	Centrum voor verouderingsonderzoek / FSW, Vrije Universiteit	Onderwijscoördinator
Roskam, Ab	St. Thuiszorg Groot Rijnland	Wijkverpleegkundige
Schipper, Els	Thuiszorg Gooi en Vechtstreek	Verpleegkundig Consulent Geriatrie en Incontinentie
Spermon, Marleen	GGD Eindhoven, afdeling Gezondheidsbevordering	Beleidsmedewerker
Stam, Karin	St. Thuiszorg Groot Rijnland	Arts maatschappij en gezondheid, stafarts
Vink, Dagmar	Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie	Onderzoeker/ psycholoog
Visser, Geraldine	Vilans Kenniscentrum Ouderen	Secretaris Platform CbO & innovatiemedewerker

Werkgroep Strategie, Financiering en Beleid

Bootsman, Ineke	Aveant, Utrecht	Manager expertisecentrum
Borst, Lineke de	Internos thuiszorg	
Bruens, Alix	Hartstichting	Programmamanager Preventie & Voorlichting
Cornelis, Agnes	ANBO Amsterdam	Lid commissie Welzijn en Zorg
Dingemanse, Christine	GGD Zeeland	Gvo-functionaris
Felix, Josien	GGD Eemland	Functionaris Gezondheidsbevordering
Krips, Madelien	Initiatiefgroep Systematische Preventie (ANBO), Ouderen Advies Groep Amsterdam Oud Zuid, Bestuurslid Stichting De Coenen, Ouderencentrum	
Lahaije, Marjo	Gemeente Tilburg	Senior beleidsmedewerker
Mensink, Elise	De Zorgboog	Projectleider cbo
Oosting, Janke	Sensire	Voorzitter werkgroep, Innovatie adviseur Sensire
Schoone, Hanneke	Project wonen, welzijn, zorg, afdeling regio noord	Beleidsmedewerker Wmo, Regioraad
Spekman, Latiffa	Drie Gasthuizengroep	Projectleider opzet consultatiebureau

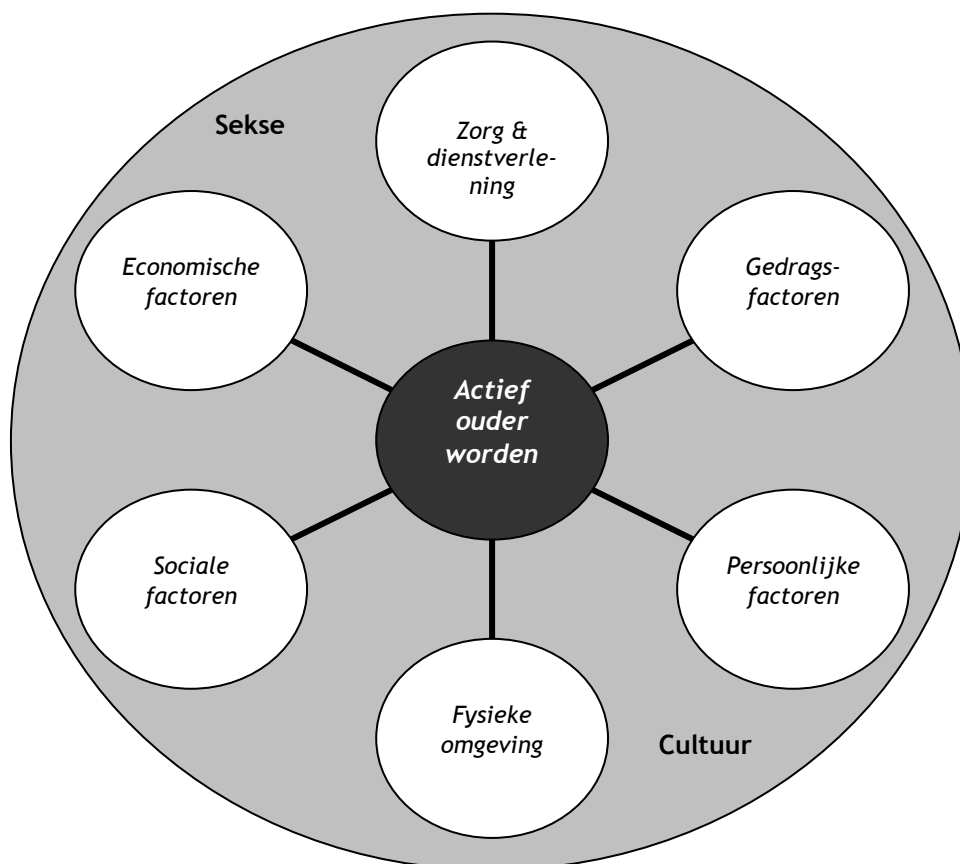
Bijlage 2 Referentiekader voor gezond en actief ouder worden

Model voor Actief ouder worden

Het Platform CbO gebruikt het model voor actief ouder worden (active ageing) van de WHO als referentiekader voor het CbO. Actief ouder worden is volgens de WHO *het proces van het optimaliseren van de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid om de kwaliteit van leven bij ouder worden te verhogen (WHO, 2002)*.

Het woord 'actief' verwijst naar de participatie van ouderen op het gebied van sociale, economische, culturele, spirituele en maatschappelijke activiteiten, niet alleen op de mogelijkheid om fysiek actief te zijn of actief op de arbeidsmarkt. Het woord 'actief' draagt dus een veel bredere boodschap uit dan alleen gezond ouder worden. Het erkent naast de gezondheid (zorg) andere factoren die individuen en populaties beïnvloeden als ze ouder worden. Actief ouder worden streeft na dat mensen langer gezond kunnen leven en dat de kwaliteit van leven gegarandeerd blijft als mensen ouder worden - inclusief zij die kwetsbaar, beperkt en zorgbehoevend zijn.

De WHO schetst dat actief ouder worden bepaald wordt door verscheidene determinanten:



Twee factoren hebben een overstijgende invloed op alle zes determinanten van actief ouder worden, namelijk cultuur en seks. Allereerst wordt elk individu omgeven door cultuur, die de manier waarop we ouder worden vormt. Cultuur bepaalt bijvoorbeeld of we voorkeur geven aan het al dan niet inwonen van ouders bij kinderen. Seks speelt ten tweede een belangrijke rol bij ouder worden. Vrouwen verlenen bijvoorbeeld veel vaker mantelzorg dan mannen, met de nodige gevolgen voor gezondheid en armoede. Bovendien hebben vrouwen vaker minder inkomen opgebouwd en opleidingen genoten dan mannen. Mannen daarentegen hebben vaker risico op werkgerelateerde problemen dan vrouwen.

1. Zorg en dienstverlening

Om actief ouder worden te promoten moet het zorgsysteem uitgaan van een levensloopperspectief en gericht zijn op gezondheidsbevordering, ziektepreventie en gelijke toegang van alle burgers tot kwalitatieve zorg.

2. Gedragsfactoren

Gedrag is van invloed op de wijze waarop we ouder worden. Bijvoorbeeld tabaksgebruik, de mate van beweging, alcoholgebruik, gezond eten, medicatie en therapietrouw. Een ongezonde leefstijl kan de nodige beperkingen opleveren bij ouder worden.

3. Persoonlijke factoren

Biologie en genetica hebben een grote invloed op ouder worden. Ouder worden kan gedefinieerd worden als een progressieve, zich uitbreidende beschadiging van functies resulterend in het verlies van aanpassingsmogelijkheden aan stress en een groeiend risico op leeftijdsgerelateerde aandoeningen (Kirkwood, 1996). Andere persoonlijke factoren die actief ouder worden kunnen beïnvloeden zijn psychologische factoren, zoals intelligentie, cognitieve vaardigheden, zelfmanagement (self-efficacy) en copingstijlen.

4. Omgeving

De *fysieke omgeving* kan de nodige barrières opwerpen voor actief ouder worden. Als ouderen zich niet veilig voelen of als er allerlei fysieke barrières zijn (geen lift, steunen etc.) durven ze minder te bewegen en kunnen ze minder makkelijk de deur uitgaan. Slechte kwaliteit van woningen en de lokale omgeving zelf kunnen een ongunstige invloed hebben op de gezondheid, bijvoorbeeld door hogere niveaus van luchtverontreiniging en lawaai (Hollander e.a., 2006). Hierdoor lopen ouderen risico op sociale isolatie, vereenzaming, depressie, beperkte fitheid en toegenomen mobiliteitsproblemen. De WHO vraagt daarbij speciale aandacht voor ouderen in plattelandsgebieden.

5. Sociale aspecten

Ook de *sociale omgeving* kan veel invloed uitoefenen op actief ouder worden. Sociale steun, mogelijkheden voor educatie en life-long learning, bescherming tegen geweld zijn belangrijke factoren die gezondheid, participatie en veiligheid bij ouder worden garanderen. Heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer kunnen daarentegen ongunstig uitpakken voor de gezondheid (Hollander e.a., 2006). Als mensen zich verbonden voelen met anderen en een goed functionerend sociaal netwerk hebben, heeft dat positieve gevolgen voor de gezondheid (Kooijker en Van der Velden, 2007).

Sociale steun en sociale netwerken hebben een positieve invloed op kwaliteit van leven en gezondheid. De sociale steun van mensen uit het persoonlijke netwerk helpt ouderen om te gaan met dagelijkse problemen, met moeilijke transities in de levensloop en het kan gevoelens van eenzaamheid tegengaan en welzijn bevorderen (bijv. Broese van Groenou en Van Tilburg 1997). Sociale steun heeft daarnaast allerlei positieve effecten op gezondheid (Berkman e.a., 2000). Het ontvangen van meer emotionele steun (bijv. met anderen kunnen praten over problemen, begrip en troost ervaren) hangt samen met een kleinere kans op het ontstaan van en de sterfte aan hart- en vaatziekten en met een betere prognose bij kankerpatiënten. Sociale integratie, de aanwezigheid van sociale relaties, hangt ook samen met een kleinere kans op het ontstaan van en de sterfte aan hart- en vaatziekten en de prognose van kanker en ook met een kleinere kans op lichamelijke beperkingen (Tijhuis, 2002; Hemingway & Marmot, 1999; De Boer et al., 1999; Garssen & Goodkin, 1999; Seeman, 2000).

Een grotere hoeveelheid steun van sociale relaties is geassocieerd met een lagere hartslag, lagere bloeddruk, minder serum cholesterol, betere immuunreacties en minder stressreacties (minder catecholamines en cortisol) (Tijhuis, 2002; Seeman, 2000). En steun van sociale relaties kan ook leiden tot een betere psychische gezondheid, omdat men zich meer gewaardeerd voelt en meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun en veel kritiek of ruzie is daarentegen gerelateerd aan het ontstaan en beloop van een depressie (Finch et al., 1999; Seeman, 1996).

6. Economische factoren

Drie aspecten van de economische omgeving hebben een significant effect op actief ouder worden: inkomen, werk en sociale zekerheid. Arme mensen van alle leeftijden lopen meer risico op een slechte gezondheid en beperkingen en arme ouderen zijn extra kwetsbaar. Bovendien worden mensen met een lagere sociaaleconomische positie sneller oud dan personen die hoger op de maatschappelijke ladder staan. Het verschil in 'biologische leeftijd' is gemiddeld zeven jaar (Gekras e.a., 2006).

Levensloopperspectief en Levensloopbenadering

De WHO benadrukt in het model van Actief ouder worden het belang van een levensloopperspectief. Bedreigingen van gezond en een actief ouder worden liggen op het vlak van welzijn en gezondheid. De basis voor deze bedreigingen wordt vaak al gelegd in eerdere levensfasen. Dat is de reden dat het Platform kiest voor preventie vanaf het vijftigste jaar, waarbij we adviseren om te kijken naar de mogelijkheden voor preventieve zorg gedurende de hele levensloop. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Pluijm e.a. (2006) die laat zien dat chronische blootstelling aan een ongezonde leefstijl in de loop van het leven het risico op lichamelijke achteruitgang op oudere leeftijd verhoogt.

Een gezonde levensstijl gedurende het hele leven is van grote invloed op de mogelijkheden en beperkingen op oudere leeftijd. In die zin zou een structurele voorziening gericht op gezondheidsbevordering ongeacht de leeftijd van groot belang zijn.

De *levensloopbenadering* is een concept dat vanuit het ouderenwerk, door Houben is ontwikkeld⁶. Het biedt aanknopingspunten om ouderen te ondersteunen om grip op hun leven te behouden. De benadering gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid van ieder mens bij de invulling van zijn of haar levensloop. Deze verantwoordelijkheid is verbonden aan het vermogen tot zelfsturing. Zelfsturing komt vooral naar voren in beroepsvaardigheden, zelfkennis en de eigen invulling aan het leven.

Wanneer mensen in sterkere mate stuurkracht verliezen, zullen zij een beroep doen op zorg. Aan de ene kant biedt de levensloopbenadering aanknopingspunten om te voorkomen dat mensen een beroep doen op zorg. Het tijdig opmerken en opvangen of compenseren van het verlies aan stuurkracht veronderstelt een samenhangend zorg- en welzijnsstelsel.

Aan de andere kant kan ook de levensloopbenadering nog toegepast worden als mensen al in zorg zijn. Zorgverleners kunnen cliënten bijstaan in het vinden van oplossingen die de stuurkracht vergroten. Belangrijke ingrediënten zijn stuurkracht, balans op levensdomeinen en een inspirerende en ondersteunende omgeving:

- *Stuurkracht* bestaat uit vaardigheden die mensen in staat stellen hun leven te analyseren en bij te sturen. Dat zijn ten eerste cognitieve vaardigheden, maar die nemen af naarmate de leeftijd vordert. Daarnaast beschikken mensen ook over 'softwarevaardigheden, zoals levenswijsheid en het kunnen omgaan met emoties en complexe situaties. Deze stuurvaardigheden ontwikkelen zich later en zijn veelal nog onbenut als bronnen van stuurkracht.
- *Balans op levensdomeinen*: Identiteit van mensen is niet gebonden aan één levensdomein, maar aan een aantal. Er zijn vijf domeinen die de pijlers vormen van de identiteit:
 - lichaam en geest;
 - sociale relaties;
 - materiële zekerheid;
 - arbeid en presteren;
 - zingeving (waarden en inspiratie).

Uitgangspunt bij deze domeinen is dat ze met elkaar in relatie staan. Als er verandering plaatsvindt op het ene domein zal in andere domeinen compensatie moeten plaatsvinden om evenwicht te houden. Voor ouderen worden de domeinen sociale contacten en zingeving belangrijk om in te investeren. Als er op teveel domeinen verlies en beperkingen optreden (bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, verlies van sociaal netwerk, lager inkomen), in combinatie met een beperkte of afnemende stuurkracht, kan er een negatieve spiraal ontstaan: vereenzaming, toenemende lichamelijke en psychische problemen. Hierdoor neemt de zelfredzaamheid af en de zorgbehoefte toe.

- *Een geschikte, inspirerende omgeving*: te grote druk (bijvoorbeeld 'betutteling') vanuit de omgeving leidt tot apathie en stress. Te weinig druk of uitdaging leidt tot verveling. In tegenstelling tot overbelasting is er dan sprake van onderbelasting. Bijvoorbeeld wonen in een wijk waar niks te doen is. Een omgeving is optimaal als er balans is tussen vaardigheden en omgevingsdruk: geen onoverkomelijke belemmeringen, voldoende mogelijkheden tot compensatie en communicatie. Een dergelijk omgeving verhoogt de stuurkracht van burgers. Het inspireert en zet mensen in actie.
- *Wisselwerking*: het principe van de (on)balans, het compensatieprincipe⁷ tussen de domeinen, de stuurkracht en de aspecten van de leefomgeving vormen één samenhangend geheel. De sleutel tot het behouden en bevorderen van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van (potentieel) kwetsbare burgers ligt in de dynamiek van deze samenhangende cyclus.

⁶ Informatie van de website: <http://www.vilans.nl/smartsite.dws?id=103383>

⁷ Zie ook Baltes en Baltes, 1990: SOC-model: Selectieve Optimalisering met Compensatie

Bijlage 3 Verantwoording preventie

Voorwaarden voor verantwoorde preventie

Wilson en Junger hebben in 1968 criteria geformuleerd, waaraan een screeningscampagne dient te voldoen. Met enige aanpassing gelden deze ook voor preventieve interventies:

-
- de aandoening, waarop de interventie wordt gericht, dient een belangrijk (gezondheid-) probleem te zijn;
 - de interventie dient maatschappelijk en ethisch aanvaardbaar en relevant te zijn;
 - de faciliteiten voor interventie dienen beschikbaar te zijn;
 - er moet een herkenbaar latent of vroeg-symptomatisch stadium zijn;
 - het natuurlijk beloop van de aandoening moet voldoende bekend zijn;
 - er moet een geschikte onderzoeksmethode zijn, die voldoende specifiek is;
 - het effect van de interventie moet opwegen tegen de belasting er van;
 - er moet een aanvaarde strategie zijn ten aanzien van de vraag aan wie de interventie wordt aangeboden;
 - de opbrengst van de te voorkomen aandoening moet economisch opwegen tegen de kosten van de interventie;
 - de preventieve interventie moet het beloop en de prognose van de aandoening gunstig beïnvloeden.
-

Deze criteria zijn ontworpen voor de toetsing van de opsporing van enkelvoudige aandoeningen en risicofactoren. Bij ouderen richt de opsporing van risico's en de toeleiding naar interventies zich echter op meerdere risicofactoren en aandoeningen tegelijk. Niet al deze risicofactoren zijn zo belangrijk dat ze op zich screenen rechtvaardigen. Deze risico's en stoornissen kunnen echter een onderling versterkend effect hebben en zo in combinatie leiden tot een relevante verhoging van gezondheidsrisico's.

Number needed to trace

Bij klinisch onderzoek wordt vaak het begrip 'number needed to treat' gebruikt. Dit getal geeft aan hoeveel personen moeten worden behandeld om één persoon extra van een bepaalde ziekte te genezen. In analogie daarmee wordt hier de term 'number needed to trace' gebruikt. De grootte daarvan wordt bepaald door het aantal personen dat onderzocht moet worden om één risico te vinden. Door naar meerdere risico's tegelijkertijd te zoeken wordt dit getal verlaagd en neemt de kosteneffectiviteit van screenen toe. Juist bij ouderen, die veelal op meerdere terreinen risico's kunnen hebben is dit relevant. Omwille van het rendement, zullen (onder meer op basis van epidemiologische gegevens) vooral die ouderen actief moeten worden benaderd, waarvan kan worden verwacht dat ze een verhoogd risico dragen.

Bij het opzetten van het CbO dient op de volgende vragen een antwoord te worden gegeven:

1. Wie willen we dat belang heeft bij de interventie?
2. Jaren toevoegen aan het leven of leven toevoegen aan de jaren?
3. Welk type preventie wordt beoogd?
4. Welke screening geeft voldoende betrouwbare en relevante informatie?
5. Welke taken en grenzen heeft het CbO?

De antwoorden hierop leiden tot duidelijkheid over de zin en de vorm van preventieve interventie bij ouderen.

1. Wie willen we dat belang heeft bij de interventie?

Als de preventieve interventie succesvol is komt de opbrengst ten goede aan de oudere persoon zelf, zijn familie, zijn buurt en de maatschappij. Vooral senioren, waarbij een verhoogd risico wordt verwacht zullen baat kunnen hebben bij een vroegtijdig screenen. Daarom zal in de actieve opsporing op deze personen en groepen de nadruk moeten liggen. Zoals al gesteld is in het hoofdstuk 'Belang van preventie', heeft de maatschappij zelf ook een direct belang vanwege de positieve invloed op de sociale kwaliteit ervan.

2. Jaren toevoegen aan het leven of leven toevoegen aan de jaren?

Voor de individuele oudere heeft ziekte en gebrek gevolgen voor zijn persoonlijke levensverwachting en voor de kwaliteit van zijn leven.

Veel ouderen hebben weliswaar nog een redelijke levensverwachting in jaren, maar dragen wel de gevolgen van ziekten en kwalen. Ze lijden daaronder. Ook kan dit hun autonomie benadelen, waardoor het moeilijker wordt om te participeren in de maatschappij.

Preventie voor senioren heeft als uiteindelijk doel de (kansen op) de kwaliteit van het leven te bevorderen. Daarbij dient een zo groot mogelijke mate van autonomie en zingeving voorop te staan. Bij jongere senioren (50 - 75 jr.) zal vroegtijdige opsporing vooral resulteren in meer klachtenvrije jaren. Op meer gevorderde leeftijd (75-plus) zal daarnaast ook de zorgbehoefte en de belasting van de omgeving beïnvloed kunnen worden.

De directe omgeving van de oudere ervaart dan de gevolgen door meer inzet van zorg. Ook kan de communicatie en daarmee de waarde van de relatie met de oudere worden bevorderd. Iemand wordt van familielid of vriend "mantelzorger". Zo hebben de kwalen van de oudere ook gevolgen voor de gezondheid en welbevinden van de mantelzorger. Recent werd bijvoorbeeld bekend dat mantelzorgers die zorgen voor een dementerende ouder of partner een hoger sterfterisico lopen (Damjanovic e.a., 2007) (zie ook Trends).

3. Welk type preventie wordt beoogd?

Hoe langer een risico bestaat, des te groter kans op een nadelig effect op de gezondheid en het welzijn van het individu. Vroegtijdige interventie is dus belangrijk. Het betreft dan vooral de primaire en secundaire preventievorm, of volgens een andere indeling: collectieve, selectieve en deels ook geïndiceerde preventie. Zo kunnen (kwalitatief goede) levensjaren worden gewonnen. Op hogere leeftijd richt preventie zich vooral op de gevolgen van lichamelijke en psychische ziekten en op veranderingen in sociale context en sociaaleconomische positie. Het doel van de interventie is in dat geval vooral de bevordering van de kwaliteit van leven. Hier gaat het vooral om tertiaire preventie of in de andere indeling: deels geïndiceerde en zorggerichte, individuele preventie.

Bij deze laatste groep 'oldest old' zijn de te adviseren preventieve interventies veel meer 'tailored-made', afhankelijk van ieders individuele positie. Toch zijn ook hier grote gemene delers te benoemen in zowel gemeenschappelijke kenmerken van personen of groepen en wat betreft de doelen, waarop een preventie programma zich kan focussen. Deze doelen zijn vooral: zorgcoördinatie; casemanagement; systeembegeleiding en zingeving. Preventieve interventies kunnen hier in nauwe samenhang met de curatieve zorg worden uitgevoerd.

4. Welke screening geeft voldoende betrouwbare en relevante informatie?

Er bestaat weinig literatuur over integrale opsporing, toeleiding (screening) en preventieprogramma's voor senioren. De meeste screeningsprogramma's richten zich op enkelvoudige aandoeningen. De screening zal alleen moeten zich richten op risico's die duidelijk invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de deelnemer. Een screening dient een genuanceerd en zo compleet mogelijk beeld op te leveren van risico's in de diverse domeinen. Naast risico's zullen beschermende factoren in beeld moeten worden gebracht om een reële onderbouwing te geven van de gewenste interventies.

5. Welke taken en grenzen heeft het CbO?

- Het Platform wil vooral die functies toe te kennen aan het CbO waarin momenteel nog niet in is voorzien. Daarnaast wordt aansluiting gezocht bij de bestaande voorzieningen en organisaties in de gezondheidszorg en bij de financieringsmogelijkheden. De activiteiten die daaruit voortvloeien zijn:
 - identificeren van groepen met specifieke kenmerken waarbij een verhoogde kans bestaat op gezondheidsrisico's;
 - individuele senioren opsporen en toeleiden (screenen) op een of meerdere risico's en hun kracht;
 - adviseren, waarbij gebruik wordt gemaakt van de methodiek van empowerment en het mobiliseren van compenserende mogelijkheden ('van klacht naar kracht')⁸;
 - het vertalen van persoonlijke risico's naar maatschappelijke en sociale factoren die gezondheid ondermijnen (sociale kwaliteit);
 - adviseren over maatschappelijke interventies in de leefomstandigheden van senioren.

⁸ <http://www.ggd.rotterdam.nl/smartsite229.dws?MainMenu=750071&goto=2126624&style=6400>

Bijlage 4 Competentieprofiel Consultatiebureau voor Ouderen- consulent

Om ouderen te ondersteunen bij het zo gezond mogelijk ouder worden, kijkt de CbO-consulent samen met de deelnemer allereerst naar de mogelijkheden en bronnen van de oudere om zo prettig mogelijk deel te nemen aan de samenleving met kwaliteit van leven. Dit zijn de beschermende factoren, zoals een goed sociaal netwerk en een goed inkomen. De CbO-consulent gaat daarbij uit van de levensloopbenadering.

Daarnaast screent de CbO-consulent de oudere op (veelvoorkomende) risico's die zijn gezondheid en kwaliteit van leven, nu en/of in de toekomst, in nadelige zin (kunnen) beïnvloeden, en geeft hij de oudere adviezen, op basis van zijn professionele oordeel, zodat de oudere (beter) in staat is deze risico's te voorkomen, verminderen en/of terug te dringen door het volhouden van, en/of het (gaan) volgen van een gezonde(re) leefstijl, en/of deze aan te leren met ondersteuning of persoonlijke (professionele) hulp van anderen.

Over welke competenties moet de CbO-consulent voor het afnemen van een consult beschikken?

De professional die het consult afneemt (verder "consulent"), moet beschikken over de volgende competenties om de taken voor het CbO uit te kunnen voeren. De competenties zijn onderverdeeld in communicatie en houding; kennis van en ervaring met verouderingsvraagstukken en geriatrie; samenwerken; signaleren en vertalen van de risico's; adviseren, motiveren en doorverwijzen.

Hierbij gaat het om de volgende vaardigheden en deskundigheden:

A. *Communicatie en houding*

- Respect hebben voor de autonomie en eigen regie van de deelnemer.
- Deelnemer als geheel kunnen zien, oog hebbend voor de leefsituatie, cultuur en het sociale netwerk.
- Goede gespreksvaardigheden en technieken.
- Goede sociale vaardigheden om in korte tijd een vertrouwensband op te kunnen bouwen zonder onnodig gebruik van medische terminologie.
- Goed kunnen luisteren en motiveren.
- Goede schriftelijke uitdrukingsvaardigheden.
- Goed organisatievermogen.

B. *Kennis van en ervaring met verouderingsvraagstukken en geriatrie*

- Kennis van specifieke medische, sociaalpsychologische en economische problemen die vaak voorkomen bij ouderen.
- Kennis van de levensloopbenadering.
- Kennis van de samenhang tussen lichamelijke, psychologische, emotionele, sociale en cognitieve beperkingen.
- Kennis van en werkervaring met geriatrie / ouderenzorg.
- Levenservaring.
- Praktijkervaring.

C. *Samenwerken*

- Goed kunnen informeren, coördineren en samenwerken met zorg- en welzijnsaanbieders.
- Relaties met samenwerkingspartners kunnen opzetten en onderhouden.

D. *Signaleren en vertalen van de risico's*

- Goed kunnen signaleren.
- Kunnen vertalen van de risico's.
- In staat zijn tot het nader bepalen van het samenhangend risicoprofiel.
- In staat zijn tot het observeren en anticiperen op veel en onvoorspelbare wisselingen in het risicoprofiel.
- Signaleren en ondersteunen bij inadequate communicatie van de deelnemer.

E. Adviseren, motiveren en doorverwijzen

- In staat zijn om de deelnemer begeleiding te bieden bij:
 - verwerven van risico-inzicht;
 - bewustwording van eigen situatie, risico's en gevolgen;
 - aanreiken van mogelijkheden om gedrag te veranderen.
- Kunnen geven van integraal advies, instructie en voorlichting.
- In staat zijn om de deelnemer te motiveren.
- Kennis van aanbod aan zorg- , woon- en welzijnsvoorzieningen (sociale kaart).

De benodigde competenties vragen om een functionaris HBO-niveau.

Takenprofiel

Taken die een CbO-consulent moet verrichten tijdens en na een consult zijn:

- afnemen van vragenlijsten;
- afnemen van testen;
- gegevens verwerken: registratie van uitslagen en testen, antwoorden in de vragenlijsten, adviezen en verwijzingen;
- informatie verstrekken;
- verwijzen;
- houden van spreekuren;
- terugkoppelen;
- contact leggen / houden met instellingen en hulpverleners;
- opsporen van risicogroepen;
- adviseren over aanpassen van de leefstijl.

Naast de inzet van de consulent zijn bij de meeste CbO's ook enkele taken die door andere betrokkenen verricht worden:

- ontvangst;
- koffie / thee schenken;
- logistiek (aanmelding, gegevensbeheer, et cetera);
- administratie.

Bijlage 5 Financiering

Voor een preventieve zorg voor senioren zal een landelijke dekking en structurele financiering gegarandeerd moeten zijn. Tot nu worden CbO's gefinancierd uit verschillende bronnen: AIV preventie en AIV verpleging vanuit de AWBZ⁹, eigen budget organisaties, subsidies van gemeente en provincie (pilotfinanciering), zorgverzekeraars en fondsen. Welke financieringsvorm in aanmerking komt hangt ook samen met de definiëring van de structuur waarin de preventie voor ouderen wordt georganiseerd.

Zoals eerder is beschreven heeft een goede leefstijl van senioren een belangrijke gunstige invloed op de gezondheid en kwaliteit van leven. Het bevorderen hiervan kan deels gebeuren door een collectieve benadering van de doelgroep. De wet op de collectieve preventie biedt daarvoor financieringsmogelijkheid, indien dat politiek wordt goedgekeurd. De bekostiging van een gunstige beïnvloeding van de sociale en maatschappelijke omstandigheden van ouderen kan mogelijk gevonden worden in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

In dit document wordt vooral de preventie beschreven, die is gericht op specifieke groepen en individuen. Om de personen op te sporen die baat kunnen hebben bij een gerichte preventieve interventie is het nodig een systeem te hebben van opsporen en toeleiden (screenen). Dit is de kerntaak van de functie CbO. De financiering daarvan zal mede afhangen van de organisatievorm die daarvoor wordt gekozen.

Niet alleen in dit document wordt er voor gepleit geen nieuwe structuren te ontwikkelen en aan te sluiten bij bestaande voorzieningen. Een mogelijkheid is om de functie van CbO te koppelen aan een Primary Health Care Centre. Het moge duidelijk zijn dat dit niet identiek is met een huisartsenpraktijk, maar wel daarbij aansluit. Indien het opsporen en toeleiden binnen deze organisatiestructuur wordt uitgevoerd kan hij aansluiten bij de reguliere financiering die bestaat voor eerstelijns gezondheidszorg. Immers een al dan niet systematische screening van cliënten van de huisartsenpraktijk wordt gefinancierd op grond van de zorgverzekeringswet (ZVW) en de AWBZ. De interventie die voortvloeit uit het opsporen en toeleiden ligt het niveau van individuele, zorggerichte preventie. Deze kan ook worden bekostigd op grond van de zorgverzekeringswet (ZVW) en de AWBZ¹⁰.

Ook de GGD-en en gemeenten hebben een taak in opsporen en toeleiden. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning WMO en de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid WCPV voorzien daarbij in een financiering.

Er zijn daarnaast ook andere ontwikkelingen over de financiering van preventie:

- de provincie Limburg heeft een stimuleringssubsidie verstrekt ter ontwikkeling van CbO's;
- zorgverzekeraars zijn in toenemende mate geïnteresseerd in het opnemen van preventie in het (ev. aanvullend) verzekeringspakket;
- woningcorporaties zien ook een maatschappelijke rol in de bevordering van gezondheid van hun cliënten;
- thuiszorgorganisaties willen preventie opnemen in het lidmaatschap;
- ondernemingen nemen initiatieven in het kader van leeftijdsbewust ondernemen (o.a. gestimuleerd door Senior Power) om screening en preventie aan te bieden aan hun senior werknemers. De bedrijfsgezondheidszorg kan hierin een belangrijke rol ontwikkelen;
- op de markt van wellness en sport wordt screening en preventieve interventie voor senioren aangeboden;
- eigen bijdrage van een individuele oudere die niet valt onder de doelgroepen met een verhoogd risico. Het Platform is geen voorstander voor het heffen van een eigen bijdrage voor personen die wel in de genoemde risicogroepen vallen;
- werkgevers hebben baat bij gezonde (oudere) werknemers en zij zouden dan ook moeten investeren in het CbO;

⁹ AIV preventie is per 1 januari 2007 uit de AWBZ en wordt - in afgeslankte vorm - voorlopig beheerd door ZonMW

¹⁰ Zie: rapport 'Van preventie verzekerd'. CVZ, Diemen, 2007

- fondsen, zoals de Hartstichting, Diabetesfonds, Nierstichting (deze zijn bezig een gezamenlijke gezondheidscheck te ontwikkelen), maar ook partijen als Stichting Consument en Veiligheid, Alzheimer Nederland en andere gezondheidsgerelateerde fondsen zouden hun krachten kunnen bundelen om ouderen zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn.

WMO, WCPV en Zorgverzekeraars

Ook binnen de WCPV, WMO en de zorgverzekeraars zijn mogelijkheden voor financiering van het CbO.

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente voor collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid - de openbare gezondheidszorg - vastgelegd. De WCPV heeft gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie ten doel. De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie (een bevorderingstaak), infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (zowel bevorderingstaken als uitvoeringstaken). Gemeenten zijn niet volledig vrij om zelf invulling te geven aan de WCPV taken. De WCPV is, in tegenstelling tot de WMO, dan ook een gematigd decentrale wet. Gemeenten brengen uitvoering van de uit deze wet voortvloeiende taken over het algemeen onder bij de GGD.

Hieronder werken we het terrein van de collectieve preventie iets verder uit vanwege de raakvlakken met de WMO en de functie van het CbO. De gemeente heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. De gemeenteraad draagt zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De GGD heeft hierbij een adviserende rol. De taken van de gemeente op het terrein van collectieve preventie zijn in ieder geval:

- verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve zorg;
- bewaken van de gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen;
- gezondheidsbevordering;
- bevolkingsonderzoeken;
- bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- bevorderen van technische hygiënezorg;
- bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (Walg, 2006, p. 5).

Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning

De WMO maakt de gemeente verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten moeten het mogelijk maken dat alle burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij, ook kwetsbare groepen. De WMO kenmerkt zich door een volledig decentrale sturingsvisie, dit betekent dat elke gemeente zelf mag bepalen hoe ze maatschappelijke ondersteuning organiseren. De gemeente heeft de regie omdat ze een beter zicht heeft op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. De WMO beoogt dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren (Walg, 2006, p. 6).

De WMO omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden:

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

De WMO is een nieuwe wet die in 2007 is ingegaan. De volgende wetten zijn in de WMO opgenomen: de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) (prestatieveld 6), de Welzijnswet (prestatieveld 1 t/m 5), de functie Huishoudelijke Verzorging uit de AWBZ (prestatieveld 6), enkele subsidieregelingen uit de AWBZ (o.a. mantelondersteuning, diensten bij wonen met zorg (prestatieveld 7 en 9) en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) (prestatieveld 8).

WMO & WCPV: Raakvlakken en synergie

Walg (2006) geeft aan dat de Wmo en de WCPV op verscheidene punten raakvlakken en overeenkomsten hebben. We noemen enkele overeenkomende aspecten. Allereerst zijn dat de doelen van beide wetten: de Wmo heeft de (ondersteuning van) de maatschappelijke participatie van burgers als doel en de WCPV richt zich op de bevordering van de gezondheid. Gezondheid is een voorwaarde om deel te kunnen nemen aan de samenleving, terwijl maatschappelijke participatie kan bijdragen aan gezondheid en kwaliteit van leven. Het overstijgende doel van beide wetten is de bevordering van kwaliteit van leven van burgers.

Een tweede aspect betreft de doelgroep. Beide wetten hebben alle burgers van Nederland als doelgroep, zowel kwetsbare als niet-kwetsbare burgers. De WCPV komt echter vooral tegemoet aan maatschappelijke vraagstukken, terwijl de WMO ook gericht is op het beantwoorden van individuele hulpvragen.

Het derde aspect is dat de maatschappelijke ondersteuning net als de openbare gezondheidszorg aan allerlei andere (gemeentelijke) beleidsterreinen raakt, zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beleid op deze terreinen beïnvloedt de invulling van de prestatievelden binnen de WMO, maar ook de taken binnen de WCPV. Beide wetten streven een lokaal samenhangend beleid na. Integraal beleid of facetbeleid is een strategie om binnen zowel de WMO als de WCPV samenhangend beleid te bereiken.

Het vierde betreft de financiering. Beide wetten worden voor het grootste deel uit overheidsgeld betaald. Zowel de gemeentelijke WMO-taken als de WCPV-taken worden uit het gemeentefonds gefinancierd.

De WMO-gelden bestaan uit de financiële middelen voor de Welzijnswet en de WVG die al via het gemeentefonds werden uitgekeerd. Daaraan zijn middelen uit de AWBZ toegevoegd. Deze middelen zijn niet geoormerkt. De gemeente heeft beleidsvrijheid en bepaalt hoe het geld wordt in gezet. De gemeente heeft binnen de WMO de mogelijkheid om van burgers een eigen bijdrage te vragen. Dat geeft gemeenten nog meer sturingsmogelijkheden.

De WCPV-taken worden eveneens betaald uit het gemeentefonds. De gemeente is naast opdrachtgever ook financier van de WCPV-taken die over het algemeen worden uitgevoerd door de GGD. De GGD-taken worden betaald door het heffen van inwonerbijdragen per gemeente. Door het uitvoeren van plustaken, zoals advies geven aan en vaccinatie van reizigers, krijgt de GGD extra inkomsten.

Het vijfde raakvlak betreft preventie. Beide wetten richten zich op preventie, zowel op de primaire als secundaire preventie. De WMO richt zich ook op tertiaire preventie.

Relatie tussen WCPV-WMO

De relatie tussen de beide wetten kan het best omschreven worden als die van twee samenhangende pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. Het zijn min of meer communicerende vaten. De WCPV richt zich vooral op primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De WMO richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij mogelijk. De gezondheidstoestand van de bevolking in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de uitvoering van de WMO.

Belang van preventie

De relatie tussen de WCPV en de WMO geeft inzicht in het belang van preventie. Om problemen bij de uitvoering van de WMO te voorkomen, moeten de gezondheidsproblemen van burgers tijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Binnen de WMO lijkt vooralsnog veel aandacht uit te gaan naar de individuele WMO-voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp aan chronisch zieken.

Er is echter veel (gezondheids)winst te behalen door vroegtijdig in het (ziekte)proces in te grijpen. Om te voorkomen dat (te veel) inwoners een beroep doen op de WMO-voorzieningen en gemeenten hun aandacht moeten richten op de individuele voorzieningen, is het van belang dat gemeenten investeren in de preventietaken die voorafgaan aan curatieve zorg en langdurende zorg (care). Het is van belang zoveel mogelijk te voorkomen dat burgers beperkingen krijgen. Om de gezondheid te bevorderen, te voorkomen dat mensen gezondheidsproblemen krijgen en om hun huidige toestand te handhaven, moet er inzicht zijn in het 'disablement proces'. Dat geeft ook inzicht in de mogelijkheden om vroegtijdig in te grijpen. De resultaten van preventie zijn echter vaak pas zichtbaar op lange termijn.

Het in beeld brengen van mogelijkheden van preventie op verschillende momenten in het disablement proces - de preventieketen - is van groot belang. De rol van de GGD als belangrijke speler in het veld van de openbare gezondheidszorg is daarbij cruciaal.

Als het gaat om het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers is het noodzakelijk niet alleen aandacht te hebben voor de Wmo, maar ook voor de WCPV. Het beleid moet erop gericht zijn een juiste balans te vinden tussen aandacht voor het bieden van concrete ondersteuning versus preventieve activiteiten waarvan de effecten pas op de op de langere termijn zichtbaar worden. Voorkomen is nog altijd beter en goedkoper dan genezen (Walg, 2006).

Het CbO beoogt mensen bewust te maken van (on)gezond gedrag, hen informatie te geven over een gezonde leefwijze en hen te stimuleren tot gedragsverandering en andere acties als blijkt dat zij risico lopen om ongezond ouder te worden. Er zijn aanknopingspunten voor financiering van de functie van het consultatiebureau voor ouderen uit middelen van WCPV. De Tweede Kamercommissie Ouderenbeleid (TCOB) ondersteunt deze visie. In het rapport "Lang zullen we leven" doet de commissie de volgende aanbeveling: "Het kabinet moet meer geld investeren in preventie. Eerder genoemde consultatiebureaus kunnen met preventieprogramma's sociaal-economische gezondheidsverschillen bestrijden. In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) dient de doelgroep ouderen te worden opgenomen" (TCOB, 2005, p. 20).

De financiering kan gezien het karakter van het CbO echter ook deels afkomstig zijn uit de WMO. Het gedeelte voor primaire preventie zou vrijgemaakt kunnen worden uit de middelen voor de WCPV en de secundaire preventie uit de WMO.

Zorgverzekering

De meningen over de financiering uit de zorgverzekering zijn verdeeld. De zorgverzekering is op individuele leest geschied en heeft geen algemene publieksfunctie zoals de WMO en de WCPV of de AWBZ die het karakter heeft van een volksverzekering.

Daarnaast is de concurrentie tussen zorgverzekeraars een lastig spanningsveld. Als een zorgverzekeraar besluit sterk in te zetten op preventie en daardoor de premie hoger moet maken, loopt deze het risico dat klanten overstappen naar een andere verzekeraar.

Om het knelpunt van de concurrentie tegen te gaan kan de overheid zorg dragen voor een soort vereveningsregel, zodat verzekeraars die veel in preventie investeren daarvoor een tegemoetkoming krijgen van de landelijke overheid. Zo kunnen verzekeraars worden gestimuleerd om meer te investeren in preventie.

Financiering via de aanvullende verzekering heeft niet de voorkeur. Lang niet iedereen heeft een aanvullende verzekering afgesloten. Daarmee creëer je dus ongelijkheid en dat is onwenselijk. De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) doet in De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010 de aanbeveling om preventieve activiteiten te integreren in de curatieve zorg en in de langdurige zorg en preventie beter te positioneren in het verzekeringsstelsel.

Financiering van preventie volgens CVZ

In hoeverre zou preventie door de zorgverzekeringen (Zvw en AWBZ) betaald moeten worden? Dat is de vraag die het CVZ heeft gesteld voor hun onderzoek naar preventie. CVZ stelt dat op de individuele gerichte preventie - dat wil zeggen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie - door de Zvw en AWBZ gefinancierd kunnen worden. Universele en selectieve preventie - onderdelen van collectieve preventie - vallen daarbuiten (CVZ, 2007).

Preventie in de AWBZ

De aanspraken in de AWBZ (een somatische aandoening of beperking, een psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke handicap, een lichamelijke handicap, een zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem) kunnen activiteiten en interventies omvatten die zijn te kwalificeren als geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie bestaat bijvoorbeeld uit advisering, instructie en voorlichting bij de aanspraak verpleging. Zorggerelateerde preventie in de AWBZ bestaat bijvoorbeeld uit tijdelijke ondersteuning bij of overname van beperkingen in functies en activiteiten, zoals dagbesteding. Beide vormen van preventie zijn van oudsher integraal onderdeel van de zorg zoals die in de AWBZ is geregeld. Dit betekent dat de AWBZ ook recht geeft op preventieve interventies.

Het CVZ stelt dat de Zvw en de AWBZ mogelijkheden bieden voor vormen van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium);
- de zorg behoort tot de te verzekeren prestaties;
- de preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zowel in de Zvw als in de AWBZ;
- de preventie-interventie in de Zvw moet voldoen aan het criterium “zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden”.

Het CVZ concludeert dus dat individueel bepaalde preventieve tot de verzekerde zorg behoort. Ook preventieve interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering, gericht op individuen met een hoog risico op ziekten, vallen in principe onder de verzekerde zorg. Als er géén hoog risico op ziekte is (met vermogensschade als gevolg), vallen preventieve interventies buiten de Zvw. Het CVZ stelt dat gezien de bestaande mogelijkheden voor preventieve zorg in de Zvw en de AWBZ, de zorgverzekeraars en de zorgverleners de mogelijkheden die de Zvw en de AWBZ bieden, momenteel nog onvoldoende benutten.

Opsporen en toeleiden: Groepen mensen met een hoog risico op ziekte opsporen en toeleiden naar de zorg, is essentieel maar kan niet binnen de Zvw worden aangepakt, omdat die gericht is op individuele zorg. Daarom vindt het CVZ het belangrijk dat de betrokken ministeries en de gemeenten hierin hun verantwoordelijkheid nemen.

Kosten: Het CVZ kan de (meer)kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden. Desalniettemin acht het CVZ het noodzakelijk deze kosten te vertalen naar het risicovereveningssysteem; hiervoor is het ministerie van VWS verantwoordelijk.