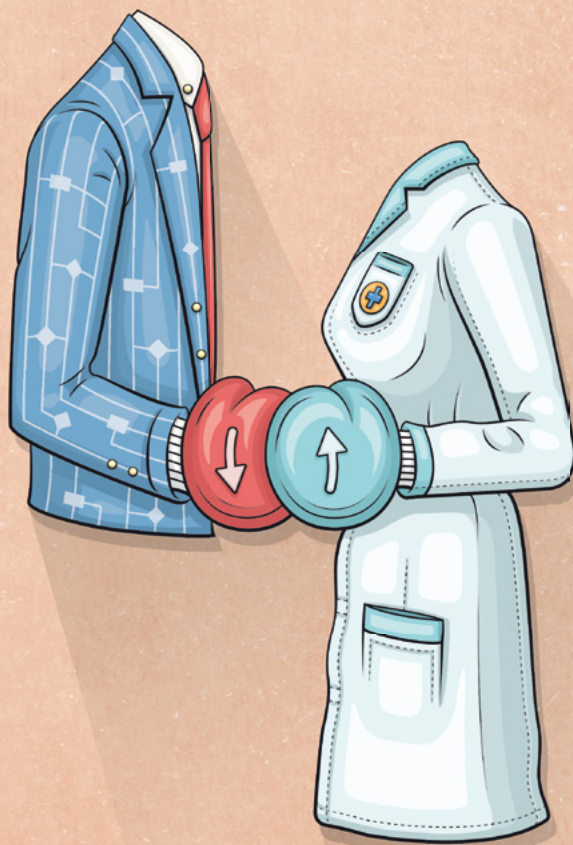


Interview met
Raymond Koopmans

**“De pareltjes in
ons werk halen de
kranten niet”**

.....
Participatie &
Ontwikkeling

**Een nieuw
cultureel verhaal
over ouder worden**



Langdurige zorg

**Een onbevangen taxatie
van de ingrijpende
hervormingen**

Gerōn is een tijdschrift over ouder worden in een veranderende samenleving met feiten en opinies uit praktijk, beleid en wetenschap. In ieder nummer worden de belangrijkste levensdomeinen van ouderen belicht naast een wisselend thema.

Gerōn is een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V..

REDACTIE

- Max de Coole, sociaal gerontoloog, Groesbeek - hoofdredacteur
- Inge Klück, beleidsmedewerker Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, Gemeente Rotterdam
- Jan Willem van de Maat, Movisie, Utrecht
- Arie Stolk, voormalig directeur De Burcht, Amsterdam
- Fietje Vaas, arbeids- en organisatiepsycholoog, TNO
- Ellen Van Houdenhove, stafmedewerker psychosociale gerontologie, Brussel
- Lieve Vanderleyden, senior researcher Studiedienst van de Vlaamse Regering, Brussel
- Toon Verlaan, sociaal gerontoloog, Leiden
- Joost van Vliet, teamleider Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool, Den Haag
- Angelique van Vondelen, Woordwaarde teksten & vertalingen, Utrecht – eindredacteur
- Ria Wijnen, gerontoloog, Gilze

REDACTIERAAD

- Jan Baars, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- Henk Bakkerode, voormalig directeur Ouderenbeleid, min. VWS, Den Haag
- Laura Christ, sociaal gerontoloog, Zutphen
- Jan Coolen, zelfstandig adviseur zorg, Amstelveen
- Liesbeth de Donder, Vrije Universiteit, Brussel
- Mirjam de Klerk, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag
- Els Messelis, docent hogeschool Odisee, Brussel

- Kees Penninx, Activage, Amersfoort
- Carolien Smits, Hogeschool Windesheim, Zwolle
- Fleur Thomése, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Gerben Westerhof, Universiteit Twente, Enschede

REDACTIEADRES

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246,
3990 GA Houten, geron@bsl.nl

UITGEVER

Wendy Werner, w.werner@bsl.nl,
tel. 030-6383727

STICHTING GERŌN

- Marian Adriaansen, lector Innovatie in de Care aan de HAN, Nijmegen
- Tineke Fokkema (secretaris), senior onderzoeker NIDI, Den Haag
- Harry Moeskops (voorzitter), andragoloog, Amsterdam
- Sjoerd van der Weide (penningmeester),
- Koog aan de Zaan

NVG KNOWS

Gerōn komt tot stand in samenwerking met NVG KNOWS (www.gerontologie.nu).
Leden van NVG KNOWS ontvangen het tijdschrift viermaal per jaar.

VERVOLG COLOFON: zie binnenzijde
achterflap

Politiek en langdurige zorg

Is de gezondheidszorg, en in het bijzonder de langdurige zorg, het belangrijkste verkiezings-thema voor de Tweede Kamerverkiezingen in Nederland van maart 2017? Los van verkiezingen is ook in Vlaanderen (ouderen)zorg een groot thema en zijn ingrijpende veranderingen in aantocht.

In dit nummer geeft Jan Coolen een naar eigen zeggen 'onbevangen taxatie' van de hervorming in de langdurige zorg in Nederland. Het accent ligt bij Coolen niet op verschrapping en achteruitgang, het beeld is veel genuanceerder en wijkt daarmee af van het publieke beeld zoals hijzelf ook al constateert. Hij schetst een aantal hoofdlijnen voor de langdurige zorg, die voor hem vooral toekomstbestendig moet zijn.

Anne Van Der Gucht werkt het zorgthema uit voor Vlaanderen. Ook daar staat het toekomstbestendig maken van de (ouderen) zorg hoog op de agenda. Zij geeft een aantal 'hefbomen' aan die in Vlaanderen zijn ontwikkeld en waar de komende jaren verder aan wordt gewerkt.

Onze indruk is dat uitgangspunten en organisatieprincipes goed herkenbaar zijn tussen Nederland en Vlaanderen.

Raymond Koopmans schets in het interview zijn beeld van de langdurige zorg. Naast de dagelijkse pareltjes in het werk die hij signaleert is er de onomkeerbare en toenemende kwetsbaarheid en we willen volgens Koopmans liever niet zien dat dit bij het leven hoort. Hij

constateert dat de cure daarbij interessanter lijkt dan de care en dat zich dat vertaalt in de verdeling van budgetten. Wij concluderen dat de status van de langdurige zorg in meerdere opzichten moet worden opgewaardeerd.

Over kwetsbaarheid nog dit. Sinds de klassieker 'Vroeger is dood' van Inez van Dullemen uit 1977 hebben een groot aantal auteurs indringend en ontroerend geschreven over hun dementerende vader of moeder, van Stella Braam tot de Vlaamse auteurs Tom Lanoye en Erwin Mortier, van Kees van Kooten tot recentelijk Hugo Borst. Genoemde getuigenissen kunnen helpen om je te verhouden tot een persoon die je lief is maar grotendeels afhankelijk is geworden van jouw zorg en die van anderen.

Terug naar de politiek en de komende verkiezingen. Hugo Borst bepleit in zijn manifest 'Scherp op ouderenzorg' (oktober 2016) dat ouderenzorg geen politiek thema is, maar een thema van algemeen belang, een 'kwestie van fatsoen'. Het algemeen belang en de kwestie van fatsoen delen we zeker met hem, maar de politiek is wel degelijk aan zet.

Ons pleidooi richting politiek is om tot een onbevangen taxatie van de hervorming van de langdurige zorg te komen, daarbij gesteund door de getuigenissen van velen.

Max de Coole, Ellen Van Houdenove
& Ria Wijnen

THEMA Langdurige zorg

Hervorming van langdurige zorg in Nederland: een tussenstand

- Jan Coolen 6
Wat was beoogd met de ingrijpende hervorming van de langdurige zorg en hoe pakt het uit? Een onbevangen taxatie.

Wat betekent goede zorg in Vlaanderen anno 2016 ?

- Anne Van der Gucht 12
In het Vlaamse ouderenzorgbeleid worden een aantal 'hefbomen' geschetst die een antwoord geven op de nieuwe uitdagingen in de ouderenzorg.

PARTICIPATIE & ONTWIKKELING

Een nieuw cultureel verhaal over ouder worden: Worden wie je bent

- Hanne Laceulle 23
In de filosofische traditie van zelfverwerkelijking zitten aanknopingspunten om negatieve beeldvorming over ouder worden tegen te gaan.

Een succesvolle eenzaamheidsinterventie - De online Vriendschapskursus 50+

- Tamara Bouwman 26
De online Vriendschapskursus 50+ is een interventie die de eenzaamheid van haar deelnemers vermindert.

GEZONDHEID & ZORG

Tijd in een flesje - Werken met levensverhalen in de zorg voor mensen met dementie

- Britt Fontaine 29
Werken met reminiscentie heeft op lange termijn meer effect op zorgverleners en daarmee op de zorgrelatie dan op mensen met dementie zelf.

Een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid streeft naar werkbaar werk voor mantelzorgers

- Katrijn Lecoutere, Céline Baele & Sarah Janssens 33
Het zoeken naar werkbare oplossingen om een betaalde baan en mantelzorg beter op elkaar af te stemmen creëert een win-win situatie voor werknemer én werkgever.

De rol van de sociale omgeving bij gezond oud worden

- Paul van de Vijver & David van Bodegom 37
Naast de fysieke omgeving beïnvloedt ook de sociale omgeving onze leefstijl. Deze invloed kan actief aangewend worden in interventies om gezonder oud te worden.

Kwaliteit van leven van alleenwonende ouderen

- Robbert Gobbens 41
Alleenwonende ouderen ervaren een lagere kwaliteit van leven dan samenwonende ouderen. Verschillende socio-demografische kenmerken zijn van invloed.

WONEN & MOBILITEIT

Een zoektocht naar kwaliteit van leven voor de cliënt in de langdurige zorg

- Christine van den Berghe 46
De Regionale Stichting Zorginstellingen de Kempen heeft een kwaliteitssysteem ingevoerd dat werkt aan verbeteringen in de zorg.

Diversiteit is het adagium - Op weg naar seniorvriendelijke woonomgevingen	
Daniëlle Harkes & Yvonne Witter	50
Als ouderen zelfstandig willen blijven wonen is de woonomgeving minstens zo belangrijk als de woning zelf. Hoe ziet een geschikte woonomgeving voor ouderen eruit?	
Vossenjachtgame om het langer thuis wonen van ouderen te stimuleren	
Ate Dijkstra, Hetty Kazimier van der Zwaag & Wiebe Kooistra	53
Een game gericht op verbetering van mobiliteit en zelfredzaamheid van ouderen werd samen met de doelgroep ontwikkeld.	

ARBEID & INKOMEN

Verandering in het Nederlands pensioenstelsel	
Bart van Riel	57
Een SER verkenning naar een pensioenregeling met persoonlijk pensioenvermogen en collectieve risicodeling.	
Oudere werknemers en nieuwe technologie	
Kees Korevaar	61
Nieuwe technologieën leiden tot meer werkende ouderen, meer aanpassingsproblemen en nog meer fricties op de arbeidsmarkt.	
Langer werken en pensionering: de rol van gezondheid	
Anouk Koekkoek & Marleen Damman	65
Hoe denken oudere werknemers met gezondheidsproblemen over langer doorwerken en pensionering, nu vervroegd met pensioen gaan alleen kan tegen hoge kosten?	

Interview met Raymond Koopmans	17
Column Guy Tegenbosch	22
Gedicht Emily Dickinson	36
Column Joep Dohmen	45
Gesignaleerd	49, 60, 74
Column Ton Korver	56
Gerõngrafiek	64
Boekbespreking : Levenseinde in psychologisch perspectief	69
NPO over structurele financiering van innovatie in de zorg	71

Hervorming van langdurige zorg in Nederland: een tussenstand

JAN COOLEN

Vanaf begin 2015 is in Nederland een grote verandering in de langdurige zorg doorgevoerd, met veel ophef in het politieke en maatschappelijke debat. Beelden van verschraling zijn in de media voortdurend herhaald, ook verhalen van mensen die tussen wal en schip vallen. Dit artikel beoogt een overzicht te geven, een schets van de gekozen richting en een onbevangen taxatie van wat die brengt voor ouderen.

Wat is de richting?

Eerst staan we stil bij de plannen. Wat heeft de rijksoverheid beoogd met hervorming van de langdurige zorg? De recente hervorming berust op vier leidende thema's.

- (1) De inzet van zorg & ondersteuning beter laten aansluiten op de zorgvraag van mensen met beperkingen en daarbij goed kijken naar wat mensen zelf kunnen met hun sociaal netwerk.
- (2) Gemeenten een grote rol geven bij ondersteuning van mensen met beperkte zelfredzaamheid; parallel eraan zorgverzekeraars meer armslag geven bij integrale eerstelijnszorg (naast huisarts ook wijkverpleging, ouderengeneeskunde).
- (3) Voor mensen met blijvende ernstige zorgbehoefte – 24uurs nabije zorg is nodig – een wettelijk verzekerd recht op intensieve zorg in stand houden (Wet langdurige zorg). De persoon kan de geïndiceerde zorg in een bijzondere woonvorm benutten dan wel als zorg thuis invullen.

- (4) De kwaliteit van zorg & ondersteuning op een goed niveau brengen; tegelijk op langere termijn de betaalbaarheid van langdurige zorg borgen: Daartoe de uitgavenontwikkeling in balans brengen met wat burgers opbrengen voor langdurige zorg via premies en belastingen.

Opmerkelijk is hoe deze hervormingsagenda past in een Europese context (EU, 2014). Alle landen zien als opgave om zorgafhankelijkheid in de oudere bevolking te verminderen; ouderen meer zelf aan zet te laten zijn (familie, markt); tegelijk toegankelijke publieke zorg te behouden voor wie ernstig beperkt is en niet zelf in zorgbehoeften kan voorzien. De vraag is dan: wat is in Nederland gedaan? Hierover gaat de volgende paragraaf. Verderop komen de vier thema's terug.

De gekozen aanpak

In 2015 kwam een einde aan de AWBZ als een collectieve verzekering voor langdurige zorg. Die AWBZ was bij de start ervan, in

1968, een begrensde regeling met accent op 'zwarte zorg' vanuit intramurale voorzieningen. Geleidelijk kwamen ook ambulante begeleiding, verzorging en verpleging onder de AWBZ. Daarmee werd de *care* in Nederland gekenmerkt door brede aanspraken op zorg, ruime toegang, relatief genereuze verstrekkingen in de Europese context. Met de hervorming van langdurige zorg is eigenlijk een simpele ingreep bedacht (VWS, 2014).

- Ambulante verpleging & verzorging gaan naar de Zorgverzekeringswet (Zvw); in 2015 is € 3 miljard naar de zorgverzekeraars overgeheveld.
- Dagactiviteit en begeleiding bij beperkte zelfredzaamheid gaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) met € 2 miljard in 2015; ook beschermd wonen uit de ggz gaat naar de Wmo met € 1,5 miljard; huishoudelijke hulp is al eerder overgezet, toen met € 1,2 miljard.
- Intensieve 24uurszorg valt onder de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) die zo het karakter krijgt van de oude AWBZ van 50 jaar geleden; het kader in 2015 was € 18 miljard.

Parallel aan deze nieuwe inkadering van langdurige zorg is aan kostenbeheersing gewerkt met accent op beperking van de groei van zorguitgaven. Voor de gehele gezondheidszorg is in de periode 2010-2016 een stijging van 60 naar 80 miljard euro verwacht. Met nieuw beleid is die trend in de rijksbegroting omgebogen naar 70 miljard in 2016 voor *cure* en *care* samen (feitelijk zal dat ruim € 73 miljard zijn in 2016). Voor de langdurige zorg waren de uitgaven aan het begin van dit decennium 25 miljard, en dat gaat naar 29 miljard aan het eind van het decennium; zonder beleid zou dat 32 miljard zijn - dit alles bij statische prijzen (RIVM, 2016).

Vermeldenswaard is nog iets anders: de uitgaven voor langdurige zorg & ondersteuning komen in Nederland op bijna 4% van het nationaal inkomen. De Nederlandse langdurige zorg is daarmee koploper in Europa. Het relatief hoge niveau van uitgaven komt overigens niet door zorg thuis – want die is in de Europese context 'gemiddeld' – maar door de om-

vang van intramurale zorg. Daarom kiest de overheid voor verdere verschuiving naar zorg thuis. Ondertussen kunnen we een gangbaar beeld van 'bezuinigen' corrigeren: op middellange termijn gaat niet minder geld naar langdurige zorg & ondersteuning, maar minder meer (uitgavengroei beteugelen). Op specifieke onderdelen, zoals de huishoudelijke hulp, is het macrobudget wel sterk gekort.

Niet alleen het geld staat op de voorgrond. Met landelijke vernieuwingsprogramma's streeft de overheid naar een kwaliteitsimpuls: in de zorg thuis krijgt de wijkverpleegkundige speelruimte voor maatwerk; in de intramurale ouderenzorg is met het werkveld een nieuw perspectief op kwaliteit uitgewerkt (Coolen, 2016). De basis ervan is persoonsgerichte zorg: wat is voor deze persoon belangrijk, en wat geeft hem/haar plezier. Dat is een trendbreuk met het eenzijdige accent op veiligheid dat in de voorbije jaren prevaleerde (zie lijsten van de Inspectie voor Gezondheidszorg).

De weg van geleidelijkheid

De gevolgde aanpak heeft nog een ander kenmerk: veranderen in geleidelijkheid. Met allerlei overgangsregelingen is aan zorggebruikers continuïteit toegezegd. In de politieke arena is de steun voor ingrijpende hervormingen gepaard gegaan met 'mensen mogen er geen last van hebben'. Vanaf 2016 ontstaat meer dynamiek: cliënten krijgen nieuw maatwerk en aanbieders moeten meer creativiteit opbrengen bij de beantwoording van hulpvragen.

Samenwerkende cliëntenorganisaties onderzochten hoe de veranderingen in de praktijk uitpakt. Ze inventariseerden vanaf 2015 16.385 meldingen (NPCE, 2016). De klachten en signalen hadden overwegend betrekking op de gewijzigde uitvoering van het persoonsgebonden budget: lastige administratieve procedures die voor cliënten ontstonden door een andere beleidswijziging (mensen krijgen niet langer het geld op hun rekening maar hebben een trekkingsrecht; ze kiezen zelf de zorgverleners terwijl een overheidsinstantie die zorgverleners betaalt). Slechts een klein

deel van de meldingen, omstreeks een vijfde, had betrekking op langdurige zorg en ondersteuning. De kritiek is toegespitst op de Wmo, op het 'keukentafelgesprek' waarin wijkteams of ambtenaren de vraag van de burger bespreken. De cliëntenbeweging bepleit individueel maatwerk bij elke hulpvraag.

Kortom: persistente knelpunten zijn vooralsnog niet aangetroffen (afgezien van perikelen rond het Pgb-beheer). Bovendien: het vermoeden van een problematische toegang klopt niet. Sommige onderzoekers stellen dat de toegang moeilijk zal zijn voor kwetsbare ouderen (Janssen et al, 2016) maar landelijke monitoring geeft hiervoor geen aanwijzingen (NZa, 2016; ZiNL, 2016). Wel knelt iets anders: gebrek aan afstemming bij mensen met complexe problemen; de cliëntenbeweging bepleit een betere coördinatie tussen diverse loketten. Ook onderzoekers wijzen op de noodzaak van afstemming tussen regimes (CPB & SCP 2015).

Een viertal vernieuwingen (en effecten ervan)

De gevolgde beleidsaanpak bevat een mix van dynamiek en continuïteit; de idee is dat innovatie gaandeweg gestalte krijgt. Wat is dan de inhoud van de al eerder genoemde vernieuwingen; wat betekenen die voor ouderen. Hieronder staat een indruk, gevoed door beschikbaar onderzoek.

Burgers zelf aan zet

Zoals vermeld kiest de overheid voor eigen verantwoordelijkheid van de burger: meer zelf voorzien in oplossingen bij kwetsbaarheid. Hiervoor lijkt zeker enige ruimte te bestaan maar die is niet erg groot. Onderzoek bij thuiswonende mensen laat twee tendenties zien: (1) hulp bij huishouding, persoonlijke verzorging of verpleging komt vooral uit informele kring, en (2) hulp vanuit het publieke domein komt vooral terecht bij mensen met aanzienlijke beperkingen, vooral bij ouderen, alleenstaanden, mensen met lagere inkomens (SCP, 2016a). Kortom: het zorggebruik gaat al in de richting van het beleid. Met name bij mensen met *lichte* problemen

lijkt ruimte te zijn voor andere oplossingen dan formele hulp; naast familiehelp zal dat zelf betaalde woonservice zijn (Broese van Groenou, 2014; SCP, 2016b).

Lokale ondersteuning

Aangestipt is al dat een breed domein van ondersteuning bij de gemeente kwam via de Wet maatschappelijke ondersteuning. Doel van de Wmo is: "bevorderen van zelfredzaamheid en participatie bij kwetsbare burgers". Voor een vraaggerichte opvang van hun moeilijkheden werken gemeenten met sociale wijkteams; 87% heeft die teams. Ze kijken hoe iemands zelfredzaamheid omhoog kan; of het sociaal netwerk meer kan doen; of individuele hulp vervangen kan worden door algemene voorzieningen (zoals meedoen in een buurthuis). Deze aanpak komt langzaam van de grond. In onderzoek naar ervaringen van burgers krijgen wijkteams een 7 als rapportcijfer (I&O, 2016). De geboden hulp – overwegend bij problemen rond huishouden en mobiliteit – wordt door 80% van de gebruikers als (ruim) voldoende beleefd. (SCP, 2015a).

Meer dynamiek zal gaandeweg ontstaan. Voor ouderen brengt de Wmo diverse verschuivingen:

- hulp bij de huishouding is een eigen verantwoordelijkheid van de oudere persoon; uitsluitend mensen met een laag inkomen houden toegang tot publiek geregelde hulp;
- dagbesteding is een onderdeel van de wijkgerichte voorzieningen; de gemeente kan speciale centra in stand houden of de opvang in algemene buurthuizen organiseren;
- er komt een extra inzet op 'community'-initiatieven waarbij senioren actief, gezond en veilig thuis kunnen blijven wonen; met vormen van nabuurschap of platforms voor onderlinge steun.

Op lokaal vlak zien we boeiende initiatieven. In Noord-Holland is voor thuiswonende ouderen een nieuw aanbod van praktische thuisdiensten, sociale activiteiten en begeleiding ontwikkeld. Men wil het eigen steunsysteem

versterken, en de kwaliteit van leven verhogen. Onderzoek laat zien dat ouderen tevreden zijn over de aanpak (men voelt zich beter gehoord), dat minder mensen zonder steun zijn en minder mensen eenzaam zijn. Er is geen significant effect op 'kwaliteit van leven' (LLT, 2016).

Nieuwe eerstelijnszorg

Op jaarbasis maakten in 2015 omstreeks 500.000 personen gebruik van verpleging en persoonlijke verzorging thuis (SCP, 2016c). Per jaar is er een flinke doorstroom: een derde. Binnen het veranderde zorgbestel is deze zorg thuis onder de Zorgverzekeringswet geplaatst, net als de huisarts en het ziekenhuis. Kansrijk is dat innovatieve zorgverzekeraars gaan sturen op geïntegreerde eerstelijnszorg voor alle kwetsbare ouderen. De beweging is dan als volgt:

- huisartsenzorg en wijkverpleging worden in samenhang georganiseerd;
- deze wijkzorg kan beroep doen op specifieke expertise zoals ouderengeneeskunde;
- er zijn verbindingen met het sociale domein (waaronder mantelzorgondersteuning);
- er zijn 'transmurale zorgbruggen' tussen ziekenhuis en eerste lijn (meer aandacht voor herstel);
- gekoppeld aan de eerste lijn zijn er bedden voor kortdurend verblijf voor broze ouderen.

Met de nieuwe opzet van eerstelijnszorg zijn in andere landen ervaringen opgedaan. De resultaten zijn: een verbetering van de (ervaren) gezondheidstoestand, afname van acute ziekenhuisopnames en toename van cliëntsatisfactie. In Nederland zijn verwante experimenten gedaan. Beoogde effecten zijn deels bereikt: beter behoud van zelfredzaamheid bij ouderen, (Van Hout, 2016); dat was overigens zonder besparing op zorgkosten.

Begrensde verblijfszorg

In Nederland verblijft omstreeks 12% van alle 75-plussers langdurig in een woonvorm voor 24uurszorg. De nieuwe Wet langdurige zorg regelt die zorg. Die Wlz kent een verzekerd

recht op zorg voor mensen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De toegang berust op onafhankelijke indicatiestelling. Nieuw is een extra keuzeruimte: de persoon kan de geïndiceerde zorg benutten als verblijfszorg of als zorg thuis; ook is er de optie van een persoonsgebonden budget. Met die keuzeruimte bevordert de overheid een verschuiving naar zorg thuis.

De beleidsaanpak rond verblijfszorg kent drie sporen: een meer begrensde toegang, een betere kwaliteit van zorg, reductie van het aantal intramurale plaatsen (van 140.000 in 2015 naar 100.000 aan het eind van dit decennium). Veel onrust ontstond door dit laatste: de krimp in intramurale capaciteit. Maar een problematische toename van wachtlijsten is *niet* opgetreden (ZiNL, 2016). De aanvragen voor intramurale zorg zijn licht gedaald; het percentage aanvragen met positieve indicatie bleef constant (CIZ, 2016). Ouderen die voorheen naar een verzorgingshuis gingen – zonder zware zorgbehoefte – vinden oplossingen in aangepast wonen met thuiszorg (Lucas, 2016).

Tussenbalans van de zorghervorming

Met de hervorming van langdurige zorg is een soort 'ruilverkaveling' doorgevoerd met een bredere rol voor gemeenten (ondersteuning bij zelfstandig wonen), een grotere regie voor zorgverzekeraars bij samenhangende eerstelijnszorg (huisarts, wijkverpleging, verzorging), en een landelijke regeling voor 24uurszorg met keuzeruimte voor belanghebbende mensen. De herschikking van zorgfuncties is overzichtelijk in opzet, hoewel soms vragen over afbakening rijzen (wat hoort waar bij uitgebreide zorgbehoeften: Wmo, Zvw of Wlz). Tegelijk ontstaat beweging door vernieuwingsprogramma's op het vlak van ondersteuning thuis, en kwaliteit van 24uurszorg (verpleeghuizen). De kwaliteitsimpuls berust op een nieuw paradigma: zorg richten op de kwaliteit van bestaan die de persoon wenst, en beroepskrachten beter toerusten voor 'persoonsgerichte zorg' (Vilans, 2014).

Ondertussen is op beheerste wijze een hervorming doorgevoerd langs de volgende lijnen:

- gemeenten zijn op weg naar meer creativiteit bij ondersteuning van zelfstandig wonende mensen (begeleiding, dagactiviteit, huishoudelijke hulp);
- zorgverzekeraars komen via de overheveling van ambulante verpleging & verzorging tot een beweging naar integrale eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen;
- de rijksoverheid continueert een verzekerd recht op zorg-met-verblijf voor mensen die 24uurs nabijge zorg nodig hebben, desgewenst kan de persoon dat inzetten als een zorgpakket thuis.

Hoe dit alles uitpakt in komende jaren blijft nog spannend. Vooralsnog zien we het volgende:

- een lichte verschuiving naar informele zorg is mogelijk (maar niet heel veel);
- eerder dan 'meer familie­zorg' ontstaat een trend naar 'meer zelf betaalde ondersteuning';
- wel ontstaat een flinke verschuiving van intramurale voorzieningen naar zorg thuis, samen met initiatieven tot onderlinge steun in wijknetwerken;
- bij dit alles is in recente jaren geen probleem met toegang tot formele zorg ontstaan, niet in de wijkverpleging, niet bij de intramurale ouderenzorg;
- wel komt er forse krimp in de huishoudelijke hulp (en die gaf veel onrust) met de verwachting dat ouderen in de toekomst meer zelf hun woonservice betalen;
- zorgaanbieders klaagden over een te krap budget (en dreigende patiëntenstop), maar volgens monitoring zijn er heel weinig klachten van mensen die werkelijk problemen kregen;
- de groei van de zorguitgaven is gedempt, voorgenomen bezuinigingen zijn afgezwakt, het financieel kader voor langdurige zorg aan ouderen blijft op een hoog peil;
- er is een culturele verandering doorgevoerd waarbij zorgverleners beter kijken naar 'wat de persoon zelf kan doen' en naar herstel van zelfredzaamheid.

Hiermee is de tussenbalans anders dan het publieke beeld van zorg­hervorming; dat beeld heeft een accent op 'verschraling en achteruitgang'. Er is een paradox: meer dan elders in Europa zijn Nederlanders ongerust; tegelijk zijn ze erg tevreden over de gezondheidszorg (87%). Men vindt de zorg nog steeds goed, maar denkt dat die in de toekomst achteruit gaat (SCP 2015b). Wenselijk is minder ongewisheid naar burgers over het toekomstperspectief.

Naar een breder perspectief

In de politieke arena is steun voor hervorming verweven met aarzeling en terughoudendheid onder druk van belangenorganisaties. Veel aandacht is daardoor gericht op overgang­sp­erikelen, weinig op een bestendige koers voor komende jaren. Wenselijk is een visie met brede inzet op duurzame ouderenzorg. De kern ervan is het behoud van vitaliteit en veerkracht bij oude mensen.

De EU heeft in aansprekende beleidsdocumenten de weg gewezen naar een bredere aanpak; dat gebeurde op basis van *good practices* in diverse landen. De hoofdlijnen zijn als volgt:

- meer preventie zodat chronische ziekten minder leiden tot blijvende functie­beperkingen;
- meer maatregelen die een rem zetten op het verlies van vitaliteit (gezonde leefstijl);
- meer ruimte voor revalideren van ouderen met fysieke of psychische achteruitgang;
- betere benutting van de potentie van technologie die zorgafhankelijkheid verkleint;
- beter kijken naar trajecten van zorgverlening (traject van lage naar hoge zorgafhankelijkheid);
- nieuw kwaliteitsbeleid waarin ervaringen van gebruikers meer centraal staan.

Deze hoofdlijnen wijzen naar een verdere hervorming van langdurige zorg: niet de rem erop maar een breder perspectief. Er staat in de komende jaren nog heel wat te doen.

Literatuur

- Broese van Groenou, M. (2014). Hoe (on)realistisch is het overheidsbeleid als het gaat om de inzet van informele zorg?. *GERON*, 16: 46-49.
- CIZ (2016). *1 jaar Wlz, een overzicht*. Driebergen, Centrum Indicatiestelling Zorg.
- Coolen, J. (2016). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*, Den Haag / Utrecht, Programma 'waardigheid & trots'.
- CPB & SCP (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg*. Den Haag, Centraal Planbureau.
- EU (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Brussel / Council of the European Union.
- Hout, H. van (2016). Eerstelijns- en wijkgerichte ouderenzorg. In: Smorenburg, S. (2016). *Vernieuwing van gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam, Ben Sajat Centrum.
- I&O Research (2016). *Samenvatting van onderzoek naar ervaringen van burgers met zorg in het sociaal domein*. Website I&O, 25 februari 2016.
- Janssen, D., Jongen, W. & Schröder-Bäck, P. (2016). *Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands*. In: *Journal of Aging Studies* 38: 92-104.
- LLT (2016), *Programma "Lang leve thuis"*. Website met eraan gekoppeld onderzoek door VU.
- Lucas, A. & van Triest, N. (2016). *Gebiedsgerichte aanpak wonen, welzijn, zorg*. VNG, Platform 31.
- NZA (2016). *Monitoring wijkverpleging contracteerproces 2016*, Utrecht.
- NPCF (2016). *Signaalrapport veranderingen in de zorg juni 2016*, Utrecht.
- RIVM (2016). *Een gezonder Nederland*. Website (paragraaf zorguitgaven).
- SCP (2015a). *Overall rapportage sociaal domein 2015: rondom de transitie*. Den Haag / Sociaal en Cultureel Planbureau (zie p. 164).
- SCP (2015b). *Zorgen om de zorg*. Den Haag / Sociaal en Cultureel planbureau.
- SCP (2016a). *Zorg en ondersteuning in Nederland..* Den Haag / Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2016b). *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013*. Den Haag / Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2016c.). *Zicht op zorggebruik*. Den Haag / Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vilans (2014). *Vernieuwend zorgen: zorgmedewerker in verandering*. Utrecht.
- VWS (2014), *Beleidsbrief staatssecretaris VWS "Samenhang in zorg en ondersteuning"*, Den Haag, Tweede Kamer, 4 maart 2014.
- Welschen, S. & Thomese, F. (2016). Sociale interventies gericht op het verminderen of uitstellen van hulpbehoefendheid bij kwetsbare ouderen. In S. Smorenburg, *Vernieuwing van gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam, Ben Sajat Centrum.
- ZiNL (2016). *Wachttijstgegevens Wlz 2016*. Zorginstituut Nederland via www.istandaarden.nl

Over de auteur

Dr Jan Coolen (1950) is zelfstandig onderzoeker. Voor zijn 66^{ste} jaar had hij leidinggevende functies in het veld van de langdurige zorg (cliëntenbeweging, zorgverzekeraars, zorginstelling in de grote stad). Recentelijk maakte hij voor de ouderenzorg een richtinggevende schets van 'kwaliteit van zorg' als basis van een nieuw kwaliteitskader.

Wat betekent goede zorg in Vlaanderen anno 2016?

ANNE VAN DER GUCHT

Door de demografische evoluties, de veranderende maatschappelijke opvattingen en de technologische evoluties van de laatste decennia is de Vlaamse verzorgingsstaat behoorlijk onder druk komen te staan. De nieuwe uitdagingen vragen een adequaat antwoord, ook in de ouderenzorg. Welke hefbomen worden ontwikkeld in het Vlaamse ouderenzorgbeleid om de veranderende zorgvragen het hoofd te bieden?

Een steeds veranderende samenleving

De evoluties in de voorbije decennia hebben een grote impact gehad op de zorg. Zo zijn er de toegenomen aandacht voor de vermaatschappelijking van de zorg, de voorkeur om de zorgvrager centraal te plaatsen in het zorgproces, het ontstaan van meer marktgerichte invloeden en de wetenschappelijke ontwikkelingen in de zorg, om er enkele te benoemen. Hierdoor verandert ook de visie van ouderen op leven, wonen, zorg of ondersteuning.

Deze realiteit dwingt Vlaanderen te herbezinnen over de organisatie van de (ouderen) zorg zodat ze beter kan inspelen op de diverse veranderingen en toch voldoende rekening houdt met de beperkte middelen en schaarste op de arbeidsmarkt.

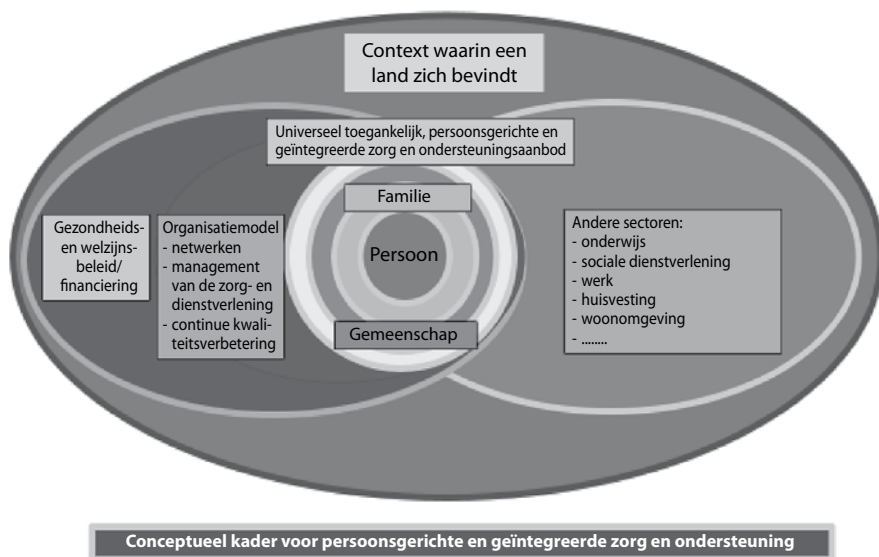
Vlaanderen vindt een passend antwoord

Om hierop een antwoord te bieden, heeft Vlaanderen een integraal zorg- en ondersteu-

ningsmodel ontwikkeld met als doel de zorg en ondersteuning aan zorgvragers in een meer samenhangend geheel onder te brengen. Het model is gebaseerd op het cirkelmodel van de American Association on Mental Retardation (AAMR) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Het is zo opgebouwd dat het als referentiekader kan dienen voor een ondersteuningsconcept voor zowel personen met een handicap als chronisch zieken en ouderen in kwetsbare situaties. Het onderstaande schema is een weergave van hoe het cirkelmodel is opgebouwd.

Volgens het principe van de complementariteit bouwen de verschillende ondersteuningsystemen in dit model op elkaar verder. Het veronderstelt ook dat de zorgvrager kan overschakelen tussen diverse zorgvormen naargelang zijn evoluerende noden. Om dit cirkelmodel tot zijn recht te laten komen, is het cruciaal dat alle betrokkenen in een constructieve sfeer samenwerken en dat er voldoende aanbod wordt gecreëerd waarop de zorgvrager



Figuur 1.

beroep kan doen. Iets dat door de verschillende belanghebbenden vaak wordt gesignaleerd.

Ontsotting en afstemming tussen de verschillende sectoren en beleidsdomeinen is nodig om integrale zorg te kunnen garanderen. We pleiten voor 'Health in all policies', niet alleen over de Vlaamse beleidsdomeinen heen, maar ook tussen de verschillende beleidsniveaus in Vlaanderen (m.n. Vlaamse overheid, provincies, steden en gemeenten). Het subsidiariteitsbeginsel, dat stelt dat een bevoegdheid het beste wordt opgenomen op het meest geschikte beleidsniveau, blijft het uitgangspunt. Maar dat het lokale en regionale niveau steeds meer in beeld komen, kunnen we niet ontkennen.

Om het zorg- en ondersteuningsmodel waar te maken, lanceert Vlaanderen een vijftal hefbomen. Hieronder volgt een korte beschrijving van deze hefbomen en wordt aangegeven hoe ze geïmplementeerd zullen worden.

1. Een vernieuwde ouderenzorg

Kernbegrippen zijn: zorgkwaliteit, erkenningen, prijzenbeleid en een efficiënte organisatie van de ouderenzorg.

Op 11 oktober 2011 bereikten de politieke partijen van de federale regering een akkoord over een zesde staatshervorming in Bel-

gië. Bij deze mijlpaal in de Belgische politieke geschiedenis werden er meer bevoegdheden overgeheveld naar de deelstaten. Zo is de volledige bevoegdheid inzake de residentiële ouderenzorg overgedragen aan de Vlaamse, de Franse en de Duitstalige gemeenschap. Hierdoor is Vlaanderen, net zoals de andere deelstaten, vanaf 1 juli 2014 bevoegd voor de controle van de dagprijzen in de voorzieningen, de financiering van de zorgkosten en de programmerings- en erkenningsvoorwaarden voor rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging. Dit laat Vlaanderen toe een meer coherent ouderenbeleid te voeren. De invulling van de zorgberoepen blijft echter federaal, evenals de diensten thuisverpleging. Dat betekent dat een globaal Vlaams ouderenbeleid het deel thuisverpleging in de ouderenzorg zal missen.

Vlaanderen wenst in de eerste plaats te zorgen voor de continuïteit in de hulpverlening. Op korte termijn zal het systeem van prijzencontrole geactualiseerd te worden. Daarnaast wordt tegen 2019 werk gemaakt van een nieuw kwalitatief organisatie- en financieringsmodel voor de residentiële ouderenzorg, waarbij de oudere zolang mogelijk de regie over de eigen kwaliteit van leven behoudt.

In 2018 wil Vlaanderen tot een goed pres-

terend welzijns- en gezondheidsbeleid voor ouderen komen dat de nadruk legt op zorg op maat en continuïteit in de zorg. De veranderagenda om tot deze vernieuwing te komen, werd dit voorjaar voorgelegd in de vorm van de conceptnota 'Dichtbij en integraal – visie en veranderagenda'. De actiepunten hiervan zijn cruciale aspecten in de ouderenzorg zoals, programmatie- en vergunningenbeleid, erkenningen, kwaliteit, ICT, enz.

Voor de totstandkoming van deze conceptnota bestond een groot draagvlak bij de verschillende stakeholders (o.m. de koepelorganisaties residentiële zorg, de Vlaamse Ouderenraad, gebruikersorganisaties en vertegenwoordigers van mantelzorgers), waardoor de uitwerking van het concept, dat meerdere jaren zal duren, ook daadwerkelijk kan plaatsvinden. De koepelorganisaties in de zorg steunen dit masterplan dat duidelijke contouren van de ouderenzorg uittekent. Het biedt een antwoord op de behoefte van de voorzieningen, het durft keuzes te maken en prioriteiten te stellen. Ze hopen dat dit pad verder zal bewandeld worden en de acties deze zittingsperiode of legislatuur verder vorm krijgen en verankerd worden. De ouderenorganisaties zelf steunen de krachtlijnen van het plan maar kunnen zich toch niet van de indruk ontdoen dat de nieuwe visie nog steeds vertrekt vanuit een sterk organisatorische invalshoek, ondanks het streven naar een beleid waarbij de zorgvrager centraal staat. Zij missen een aftoetsing aan de wensen en noden van de oudere zorgvragers en een gerichte analyse van de actuele en toekomstige knelpunten in de ouderenzorg waaraan Vlaanderen prioritair het hoofd wil bieden.

2. Financieringsmodel

Wie nood heeft aan (langdurige) zorg, zal kunnen rekenen op verschillende tegemoetkomingen en ondersteuningsvormen. Deze ambitie wil Vlaanderen nastreven via een Vlaamse Sociale Bescherming. Uitgangspunt is een vraaggestuurde aanpak, met een afgestemde indicatiestelling en, op termijn, een persoonsvolgende financiering. Door alle pijlers van de Vlaamse sociale bescherming sa-

men te brengen in één geheel, zullen ook de verschillende onderdelen op elkaar kunnen worden afgestemd in een stapsgewijs proces. In een eerste fase worden de bestaande zorgverzekering, de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) en het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap (BOB) opgenomen.

In een volgende fase zullen ook de mobiliteitshulpmiddelen, de residentiële ouderenzorg, opvang in beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatie en gezins- en thuiszorg een plaats krijgen in dit financieringsstelsel. De effectieve uitvoering van het geheel zal pas de volgende zittingsperiode (2019-2024) gestalte krijgen.

Vanuit de belangenverenigingen wordt de globale ambitie van dit nieuwe voorstel ondersteund. Toch zijn er enkele bedenkingen bij dit financieringsmodel. Ik noem er enkele. Ten eerste is er bezorgdheid over de continuïteit en de toegankelijkheid van het aanbod (op korte en lange termijn). Om een adequaat en betaalbaar aanbod te kunnen garanderen ontbreekt het noodzakelijke budgettaire groeipad. Ten tweede is er voldoende aandacht nodig voor kwetsbare doelgroepen bij de concretisering van verscheidene onderdelen zoals de keuze van verzekering, financiering en toegang tot de verschillende onderdelen van de Vlaamse Sociale Bescherming. Tot slot vragen de belangenverenigingen om het middenveld voldoende te betrekken in het verdere proces van monitoring, bijsturing en evaluatie van de Vlaamse Sociale Bescherming. Liefst in een zo vroeg mogelijk stadium en voordat strategische keuzes worden ingezet.

3. Zorgsectoren

In het bijzonder wil ik de aandacht vestigen op de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg.

Niet alleen in de ouderenzorg maar ook in andere beleidssectoren tracht Vlaanderen de vermaatschappelijking van de zorg zijn intrede te laten doen.

Zo heeft de federale overheid de laatste jaren met de zogenaamde 'artikel 107-projecten' voor een omwenteling gezorgd in de gees-

telijke gezondheidszorg. De zorg moet niet langer uitsluitend aangeboden worden in een psychiatrisch ziekenhuis, maar kan eveneens thuis worden aangeboden door de inzet van mobiele teams. Voor de komende jaren wensen we vanuit Vlaanderen op dit elan verder te werken en in overleg met de federale overheid te focussen op de omzetting naar meer ambulante aanbod.

De vermaatschappelijking in de thuiszorg focust zich op drie terreinen:

De Vlaamse overheid beoogt een breed aanbod van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg met een maximale flexibiliteit waarbij de thuiszorg tegemoet komt aan vragen om ondersteuning te bieden 's avonds, 's nachts of in het weekend.

Daarnaast wenst men het aanbod aan lokale dienstencentra uit te breiden. De dienstencentra bevorderen door hun laagdrempelige dienstverlening (zoals vormings- en recreatieve activiteiten, aanbieden van hygiënische zorg of buurthulp) de zelfredzaamheid van de inwoners van een wijk of gemeente. Vlaanderen wil de uitbreiding bewerkstelligen door naast de continuering van het bestaande aanbod, in te zetten op initiatieven in gemeenten waar nu nog geen aanbod bestaat of in uitgestrekte gebieden antennes of mobiele dienstencentra te installeren.

Om personen met beginnende dementie zo lang mogelijk te handhaven in hun natuurlijk thuismilieu, wordt het Transitieplan Dementiekundige Basiszorg verder uitgerold.

4. Intersectorale samenwerking

Integrale zorg kan pas gerealiseerd worden door de versterking van het eerstelijnsaanbod over de sectoren en beleidsdomeinen heen. Hiervoor is ontschotting en afstemming tussen de verschillende sectoren noodzakelijk. Een specifiek voorbeeld hiervan is de recente voorbereiding voor een vernieuwde samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Vlaanderen maakt hierbij de keuze voor een hervorming van structuren met meer interprofessionele samenwerking, zowel tussen de zorgverleners onderling, als tussen gezondheid en welzijn en tussen de verschillende

zorgniveaus (van algemene tot gespecialiseerde zorg).

Momenteel loopt een participatief voorbereidingstraject met de sector. Het proces dient uit te monden in definitieve voorstellen, die op de eerstelijnsconferentie in het voorjaar van 2017 gepresenteerd worden aan het grote publiek. Dite vormt de start voor de realisatie van het eigenlijke hervormingstraject.

5. Innovatieve strategieën

Innovatie is cruciaal voor het zorgbeleid om te anticiperen op vernieuwde zorgbehoeften. Innovaties kunnen in een belangrijke mate het comfort, de beleving, de betaalbaarheid, de gezondheid en het welbevinden van de oudere persoon, kortom de levenskwaliteit, verhogen.

De voorbije jaren boekte Vlaanderen grote vooruitgang wat betreft de registratie, het beheer en de uitwisseling van gegevens in de zorg en dit met als summum de afkondiging van het 'decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg'. Op technologisch vlak mogen we de komende jaren verdere vernieuwingen verwachten die een impact zullen hebben op de dagelijkse realiteit van zorg, ondersteuning en monitoring. Ondersteunende technologieën, sociale media en allerhande applicaties zoals telemonitoring en domotica zullen een vaste plaats verwerven in het integrale zorgdenken. Voorbeelden hiervan zijn de Flanders' Care demonstratieprojecten en de Zorg proeftuinen Vlaanderen.

De hierboven beschreven hervormingen, die momenteel in de steigers staan, zullen de komende jaren heel wat veranderen in het zorglandschap. Men kan de hervormingen echter niet los van elkaar zien. Er is een onderlinge samenhang en het zal vooral zaak zijn om het implementatietraject van de verschillende hervormingen goed op elkaar af te stemmen. Ook de ouderenverenigingen geven aan dat een afstemming tussen de verschillende nieuwe ontwikkelingen zich opdringt waarbij een duidelijke prioritering nodig is tussen de verschillende hefbomen.

Kanttelingen bij de implementatie van het nieuwe beleid

Een aantal uitdagingen waarmee Vlaanderen wordt geconfronteerd bij de uitrol van de verschillende hefbomen die van belang zijn voor de ouderenzorg zijn de volgende:

Allereerst is er de verschuiving naar een superdiverse samenleving. Door de vele vluchtelingenstromen die ons land bereiken, de reeds aanwezige eerste-, tweede- en derde generatie burgers van vreemde origine en de gezinsherenigingen zal de uitdaging hier voornamelijk liggen in het bieden van adequate zorg die kan beantwoorden aan de wensen en noden van personen met een andere origine. Daarnaast dwingt de toenemende armoedeproblematiek aandacht te hebben voor het armoederisico bij ouderen en de daaraan gekoppelde kwetsbaarheid die kan optreden. Wanneer de levenssituatie van de zorgvragers kwetsbaar is en ze hun zelfstandigheid dreigen te verliezen, is de ondersteuning en begeleiding van de zorgvragers en hun mantelzorgers essentieel. Deze dienstverlening is bovendien cruciaal als vangnet bij het ontbreken of wegvallen van de mantelzorg of informele zorg. Ouderen met een beperkt sociaal netwerk moeten over de mogelijkheid beschikken om beroep te doen op betaalbare, kwaliteitsvolle professionele zorg en ondersteuning.

Als laatste uitdaging zijn er de gevolgen van de economische crisis en de impact ervan op de Vlaamse budgettaire situatie die bepalend is voor de mogelijkheden van het Vlaamse beleid. Dit betekent dat Vlaanderen in tijden van groeiende en complexere zorgvragen de middelen maximaal moet laten renderen en daarin duidelijke, gerichte en faciliterende beleidskeuzes zal moeten maken, met aandacht voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg.

Tot slot wil ik benadrukken dat de ontwikkelingen en trends die zich de laatste decennia hebben voorgedaan, het zorglandschap intens hebben beïnvloed. Dit vraagt een nieuwe visie op het zorgbeleid en een andere kijk op de betrokkenheid in het zorgproces door de professionele zorgverlener.

De weg naar een geïntegreerde zorg op

maat is misschien nog lang maar de keuzes zijn duidelijk bepaald en de uitdagingen in kaart gebracht. Die uitdagingen verenigen alle betrokkenen in het bundelen van hun gezamenlijke krachten: samen werken aan een goede zorg!

Literatuur

Advies 2016/3 over het ontwerp van het Vlaams ouderenbeleidsplan 2015-2020. Advies op vraag van de Vlaamse Regering (2016). Brussel: Vlaamse Ouderenraad.

Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beleidsnota van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren (2014). Brussel: Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zie: http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Beleidsnota_2014_2019_Welzijn_Volksgezondheid_Gezin%20%28t%29.pdf

Conceptnota Vlaamse Sociale Bescherming. Conceptnota van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren (2016). Brussel: Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zie: http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/conceptnota%20VSB_0.pdf

Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda. Conceptnota Vlaams Welzijns- en zorgbeleid voor ouderen van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren (2016). Brussel: Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zie: http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/160205_Conceptnota_Vlaams%20welzijns-%20en%20zorgbeleid%20voor%20ouderen_0.pdf

Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Visie-nota op eigen initiatief (2012). Brussel: Strategische AdviesRaad Welzijn Gezondheid en Gezin.

Over de auteur

Anne Van Der Gucht is beleidsmedewerker bij het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en tevens verbonden aan Odisee, campus Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, waar ze werkzaam is als docente voor de opleiding Psychosociale Gerontologie. Dit artikel kwam tot stand in het kader van haar werk als docent, en valt buiten de verantwoordelijkheid van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Raymond Koopmans:

De pareltjes in ons werk halen de kranten niet

JAN WILLEM VAN DE MAAT & MAX DE COOLE



Raymond Koopmans stapte al op jonge leeftijd in de wereld van de ouderenzorg. Na zijn arts-examen vervulde hij zijn vervangende dienst-plicht als arts in verpleeghuis Margriet in Nijmegen. Daarna stapte hij over naar Joachim en Anna, Specialistisch Zorg- en Behandelcentrum (onderdeel van Stichting De Waalboog). Daar werkt hij tot op heden als specialist ouderengeneeskunde, zij het anderhalve dag in de week.

De overige werkdagen, werkt Raymond als onderzoeker, docent en hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg aan het Radboudumc. Hij is gespecialiseerd in onderzoek naar de zorg voor mensen met (gevoerde) dementie. Daarbij richt hij zich met name op het behandelen van probleemgedrag, zoals agressie en roepen. De uitdaging daarbij ligt volgens hem in het minder voorschrijven van psychofarmaca en het opbouwen van kennis over welk soort psychosociale behandelingen het gedrag positief beïnvloeden. Naast zijn werk voor De Waalborg en het Radboudumc is Raymond voorzitter van het UKON, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (www.ukon-netwerk.nl). Binnen dit netwerk werken vijftien zorgorganisaties en het Radboudumc samen om de laatste kennis uit de wetenschap te gebruiken in de zorgpraktijk, met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Van zijn nevenactiviteiten noemen we dat hij lid is van de wetenschappelijk adviesraad Care & Cure van Zorginstituut Nederland.

Eerst hadden we de verpleeghuisarts en nu is er de specialist ouderengeneeskunde. Wat is het verschil en hoe ziet u de toekomst van dit specialisme?

Het specialisme is voortgekomen uit een fusie van de sociaal gerieters en de verpleeghuisartsen. Dat heeft er enerzijds mee te maken dat de sociale geriatrie geen aparte erkenning

kreeg. Anderzijds was er een beweging van de verpleeghuisartsen om ook buiten het verpleeghuis te gaan werken. Daarmee hebben wij een verbreed specialisme gekregen. We profileren ons als een specialisme dat bedoeld is voor ouderen, al werken we in de langdurige zorg in de instellingen ook met doelgroepen die wat jonger zijn. Bijvoorbeeld mensen

met niet-aangeboren hersenletsel of jonge mensen met dementie. Het specialisme is bedoeld voor patiënten met complexe zorgvragen, ongeacht hun verblijfplaats. Inmiddels hebben wij een viertal kaderopleidingen. Dat betekent dat je na je driejarige specialisatie je ook nog verder kunt verdiepen in de palliatieve zorg, geriatriche revalidatie, psychogeriatric of de eerstelijnszorg. Maar we moeten een generalistisch specialisme blijven en niet de richting opgaan die veel ziekenhuisspecialismen zijn opgegaan. Een mooie slogan voor ons vakgebied is: generalisme is ons specialis-

Een mooie slogan voor ons vakgebied is:
generalisme is ons specialisme

me. Ik ben het daar ook echt mee eens, juist in deze tijd, waarin ik zie dat we in de gezondheidszorg in brede zin het geheel van de mens uit het oog dreigen te verliezen. Dat is bij mensen met een complexe zorgvraag funest. Soms heb ik zelfs de indruk dat we allemaal om integrale zorg roepen, maar dat we nog meer versnipperen dan voorheen.

Het vak van de specialist ouderengeneeskunde ontwikkelt zich momenteel sterk naar buiten toe, naar de thuissituatie. Wij maken met de ouderen de beweging naar langer thuis wonen mee. Dat betekent dat we toegaan naar een situatie waarin de eerstelijns, huisartsenzorg en intramurale ouderenzorg veel meer gaan samenwerken.

Bij de samenwerking met de huisartsen hebben we de grootste stappen gemaakt. Vijf jaar geleden was dat nog aftasten. Bij de huisartsen waren er reserves. Komen ze ons werk afpakken? Dat is nu heel snel aan het kantelen. We hebben elkaar keihard nodig. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde wordt door huisartsen nu echt gezien en gewaardeerd.

Wat de ontwikkeling van ons vak belemmert, zijn de financieringsschotten. De specialist ouderengeneeskunde kan formeel nog

niet binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) werken, behalve voor de geriatriche revalidatie, maar ook daar komt snel verandering in.

Je moet ook duidelijk kunnen maken wat de specialist ouderengeneeskunde anders doet dan de klinisch geriater. Als ik huisarts ben en ik wil iemand doorverwijzen, waarom verwijs ik dan naar de specialist ouderengeneeskunde in plaats van naar de geriater? Waarom zou ik mijn patiënt niet meteen naar het ziekenhuis sturen?

Er is een tijd geweest dat je dacht, wie maakt nou die stap naar de eerstelijns, de geriater of de specialist ouderengeneeskunde.

Dat is inmiddels wel duidelijker geworden en dat heeft in de eerste plaats te maken met het geringere aantal geriateren. Die beroepsgroep is een zesde (250) van onze beroepsgroep (1600). Overigens hebben wij als specialisten ouderengeneeskunde een tekort, want landelijk is één op de zes vacatures niet te vervullen. Dat laatste is echt een probleem dat zich begint te wreken. Ik hoor dat van iedereen. Ook de wijkverpleegkundigen kampen overigens met een tekort in formatie. En de huisartsen lijken het ook niet aan te kunnen. Het wringt op allerlei plaatsen in het land.

Soms heb ik zelfs de indruk dat we allemaal om integrale zorg roepen, maar dat we nog meer versnipperen dan voorheen

Voor geriateren – en dat is een tweede punt – is er nog veel te doen voor/in de geriatisering van ziekenhuizen, zodat ziekenhuizen seniorvriendelijk worden en goede ouderenzorg leveren, ook door orgaanspecialisten.

In de derde plaats zijn specialisten ouderengeneeskunde eerstelijnspecialisten en dus goedkoper dan geriateren. In bijvoorbeeld de diagnose van dementie is vooral het oude

handwerk van de anamnese van belang, dat hoeft niet standaard met CT-scans en MRI's. Als je dat bij mensen thuis als specialist ouderengeneeskunde met behulp van de psycholoog kunt afhandelen, is daar veel voor te zeggen. Je moet wel de grenzen van je competenties bewaken. In bepaalde gevallen moet je zeggen: dit is mij en de huisarts te ingewikkeld, dus we verwijzen door naar de geheugenpolikliniek.

Er is gewoon die rauwe werkelijkheid.
En die contrasteert erg met het pleidooi voor vitaliteit

Eén van de punten waar u vaak op wijst is de negatieve beeldvorming rond kwetsbaarheid. Eerder hadden wij in Gerón een interview met Anne Mei The. Zij geeft aan dat mensen niet voor ogen hebben dat een leven met dementie een aangenaam leven kan zijn. Ze verzucht 'Het kan toch niet zo zijn dat euthanasie de oplossing is voor dementie?' Een realistischer beeld over kwetsbaarheid vergt een diepe cultuurverandering in onze samenleving, stelt Anne Mei The. Hoe kunnen we daar een start mee maken?

Dat is een moeilijke vraag. Het diepgewortelde vraagstuk is dat we niet willen zien dat kwetsbaarheid bij het leven hoort. We willen niet zien en accepteren dat dementie of een beroerte je kan overkomen en dat je dan zorgafhankelijk wordt. Het heeft te maken met de cultuur van maakbaarheid waarin wij leven. De euthanasiewet en de reflex van 'geef mij nou maar die pil' heeft ook met die maakbaarheid te maken. Mensen willen het heft in eigen handen houden. Ik heb veel familieleden gezien die tegen mij zeggen: 'Nou, ik weet het wel dokter als het zo ver is, dan neem ik dat spuitje'. Waarop ik dan vaak zeg: 'nou dan spreken we elkaar nog wel'. Ze zeggen eigenlijk: 'dit wil ik niet, dit is menonwaardig'. Het denken over lijden vind ik, ook als dokter, een heel lastig thema. Is dementie alleen

maar een lijdensweg? Ik ben het eens met Anne Mei The: het is lang niet altijd alleen maar een lijdensweg. En dat geldt ook voor andere aandoeningen.

Zijn de specialisten ouderengeneeskunde niet bij uitstek de cultuurdragers die duidelijk kunnen maken dat er ook mooie dingen gebeuren tijdens de moeilijke laatste levensfase?

Er gebeuren hele mooie dingen en tegelijkertijd kunnen we het niet mooier maken dan het is. Er is gewoon die rauwe werkelijkheid. En die contrasteert erg met het pleidooi voor vitaliteit. We willen die rauwe werkelijkheid liever niet zien. Ik denk bijvoorbeeld aan de krantenkop 'de urine liep langs haar benen' (ten tijde van de ophef rond de moeder van staatssecretaris Martin van Rijn eind 2014, red.). Ja denk ik dan, het afgelopen uur is die bewoner vijf keer verzorgd en de zesde keer gaat het mis. Je kunt dat alleen voorkomen als je dingen doet die we eigenlijk niet willen, zoals een katheter inbrengen. Met welke inspanning dan ook: je kunt het soms niet mooier maken. Ik vind wel dat we als dokters de opdracht hebben om een maximale inspanning te leveren om het lijden en het ongemak zo gering mogelijk te maken en dat we dat soms ook beter kunnen. En ook zorgmedewerkers hebben daarbij natuurlijk een belangrijke rol.

We laten hoog complexe zorg nu bijvoorbeeld nog teveel over aan laag opgeleide medewerkers. Voor de goede orde, van mij mo-

Voor de goede orde, van mij mogen alle ziekenverzorgenden een lintje krijgen

gen alle ziekenverzorgenden een lintje krijgen, maar dit is een belangrijk en politiek issue: er is passende deskundigheid nodig voor deze complexe zorg.

U wijst op onmogelijkheden en tekorten in de zorg, maar als we terug gaan naar de vraag over wat specialisten ouderengeneeskunde kunnen doen om de gewenste cultuurverandering in de samenleving over kwetsbaarheid en lijden te beïnvloeden: Zouden u en uw vakgenoten niet vaker de bemoedigende boodschap moeten brengen over wat voor fantastische dingen er gebeuren met die 'knettergekke' demente ouderen? Waardoor mensen inzien dat het leven ook in een hele kwetsbare fase, het leven waard is?

Fijn dat jullie dat zeggen. Laat ik maar eerlijk zijn: daar zijn we niet goed in. Er zijn dagelijks kleine pareltjes in ons werk maar die halen de kranten nooit. We weten waar de kranten over willen schrijven, de incidenten en de zwarte lijsten. Daarom ben ik ook blij met de titel van het programma 'Waardigheid en Trots'. We moeten ook trots kunnen zijn op ons werk. Ik ken mensen die niet durven te vertellen dat ze in een verpleeghuis werken. Een promovendus die was overgestapt van neurologie naar oude-

Ik ken mensen die niet durven te vertellen dat ze in een verpleeghuis werken

rengeneeskunde vertelde laatst dat collega-neurologen reageerden met *what a waste of talent*. Dat zegt veel over de negatieve beeldvorming, daar hebben we nog veel werk te verrichten.

Is er in het VWS-programma 'Waardigheid en trots' voldoende aandacht voor dat lijden en de kwetsbaarheid van de mens?

'Waardigheid en Trots' heeft heel veel energie vrijgemaakt in de sector. Er is veel ambitie. Tegelijkertijd zijn er wel veel veranderingen in relatief korte tijd. Er lopen veel experimenten waarbij je opnieuw – dat is

altijd zo met grote programma's – benieuwd bent wat er uiteindelijk beklijft.

Nu zijn door de staatssecretaris de bezuinigingen teruggedraaid, maar de sector zit nog steeds heel krap.

Welke verandering moet Waardigheid en Trots opleveren?

Er is een stukje in Waardigheid en Trots dat mij erg aanspreekt en dat is dat er gesproken wordt over een kennisinfrastructuur en een top-care structuur. Daar zijn wij hier in de

Als je kijkt naar kennisontwikkeling in de curatieve zorg en de langdurige zorg, dan is iedere verhouding zoek

regio Nijmegen mee bezig in het UKON (zie kader). In de curatieve zorg hebben we enorme sprongen vooruit gemaakt waardoor de druk op de langdurige zorg steeds groter wordt. Als je dan ziet hoe scheef de verhouding is tussen kennisontwikkeling in de curatieve zorg vergeleken met de langdurige zorg, dan is iedere verhouding zoek.

Wij doen in de langdurige zorg ons stinkende best met een smalle basis van bewijsvoering. Mijn overtuiging als wetenschapper is dat als we niet

veel meer weten van wat de waarde van interventies in de langdurige zorg is, we geen steek verder komen. Ik ben ervan overtuigd dat we een heel ander debat krijgen als we daar meer over weten. Uiteindelijk is het dan een politieke kwestie: is het de moeite waard om nog in de laatste twee jaar van een Parkinsonpatiënt te investeren? Voor de neuroloog is opname in het verpleeghuis het eindpunt. Over de

Uiteindelijk is het dan een politieke kwestie: is het de moeite waard om nog in de laatste twee jaar van een Parkinsonpatiënt te investeren?

laatste fase in het verpleeghuis is bijna niets bekend. Het onderzoek daarnaar staat nog in de kinderschoenen.

Pauline Meurs pleit voor een moratorium op opnieuw een stelselherziening oftewel een tijdelijk verbod daarop. Diverse politieke partijen zijn daar juist voor, denk aan het pleidooi van de SP voor een nationaal zorgfonds. Volgens Pauline Meurs zijn we dan weer jaren bezig met het implementeren van die veranderingen in plaats van met verbetering van de zorg zelf op de werkvloer. Hoe ziet u dat?

Er zitten weeffouten in het nieuwe stelsel maar laten we eerst proberen die er zoveel mogelijk uit te halen en niet opnieuw het stelsel op de schop te nemen. Er zijn veel problemen zichtbaar geworden na de stelselwijziging, zoals het tekort aan wijkverpleegkundigen en meer verwarde mensen op straat. Maar komt dat door de stelselwijziging? Ik ben er van overtuigd dat we het langer thuis wonen niet altijd kunnen opvangen als maatschappij. Daarbij ben ik benieuwd wat het informele circuit nog meer kan doen, want dat is al vaak overbelast. Uit recent onderzoek kwam naar voren dat veel studenten die mantelzorgtaken vervullen zelfs psychische problemen krijgen. Ik had nog helemaal niet bedacht dat dat ook voorkomt.

Tegelijkertijd zeggen uw collega's in Medisch Contact dat we de beste zorg hebben, vergeleken met andere Europese landen.

Daar hebben ze helemaal gelijk in. Ik kom net terug van een congres in Amerika en ik kom helemaal *empowered* terug omdat ik constateer dat we hier veel verder zijn. In Engeland worden mensen massaal naar het ziekenhuis gestuurd omdat ze niet het medisch specialisme hebben dat wij hebben met de specialist

ouderengeneeskunde. We zijn uniek in de wereld met dit specialisme en fungeren als poortwachter richting ziekenhuis. Indien nodig komen we er 's nachts voor uit ons bed. Wij behandelen in het verpleeghuis en hebben indringende gesprekken met bewoners over de zin en soms onzin van een ziekenhuisopname. In Nederland overlijdt bijna niemand met dementie in een ziekenhuis. In Engeland is dat bijna de helft van de patiënten.

Hoe ziet u uw eigen ouderdom? Bent u daar mee bezig?

Wat wonen betreft ben ik er mee bezig. Daar moet je op anticiperen vind ik. Tijdens mijn studietijd woonde ik een woongroep. Nu wonen we in een buitengebied en ik denk wel eens over een coöperatie zoals in Hoogeloon. Maar ik moet eerlijk zeggen: mijn vrouw is daar nog niet zo aan toe. Hoe moet dat nou later, vraag ik me wel eens af. Wij wonen aan het eind van een 400 meter lang zandpad en hoe moet ik dan later met mijn scooter naar en van huis komen? Ik zou het wel mooi vinden als je meer met elkaar kunt doen. Ik voel dat de tijd van 'de overheid zorgt voor u' voorbij is.

Wij hebben land, dus waarom kunnen we daar niet iets op bouwen voor later, samen met anderen? Maar dan stuit je op allerlei regels van de overheid, dat weet ik nu al. De overheid moet in de nabije toekomst een afweging maken, vast houden aan de eigen regels of de creativiteit belonen van de burger.

Er is nog een andere manier waarop ik bezig ben met mijn eigen ouder worden. Om je heen zie je mensen overlijden, ook in de naaste familie. Als mij iets mankeert heb ik niet meer zo snel dat ik denk 'het zal wel niets zijn'. Het doet me beseffen dat ik eigenlijk wel heel graag oud wil worden!

Helaas: voorzieningen *voor* maar niet *van* ouderen

GUY TEGENBOS

De meeste ouderenvoorzieningen in Vlaanderen en Nederland zijn voorzieningen *voor* ouderen: ze zijn uitgedacht en worden geleid door anderen. Die anderen hebben het beste voor met de ouderen. Ze menen te weten wat goed voor ze is. Zo spreken ze elke minuut zevenmaal de woorden empowerment en zelfbeschikking uit. Maar ze betuttelen de ouderen. Grondig.

Ik kan mij niet voorstellen dat de ouderenvoorzieningen er hetzelfde zouden uitzien als ouderen zelf er de dienst uitmaakten. Als ouderen de zaak zouden overnemen? Neen, niet de *Benidorm Bastards* maar de *Grey Panthers*. Een directiecomité van bewoners en andere tachtigers.

Wie durft dat experiment aan? De ouderenzorg in een regio in al zijn facetten laten aansturen door de doelgroep zelf: de ouderen en vooral de hogere leeftijden? Het zou een boeiend leerproject zijn. Het zou alvast tonen dat niet iedere oudere hetzelfde wil, eens of hij of zij in een zorgvoorziening terecht komt. Het zou leren dat er niet vijftig maar honderd tinten grijs zijn. En dat mensen, eens ze empowered zijn en de kans krijgen zelf hun leven vorm te geven, niet meer passen in de industriële werkwijze die kenmerkend is voor de meeste voorzieningen *voor* ouderen.

Je zou verwachten dat de politiek dit soort projecten bevordert. Maar neen hoor. Het

blijft overigens verbazen hoe democratieën vooral vermijden dat leeftijdsgroepen politiek een profiel krijgen, dat ze geprononceerd mogen opkomen voor hun belangen, dat ze aangespoord worden om politiek met elkaar te dialoëren. Men duldt organisaties van jongeren en van ouderen, maar ze actief betrekken in de beleidsvoorbereiding? Vergeet het. Zelfs niet in materies waarin dit voor de hand ligt.

Een voorbeeld? Wie wordt gehoord als het over de pensioenen gaat? De vijftigers die de dienst uitmaken in de politiek en in de vakbonden. Niet de zeventigers en tachtigers die van het pensioen leven, niet de twintigers en dertigers voor wie men zegt dat de pensioenhervormingen die men doorvoert, bestemd zijn, en die nog het meest en het langst zullen betalen voor de pensioenen.

Als men het goed meent met de ouderen, zoekt men naar middelen om hen de kans te geven de zorg die de samenleving voor hen mee betaalt, meer zelf aan te sturen. Het moeten *hun* voorzieningen worden. Voorzieningen *van* de ouderen. Zij moeten er de dienst uitmaken. Empoweren, dat betekent toch: meer macht geven, niet?

Over de auteur

Guy Tegenbos is senior journalist van het dagblad De Standaard.

Een nieuw cultureel verhaal over ouder worden:

Worden wie je bent

HANNE LACEULLE

De moderne Westerse cultuur schiet tekort als het gaat om het leveren van culturele verhalen en betekenissen die ons kunnen gidsen naar goed ouder worden. In kritiek op de bestaande culturele beeldvorming ga ik te rade bij de filosofische traditie van zelfverwerkelijking en richt ik mij in het bijzonder op de belofte van het begrip authenticiteit.

Culturele beeldvorming: vervalverhalen versus trotseerverhalen

Wanneer ik mijn studenten vraag wat het eerste bij ze opkomt als ze denken aan ouder worden, krijg ik associaties te horen die niet vrolijk stemmen. Ze denken vooral aan lichamelijke gebreken, dementie, pyjamadagen in verpleeghuizen, eenzaamheid en saaiheid. De overheersende rol van culturele *decline narratives* of vervalverhalen heeft een grote impact op de mogelijkheden die mensen hebben om een positieve identiteit als oudere vorm te geven. Het kenmerk van dergelijke vervalverhalen is dat ouderdom eenzijdig geïdentificeerd wordt met onherroepelijke achteruitgang.

Tegenover vervalverhalen is nog een andere dominante categorie culturele beeldvorming in onze Westerse laatmoderne context te herkennen, die ik in mijn proefschrift aanduid met de term *age-defying narratives* ofwel trotseerverhalen. Deze verhalen zijn bijvoorbeeld zichtbaar in het wetenschappelijke vertoog over *successful aging*. Het kenmerkende van trotseerverhalen is dat ze ouder worden opvatten als iets dat zo lang mogelijk op afstand

dient te worden gehouden: goed ouder worden wordt gelijkgesteld aan zolang mogelijk jong (fit, actief, vitaal) blijven. Merk op dat hierbij de identificatie van ouder worden met de negativiteit van verval en achteruitgang impliciet gehandhaafd blijft.

Valkuilen en tekortkomingen

Algemeen zijn culturele verhalen een belangrijke bron van identiteit, omdat ze verwachtingen, voorbeelden en modellen leveren waar mensen zich in hun proces van identiteitsvorming toe moeten verhouden. Onze culturele horizon voorziet ons van 'bronnen van het zelf' die ons in staat stellen onszelf en ons leven als zinvol en betekenisvol te ervaren (Taylor, 1989). Wanneer echter de dominante culturele verhalen over een bepaalde groep, in dit geval ouderen, eenzijdig en stereotyperend zijn, leidt dit tot een ongewenste inperking van de mogelijkheid om zin en betekenis aan het (latere) leven te geven (Lindemann Nelson, 2001). Het ontbreekt dan immers aan positieve identificatiemogelijkheden.

Er zijn twee tekortkomingen in de bestaande culturele verhalen over ouderdom. Ten

eerste zijn vervalverhalen en trotseerverhalen onvoldoende in staat te onderkennen dat het latere leven ook een eigen potentieel voor groei en ontwikkeling zou kunnen hebben, dat niet gemodelleerd is naar het beeld van jeugdigheid maar een eigen waarde uitdrukt. Cole (1992) heeft opgemerkt dat dit potentieel in de loop van de Westerse moderne geschiedenis hoe langer hoe meer buiten beeld is geraakt door de sterke nadruk op maakbaarheid en medicalisering.

Ten tweede bieden vervalverhalen en trotseerverhalen mensen onvoldoende handvatten om zich op een betekenisvolle manier te verhouden tot de dimensie van existentiële kwetsbaarheid, die eigen is aan het leven, maar in het proces van ouder worden hoe langer hoe radicaler ervaren wordt (Baars, 2012). Onder existentiële kwetsbaarheid versta ik ervaringen van kwetsbaarheid op terreinen die enerzijds van essentieel belang zijn voor onze zingeving, zoals lichamelijkheid, erkenning, spiritualiteit of sociale relaties, terwijl ze anderzijds grotendeels buiten het bereik van onze controle vallen.

Om onze ouderdom als 'goed' te kunnen ervaren, is het van belang dat we in staat zijn ervaringen van existentiële kwetsbaarheid, zoals bijvoorbeeld het verlies van een dierbare, op een zinvolle manier in ons levensverhaal en onze identiteit te integreren. Waar vervalverhalen het passief ondergaan van kwetsbaarheid als enige optie suggereren, zetten trotseerverhalen in op het actief afweren van de realiteit van existentiële kwetsbaarheid. Beide verhalen schieten tekort als het erom gaat mensen te helpen na een confrontatie met existentiële kwetsbaarheid hun vitale betrokkenheid op het leven te behouden en zo nodig te hervinden.

Op zoek naar een alternatief: wordingsverhalen.

Om de negatieve effecten van stereotyperende en marginaliserende culturele verhalen over een bepaalde groep te verhelpen, stelt Lindemann Nelson (2001) dat het noodzakelijk is om 'tegenverhalen' te ontwikkelen die in staat zijn de problematische veronderstellingen van bestaande culturele verhalen ter discussie te stellen en met een beter alternatief te komen.

In welke richting zouden we een meer zingend en inspirerend cultureel verhaal over ouder worden kunnen zoeken? Ik ga daartoe te rade bij het filosofisch vertoog over zelfverwerkelijking.

Zelfverwerkelijking is een complex begrip met een lange en rijke geschiedenis in de filosofie. Het is een ideaal van morele ontwikkeling van jezelf, dat erop gericht is mensen het beste uit zichzelf te laten halen dat gezien hun potenties, capaciteiten en omstandigheden mogelijk is. In de laatmoderne context is het zelfverwerkelijkingsideaal geëvolueerd naar het beeld van de autonome, zelf-bepalende mens, die onafhankelijk en beheerst de touwtjes van zijn eigen leven in handen heeft. Dit beeld is in allerlei opzichten problematisch, bijvoorbeeld omdat de sociale inbedding en de natuurlijke onderlinge afhankelijkheid en kwetsbaarheid van mensen erin ontkend wordt.

Maar het ideaal waar de zelfverwerkelijkingstraditie voor staat hoeft niet noodzakelijkerwijs zo te worden opgevat. Wanneer we teruggrijpen op de bronnen van deze traditie en deze herzien in de context van laatmodern ouder worden, wordt duidelijk dat zelfverwerkelijking ook heel goed samen kan gaan met een erkenning van onze sociale interdependentie en van de kwetsbaarheid van de menselijke conditie. Sterker nog, het kan juist een intrinsiek *onderdeel* zijn van iemands zelfverwerkelijking om een bevredigende houding te ontwikkelen ten opzichte van de oncontroleerbare ervaringen van existentiële kwetsbaarheid waarmee elk mens vroeg of laat te maken krijgt.

Op basis van een dergelijke herziene interpretatie van zelfverwerkelijking doe ik een voorstel voor een alternatieve categorie culturele verhalen over ouder worden. Zulke 'wordingsverhalen' beogen ouder worden te beschouwen als een periode waarin we ons (idealiter) verder ontwikkelen in de richting van onze optimale potentie als mens, ook en juist wanneer we geconfronteerd worden met ervaringen van existentiële kwetsbaarheid. Dat klinkt in eerste instantie misschien vaag en hoogdravend. Maar het kan een heel concrete invulling krijgen in situaties waarin we ons voor de uitdaging gesteld zien om een houding

te vinden in wat er op ons pad komt. Een weduwnaar kan na de dood van zijn vrouw, die altijd alle sociale contacten onderhield in hun gezamenlijke leven, bijvoorbeeld tot de conclusie komen dat hij de deugden die bij vriendschap horen heeft verwaarloosd en deze alsnog gaan ontwikkelen, om nader te komen tot degene die hij zou willen zijn. Een man die na een prostaatoperatie impotent blijkt, moet wellicht op zoek naar nieuwe uitdrukkingvormen voor gevoelens van liefde en intimiteit die een belangrijk onderdeel van zijn identiteit vormen. Een vrouw die haar zelfrespect lang ontleende aan een goed verzorgd uiterlijk kan bij het ouder worden merken dat zij de maatschappelijke normen over vrouwelijkheid eigenlijk als onderdrukkend ervaart, waardoor ze op zoek gaat naar nieuwe bronnen van eigenwaarde.

Authenticiteit: worden wie je bent

De term wordingsverhalen verwijst naar de Nietzscheaanse uitdrukking 'worden wie je bent'. Deze uitdrukking vertegenwoordigt een cruciale lijn in de zelfverwerkelijkingstraditie die kan worden aangeduid met de term authenticiteit. Dit begrip deed zijn intrede in de filosofie met het werk van Rousseau, die veronderstelde dat de mens van nature over een zuiver innerlijk moreel kompas beschikt, het 'ware' zelf, dat echter door sociale invloeden vanuit de maatschappij gecorrumpeerd wordt. Hedendaagse denkers als Taylor (1991) en Ferrara (1998) stellen dat authenticiteit zich heeft ontwikkeld tot het leidende ethische richtsnoer voor de laatmoderne mens, die het zonder het traditionele houvast van de morele en religieuze tradities van weleer moet stellen. Het goede leven bereiken we volgens dit moderne ethische richtsnoer niet door sociale conventies te volgen, maar door onze eigen unieke, oorspronkelijke levensoriëntatie te vormen en te volgen.

De veronderstelling dat we over een zuiver, origineel zelf zouden beschikken is wel problematisch. Niemand leeft immers in een vacuum, integendeel, we geven ons leven samen met anderen vorm in sociale en morele praktijken. Echter, als we authenticiteit als een ont-

wikkelingsideaal beschouwen waarin we steeds nader proberen te komen tot waar we in ons leven echt voor willen staan, wordt de morele kracht ervan niettemin duidelijk.

Op een dergelijke interpretatie van authenticiteit gebaseerde 'wordingsverhalen' presenteren goed ouder worden als een morele zoektocht naar steeds verdergaande zelfwording. Deze zelfwording wordt opgevat als een proces van streven naar een goed leven, samen met anderen, in overeenstemming met de waardeoriëntatie die men zich in de loop van het leven heeft toegeëigend. Het voordeel van wordingsverhalen is dat ze in staat zijn beide tekortkomingen van de hierboven beschreven vervalverhalen en trotseerverhalen te overstijgen. Ten eerste omdat ze ouder worden nadrukkelijk als een fase met het potentieel voor (innerlijke) groei beschouwen, en ten tweede omdat het integreren van existentiële kwetsbaarheid als cruciaal voor het beoogde goede leven wordt gezien. Mijn inzet is dan ook het stimuleren van een cultuur van goed ouder worden waarbij inspirerende voorbeelden van zulke authentieke zelfwording een grotere zichtbaarheid krijgen in de maatschappelijke beeldvorming.

Literatuur

- Baars, J. (2012). *Aging and the art of living*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cole, T.R. (1992). *The journey of life. A cultural history of aging in America*. New York: Cambridge University Press.
- Ferrara, A. (1998). *Reflective authenticity. Rethinking the project of modernity*. London: Routledge.
- Lindemann Nelson, H. (2001). *Damaged identities, narrative repair*. Ithaca: Cornell University Press.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1991). *The ethics of authenticity*. Cambridge: Harvard University Press.

Over de auteur

Hanne Laceulle werkt aan de Universiteit voor Humanistiek. Zij schreef recentelijk het proefschrift *Becoming who you are. Aging, self-realization and cultural narratives about later life*.

Een succesvolle eenzaamheidsinterventie

De online Vriendschapskursus 50+

TAMARA BOUWMAN

De online Vriendschapskursus 50+ is een interventie die de eenzaamheid van haar deelnemers vermindert. De cursus bouwt voort op een succesvolle groepscursus. In twee series van vijf lessen worden de deelnemers met informatie en opdrachten aangezet tot actie om hun vriendschappen uit te breiden en te verbeteren.

Online vriendschapskursus 50+

Uit cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (Zantinge, 2014) blijkt dat maar liefst tussen de 40 en 60 procent van alle 50-plussers gevoelens van eenzaamheid ervaart. Eenzaamheid kan leiden tot mentale problemen (depressie) en tot fysieke problemen (verhoogde bloeddruk) (Luanaigh & Lwalor, 2008). Het is van belang dat er iets gedaan wordt om eenzaamheid te bestrijden, maar veel eenzaamheidsinterventies zijn hierin niet (bewezen) succesvol (Fokkema & van Tilburg, 2007).

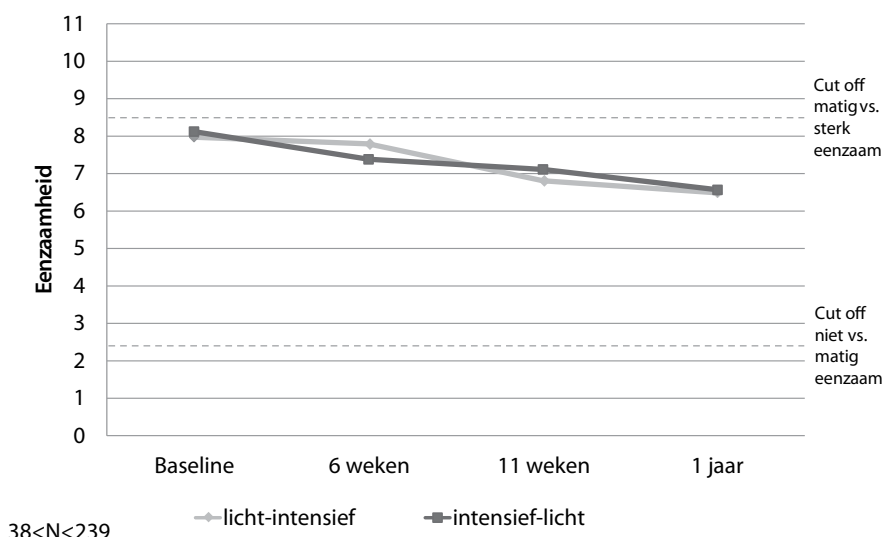
De groepscursus 'Zin in Vriendschap' wordt sinds 1995 op diverse plaatsen in het land aangeboden en is succesvol in het verbeteren van vriendschappen en zodoende het verminderen van eenzaamheid (Martina & Stevens, 2006). Een groepscursus heeft maar een beperkt aantal deelnemers. Ook spreekt het idee van een groepscursus lang niet alle potentiële deelnemers aan. Mede om deze redenen is aan de Vrije Universiteit Amsterdam de afgelopen jaren een *online* versie van deze groepscursus gerealiseerd.

De online *Vriendschapskursus 50+* is voor

iedereen geschikt, dus ook voor mensen met mobiliteitsbeperkingen of mensen die wonen in delen van het land waar de groepscursus niet wordt aangeboden. De online versie kent geen beperkingen in het aantal deelnemers.

De online cursus leert de deelnemers meer over vriendschappen, over hoe om te gaan met hun netwerk en heeft als doel eventuele gevoelens van eenzaamheid te verminderen. Het motto van de cursus is dan ook 'Haal meer uit vriendschap'. De *Vriendschapskursus 50+* is een verrijkingscursus, wat betekent dat het niet gaat om online vrienden te maken, maar om in het dagelijks leven met de handreikingen uit de cursus aan de slag te gaan met het eigen netwerk. De deelnemer breidt zijn netwerk uit en verbetert het, wordt zich bewust van zijn (vriendschaps-)verwachtingen en stelt deze zo nodig bij.

De cursus heeft vijf onderwerpen: nieuwe contacten maken; contact onderhouden en relaties verbeteren; tijd alleen doorbrengen; een betere vriend(in) worden; en verwachtingen van vrienden en vriendschap. De cursus bestaat uit twee blokken van vijf lessen, een intensief blok, en een licht (minder intensief)



Figuur 1. Eenzaamheidscores voor de twee groepen gedurende en na afloop van de cursus

blok. Elk van de bovenstaande onderwerpen komt in beide blokken aan bod. Iedere les neemt ongeveer een half uur in beslag. In de lessen wordt tekstueel uitleg gegeven over het gekozen onderwerp en er worden voorbeelden gegeven. In het intensieve blok worden de deelnemers gemotiveerd om actief aan de slag te gaan met de opdrachten uit de les en krijgen ze oefeningen om in de daaropvolgende week mee aan de slag te gaan. De oefeningen worden (meestal) vooraf gegaan door een animatiefilmpje waarin een voorbeeld van de uitvoering wordt getoond. Het lichte blok heeft geen oefeningen en opdrachten; deelnemers worden gevraagd op het thema van de les te reflecteren aan de hand van een verhaal of voorbeeld.

Ter illustratie de beschrijving van een oefening uit de les 'een betere vriend(in) worden'. Hierin staan zowel wensen als grenzen in vriendschappen centraal. De deelnemer wordt gevraagd aan een vriendschap te denken waarin soms (of regelmatig) een grens wordt overschreden. Bijvoorbeeld een vriend die te lang blijft plakken als hij op bezoek komt. De oefening bestaat vervolgens uit het bespreekbaar maken van een overschreden grens en waarbij de deelnemer uiteindelijk wordt aangespoord hierover in gesprek te gaan met deze vriend.

Opzet van het onderzoek

De effectiviteit van de online Vriendschaps-cursus 50+ is nagegaan doordat mensen die zich inschreven voor de cursus deelnamen aan een onderzoek. Cursisten zijn hierover vooraf geïnformeerd. In de loop van het programma werd vier keer een vragenlijst ingevuld: bij aanvang van de cursus, halverwege, direct na afloop van het programma en een jaar later. Eenzaamheid is gemeten met de De Jong Gierveld eenzaamheidschaal. Dit meetinstrument bestaat uit elf stellingen. Een voorbeeld hiervan is: 'Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan'. Het meetinstrument kent een schaalscore tussen 0 (niet eenzaam) en 11 (zeer eenzaam) (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999). De gemiddelde eenzaamheid bij aanvang van de cursus was 8.1, wat aangeeft dat veel deelnemers matig of sterk eenzaam zijn. In het voorjaar van 2013 is de cursus online gegaan. Deelnemers zijn gewonnen via een banner op 50plusnet en artikelen over de cursus in diverse (regionale) kranten. Van de 338 personen die zich aangemeld hebben, zijn 239 daadwerkelijk gestart (dit houdt in dat ze zowel de introductie van de cursus als ten minste één les hebben voltooid). Veel deelnemers (78%) waren vrouw. De gemid-

delde leeftijd van de deelnemers was 62 jaar; de oudste was 86. Het volledige programma is gevolgd door 120 deelnemers. Hoewel de uitval dus hoog is, is dit niet ongebruikelijk bij online interventies (Kelders, Kok, Ossebaard, & Van Gemert-Pijnen, 2012).

Eenzaamheid neemt af

Figuur 1 geeft de gemiddelde eenzaamheidsscores op de vier meetmomenten op basis van een multilevel model weer. De eenzaamheid nam gedurende, en na afloop van de cursus af. De volgorde waarin de deelnemers de twee blokken (licht-intensief en intensief-licht) volgden zijn weergegeven met twee lijnen. Opvallend is dat de groep die begon met het lichte cursusblok in de eerste zes weken geen verandering in eenzaamheid laat zien, terwijl de groep die begon met het intensieve blok in de eerste zes weken al een lichte afname laat zien. Na zes weken beginnen beide groepen aan het respectievelijk andere blok en zien we ook het patroon van afname omwisselen. In de groep die met het intensieve blok bezig is neemt de eenzaamheid af, terwijl deze in de groep die met het lichte blok bezig is ongeveer stabiel blijft. De afname in eenzaamheid die is ingezet tijdens de cursus zet door tot een jaar na afloop van de cursus. De deelnemers die de vragenlijst na een jaar hebben ingevuld laten gemiddeld een afname in eenzaamheid zien van 19% (van 8.1 naar 6.6 in de intensief-licht groep en van 8.0 naar 6.5 in de licht-intensief groep). Het lijkt erop dat de opgestoken ideeën zijn bijgebleven en dat verschillende deelnemers ze zijn blijven toepassen.

Doorontwikkeling

Aangezien de eerste versie van de online *Vriendschapscursus 50+* haar deelnemers helpt met het verminderen van eenzaamheid, wil de Vrije Universiteit graag verder met het ontwikkelen en implementeren van de cursus. Samenwerkingspartners en organisaties worden benaderd met de vraag in de cursus te investeren om verdere verbetering en implementatie mogelijk te maken. Ondertussen is de online *Vriendschapscursus 50+* tijdelijk off-

line om deze te verbeteren; deelname is op dit moment niet mogelijk.

Literatuur

- Bouwman, T.E., Aartsen, M.J., Van Tilburg, T.G., & Stevens, N.L. (2016). Does stimulating various coping strategies alleviate loneliness? Results from an online friendship enrichment program. *Journal of social and personal relationships*, doi: 10.1177/0265407516659158.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit.
- Fokkema, C.M. & Van Tilburg, T.G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 38, 185-203.
- Kelders S. M., Kok R. N., Ossebaard H. C., Van Gemert-Pijnen J. E. (2012). Persuasive system design does matter: A systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e152.
- Martina, C.M.S. & Stevens, N.L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging & mental health*, 10, 467-475.
- Lunaigh, C.O., & Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Zantinge, E.M. (2014). Hoeveel mensen zijn eenzaam? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Zie ook: <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Functioneren en kwaliteit van leven\Eenzaamheid, 17 maart 2014.

Over de auteur(s)

Tamara Bouwman is promovenda aan de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Sociologie (email t.e.bouwman@vu.nl). Ze werkt aan een proefschrift over de online *Vriendschapscursus 50+*, in een team met Marja Aartsen, Theo van Tilburg en Nan Stevens. De resultaten zijn ook gepubliceerd in het *Journal of Social and Personal Relationships*, doi: 10.1177/0265407516659158.

Tijd in een flesje

Werken met levensverhalen in de zorg voor mensen met dementie

BRITT FONTAINE

'If I could save time in a bottle [...], I'd save every day like a treasure', zong Jim Croce in de jaren '70. Kon het maar: een flesje herinneringen openen om mensen met dementie gelukkige dagen opnieuw te laten beleven en ze zo ook nu gelukkig te maken. In 1998 inventariseerde Rose-Marie Dröes een aantal belevingsgerichte interventies die de kwaliteit van leven van mensen met dementie zouden kunnen verhogen. Zij noemde daarbij ook reminiscentietherapie, en constateerde dat onderzoek naar het effect ervan bij mensen met cognitieve stoornissen nog in de kinderschoenen stond.

Enthousiast onthaald

In de toonaangevende bundel *De betekenis van levensverhalen* uit 2007 (Bohlmeijer, Mies & Westerhof 2007) is er één artikel gewijd aan het werken met mensen met dementie. Het betreft een voorbeeld van reminiscentiewerk in een Amsterdams verpleeghuis, waarbij positieve effecten worden gezien: mensen beleven plezier aan de bijeenkomsten, en de bewoners 'krijgen meer kleur' bij de zorgmedewerkers. Hoe deze effecten zijn onderzocht vermeldt het artikel niet. Wel dat deze effecten 'langer doorwerken'.

Er is steeds meer wetenschappelijke onderbouwing voor de positieve en blijvende effecten van het werken met reminiscentie en levensverhalen bij gezonde ouderen (Westerhof et al 2010; Bohlmeijer et al 2011). Inmiddels zijn er in de praktijk van de dementiezorg veel initiatieven op dit gebied ontwikkeld: van gestructureerde en goed beschreven methoden voor (groeps)reminiscentie (Fransen

2004; van den Brandt 2014) tot individuele initiatieven van activiteitenbegeleiders of het maken van levensboeken met mensen met dementie door scholieren. De reacties in de praktijk zijn doorgaans enthousiast: zorgmedewerkers zien veel en positief effect bij mensen met dementie en beschouwen dat als bewijs voor de werkzaamheid ervan. Is dat enthousiasme wetenschappelijk te onderbouwen? En zo ja, welke implicaties heeft dat voor de praktijk?

Resultaten van onderzoek

Robert Woods (1996) en Barbara Haight (2003), Britse pioniers op het terrein van reminiscentie en dementie, waarschuwden al twintig jaar geleden dat te hoge verwachtingen de waardering voor de, toen nieuwe, psychosociale interventies bij dementie zouden kunnen schaden. Woods pleitte voor realisme in wat er met reminiscentie bereikt kan worden, en daar was meer voor nodig dan 'anek-

dotisch bewijs' uit de praktijk, zoals hij het noemde.

De laatste jaren komt er een groeiende stroom publicaties naar het effect van remniscentie bij dementie. Remniscentie is 'hot'. In die effectstudies worden echter verschillende interventies onderzocht, wat vergelijking lastig maakt. Recent zijn er enkele systematische reviews verschenen die meer licht kunnen werpen op de effectiviteit van remniscentietherapie bij mensen met dementie. Schadelijke effecten op mensen met dementie werden nergens gerapporteerd. In een aantal onderzoeken worden weliswaar positieve effecten gevonden, maar veel van deze studies lijden aan methodologische tekortkomingen, zoals de veelal kleine aantallen en soms ook het ontbreken van controlegroepen. Ook wordt er zelden aandacht geschonken aan de al dan niet zorgvuldige manier waarop de gekozen interventie werd toegepast (Woods 2012; Cotelli 2012). Om conclusies te kunnen trekken is meer en beter onderzoek nodig. Een recent review artikel trekt het bewijs voor de werkzaamheid van remniscentietherapie in twijfel, zeker op de langere termijn (Cotelli 2012).

Toch bieden de resultaten van verschillende onderzoeken wel interessante aanknopingspunten voor het mogelijke nut van remniscentie in de praktijk. Een van de eerste onderzoeken was dat van Haight (2003), waarin zij de effecten van het maken van levensboeken onderzocht bij 22 thuiswonende mensen met veelal een beginstadium van dementie. Getrainde therapeuten voerden gesprekken waarin de evaluatie van het hele leven centraal stond. In het kwantitatieve deel van het onderzoek zag zij significante verbeteringen bij de mensen met dementie. Interessanter zijn echter de twee case studies waaruit bleek dat, ondanks de cognitieve beperkingen die de ziekte met zich meebrengt, het mogelijk was om pijnlijke ervaringen uit het verleden te verwerken door middel van het vertellen van het levensverhaal. Volgens Haight is dat van belang omdat juist de cognitieve achteruitgang ervoor kan zorgen dat opgebouwde verdedigingsmechanismen afgebroken wor-

den, waardoor oude pijn naar boven kan komen dat tot probleemgedrag kan leiden.

De studies van Gudex (2010) uit Dene-marken en van Woods (2012b) uit Groot Brittannië zijn relatief groot opgezet. Gudex onderzocht de effecten van het integreren van levensverhalen in de dagelijkse zorg. De interventie bestond uit algemene remniscentie in kleine groepen, en specifieke remniscentie voor een of twee bewoners. Medewerkers werden gedurende een jaar getraind en ondersteund in deze manier van werken. Bij bewoners werd geen effect gezien: zij gingen op de lange termijn achteruit wat betreft kwaliteit van leven en algemeen functioneren, op een manier die gezien de ziekte verwacht mocht worden. De gevonden effecten hadden voornamelijk betrekking op de zorgmedewerkers, die na twaalf maanden beter scoorden op emotionele uitputting, meer tevreden waren met hun professionele rollen en een positievere kijk op de bewoners hadden. Opvallend was dat deze resultaten er na zes maanden nog niet waren, maar na twaalf maanden wel. Aan het eind van het onderzoek werd met veertien medewerkers een semigestructureerd interview gehouden over de implementatie van remniscentie. Ze waren zich meer bewust van het contact met bewoners en hadden meer interesse om met ze te praten. Volgens hen waren er meer positieve ervaringen in het contact met bewoners en was er meer gelijkheidwaardigheid in de relatie. Wel werd hun motivatie voor remniscentiewerk soms negatief beïnvloed door een gebrek aan ondersteuning en waardering vanuit het management.

Woods (2012b) bood langdurig een gestructureerde groepsinterventie aan aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. Voor de mensen met dementie was er geen bewijs voor de werkzaamheid van deze interventie. Voor de mantelzorgers waren er wel effecten, maar deze waren voornamelijk negatief: ze ervoeren verhoogde stress en angst. Op dit onderzoek volgde een diepgaande kwalitatieve studie (Melunsky 2013), bij achttien van deze mantelzorgers. Sommige mantelzorgers hadden blijvender effecten verwacht en waren dus teleurgesteld. Voor een aantal was het on-

mogelijk om de geleerde vaardigheden thuis toe te passen, wat zorgde voor schuldgevoel. Als het gaat over de langere termijn lijken er op basis van effectonderzoek nauwelijks positieve effecten op mensen met dementie zelf te zijn. Op de (zeer) korte termijn zijn er wel wisselende positieve effecten te melden, vooral als gaat om stemming, wat mogelijk een deel van de verklaring biedt voor het genoemde enthousiasme bij zorgmedewerkers. Maar omdat het meeste effect wordt gezien bij zorgmedewerkers, is het mogelijk dat zij de effecten bij zichzelf projecteren op de bewoners.

Implicaties voor de praktijk

Bij een aantal onderzoekers klinkt frustratie door over het feit dat wetenschappelijke inzichten hun weg niet lijken te vinden naar de werkvloer. Het enthousiasme (of zelfs de 'euforie') van zorgmedewerkers over de resultaten van reminiscentieactiviteiten wordt met scepsis benoemd. Nog steeds kunnen te hoge verwachtingen tot teleurstelling leiden. Op basis van onderzoeksresultaten zou reminiscentiewerk wellicht bewuster en doelgerichter ingezet kunnen worden dan nu vaak het geval is. Zo is het de vraag of groepsreminiscentie altijd de beste keuze is: recente studies geven aan dat algemene reminiscentie minder effect heeft dan gerichte individuele reminiscentie (Woods 2012; Gudex 2010). In bestaande interventies wordt er meestal van uitgegaan dat negatieve herinneringen bij algemene reminiscentieactiviteiten vermeden moeten worden, en dat het louter gaat om het beleven van plezier. De casestudie van Haight uit 2003 is te klein om te kunnen generaliseren, maar onderzoek naar de mogelijke 'helende' werking van reminiscentietherapie zou waardevol kunnen zijn. Het proefschrift van psychogeriatr Ton Bakker (2010) laat zien dat de positieve effecten van psychotherapie in combinatie met bijvoorbeeld muziektherapie minimaal een half jaar behouden blijven bij onrustige, angstige en depressieve mensen, die zijn opgenomen in een verpleeghuis. Reminiscentietherapie zou mogelijk een goede aanvulling kunnen zijn.

Ook wordt de trend benoemd om mantelzorgers en familieleden te betrekken bij reminiscentiewerk, bijvoorbeeld bij het maken van een levensboek. Onderzoeksresultaten laten zien dat dat soms wel (Haight 2003), maar niet altijd positief uitpakt, zoals in het besproken onderzoek van Woods. In het onderzoeksproject van Gudex werden familieleden aangemoedigd een bijdrage te leveren aan het reminiscentiewerk, maar dat gebeurde nauwelijks. Het zou de moeite waard zijn om te onderzoeken onder welke voorwaarden het voor familieleden mogelijk is een zinvolle bijdrage te leveren. Reminiscentiewerk, zowel in een groep als individueel, kan belangrijke informatie opleveren, die in het zorgleefplan een plaats kan krijgen en in de dagelijkse zorg gebruikt kan worden. Van den Brandt & Huizing (2014) geven hiervoor zinvolle praktische handvatten. Wel is het dan nodig om de interventie doelgericht in te zetten en uit te laten voeren door getrainde zorgmedewerkers. Zij moeten niet alleen goed kunnen luisteren en doorvragen, maar ook kennis hebben van de cultuur en de generatie van de ouderen met wie ze in gesprek gaan. Kennis van de tijdgebonden invloeden op iemands leven, die de historische en sociale context vormen van iemands persoonlijke autobiografie, is dan van belang.

Onderdeel van dagelijkse zorg

Als er uit onderzoek iets duidelijk wordt, is het dat reminiscentiewerk effect heeft op medewerkers en dat dat effect positief en blijvend is. Dit resultaat komt uit onderzoek waarbij het niet ging om 'geïsoleerde' reminiscentie, maar om manieren van werken waarbij reminiscentiewerk werd geïntegreerd in de dagelijkse zorg. Bij het inzetten van 'random reminisceren' ligt het gevaar van te hoge verwachtingen op de loer – dat Woods al in 1969 benoemde – en is het risico dat er inspanningen verricht worden die uiteindelijk niets meer opleveren dan een niet gebruikt levensboek in de kast. Als reminiscentiewerk 'uitbesteed' wordt aan vrijwilligers, wordt de zorgmedewerker de kans ontnomen om de bewoner beter te leren kennen en een goede

band op te bouwen. Werken met levensverhalen is een instrument om de relatie waarin de zorg geleverd wordt, en dus de kwaliteit van leven van mensen met dementie, te bevorderen. In dat geval mag het geen losse activiteit zijn, of een initiatief van een enkeling of een kleine groep, maar moet het door de organisatie als geheel gedragen, gestimuleerd en gefaciliteerd worden. Mensen met dementie zijn voor de kwaliteit van leven nu eenmaal aangewezen op anderen. De zorgmedewerkers en de mantelzorgers thuis zijn degenen die de kwaliteit van leven moeten verzorgen. Laten we dan in hen investeren en ze van vaardigheden, kennis en werkzame instrumenten voorzien die hanteerbaar zijn en die gebaseerd zijn op degelijk wetenschappelijk onderzoek en goed onderzochte praktijkervaringen.

Literatuur

- Bakker, 2011. Integrative psychotherapeutic nursing home programme. *An.J.Geriatric Psychiatry*, 2011: 19(6): 507-520.
- Bohlmeijer, E., Mies, L. & Westerhof G. (2007), *De betekenis van levensverhalen; Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Bohlmeijer ET, Steunenberg B, Westerhof GJ. Reminiscence en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. *Tijdschrift Gerontol Geriatr* 2011 42: 7-16.
- Brandt- van den Heek, M. & Huizing, W., (2014), *In gesprek met mensen met dementie; De kracht van persoonlijke verhalen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cotelli, M, Manenti, R. & Zanetti, O. (2012), Reminiscence therapy in dementia: a review. *Matutitas* vol 72, 3 pp. 203-205.
- Droës, R. (1998), Omgaan met de gevolgen van dementie; Psychosociale begeleiding en behandeling. *Neuopraxis* 2: 121-127.
- Franssen, J. (2004), *Luisteren in je leunstoel; Handboek voorlezen aan ouderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gudex, C., Horsted, C., Moller Jensen, A., Kjer, M. & Sorensen, J. (2010), Consequences from use of reminiscence – a randomized intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics* <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/33>.
- Haight BK, Bachman D., Hendrix S, Wahner MT, Meeks A., Johnson J. (2003), Life review: Treating the dyadic family unit with dementia. *Clin Psychol. Psychother.* 10, 165-174.
- Melunsky, N., Crelin, N., Dudzinski, E., Orell, M., Wenborn, J., Poland, F., Woods, B. & Charlesworth, G. (2013), The experience of family carers attending a joint reminiscence group with people with dementia: A thematic analysis. <http://dem.sagepub.com/>, opgehaald 19-11-2014.
- Westerhof GJ, Lamers SMA, de Vries DRSL. (2010), Effecten van het ophalen van autobiografische herinneringen op emotioneel welbevinden bij ouderen. *Tijdschrift Gerontol Geriatr* 2010; 41: 5-12.
- Woods, B. (2012), The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol 12, no 5 pp. 545-555.
- Woods, R, Bruce, E, Edwards, R, Elvish R, Hoare Z, Hounsborne B, Keady J, Moniz-Cook E, Orgetta V, Orrell M, Rees J, Russell I. (2012b), reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technol Assess*.16 (48).
- Woods, R. T. (1996), *Handbook of the Clinical Psychology of the Ageing*. John Wiley and Son.

Over de auteur

Britt Fontaine is hoeschooldocent bij de Faculteit Sociaal Werk en Educatie aan De Haagse Hogeschool en was lid van de kenniskring van het Lectoraat Psychogeriatric.

Een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid streeft naar werkbaar werk voor mantelzorgers

KATRIJN LECOUTERE, CÉLINE BAELE & SARAH JANSSENS

Steeds meer mantelzorgers combineren de zorg met een betaalde baan. Dat is niet altijd makkelijk. De onderzoeksgroep van de opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool West-Vlaanderen (het Kennispunt Mantelzorg van Howest) ontwikkelde met de steun van het Europees Sociaal Fonds (ESF) tools die zowel werkende mantelzorgers als werkgevers ondersteunen om een haalbare combinatie te vinden en te behouden tussen werktaken en mantelzorgtaken.

Mantelzorg overkomt je

De kans dat u ooit in aanraking komt met mantelzorg is reëel. Een recente studie van de Studiedienst van de Vlaamse Regering toonde aan dat in 2014 net iets meer dan een kwart (26,2%) van de Vlamingen van 18 jaar en ouder voor een ziek, gehandicapt of ouder familielid, vriend, kennis of buur zorgde (Vanderleyden & Moons, 2015). In de leeftijdscategorie 55-64 jaar blijkt dit zelfs 36,7% te zijn. Misschien bent u één van hen.

Het stijgend aantal chronisch zieken (denk maar aan dementie, Parkinson, kanker ...), de vergrijzing, de beperkte capaciteit van zorginstellingen, het feit dat steeds meer vrouwen werken en de stijgende pensioenleeftijd maken dat mantelzorg steeds vaker voorkomt in combinatie met een betaalde job. Het is belangrijk op te merken dat veel mantelzorgers graag aan het werk blijven. Werken biedt meer financiële draagkracht, meer sociale contacten, meer voldoening en is vaak een uitlaatklep waardoor zorg opnemen beter lukt. Maar blijven werken en dit op een haal-

bare manier combineren met je zorgtaken vraagt een inspanning, zowel van de werknemer als van de werkgever. Hoewel benadrukt dient te worden dat de meeste mantelzorgers hun zorgtaken over het algemeen positief beoordelen, is uit bovenvermeld onderzoek gebleken dat het aandeel mantelzorgers dat zich erg belast voelt, gestegen is van 17,7% naar 23,2% tussen 2011 en 2014.

Win-win voor werkgever en werknemer

Door de *war for talent* is het moeilijk voor bedrijven om medewerkers met het juiste profiel te vinden én deze ook duurzaam inzetbaar te houden. Een goede afstemming vinden tussen werk- en zorgtaken vormt een belangrijk aspect voor de duurzame inzetbaarheid van medewerkers met mantelzorgtaken. Werkgevers kunnen hierin een grote ondersteuning bieden. De belangrijkste stap hierin is het proactief bespreekbaar maken van mantelzorg in de organisatie: structureel, maar ook in individuele casussen.

Mantelzorgvriendelijk ondernemen levert niet alleen voordelen op voor werknemers met mantelzorgtaken, ook werkgevers hebben er baat bij te investeren in dergelijk beleid. Wanneer werk- en zorgtaken goed afgestemd zijn op elkaar, verdwijnt vaak de nood bij de mantelzorger om zijn/haar loopbaan geheel of gedeeltelijk te onderbreken. Inzetten op een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid zorgt ervoor dat er minder verloop is, waardoor de bijhorende kosten van rekrutering ook aanzienlijk verminderen. Oudere werknemers (de grootste groep mantelzorgers) blijven langer aan de slag en op die manier wordt kennis en ervaring in de organisatie behouden.

Ook de motivatie, productiviteit, loyaliteit, het engagement, de samenwerking binnen de teams en de kwaliteit van de dienstverlening gaan erop vooruit (Yeandle et al, 2006). Werknemers kunnen namelijk met een grotere inzet en minder zorgen aan hun werkdag beginnen. Het is onnodig te zeggen dat de stress daalt en de concentratie bevordert wordt wanneer de mantelzorger weet dat de werkgever openstaat voor vragen rond de combinatie van werk en zorg. Niet onbelangrijk is dat mantelzorgers ook allerlei vaardigheden meenemen van de zorgcontext naar de werkcontext: bijvoorbeeld organisatievermogen, timemanagement, omgaan met stress en sociale vaardigheden.

Mantelzorgvriendelijk ondernemen draagt tenslotte ook bij aan een positief imago van het bedrijf zowel bij werknemers, toekomstige sollicitanten als bij klanten.

Een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid levert dus een win-win situatie op voor zowel de werkgever als de werknemer. De bespreekbaarheid, het begrip en de ruimte voor oplossingen op maat dragen bij aan de positieve werk-privé balans van de werkende mantelzorger. Hierdoor blijven de mantelzorgers met energie, zin en plezier naar het werk gaan.

Tools helpen een haalbare afstemming te vinden

De ESF-gevalideerde tools ontwikkeld door het Kennispunt Mantelzorg ([www.mantel-](http://www.mantelzorgvriendelijk-ondernemen.be)

[zorgvriendelijk-ondernemen.be](http://www.mantelzorgvriendelijk-ondernemen.be)) bieden handvatten zodat werknemers en werkgevers samen naar werkbare oplossingen op maat kunnen zoeken om werk en mantelzorg beter op elkaar af te stemmen. Hierbij kan het gaan om meer ingrijpende, structurele tegemoetkomingen, alsook kleine betekenisvolle ingrepen. Voor mantelzorgers kan het bijvoorbeeld helpen om telefonisch bereikbaar te mogen zijn, of even van het werk weg te kunnen in geval van nood. Belangrijk hierbij is uit te gaan van de behoeften en mogelijkheden van zowel de mantelzorger als de organisatie. Door overleg worden de meest passende en efficiënte maatregelen bedacht en toegepast.

Hieronder worden een aantal tools nader toegelicht, waarbij telkens vertrokken wordt van volgende drie centrale pijlers voor een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid:



De *test voor werkgevers* is een beknopte zelftest voor management rond mantelzorgvriendelijkheid. De test haalt verschillende elementen aan die tot de essentie van een 'mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid' behoren. Ze kan online ingevuld worden en genereert automatisch feedback. Werkgevers en/of HR-managers kunnen aan de hand van deze test zicht krijgen op de huidige stand van zaken van de organisatie op vlak van elk van de drie pijlers van een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid. Op die manier kunnen ze inschatten wat hun bestaande sterktes op vlak van mantelzorgvriendelijkheid zijn, en op welke pijler(s) of elementen extra kan worden ingezet. De test voor werkgevers werkt met andere woorden sensibiliserend en inspirerend, en is een laagdrempelige aanzet tot een gepersonaliseerd traject rond mantelzorgvriendelijkheid.

Complementair aan de test voor werkgevers is er de *organisatiescan*. Deze bevraging kan organisatiebreed worden afgenomen en wordt anoniem ingevuld. De werkgever/HR-manager kan deze enquête digitaal door-

sturen naar de werknemers, en krijgt nadien een geautomatiseerde rapportage van de gebundelde resultaten. Deze resultaten geven een beeld over de aanwezigheid van mantelzorgers in de organisatie en over het belang van het investeren in een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid binnen de context van de eigen organisatie. Voor werkgevers/HR-managers kan deze scan een eyeopener zijn omtrent de ervaringen en percepties van hun medewerkers met betrekking tot 'werk en mantelzorg'. In combinatie met de test voor werkgevers kan gedetecteerd worden of het beeld van het management over de mantelzorgvriendelijkheid van de organisatie congruent is met dat van de overige medewerkers.

Er is een competentieprofiel opgesteld voor een interne referentiepersoon rond mantelzorg, de zogenaamde *mantelzorgcoach*. Dit is een persoon bij wie medewerkers terecht kunnen met vragen over het combineren van werk en mantelzorg. Deze kan een luisterend oor bieden, zelf informatie geven en/of doorverwijzen naar gepaste instanties en dienstverlening. De mantelzorgcoach is een kleine extra rol voor een bestaande medewerker, en zijn of haar takenpakket kan op maat van de noden van de organisatie vormgegeven worden.

De mantelzorgcoach, maar ook andere actoren zoals de personeelsdienst, kunnen een beroep doen op de *mantelzorgwijzer*, een doorverwijsinstrument met nuttige links naar diensten en tegemoetkomingen op het vlak van werk en/of mantelzorg.

De *gespreksleidraad* is een hulpmiddel voor leidinggevende en/of mantelzorgcoaches bij het voeren van een gesprek met een medewerker over zijn/haar afstemming tussen werktaken en mantelzorgverantwoordelijkheden. Het omvat zowel tips en handvatten rond gesprekstechnieken als een overzicht van belangrijke thema's en vragen die in een dergelijk gesprek aan bod kunnen komen.

Er zijn *fiches voor actoren* met suggesties omtrent de mogelijke rol van verschillende actoren in de organisatie ten aanzien van mantelzorgvriendelijkheid.

Mantelzorgvriendelijke maatregelen zijn maatregelen die ingezet kunnen worden om

de afstemming tussen werk en zorg bij medewerkers te faciliteren en te ondersteunen. Er werd een inspiratielijst ontwikkeld met een ruime waaier aan mogelijke mantelzorgvriendelijke maatregelen. Het gaat zowel om bestaande wettelijke regelingen als – vaak kleinere – creatieve aanpassingen. Organisaties kunnen ervoor kiezen om bepaalde van deze maatregelen te introduceren in de eigen organisatie volgens de eigen noden en wensen, mogelijkheden en beperkingen. Ze kunnen ook organisatiespecifieke maatregelen ontwikkelen.

Wil men verder gaan dan het top-down introduceren van enkele losstaande maatregelen voor werkende mantelzorgers, en inzetten op het uitbouwen van een duurzaam 'mantelzorgvriendelijk' personeelsbeleid, dan is een veranderingstraject binnen de organisatie nodig. Het *stappenplan* geeft een voorbeeld van een modeltraject, met suggesties voor projectmanagement en het gebruik van instrumentarium, alsook enkele kritische succesfactoren.

Ten slotte is er ook een uitgewerkte *vormingsbundel* die door organisaties, vormingsmedewerkers of consultants gebruikt kan worden om vormingen te geven rond mantelzorgvriendelijkheid in organisaties.

Doe-het-zelf-pakket voor mantelzorgers

Ben je zelf mantelzorger en is het combineren van je betaalde job met je zorgtaken niet altijd even gemakkelijk? Dan kan je op de website www.mantelzorgvriendelijk-ondernemen.be/start/overzicht-tools het doe-het-zelf-pakket 'werk en mantelzorg' vinden. Rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de organisatie waarin je werkt, worden er handvatten meegegeven om werktaken, zorgtaken en mogelijke andere verantwoordelijkheden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Het is een instrument om bij jezelf na te gaan wat jij wilt en wat hiervan haalbaar is. Je kan dit pakket gebruiken als je het moeilijk vindt om het thema mantelzorg te bespreken op je werk of als je geen leidinggevende hebt (als je zelfstandige of manager bent). Deze zelfreflectie kan je ook voorbereiden op een

gesprek met je werkgever. Mantelzorgers die niet werken, maar graag terug een job zouden opnemen, kunnen dit instrument eveneens gebruiken.

Meer informatie, alle tools en materialen zijn te vinden op de website: www.mantelzorg-vriendelijk-ondernemen.be, of via het Kennispunt Mantelzorg: mantelzorgvriendelijk-ondernemen@howest.be. Op deze website staat eveneens een overzicht van alle 'consulenten mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid' die gevormd zijn in de materie door middel van een train de trainer en die organisaties kunnen helpen in verandertrajecten naar meer mantelzorgvriendelijkheid. Zij kunnen hierover ook advies, vormingen of presentaties geven.

Geleidelijk aan vindt deze materie ingang, gaan bedrijven er op hun eigen tempo en manier mee aan de slag. We blijven vormingen

geven en merken dat de vraag naar input omtrent dit thema én de herkenning ervan stijgt.

Literatuur

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2015). *Informele zorg in Vlaanderen in dalende lijn?! SVR-st@ts 2015/9*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Yeandle, S., Bennett, C., Buckner, L., Shipton, L., & Suokas, A. (2006). *Who cares wins: The social and business benefits of supporting working carers*. Carers UK, pp. 1 – 47.

Over de auteurs

Katrijn Lecoutere, Céline Baele en Sarah Janssens zijn onderzoeksmedewerkers van het Kennispunt Mantelzorg binnen de opleiding Verpleegkunde van de Hogeschool West-Vlaanderen (Howest), Brugge.

GEDICHT

DE AFSTAND DIE DE DODEN GAAN

De afstand die de doden gaan
Is niet meteen te zien;
Je denkt nog menig vurig jaar
Ze keren weer misschien.

Dat wij ze volgen in hun spoor,
Wordt allengs zekerheid,
Zo innig gingen wij reeds om
Met hun verstreken tijd.

Emily Dickinson

Uit: *Verzamelde gedichten*. Amsterdam: Uitgeverij Van Oorschot, 2011

Vertaald en van commentaar voorzien door Peter Verstegen

De keuze voor het gedicht in Gerōn wordt verzorgd door Aafke de Groot, specialist ouderengeneeskunde in Naarden en docent/onderzoeker Geriatrie Revalidatie, VUmc Amsterdam. Zie ook: www.dichterbijdezorg.nl

De rol van de sociale omgeving bij gezond oud worden

PAUL VAN DE VIJVER & DAVID VAN BODEGOM

In tegenstelling tot wat veel mensen denken, worden ouderdomsziektes niet alleen door ouderdom maar vooral door leefstijl veroorzaakt. Steeds meer studies laten zien dat de omgeving een grote invloed heeft op de leefstijl van mensen. Naast de fysieke omgeving speelt bij mensen de sociale omgeving een belangrijke rol, waardoor ingrijpen in die sociale omgeving de kans biedt om gezond oud worden te stimuleren.

Effect van de omgeving op leeftijd

In Nederland komen overgewicht, hoge bloeddruk, hoog cholesterol en suikerziekte veel voor bij ouderen. Het is een greep uit de groep ouderdomskwalen die door de meeste mensen worden gezien als normale veroudering. Veroudering komt immers met gebreken. Ons onderzoek in Ghana laat echter zien dat mensen ook oud kunnen worden zonder die gebreken. Daar komen hart en vaatziekten en suikerziekte nauwelijks voor. Dit komt door de omgeving in Ghana, waar mensen tot hoge leeftijd op het land moeten werken om in hun dagelijkse voedselbehoefte te voorzien. De omgeving in Ghana lijkt meer op de omgeving van schaarste, waarin wij tot voor kort duizenden jaren hebben geleefd. Ons lichaam is afgesteld om zo veel mogelijk energie tot ons te nemen en zo weinig mogelijk te verbruiken. Deze 'lichaamsinstelling' leidt in de huidige omgeving met een overaanbod aan voedsel en weinig noodzaak tot beweging tot het metabool syndroom: overgewicht, hoog cholesterol, hoge bloeddruk en te hoge bloedsuikers. Er wordt door overheid en artsen geprobeerd om dit te-

gen te gaan door verboden en geboden, maar adviezen over dieet en meer beweging werken niet tot nauwelijks. Wij denken vaak dat we bewust kiezen wat en hoeveel we eten en hoeveel we bewegen. Maar die keuzes worden sterk door de omgeving beïnvloed.

In de supermarkten liggen de chocoladerepen in het volle zicht bij de kassa voor een laatste impulsaankoop en betalen frisdrankproducenten om hun producten op ooghoogte in de schappen te hebben, opdat ze meer verkocht worden. Onze omgeving stimuleert inactiviteit; in warenhuizen, kantoorpanden en zelfs ziekenhuizen is de roltrap of lift prominent in beeld en dicht bij de ingang en is de trap verstopt achterin het gebouw. Ook de omgeving thuis stimuleert overconsumptie. Het servies is steeds groter geworden, met als gevolg dat onbewust onze porties ook in grootte zijn toegenomen. Mensen eten geen bewust gekozen hoeveelheid voedsel, maar eten tot het bord leeg is. In een experiment waarbij een soepkom van onder ongezien kon worden bijgevuld, bleken proefpersonen niet in de gaten te hebben dat ze gemiddeld 73%

meer soep aten. De mensen die uit de bijgevoelde soepkom aten, voelden zich achteraf net zo voldaan als de groep die uit een normale soepkom had gegeten. De huidige omgeving is er niet een van schaarste, maar van overvloed. Er is in feite een mismatch ontstaan tussen onze genen en omgeving. Aangezien wij onze genen niet kunnen veranderen, zullen wij de omgeving moeten veranderen.

Verleiden tot beter eten en meer bewegen is in verschillende omgevingen mogelijk. In de publieke ruimtes zou de trap de logische keuze kunnen zijn en de lift of roltrap meer uit het zicht geplaatst kunnen worden. Op kantoor kan een werkgever voor zijn werknemers een zit/sta bureau aanschaffen, waarmee de werknemer niet meer genooddaakt is om hele dagen zittend zijn werk te doen. Als een vergaderkamer wordt ingericht met alleen een hoog bureau en zonder stoelen, zal er vaker staand vergaderd worden. Er wordt dan niet alleen meer energie verbruikt, maar ook efficiënter vergaderd. Staande vergaderingen duren slechts twee derde van de tijd van zittende vergaderingen, zo blijkt uit onderzoek. Thuis kunnen de mensen ervoor kiezen om tijdens het eten de pan niet op tafel te zetten, maar in

de keuken op te scheppen. Als de pan op tafel staat eten we namelijk meer. De aanschaf van kleiner servies zorgt ook voor minder voedsel inname. Een meta-analyse van 72 studies uit 2015 toont aan dat het gebruik van kleiner servies, kleinere porties of een kleinere verpakking leidt tot minder voedselconsumptie (Hollands et al., 2015). Verder kan een herindelings van de koelkast helpen om bijvoorbeeld meer groente te eten. In plaats van de groente te verstoppert in de groentelade, kun je die beter op ooghoogte in de koelkast leggen. Eveneens blijkt uit onderzoek dat mensen meer fruit eten als het in het zicht staat. Maar dat geldt ook voor koekjes; mensen eten meer koekjes als er een doorzichtige koektrommel in hun omgeving is dan wanneer er een niet-doorzichtige koektrommel is.

Kortom, er zijn legio voorbeelden waarin de fysieke omgeving onze gezondheidskeuzes en onze leefstijl beïnvloedt en voorbeelden van aanpassingen in de omgeving die leiden tot een gezondere leefstijl. Sommige aanpassingen kosten allicht meer moeite dan andere, maar eenmaal toegepast kun je de aanpassing haar werk laten doen. Op dat moment zorgt de omgeving voor een onbewuste en moeite-



Foto: Freewheel club

loze verandering van de leefstijl. In het boek ‘Oud worden in de praktijk’ pogen wij mensen bewust te maken van de belangrijke rol die de omgeving speelt bij gezond oud worden (Van Bodegom & Westendorp, 2015). In dat boek hebben we het niet alleen over de invloed van de fysieke omgeving, maar ook over de invloed van collega’s, burens, vrienden en familie: de sociale omgeving.

Sociale omgeving

Aristoteles stelde al in de vierde eeuw voor Christus dat de mens van nature een sociaal wezen is, een *zoön politikon*, die alleen in gezelschap zijn volmaaktheid kan vinden. De sociale omgeving heeft grote invloed op onze gezondheid, ons welbevinden en de manier waarop wij verouderen. In veel studies wordt gevonden dat mensen die eenzaam zijn een verhoogde sterftekans hebben die wel 26% hoger is dan mensen die niet eenzaam zijn (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Andersom is het zo dat mensen die gelukkig zijn een lagere sterftekans hebben. (Koopmans, Geleijnse, Zitman, & Giltay, 2010) Ten eerste kan de sociale omgeving direct invloed uitoefenen op fysiologische en psychologische processen, vaak via stress. Onderzoek wijst uit dat hoge eisen, weinig zelfcontrole en weinig behulpzame collega’s op de werkvloer de kans op hart en vaatziekten met een derde doet toenemen. Ten tweede kan de sociale omgeving de gezondheid beïnvloeden via gedrag, leefstijl. Roken is daar het beste voorbeeld van: het is één van de meest ongezonde gewoontes en heel afhankelijk van de sociale omgeving. Ook obesitas is afhankelijk van sociale omgeving. Onderzoek uit 2007 toonde aan dat obesitas ‘besmettelijk’ is en zich in sociale groepen als ware het een infectie verspreidt. De kans op obesitas neemt met 57% toe als je een vriend hebt die recent ook obesitas heeft ontwikkeld (Christakis & Fowler, 2007).

Je vriendengroep heeft grote invloed op je leefstijl, bijvoorbeeld op hoeveel je eet, beweegt, of je gaat roken en of je dik wordt. Gelukkig zijn de invloeden van de sociale omgeving niet alleen negatief. Sporten is een

sociale bezigheid en of je gaat sporten is ook afhankelijk van je sociale omgeving. Ik – Paul – heb dit zelf van dichtbij meegemaakt. Toen ik in Den Haag woonde, liep ik minstens drie keer per week 10 km hard. Na mijn verhuizing naar Leiden en verandering van directe vriendengroep, ging ik nog zelden hardlopen. Toen ik echter een sportieve vriendin kreeg, nam mijn sportfrequentie weer toe. Zou deze positieve invloed van de sociale omgeving ook als een interventie benut kunnen worden om ouderen meer te laten bewegen?

De sociale omgeving inzetten voor gezond ouder worden

Gezonde sociale omgevingen kunnen helpen om gezond gedrag te stimuleren. Een voorbeeld hiervan vonden wij in de Freewheel club in Ulft. Daar komt al 6 jaar elke ochtend van 9 tot 10 uur een groep van 74 ouderen bijeen om te sporten onder leiding van een oudere vrijwilliger die het leuk vindt om een training te geven. Na afloop is er de mogelijkheid om samen koffie en thee te drinken.

Deze vorm van gezondheidsbevordering wordt *peer coaching* genoemd en is vergelijkbaar met bekende initiatieven als Weight Watchers en de Anonieme Alcoholisten. Mensen helpen elkaar om een gemeenschappelijk doel te bereiken. Peer coaching is dankzij het gebruik van non-professionals, meestal vrijwilligers, een goedkope oplossing die veel mensen kan bereiken. Anonieme Alcoholisten levert wereldwijd aan meer dan twee miljoen mensen in 150 landen gezondheidsvoordeel op.

Wij onderzochten de motivaties van de deelnemers om lid te worden van de Freewheel club in Ulft. Hierop antwoorden de meeste mensen niet: “om een hartinfarct of suikerziekte te voorkomen” – zij antwoorden: “omdat het gezellig is”. Het is leuk om samen gezellig buiten te zijn en thee te drinken. Op de tweede plaats kwam dan pas een betere conditie of gezondheid als motivatie om mee te doen. Zonder dat ze het zich bewust waren, zorgde de sociale omgeving ervoor dat ze meer bewogen en zich fysiek fitter voelden (Van de Vijver, Wielens, Slaets, & Van Bodegom, 2016).

Niet alleen tijdens het sporten ontmoeten leden van de Freewheel club elkaar. Sommige leden raken bevriend en spreken ook af buiten de sportsessies. Met name voor mensen die al met pensioen zijn, zorgt een dergelijke dynamische groep voor een nieuwe aanwas van contacten. De groep in Ulft begon als initiatief om ouderen meer te laten bewegen, maar blijkt ook een goed middel om sociale contacten op te doen. *Peer coaching* is op die manier een goedkope en effectieve oplossing om grote groepen ouderen gezond en gelukkig oud te laten worden.

Onze genen maken ons tot wie we zijn – ze zijn gedurende duizenden jaren geëvolueerd in een omgeving van schaarste en samenwerken. De mens is daardoor van nature lui, hongerig, maar ook sociaal. Dat laatste kan ingezet worden om de eerste twee eigenschappen geen probleem te laten zijn in onze omgeving van overvloed. Het initiatief in Ulft is redelijk uniek in Nederland. De vraag of dit op grote schaal kan worden ingezet, gaan wij onderzoeken in Leiden, waar wij de eerste Vitality Club gaan oprichten, en naar wij hopen niet de laatste. In Cuba is te zien dat het mogelijk is om dit op grote schaal uit te rollen. Daar zijn meer dan 15.000 *Circulos de Abuelos*, ouderenkringen, met in totaal 780.000 ouderen, die iedere ochtend met elkaar sporten, dansen en koffie drinken en op deze wijze gezond en gelukkig oud worden. Onze ambitie is om te onderzoeken hoe wij in Nederland ook een dergelijke gemeenschap – sociale omgeving – kunnen creëren.

Literatuur

- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379.
- Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M., Jebb, S. A., Lewis, H. B., Wei, Y., ... Ogilvie, D. (2015). Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD011045. doi:10.1002/14651858.CD011045.pub2
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
- Koopmans, T. A., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2010). Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: The Arnhem Elderly Study. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 113-124.
- Van Bodegom, D., & Westendorp, R. G. J. (2015). *Oud worden in de Praktijk*: Atlas contact.
- Van de Vijver, P. L., Wielens, H., Slaets, J. P. J., & Van Bodegom, D. (2016). The FreeWheel club: a proof-of-principle of peer coaching for daily physical activity by older people. *submitted*.

Over de auteurs

Paul van de Vijver is student geneeskunde. Hij is aangesteld als promovendus bij de Leyden Academy on Vitality and Ageing, waar hij onderzoek doet naar de rol van *peer coaching* bij gezond oud worden. *David van Bodegom* is verouderingswetenschapper bij het kennisinstituut Leyden Academy on Vitality and Ageing. Hij is opgeleid tot arts en ervan overtuigd dat niet de spreekkamer maar de publieke ruimte de sleutel is tot gezonde veroudering.

Kwaliteit van leven van alleenwonende ouderen

ROBBERT GOBBENS

Onlangs meldde het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat het aantal alleenwonende 65-plussers in de toekomst sterk stijgt. Omdat van echtparen de man vaak als eerste overlijdt, blijven vrouwen naar verwachting een meerderheid vormen onder de alleenwonende 65-plussers. In een onderzoek naar de kwaliteit van leven van alleenwonende ouderen van 65 jaar of ouder gingen we na wat de verschillen zijn met samenwonende ouderen. Ook keken we naar verschillen tussen mannen en vrouwen en bepaalden de samenhang tussen kwaliteit van leven en socio-demografische kenmerken van de respondenten.

Betrouwbare meetinstrumenten

De World Health Organization Quality of Life Group definieert kwaliteit van leven als: de perceptie van een individu ten aanzien van zijn/haar positie in het leven, binnen de context van de cultuur en de waardensystemen waarin hij/zij leeft, en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Deze definitie richt zich op de subjectieve beleving van het individu. Er zijn diverse instrumenten waarmee kwaliteit van leven gemeten kan worden. In dit onderzoek gebruikten we er twee: de WHOQOL-BREF en de WHOQOL-OLD. De WHOQOL-BREF is een generieke vragenlijst geschikt voor mensen in alle leeftijdscategorieën, ziek of gezond. De vragenlijst bestaat uit 24 items verdeeld over vier domeinen van kwaliteit van leven: lichamelijke gezondheid (zeven items), psychologische gezondheid (zes items), sociale relaties

(drie items) en omgeving (acht items) (Skevington e.a., 2004). De WHOQOL-OLD is een vragenlijst, specifiek ontwikkeld om kwaliteit van leven van ouderen te meten. Deze lijst bevat ook 24 items, maar deze zijn verdeeld over zes domeinen (vier items per domein): zintuiglijk functioneren; autonomie; activiteiten van het verleden, heden en toekomst; sociale participaties; dood en doodgaan; intimiteit. De maximale score die per domein behaald kan worden is 20, en hoe hoger de domeinscore des te beter is het gesteld met de kwaliteit van leven. Onderzoek heeft aangetoond dat beide instrumenten valide en betrouwbaar zijn om kwaliteit van leven te bepalen (Skevington e.a., 2004; Gobbens & Van Assen, 2016).

Senioren Barometer

De data voor dit onderzoek werden verzameld met de Senioren Barometer. De Senio-

ren Barometer is geïnitieerd door Tranzo, Tilburg University, en wordt vanaf 2008 jaarlijks uitgezet. Aan de hand van de Senioren Barometer wordt informatie verzameld over de opvattingen, gezondheid en welzijn van 50plussers (www.seniorenbarometer.nl). Op diverse wijzen worden respondenten gewonnen. Mensen kunnen zich aanmelden via de website en daarnaast wordt de Senioren Barometer via ouderenbonden en bij computer-cursussen voor ouderen onder de aandacht gebracht. Voor onderhavig onderzoek werden data gebruikt uit 2009. Deze bevatte de eerder genoemde twee instrumenten om de kwaliteit van leven te bepalen, de WHOQOL-BREF en de WHOQOL-OLD. In 2009 vulden 1031 mensen van 65 jaar en ouder de Senioren Barometer in. De gemiddelde leeftijd van deze mensen was 73,4 jaar (standaarddeviatie 5,8); 66,8% was man; 71,1%

was gehuwd of samenwonend. Voor 611 mensen (59,3%) was middelbaar beroepsonderwijs de hoogst gevolgde opleiding.

Verschillen tussen alleenwonende en samenwonende ouderen

In tabel 1 staan in kolom 1 de vier domeinen van de WHOQOL-BREF en de zes domeinen van de WHOQOL-OLD. De kolommen 2 en 3 bevatten de gemiddelde scores met tussen haakjes de standaarddeviaties van respectievelijk samenwonende en alleenwonende 65plussers op de domeinen van kwaliteit van leven. T-toetsen voor onafhankelijke steekproeven gaven aan dat alleenwonende ouderen significant lager scoorden op alle vier de domeinen van de WHOQOL-BREF en op vier van de zes domeinen van de WHOQOL-OLD dan samenwonende ouderen. Op het domein zintuiglijk functioneren was

Tabel 1: Scores van samenwonende en alleenwonende 65-plussers op domeinen van kwaliteit van leven

	Samenwonend (n=730) gemiddelde (SD)	Alleenwonend (n=301) gemiddelde (SD)
WHOQOL-BREF		
Lichamelijke gezondheid***	15,8 (2,4)	14,9 (2,8)
Psychologische gezondheid***	15,3 (2,0)	14,7 (2,1)
Sociale relaties***	14,4 (2,4)	13,7 (2,6)
Omgeving***	16,1 (2,1)	15,7 (2,0)
WHOQOL-OLD		
Zintuiglijk functioneren	16,4 (2,9)	16,2 (3,0)
Autonomie**	14,9 (2,1)	15,3 (2,1)
Activiteiten in het verleden, heden en toekomst**	15,4 (2,0)	15,0 (2,2)
Sociale participaties**	15,6 (2,4)	15,1 (2,7)
Dood en doodgaan*	15,2 (3,1)	14,7 (3,0)
Intimiteit***	15,3 (2,4)	12,1 (3,4)

* p-waarde<0,5, ** p-waarde<0,01, *** p-waarde<0,001

SD = standaarddeviatie

geen sprake van een significant verschil tussen de twee groepen en op het domein autonomie scoorde de groep alleenwonende ouderen significant hoger dan de groep samenwonende ouderen. Dit betekent dat zij de mate waarin zij autonomie ervaren hoger waarden. Alleenwonende ouderen scoorden het laagst op de domeinen intimiteit (12,1%) en sociale relaties (13,7%).

Kwaliteit van leven van alleenstaande mannen en vrouwen

Tabel 2 presenteert een overzicht van de gemiddelde scores met bijbehorende standaarddeviaties van alleenwonende mannen en vrouwen op de domeinen van kwaliteit van leven. Alleenwonende mannen scoorden significant lager op de domeinen sociale relaties, autonomie en sociale participaties. Zij scoorden echter significant hoger op het domein

dood en doodgaan. Met andere woorden, alleenwonende mannen maken zich minder zorgen over de dood en doodgaan; zij zijn bijvoorbeeld minder bang om dood te gaan en zijn minder bang pijn te hebben voordat zij doodgaan.

Samenhang tussen socio-demografische kenmerken en kwaliteit van leven

Ook werd nagegaan of socio-demografische kenmerken van de alleenwonende ouderen (leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen) samenhangen met de scores op de domeinen van kwaliteit van leven. Dit gebeurde met multiple regressie analyses: de samenhang tussen een kenmerk van de respondenten enerzijds en een domein van kwaliteit van leven anderzijds werd gecontroleerd voor de samenhangen tussen dit domein en alle andere

Tabel 2: Scores van mannelijke en vrouwelijke alleenwonende 65plussers op domeinen van kwaliteit van leven

	Mannen (n=114) gemiddelde (SD)	Vrouwen (n=187) gemiddelde (SD)
WHOQOL-BREF		
Lichamelijke gezondheid	15,1 (2,5)	14,8 (3,0)
Psychologische gezondheid	14,4 (2,0)	14,8 (2,1)
Sociale relaties**	13,2 (2,5)	14,0 (2,5)
Omgeving	15,6 (2,0)	15,7 (2,1)
WHOQOL-OLD		
Zintuiglijk functioneren	15,7 (3,3)	16,5 (2,8)
Autonomie*	14,9 (2,1)	15,5 (2,1)
Activiteiten in het verleden, heden en toekomst	14,7 (1,8)	15,1 (2,3)
Sociale participaties*	14,6 (2,7)	15,4 (2,7)
Dood en doodgaan*	15,3 (2,9)	14,4 (3,1)
Intimiteit	12,1 (3,3)	12,1 (3,4)

* p-waarde<0,5, ** p-waarde<0,01, *** p-waarde<0,001

SD = standaarddeviatie

kenmerken van de respondenten. Het bleek dat hoge leeftijd en een laag inkomen significant samenhangen met een lagere score op lichamelijk gezondheid; vrouw zijn en een hoog inkomen waren gerelateerd aan hogere scores op psychologische gezondheid en sociale relaties. Van de vier socio-demografische kenmerken hing alleen een hoog inkomen significant samen met een hogere score op omgeving. Een hoge leeftijd was gerelateerd aan een lagere score op zintuiglijk functioneren. Drie kenmerken, namelijk een lage leeftijd, vrouw zijn en een hoog inkomen, hingen samen met een hogere score op autonomie. Vrouw zijn en een hoog inkomen hingen ook significant samen met een hogere score op activiteiten in het verleden, heden en toekomst. Van de vier socio-demografische kenmerken was alleen vrouw zijn gerelateerd aan een hogere score op het domein sociale participaties. Geen van de kenmerken hing samen met de score op het domein dood en doodgaan. Op het domein intimiteit scoorden alleenwonende ouderen met een hoog inkomen significant hoger.

Tijdig interveniëren

In dit onderzoek hebben we aangetoond dat alleenwonende ouderen een lagere kwaliteit van leven ervaren dan samenwonende ouderen. Bovendien bleek dat alleenwonende mannen hun kwaliteit van leven lager waarderen dan vrouwen. Het onderzoek laat ook zien dat kwaliteit van leven van alleenwonende 65-plussers wordt beïnvloed door meerdere socio-demografische kenmerken. Naast geslacht (man zijn) hing een laag inkomen samen met een lager oordeel op meerdere domeinen van kwaliteit van leven. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau zijn naar schatting 40-50% van de alleenwonende 65-plussers kwetsbaar. Bij hen is vaker sprake van meervoudige en complexe problematiek.

Lichamelijke, psychische en sociale problemen (zoals eenzaamheid) stapelen zich op en dit leidt tot een verhoogd risico op opname in een instelling of overlijden binnen drie jaar (Van Campen, 2011). Alleenwonende ouderen vormen dus een belangrijke groep voor zorg- en dienstverleners en beleidsmakers om in de gaten te houden. Door tijdig en op maat te interveniëren kan onnodig verlies van kwaliteit van leven worden voorkomen.

Literatuur

- Van Campen, C. (red.) (2011). *Kwetsbaar alleen. De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gobbens, R.J. & Van Assen, M.A. (2016). Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 103.
- Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-old module (2005). *Quality of Life Research*, 14 (10), 2197-2214.
- Skevington, S.M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13 (2), 299-310.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

Over de auteur

Robbert Gobbens is als associate lector multimorbiditeit verbonden aan het Domein Gezondheid, Sport en Welzijn van de Hogeschool Inholland en aan de Zonnehuisgroep Amstelland.

Waarom een wilsverklaring niet volstaat

JOEP DOHMEN

Onlangs las ik het prachtige boek van de wetenschapsjournalist Koos Neuvel: *Alzheimer. Biografie van een ziekte* (2014). Voor Neuvel was het dementeren van zijn moeder behalve een persoonlijk verdriet ook de aanleiding om heel diep te graven. Hij laat heel goed zien welke uiteenlopende beschrijvingen en interpretaties het complexe fenomeen Alzheimer, als object van wetenschappelijk onderzoek en van mythevorming, de afgelopen honderd jaar heeft ondergaan.

Je leest over de grote verschillen tussen de neurologische benadering – Alzheimer is een hersenziekte – en de meer psychodynamische visie waarin omgevingsfactoren een grote rol worden toebedacht. Je komt van alles te weten over de complexiteit van het ziektebeeld en over de verschillende soorten Alzheimer. Elke Alzheimerpatiënt blijkt anders dan de anderen, hetgeen de vraag oproept wat ze dan wel gemeen hebben. Is Alzheimer wellicht een mythe, uitgevonden door de medische Alzheimermafia die tonnen verdient aan haar uitvinding? Wist u dat we met een gezonde levensstijl de komende decennia echt niet overspoeld zullen worden door een Alzheimer-tsunami?

Maar als je dan toch getroffen wordt door de ziekte? Neuvel kaart dit punt wel aan, maar komt er niet uit. Hoewel vrijwel iedereen het een ramp vindt als hij of zij de diagnose van Alzheimer zou krijgen, stapt vrijwel niemand als het erop aankomt, daadwerkelijk uit het leven. De schrijver Hugo Claus hoort met een handjevol anderen tot de uitzonde-

ringen. Ex-verpleeghuisarts Bert Keizer stelt vast: ‘Ik wacht (na zowat 30 jaar, JDO) nog steeds op deze dramatische toename van het aantal koele mannen en vrouwen die hun levenseinde in alle kalmte zelf op humane wijze gaan regelen.’ (o.c. 191). Met andere woorden: hoewel veel mensen wel een wilsverklaring opstellen waaruit blijkt dat ze in deze situatie niet verder willen leven, voegen ze als het erop aankomt, zelden de daad bij het woord. Wat kan dit betekenen?

Het kan natuurlijk zijn dat het dan te laat is om er nog goed over na te kunnen denken. Maar bij beginnende dementie moet dat toch nog mogelijk zijn? Ik vrees dat het leven sterker is dan de leer. Dat we dan ineens hopen dat het meevalt, dat we ons zelf niet echt kwijtraken, en dat onze geliefden ons zullen helpen om verder te leven zoals we dat zelf gewild hadden. Kortom: als het erop aan komt houden we onszelf voor de gek. Ik stel vast dat een wilsverklaring niet volstaat, en dat we tegen die tijd nog wel wilsbekwaam, maar ook erg wilszwak zijn. Natuurlijk, we weten vandaag niet of we ooit de diagnose krijgen. Maar toch moeten we ons er veel beter op voorbereiden, om sterk te staan als het erop aankomt.

Over de auteur

Prof. Dr. Joep Dohmen is Lector Bildung aan het Centrum voor Humanistische Vorming en aan de Hogeschool voor Toegepaste Filosofie.

Een zoektocht naar kwaliteit van leven voor de cliënt in de langdurige zorg

CHRISTINE VAN DEN BERGHE

Je kunt er niet omheen, het staat in elke visie en missie van een zorginstelling omschreven: 'de cliënt staat centraal'. Maar wat betekent dat? Beter nog, hoe laat je dat zien? Daarvoor zijn er in Nederland tal van kwaliteitssystemen ontwikkeld die allemaal pretenderen het beste van een organisatie naar boven te halen. Veruit de meeste kwaliteitssystemen laten zien dat de richtlijnen en documenten op orde zijn, of de wijze van ondersteuning passend is. Maar waar is de cliënt?

Kwaliteitswet

Met de invoering van de kwaliteitswet in 1996 ontstonden er, naast registraties, accreditaties en certificaten, ook bronzen-, zilveren-, en gouden keurmerken, zorgkaarten, indexen en kwaliteitsvensters van uiteenlopende partijen. En dat terwijl de kwaliteitswet bedoeld was om te dereguleren door allerlei bestaande regelgeving op het gebied van kwaliteit af te schaffen en te vervangen door meer algemene, kaderstellende voorschriften. De paradox hiervan is dat het alleen maar geleid heeft tot meer regels. Er lag toen voor de Regionale Stichting Zorginstellingen de Kempen (RSZK) een immense uitdaging. Want hoe kan je in een wirwar van regels en over elkaar rollebollende kwaliteitssystemen de cliënt terug vinden? De RSZK is de uitdaging aangegaan.

Zorgleefplan

In 2010 werd in Nederland het zorgleefplan voor verpleging en verzorging geïntroduceerd. Tot dan heerste voornamelijk een me-

dische benadering van de cliënt. Kwaliteit van leven voor de cliënt deed toen zijn intrede. Immers, voor een cliënt in een verpleeg- of verzorgingshuis is de invulling van zijn leven in zijn laatste jaren van wezenlijk belang. De RSZK omarmde de gedachte en we gingen aan de slag met het zorgleefplan. Niet dat dit zo vanzelfsprekend ging. We hebben het hier tenslotte over een grote cultuuromslag waar iedereen bij betrokken moet worden. Het werken met een zorgleefplan houdt in dat er voor een andere benadering van de cliënt wordt gekozen. Niet langer van 'zo doen we dat!' maar 'hoe bent u het gewend? 'De dialoog met de cliënt versterken, en vooral de cliënt overal bij betrekken. Waar voorheen in het zogenaamde MDO, het multidisciplinaire overleg, enkel de betrokken disciplines met elkaar in gesprek gingen over de cliënt, werd voortaan de cliënt uitgenodigd om deel te nemen aan het 'zorgleefplangesprek'. Ook dat ging niet zonder slag of stoot. Voor de meeste disciplines was het ronduit shocking om op deze wijze met een cliënt in gesprek te gaan.

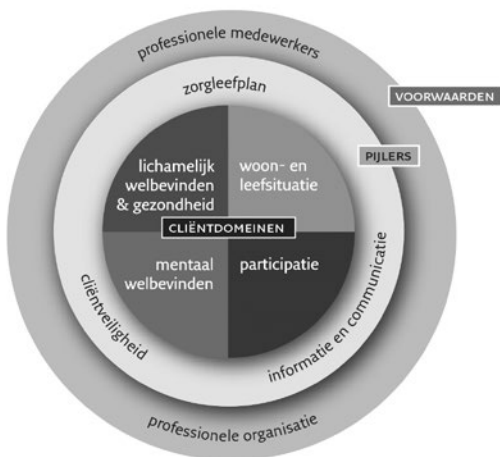
Het tij zat mee, de roep naar meer cliënten-participatie en eigen regie werd luider en daarmee waren we in staat om de ingeslagen weg te blijven volgen.

PREZO

Omdat de RSZK zoals alle zorginstellingen aan de kwaliteitswet moet voldoen en een aantoonbaar kwaliteitssysteem moet hebben, kwam al snel de vraag op in welke verhouding het toenmalige kwaliteitssysteem, MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen), tegenover deze nieuwe manier van werken stond. Met MIK-V hadden we alle documenten op orde. Deze waren keurig in een kwaliteitsregistratiesysteem bijeen gebracht, dat vooral fungeerde als een passief archief. Tot dan werden we nog steeds geconfronteerd met de vraag: hoe laten we zien dat de cliënt nu echt centraal staat.

Het verlossende antwoord kwam met Prestaties Zorg, kortweg PREZO.

PREZO is een prestatiegericht kwaliteitssysteem voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) dat helpt te sturen op 'Verantwoorde zorg'. Het is gebaseerd op het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Het kwaliteitskader bestaat uit normen en metingen. Normen bepalen wat we verstaan onder vakbekwaam zorgen voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Centraal in dit kwaliteitskader staan de prestaties die medewerkers en de organisatie leveren aan de cliënt. Deze prestaties worden vervolgens vertaald voor de cliënt.



Bijvoorbeeld: 'De cliënt voelt zich veilig en op zijn gemak in aanwezigheid van de medewerker'. Het gaat hierbij niet meer primair om randvoorwaarden (structuren en processen), zoals in een eerdere generatie kwaliteitssystemen, maar om denken vanuit uitkomsten voor de cliënt (prestaties).

Prestatiemonitor en meetkaarten

Het mooie van dit systeem is dat het niet alleen een instrument is voor bestuurders en beleidsmakers, maar juist ook voor medewerkers die elke dag in de nabijheid van de cliënt zijn en de cliënt als geen ander kennen. Dat is de manier om kwaliteit dichtbij de cliënt en de medewerker te brengen. Kunst is om dit zo praktisch mogelijk te maken voor de medewerker zodat het vooral motiveert en inspireert om aan kwaliteit te werken. Om daar te komen zijn er een aantal stappen uitgezet.

Allereerst is een zogenaamde prestatimonitor opgesteld. In de prestatimonitor zijn alle prestaties waar een organisatie aan moet voldoen, opgenomen. De doorlooptijd van de prestatimonitor is drie jaar. Hierin zijn zowel de domeinen, de pijlers en de voorwaarden voor de organisatie opgenomen. Dat betekent dat eenieder in de organisatie 'iets te doen'

heeft. Per maand worden één of meerdere thema's behandeld. Van elke prestatie wordt er een meetkaart gemaakt. Een meetkaart bestaat uit de zogenaamde 'kijkpunten'. De kijkpunten worden gedefinieerd aan de hand van de prestatie en hebben een eenvoudige opbouw.

Vervolgens wordt de methodiek vastgesteld. De methodiek moet passend zijn voor de medewerkers die het uitvoeren. Zo kan de gehanteerde methodiek het bevragen van medewerkers zijn, maar ook het bevragen van de cliënt, contactpersoon of mantelzorger. Een andere vaak gehanteerde methodiek is bijvoorbeeld: "kijk in vijf zorgleefplannen of...".

Aan elke meetkaart wordt een norm gekoppeld. Bijvoorbeeld: acht van de negen ijkpunten zijn behaald.

Na het meten worden per afdeling de resultaten verzameld. Voor ijkpunten onder de norm maakt de afdeling een verbeterplan.

Tabel 1.

Nr	Kijkpunten	Methodiek	Ijkpunten	Resultaten	Toelichting
1.	Elke medewerker heeft een actuele bekwaamheids-verklaring bevoegd en bekwaam	Vraag aan acht medewerkers of ze een actuele bekwaamheids-verklaring hebben en of ze het kunnen laten zien	Alle medewerkers die voorbehouden en niet voorbehouden risicovolle handelingen uitvoeren, hebben een actuele bekwaamheids-verklaring voor die handelingen die actueel zijn op hun afdelingen	Ja / Nee (behaald)	

Daarin worden de verbeterdoelen voor deze prestatie opgenomen en binnen welke termijn dit doel behaalt dient te worden. Als het resultaat behaald is, na een nieuwe meting, dan kan de afdeling zelf bepalen op welke wijze men deze prestatie wil borgen. Soms zijn ijkpunten direct op te lossen, dat doen we dan ook. We noemen dit 'het laaghangend fruit'. De meetkaarten zijn niet statisch. Er wordt wel een basis aangereikt, maar elke afdeling is vrij om daar aanvullingen in te doen. Men kan dit aan medewerkers overlaten, zij hebben heel goed in de gaten waar aan gewerkt moet worden op de eigen afdeling.

Prestatiecoach

In elk team is er wel iemand die affiniteit heeft met kwaliteit. Deze medewerker is dan ook bij uitstek geschikt om de taak van een 'prestatiecoach' op zich te nemen. Elke afdeling heeft zijn prestatiecoaches geselecteerd. De groep prestatiecoaches hebben twee dagdelen trainingen genoten. Zij hebben kennis gemaakt met PREZO, prestaties meten, verbeteren en borgen. Maar vooral: leren kijken met prestatie 'ogen'. De prestatiecoaches van de locatie bespreken gezamenlijk de resultaten van de meting. In deze locatie prestatieteams worden verbeter voorstellen gedaan waar de teams vervolgens weer mee aan de slag gaan.

Cultuur

En zo gingen we bij de RSZK aan de slag. Gedurende het traject groeide het enthousiasme bij medewerkers. Kwaliteit is ineens tastbaar. Kwaliteit is niet langer een 'ver van mijn bed show' maar medewerkers ontdekken dat zij daar zelf invloed op hebben. Ook het elkaar aanspreken op dat wat minder gaat, is een stuk makkelijker. In PREZO staat namelijk beschreven wat er van eenieder verwacht wordt. En samen spreekt men af op welke wijze men een verbetering wil behalen. Hierdoor veranderde ook de cultuur. Medewerkers wachten niet langer af tot er weer een andere werkwijze op de proppen komt, of tot een ander lumineus idee op de afdeling gedropt wordt. Zij stellen zich proactief op. En daar waar een verbetering gerealiseerd kan worden, laten ze die kans niet liggen. Er wordt nu echt naar de cliënt geluisterd. En wat blijkt: niets is onmogelijk.

Op een somatische afdeling in het verpleeghuis krijgen twee cliënten een relatie met elkaar. In het verpleeghuis heeft elke cliënt een slaap/zitkamer. Omdat cliënten aangeven toch meer op een eigen wijze met elkaar te willen leven, is er van de ene kamer een woonkamer gemaakt, en van de andere kamer de slaapkamer.

Wel bij de les blijven

Een ander aspect deed onverwacht zijn intrede. Niet alleen de medewerkers zorg maakten op deze wijze kennis met kwaliteit, ook medewerkers die niet direct bij de zorg betrokken zijn. PREZO kent namelijk ook voorwaardelijke prestaties, waar de ondersteunende afdelingen een rol in hebben. Prestaties die, al is het indirect, ook van invloed zijn op de kwaliteit van leven van de cliënt. Deze voorwaardelijke prestaties zijn eveneens opgenomen in de prestatie-monitor en ook daarvoor zijn meetkaarten beschikbaar. In die zin volgen zij eenzelfde systematiek als de zorgmedewerkers. Het doet goed te zien dat de ondersteunende afdelingen zelf in staat zijn om onvolkomenheden te duiden om daar vervolgens zelf mee aan de slag te gaan en niet achterover te leunen en te wachten tot er een vraag van een cliënt of medewerker zorg komt, maar steeds vooruitkijken en verbeteren.

Wat heeft PREZO ons gebracht?

In elk geval enthousiaste medewerkers die oog en hart hebben voor de vraag van de cliënt. Die zich bewust zijn wat er van ze gevraagd wordt en hoe ze dat kunnen bereiken. En die zich dagelijks afvragen: wat heb ik vandaag voor de cliënt gedaan?

Literatuur

PREZO VV&T (2012). *Kwaliteitssysteem voor verantwoorde zorg en verantwoord ondernemerschap*.

VV&T (2010). *Kwaliteitskader verantwoorde zorg*. ActiZ.

Over de auteur

Christine van den Berghe is kwaliteitsmedewerker bij de RSZK.

GESIGNALEERD

Langer thuis met dementie: De (on)mogelijkheden in beeld

Jan Steyaert en Stefanie Meeuws. Antwerpen: EPO Uitgeverij, ISBN 978-94-626-7046-4, 168 pagina's, € 19,90.

In Vlaanderen hebben ongeveer 116.000 mensen dementie. Daarvan woont naar schatting 70% thuis. Daar zo lang mogelijk blijven is de wens van velen. Het Vlaamse beleid zet daar ook op in. Maar zelfstandig thuiswonen is voor personen met dementie niet altijd vanzelfsprekend. In dit boek staan de verschillende manieren centraal waarop we hen kunnen ondersteunen, zoals psycho-educatie, een goed samenspel van ambulante hulpverlening of technologie en woningaanpassingen. Dit boek is geschreven voor professionals en beleidsmensen uit ambulante en residentiële zorg of voor mensen werkzaam bij (lokale)overheden. Ook personen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers kunnen uit dit boek inspiratie halen. De auteurs zien het boek ook als verdere aanzet in het debat naar haalbaarheid van zorg en begeleiding thuis voor mensen met dementie en hun familie.



Diversiteit is het adagium

Op weg naar seniorvriendelijke woonomgevingen

DANIËLLE HARKES & YVONNE WITTER

Ouderen blijven zo lang mogelijk thuis wonen. Dit hoeft niet altijd het huis te zijn waar zij altijd in gewoond hebben. Een comfortabel huis is prettig maar de woonomgeving is minstens zo belangrijk om zelfstandig te blijven wonen.

Diversiteit is het adagium, want ouderen verschillen en hun wensen op het terrein van wonen, zorg en welzijn ook. Wat voor de één nodig is, hoeft voor de ander minder van belang te zijn. Toch zijn er algemene voorzieningen te noemen die voor het gros van de ouderen onmisbaar zijn. Het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg heeft vorig jaar aan een aantal ouderen gevraagd wat zij nodig hebben om prettig thuis te blijven wonen (KCWZ. 2015). De top 10, in willekeurige volgorde, van de meest gehoorde antwoorden luidt als volgt:

1. voorzieningen in de buurt
2. (mantel)zorg nabij
3. woningaanpassingen
4. veiligheid
5. goede gezondheid
6. betere voorlichting
7. voldoende financiële middelen
8. betaalbare huisvesting
9. vervoer
10. een doel hebben in het leven.

Voorzieningen in de buurt

Het is voor jong en oud fijn als er voorzieningen in de buurt zijn, zoals huisarts, apotheek, winkels, openbaar vervoer en ontmoetingsplekken. In krimpgebieden is dit niet altijd

het geval. Soms verdwijnen voorzieningen en ook jongeren. Burgers nemen steeds vaker zelf initiatieven om voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn te realiseren, ook in krimpgebieden. Zo heeft zorgcoöperatie Hoogeloon dagopvang, maaltijden en zorgvilla's voor mensen met dementie naar het dorp gehaald. Maar ook in de randstad zorgen burgers ervoor dat voorzieningen toch kunnen blijven bestaan. Een voorwaarde is wel dat er een groep burgers is die, al dan niet met hulp van professionals, de benodigde voorzieningen duurzaam kunnen realiseren. In de wat betere wijken gaat dit vaak makkelijker dan in zwakkere wijken. Kenmerkend voor deze initiatieven is dat ze dicht bij de burger staan, buurtgericht zijn en naadloos aansluiten bij de behoeften van mensen. Gemeenten zouden lokaal, of liever nog op buurniveau, in kaart moeten brengen wat er nodig is. Er bestaat bij hen behoefte aan een scenariotool waarmee de beleidsopgaven rond wonen, zorg en welzijn kunnen worden verkend. De Woonzorgwijzer is een instrument voor gemeenten en andere spelers om de lokale opgaven wonen met zorg in beeld te brengen en is in opdracht van het Ministerie van BZK door RIGO ontwikkeld. In de provincie

Zuid-Holland testen gemeenten momenteel de tool.

Zorg nabij

De bereidheid om voor elkaar te zorgen is niet altijd zo groot als gedacht wordt (Hogebrugge, 2016). Familiebanden zijn soms verwaterd, de reisafstand is groot, mensen zijn druk met werk en hun eigen gezinsleven. Zelfs in dorpen krijgen niet alle kwetsbare ouderen de hulp die zij nodig hebben: 23% van de oudere dorpsbewoners (75 jaar of ouder) met een zware lichamelijke beperking vraagt of krijgt geen hulp van dorpsgenoten (Vermeij, 2016).

Alleenstaande ouderen en ouderen die kwetsbaar zijn door een lichte lichamelijke beperking daarentegen, krijgen relatief vaak hulp van mensen uit de buurt. En ouderen met een laag inkomen ontvangen die hulp een stuk minder dan ouderen met een vergelijkbare hulpvraag maar een hoger inkomen. Een sterk wisselend beeld dus. Volgens professor Claartje Mulder (Rijksuniversiteit Groningen) wonen Nederlandse kinderen gemiddeld dertig kilometer bij hun ouders vandaan. Prima voor een wekelijks bezoek, boodschappen en hulp bij kleine klusjes, maar voor dagelijkse zorg is dat te ver. Het is dus verstandig om meer woonvoorzieningen te realiseren die voorzien in onderlinge zorg, zoals Knarrenhofjes, woongemeenschappen en verschillende vormen van beschermd wonen.

Lang zult u wonen

(Toekomstige) senioren denken steeds vaker na over hun woonwensen. Zij zijn niet altijd even goed op de hoogte van de mogelijkheden die er zijn. Er is in toenemende mate aandacht voor bewustwording. Zo zijn er voorlichtingsprojecten om mensen tijdig te laten nadenken over hun eigen woonwensen, bijvoorbeeld campagnes als 'Lang zult u wonen'. Daarnaast zijn er op verschillende plekken 'modelwoningen' te bezoeken, zoals het project 'Huis van Morgen'. Dat is een bestaande jaren '60 woning waar bezoekers op een laagdrempelige wijze kunnen kennismaken met woningaanpassingen en hulpmiddelen die het langer zelfstandig thuis wonen zo veilig en

comfortabel mogelijk maken. Bezoekers kunnen aanpassingen en hulpmiddelen uitproberen. Dit draagt bij aan de bewustwording van de mogelijkheden in het eigen huis. Ook werken gemeenten, ouderenorganisaties, welzijnsorganisaties en corporaties steeds vaker met adviseurs die bij ouderen thuis komen om met hen te kijken naar hun woonwensen. Deze 'verhuisadviseurs', 'seniorenmakelaars' of 'verhuismariniers' geven aan wat de mogelijkheden zijn. Een simpele ingreep, zoals het aanschaffen van een scootmobiel of hulp bij het onderhouden van de tuin kan al voldoende zijn. Soms is verhuizen een goede oplossing maar zijn ouderen niet op de hoogte van wat er binnen hun woonplaats of regio kan (KCWZ 2015).

Betaalbare huizen nodig

Het belang van vervoer bij het zelfstandig wonen wordt vaak onderschat. Soms regelen bewoners dat zelf (als openbaar vervoer ontbreekt) zoals de zorgcoöperatie Austerlitz die gestart is met Austerlitz Rijdt. Vrijwilligers vervoeren in hun eigen auto of busje dorpsbewoners. Naast vervoer hechten ouderen veel belang aan veiligheid, in en om het huis. Het kennen van mensen in de buurt draagt bij aan het gevoel van veiligheid.

Betaalbare huisvesting is een zorgpunt. Ouderen hebben daar behoefte aan. Het eigen woningbezit groeit en een grote groep ouderen heeft het financieel goed. Maar er is een aanzienlijke groep ouderen met een bescheiden inkomen, zoals ouderen met een onvolledige AOW. Senioren in een huurwoning betalen gemiddeld 500 tot 750 euro voor hun woning, inclusief gas, water en licht, blijkt uit de Woonmonitor 2015, een landelijk onderzoek van Bureau Vijftig en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Zij gaven aan dat zij bij een verhuizing dezelfde woonlasten willen blijven betalen. Dat houdt hen soms tegen om te verhuizen omdat zij dan vaak meer gaan betalen. Er zijn corporaties die daarom een (tijdelijke) korting geven op de huurprijs van de nieuwe woning om zo wel de doorstroming te bevorderen. Voor diensten aan huis zijn zij bereid zo'n 100 euro per maand neer te leggen.

Daarbij zijn de klusjesman, huishoudelijke hulp en glazenwasser het meest populair.

Wonen met dementie

Voor ouderen is een goede gezondheid belangrijk. Dat is maar ten dele te beïnvloeden, en het verschilt per persoon hoe gezondheid wordt ervaren. Ouderen zijn zich meer bewust van het belang van goede voeding, bewegen en het ondernemen van activiteiten. Ze krijgen onvermijdelijk te maken met lichamelijke en/of psychische mankementen, maar ook dan kunnen mensen lang zelfstandig blijven wonen. Zo blijven mensen met dementie steeds langer thuis wonen. Nu al woont 70% van hen thuis en is 44% alleenstaand. Tal van maatregelen maken het zelfstandig wonen (beter) mogelijk, zoals het aanpassen van de woning en het inzetten van technologie of het trainen van medewerkers die contact hebben met mensen met dementie. Er zijn verschillende vormen van wonen met zorg gericht op mensen met dementie. Van intramuraal wonen in kleinschalige groepswoningen, zelfstandige woningen in een beschutte omgeving tot zorgboerderijen en mantelzorgwoningen. En woonvormen waarbij ze samen kunnen blijven wonen met hun partner. Die aandacht voor de woonomgeving is nodig. Alzheimer Nederland heeft een checklist ontwikkeld om te komen tot een dementievriendelijke omgeving. Eén van de waardevolle adviezen is om als gemeente aan mensen met dementie te vragen hoe zij bepaalde gebouwen ervaren. Hun belevingswereld komt steeds centraler te staan.

Doe het samen

Om de woonomgeving geschikt te maken voor ouderen is goede samenwerking tussen burgers en professionals essentieel. Alleen dan kunnen voorzieningen gerealiseerd worden waar ouderen behoefte aan hebben. Ook is samenwerking nodig tussen gemeenten, corporaties, zorg- en welzijnsorganisaties, consumentenorganisaties en andere partijen zoals banken, projectontwikkelaars, fondsen en zorgverzekeraars. Gemeenten kunnen meer doen om initiatieven voor nieuwe woonvormen te stimuleren en het initiatiefnemers

makkelijker maken. In de publicatie 'Nieuwe woonvormen voor de ouder wordende samenleving' (Companen, 2016) staan tips. Zo is het nodig dat de gemeente integraal beleid maakt voor wonen en zorg, de schotten binnen de eigen organisatie weghaalt, een schakel vormt tussen bewonersgroepen en professionals en initiatiefnemers helpt om realistische plannen te maken.

Organisaties als corporaties en zorgorganisaties staan steeds meer open voor initiatieven van mensen zelf, ondersteunen hen en zoeken samen naar manieren om woondromen waar te maken. Dat vereist een flexibele en open houding van medewerkers. Maar ook van bestuurders die ruimte moeten geven aan deze medewerkers. Onmisbaar zijn sleutelfiguren, de beroemde 'kartrekkers', mensen die met energie, doorzettingsvermogen en tact projecten van de grond krijgen. Professionals moeten hen omarmen en ondersteunen en niet ontmoedigen. Een grote uitdaging is om ervoor te zorgen dat voorzieningen voor alle burgers bereikbaar, toegankelijk en betaalbaar blijven. En dat is alleen te bereiken door die goede samenwerking, door oog te hebben voor wijken waar weinig initiatieven en voorzieningen zijn en door kwetsbare burgers te betrekken bij het maken van plannen.

Literatuur

- Hogebrugge, M. (2016). Continuïteit in familiebanden. In: *Demos*, jaargang 32, nr 1, (pp.1-3).
- Companen (2016). *Nieuwe woonvormen voor de ouder wordende samenleving*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Vermeij, L. (2016). *Kleine gebaren*. Den Haag: SCP.
- Woonmonitor (2015). Landelijk onderzoek naar wensen en behoeften van ouderen ten aanzien van wonen. Utrecht: Bureau Vijftig/Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Website: www.kcwz.nl

Over de auteurs

Daniëlle Harkes en *Yvonne Witter* zijn respectievelijk manager en adviseur bij het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg www.kcwz.nl.

Vossenjachtgame om het langer thuis wonen van ouderen te stimuleren

ATE DIJKSTRA, HETTY KAZIMIER VAN DER ZWAAG & WIEBE KOOISTRA

Om te voldoen aan de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk mobiel en sociaal actief te blijven is een digitaal spel ontwikkeld: de Vossenjachtgame. Deze serious game heeft als doel de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen te stimuleren. De vossenjachtgame is in co-creatie met ouderen ontwikkeld.

Voorzorg

De toekomstige zorg aan niet-redzame ouderen staat ernstig onder druk, zo schreef de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2012 (RVZ, 2012). Menig beleidsverantwoordelijke, zorgmedewerker of welzijnswerker zal de behoefte van ouderen kennen om zo lang mogelijk thuis te willen wonen. Om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen en verschraling van de zorg tegen te gaan moeten er voorzieningen worden ontwikkeld die de zorgbehoefte van thuiswonende ouderen opvangen. Deze voorzieningen moeten bijdragen aan een goede kwaliteit van leven in de gewenste leefomgeving. Om vorm te geven aan het idee dat 'voorkomen beter is dan genezen' is het belangrijk ervoor te zorgen dat ouderen zo lang mogelijk redzaam blijven. Hiervoor is het noodzakelijk dat zij middelen krijgen aangereikt om zelf te investeren in voorzorg. 'Voorzorg' is gericht op alle mensen (jong en oud), zo lang zij nog zelfredzaam zijn. Daarbij is het nodig dat mensen zelf voorzorgsmaatregelen treffen om langer gezond te blijven. Voorzorg is vereist om te garanderen dat mensen hun redzaamheid zo lang mogelijk behouden.

Intrinsieke motivatie

Waarom een serious game ontwikkelen om voorzorg te stimuleren? In het Vossenjacht project wordt aangesloten bij de opvatting dat met serious gaming een game-based oplossing wordt gevonden voor een maatschappelijk probleem (Copier et al. 2011). Serious games zijn in deze opvatting altijd een (leer)middel, nooit een doel op zich. Maar er speelt nog een ander belangrijk fenomeen: hoe kunnen ouderen uit zichzelf ergens voor gemotiveerd raken en blijven, in dit geval voorzorg. De Canadese wetenschappers Deci en Ryan (2002) noemen drie basale randvoorwaarden – autonomie, competentie en verbondenheid – waaraan voldaan zou moeten worden om ergens uit zichzelf voor gemotiveerd te raken. Allereerst is dat het gevoel dat je ergens uit vrije wil zelf voor hebt gekozen. Dus intrinsiek gemotiveerd zijn om iets te willen doen puur omdat het plezierig is. En *fun* is onlosmakelijk verbonden met serious gaming. Volgens krijg je het gevoel dat je bepaalde taken steeds beter beheerst, doordat je ervaart dat je vooruitgang boekt. Je raakt overtuigd dat door eigen wilskracht en gedrevenheid je

steeds vaardiger wordt en het geleerde een nieuwe gewoonte voor je is geworden. Dit positieve effect wordt in gaming termen als welkome bijvangst gezien: ongemerkt verbetert het fysiek functioneren. En tenslotte, de behoefte om ergens bij te horen, je verbonden te voelen en steun te ervaren vanuit je directe omgeving. Sporten in groepsverband houden mensen langer vol dan wanneer ze dit alleen doen. Daarom is de Vossenjachtgame een spel dat je speelt met anderen.

Onderlinge competitie

In de innovatiewerkplaats 'eHealth & Serious Gaming' van de NHL Hogeschool hebben onderzoekers, docenten, studenten en game-ontwikkelaars samen met toekomstige gebruikers van de game (in co-creatie) het Vossenjachtspel ontwikkeld. De Vossenjachtgame is een virtueel spel waarbij de spelers op zoek gaan naar de vos. De spelers bewegen zich staande voor een groot beeldscherm in een virtuele wereld die bestaat uit een dorpsstraat, een museum en een dierentuin. Allemaal gebaseerd op ideeën van de betrokken ouderen. Het doel van het spel is om drie keer de vos te vinden. Elke keer staat de vos op een andere plek. De vos wordt door de spelers gevonden door met de eigen pion naar de locatie van de vos toe te lopen. Met behulp van een Kinect-sensor die bewegingen opvangt, kunnen stappen worden gezet nadat er met de dobbelsteen is gegooid. De dobbelsteen geeft aan hoeveel stappen de speler mag zetten. Wanneer de speler op een plek in het speelbord is beland waarbij een keuze gemaakt moet worden voor een bepaalde richting – rechtdoor, links- of rechtsaf – geeft de speler dit aan door het maken van armbewegingen. Het zal duidelijk zijn dat onderlinge competitie en hilariteit bij het gooien van lage en hoge getallen de sfeer tekenen. Extra stappen kunnen worden verdiend door het spelen van de drie mini-games die betrekking hebben op reiken en grijpen, balans en het doen van kniebuigingen (Dijkstra 2016).

Van deelopdracht naar werkend prototype

De ontwikkeling van de game naar een werkend prototype is als volgt gegaan. NHL Hogeschool studenten van de opleidingen HBOV, Welzijn, Communicatie & Multimedia Design en Hanzehogeschool studenten van de opleidingen ICT en Fysiotherapie hebben in wisselende samenstellingen deelopdrachten uitgevoerd. De eerste deelopdrachten waren literatuurstudies naar het belang van voorzorg bij ouderen in relatie tot mobiliteit en zelfredzaamheid, de vorm van de game en welke oefeningen als mini-games kunnen worden ontwikkeld. De ontwerpdeelopdrachten van de game en mini-games werden uitgevoerd in co-creatie met de toekomstige gebruikers: zelfstandig thuiswonende ouderen en ouderen uit verzorgingshuizen. Ook zijn deelopdrachten uitgevoerd voor het ontwikkelen van een dashboard door te vragen naar de wensen van ouderen over vorm en inhoud van informatie over hun mobiliteit. Op soortgelijke wijze is gekomen tot een handleiding met uitleg om het Vossenjachtspel zelfstandig te kunnen spelen. Elke deelopdracht kende een tijdsperiode van een half jaar. Gedurende elk semester zijn partnerbijeenkomsten georganiseerd waarin feedback werd gegeven aan de studenten door betrokkenen vanuit de beide hogescholen en gamebedrijven. Deze deelopdrachten hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van een werkend prototype van de game met bijbehorend dashboard en handleiding.

Positief effect van gaming

In een laatste deelopdracht werd antwoord gezocht op de vraag: 'Doet de game wat die belooft?'. Een aantal Friese zorgorganisaties heeft een uitnodigingsbrief met informatie over het praktijkonderzoek uitgedeeld in omliggende wijken om thuiswonende 65-plusers te werven. De verwachting was dat de Vossenjachtgame aan deze doelgroep het meeste resultaat zal bieden. Uiteindelijk hebben 25 thuiswonende vrouwen en 3 mannen in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder deelgenomen aan het praktijkonderzoek. Zij

hebben 16 weken lang de Vossenjachtgame gedurende één uur per week gespeeld. Zowel aan het begin, halverwege en aan het eind van deze 16 weken is bij de deelnemers een vragenlijst afgenomen om de resultaten te meten. Met de Berg Balance Scale werd een (significante) verbetering gevonden om van stand naar zit te komen en met gestrekte armen naar voren te reiken. De Morton Mobility Scale liet zien dat de spelers beter zijn geworden in het staan zonder steun en in het zelfstandig lopen. Hier laat de Vossenjachtgame het positieve effect van gaming zien: ongemerkt vindt er een verbetering plaats van het fysiek functioneren. Verbeteringen die kunnen worden toegeschreven aan de oefeningen die in de game en mini-games zijn ingebouwd. Ter illustratie: met gestrekte armen naar voren reiken wordt in het spel vertaald door met de armen de looprichting naar de vos aan te geven: wil ik rechtdoor of wil ik links- dan wel rechtsaf. Het zelfstandig lopen wordt in de game gestimuleerd door staande voor het beeldscherm de door de dobbelsteen aangegeven stappen te zetten. Opvallend was dat na afloop van het praktijkonderzoek en na het spelen van het spel geconstateerd kon worden dat de spelers meer vertrouwen hebben gekregen in het eigen kunnen. Verder liet de Groninger Activity Restriction Scale een verbetering zien van de zelfredzaamheid op de volgende tweetal onderdelen: geheel zelfstandig uit bed komen en zelfstandig rondlopen in huis. Het eerste praktijkonderzoek roept het beeld op dat de Vossenjachtgame helpt om aan de wens van veel ouderen te voldoen om zo lang mogelijk mobiel en sociaal actief te blijven.

Eerder werd opgemerkt dat de Vossen-

jachtgame een spel is dat je speelt met anderen. Hoe oud je ook bent, de beste willen zijn bleek niet alleen in de genen van de spelers te zitten, ook bij degenen die in de vele co-creatie sessies het spel hebben uitgetest was het competitie-element aanwezig. Het was een aangename constatering dat zo veel mensen plezier beleven aan de Vossenjachtgame, zowel door het samen spelen alsook door het aanmoedigen en commentaar leveren vanaf de kantlijn (Terlouw et al. 2013).

Literatuur

- Copier, M., Koster, H., Pavloff, N., Uden, van J., Vlaar, M. & Wenzler, I. (2011). *Serious Games, Playful Business*. Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.
- Deci, E. & Ryan, R. (red.) (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Dijkstra, A. (2016). *Happy Ageing voor beginners: handleiding voor gelukkig ouder worden*. Soest: Boekscout.nl.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2012). *Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag. Online geraadpleegd op: 10 september 2016.
- Terlouw, G., Dijkstra, B. & Dijkstra, A. (2013). Actief gezond oud worden met beweeg games. *Gerôn* 1: 48-50.

Over de auteurs

Ate Dijkstra is lector bij het lectoraat iHuman van NHL Hogeschool te Leeuwarden, Hetty Kazimier van der Zwaag en Wiebe Kooistra zijn respectievelijk als senior en junior onderzoeker verbonden aan het lectoraat iHuman.

Roofridders

TON KORVER

We hadden ooit, begin jaren zestig van de vorige eeuw, 'the great train robbery', de treinberoving die veel meer aandacht kreeg dan een roof zou moeten hebben. Er zijn ook rooftochten die weinig aandacht trekken en dat juist wel verdienen. Ik denk, om te parafaseren, aan 'the great pension robbery'. Die roof is het antwoord op de vraag hoe het toch komt dat pensioenfondsen steeds rijker worden en de pensioendeelnemers steeds armer. Zo'n vraag is heel eenvoudig te beantwoorden: je verbiedt pensioenfondsen gewoon tot uitbetaling over te gaan. Hoe? Via een omweg. Je stelt een rekenrente vast die lager is dan die in andere landen met pensioenfondsen en je stelt, daardoor, dekkingseisen die juist hoger zijn dan in andere landen. Daarmee zouden de toekomstige pensioenen beschermd moeten worden.

Er zijn verschillende manieren om de rekenrente te bepalen. Onder die methodieken is degene die de rekenrente koppelt aan de verwachte rendementen op beleggingen in Europa verhoudingsgewijs het meest in gebruik. Zou dat in Nederland ook gebeuren, dan zouden de verhalen over te lage dekkinggraden in één keer verdwijnen – en daarmee ook de aankondigingen over pensioenkortingen die nu weer de ronde doen. Maar Nederland hanteert een andere methodiek, de methodiek van de risicovrije rentevoet, de rentevoet waardoor aan de verplichtingen van de pensioenfondsen

zelfs kan worden voldaan als de fondsen worden opgeheven (en bij veronderstelling zullen worden verkocht aan verzekeraars). De risicovrije rente is een even theoretisch construct als een monetaire unie zonder een politieke unie en in beide gevallen maakt men van theorie praktijk, met vervelende gevolgen. Dat is dan jammer voor de praktijk.

Los daarvan, de huidige pensionado's worden geknipt en geschoren en moeten daarom stil blijven zitten. In ons land doen ze dat ook, zelfs de belanghebbende bonden komen niet verder dan af en toe een kuchje. En of de toekomstige pensionado's daar beter van worden hangt niet van de huidige pensionado's af maar van een herziening van het pensioenstelsel en wel zo dat iedereen die in welke contractvorm dan ook arbeid verricht een gedeelte van het daarmee verdiende inkomen moet afdragen voor een pensioenvoorziening.

Waarom ik het een 'roof' noem? We zien dat de kabinetten Rutte 1 en 2 alles uit de kast halen om werkenden zo goed en zo kwaad als het gaat een beetje uit de wind te houden en de uitkeringen, waaronder de pensioenen, op de tocht te zetten. Dat noem ik nou roof.

Over de auteur

Ton Korver is gepensioneerd econoom. Vrijwel dagelijks schrijft hij een column op www.filosofieinbedrijf.nl. Mail: t.korver@telfort.nl

SER-verkenning persoonlijk pensioenvermogen en collectieve risicodeling

BART VAN RIEL

De SER heeft in mei een verkenning uitgebracht over een pensioenregeling met persoonlijk pensioenvermogen en collectieve risicodeling. Dit artikel belicht hiervan de achtergronden, kenmerken en perspectieven.

Achtergronden

In internationale vergelijkingen komt het Nederlandse stelsel steevast als een van de beste naar voren. Sterke punten van het Nederlandse stelsel zijn de toereikendheid, de deling van risico's, en de lage uitvoeringskosten (SER, 2015, pp. 30-34).

Nederlanders kunnen hun levensstandaard na pensioneren relatief goed voortzetten zoals zij dat gewend waren. Armoede onder ouderen komt dankzij de Algemene Ouderdomswet (AOW) in Nederland in vergelijking met andere landen niet veel voor. Daar bovenop bouwen bijna alle werknemers (ongeveer 90 %) een werknemerspensioen op. Dit hoge deelname percentage is vooral een gevolg van de verplichte deelname in pensioenregelingen. Als gevolg hiervan kunnen de financiële schokken en het risico op onvoorziene veranderingen in de gemiddelde levensverwachting worden gedeeld tussen huidige en toekomstige generaties. Dat levert welvaartswinst op. Tot slot kennen de Nederlandse pensioenfondsen lage uitvoeringskosten. Dit draagt bij aan een hoger ouderdomspensioen.

Het Nederlandse stelsel mag dan wel nog steeds bewonderd worden in het buitenland,

in eigen land heeft het stelsel te maken met een dalend vertrouwen door kortingen en uitblijvende indexering. Het is aan deelnemers lastig uit te leggen waarom er ondanks het enorme pensioenvermogen soms gekort moet worden of waarom de pensioenuitkeringen achter moeten blijven bij de ontwikkeling van de lonen en prijzen. De SER heeft geconstateerd dat het verband tussen de premie-inleg, de beleggingsresultaten en de pensioenopbouw niet transparant is. Binnen het huidige stelsel zijn er namelijk complexe verdeelregels voor het opvangen van financiële tegenvallers uit de collectieve pot die voor deelnemers lastig te begrijpen zijn. Ook is het premiestuur bot geworden nu de fondsen een groot pensioenvermogen hebben opgebouwd. De omvang van de premies (30 miljard euro) is veel te klein om schokken in het pensioenvermogen (1300 miljard euro) op te vangen en belangrijker nog om schokken in de pensioenverplichtingen op te vangen. Met name als gevolg van de dalende rente, zijn deze verplichtingen verdubbeld sinds 2009 (door de dalende rente en doordat mensen gemiddeld langer leven dan verwacht, moeten pensioenfondsen nu twee maal zoveel middelen aanhouden om toekomstige pensioenen 'zeker' te

kunnen stellen). De consequentie hiervan is dat de pensioenen meer en meer afhankelijk zijn geworden van de financiële markten. Bovendien: als deze tegenvallen kunnen ze niet meer makkelijk opgevangen worden door een verhoging van de premies.

De risico's zijn dus steeds meer bij de deelnemers terecht gekomen. Dat vraagt om hellere verdeelregels. De financiële tegenvallers zoals een lage rente haal je natuurlijk niet weg door overstap op een ander pensioencontract. Maar je kunt met een ander pensioencontract zoals de SER dat verkend heeft, wel zorgen voor meer transparantie in hoe de tegenvallers doorwerken in de individuele pensioenuitkeringen. Tegelijkertijd worden risico's nog wel gezamenlijk gedeeld. Dit om een stabiel pensioenresultaat te kunnen bieden, ook in een slecht weer scenario. Een regeling met persoonlijk pensioenvermogen en collectieve risicodeling maakt ook meer maatwerk in het beleggingsbeleid mogelijk zodat ouderen minder risico hoeven te nemen en jongeren meer risico kunnen nemen met het oog op een hoger rendement. Dit kan spanningen tussen generaties over het gewenste beleggingsbeleid en de verdeling van de collectieve pot verminderen.

De SER heeft daarom in zijn advies over de Toekomst van het Pensioenstelsel in 2015 geconstateerd dat een regeling met persoonlijk pensioenvermogen met collectieve risicodeling een mogelijk interessante maar nog onbekende variant is om zwakke plekken in het huidige stelsel zoals het verlies aan vertrouwen aan te pakken. Bovendien kan een dergelijke regeling beter aansluiten op ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Deze variant – en de mogelijke weg er naar toe – is vervolgens verder verkend in het rapport dat in mei 2016 is uitgekomen.

Kenmerken

Bij persoonlijk pensioenvermogen met collectieve risicodeling is er sprake van een premieregeling die collectief wordt uitgevoerd. Kenmerkend voor een premieregeling is dat de premie vastligt en de uitkering variabel is. In een uitkeringsovereenkomst is dat net anders-

om. Hoewel de meeste werknemers formeel gezien een uitkeringsovereenkomst hebben, is er in de praktijk sprake van een collectieve premieregeling. Dat komt omdat de uitkeringen steeds meer afhankelijk zijn geworden van beleggingsrendementen en schokken daarin niet meer door premieverhogingen kunnen worden opgevangen (zie hierboven). In de regeling die de SER heeft verkend hebben deelnemers een eigen pensioenvermogen waarbij risico's collectief worden gedeeld. Daarin verschilt de SER-variant van de huidige premieregelingen die geen beleggingsrisico's delen.

De ontwikkeling van het persoonlijke pensioenvermogen hangt af van de volgende variabelen:

- a. de ingelegde premie (voor pensionering);
- b. de beleggingsrendementen;
- c. de kosten van pensioenuitvoering;
- d. bij- en afschrijvingen ten gevolge van de risicodeling;
- e. de uitkeringen (na pensionering).

a. De hoogte van de premie is onderdeel van het arbeidsvoorwaardenoverleg. Er moet daarbij voldoende premie-inleg zijn om een inflatiebestendig en levenslang pensioen te kunnen bereiken. Er wordt in beginsel uitgegaan van een stabiele, leeftijdsonafhankelijke premie. Wel zou de hoogte van de pensioenpremie periodiek kunnen worden herzien naar aanleiding van structureel veranderende omstandigheden.

b. Het persoonlijk pensioenvermogen wordt vervolgens leeftijdsafhankelijk belegd: naarmate men ouder wordt, wordt er minder risicovol belegd. Dit impliceert niet dat oudere deelnemers geen beleggingsrisico meer nemen: ook zij blijven een deel van hun vermogen beleggen in risicodragende titels, zoals aandelen. Dit levert in verwachting een iets hoger pensioenresultaat op (maar ook een iets hoger risico) dan ouderen zouden ontvangen in geval zij niet meer beleggen in risicodragende titels. Jongeren kunnen met het oog op een hoger beleggingsrendement meer risico's nemen.

c. Een van de sterke punten van het huidige stelsel waar een regeling met een persoonlijk pensioenvermogen op voort wil bouwen zijn de huidige lage uitvoeringskosten van het Nederlands pensioenstelsel. Dit kan een grote invloed hebben op het ouderdomspensioen.

d. In een regeling met persoonlijk pensioenvermogen ziet de deelnemer wat de deelname aan het collectief delen van risico's heeft gekost dan wel heeft opgeleverd. De risicodeling wordt dus transparant. Kenmerkend voor de variant die de SER heeft verkend is dat beleggingsrisico's via een collectieve buffer binnen en tussen generaties worden gedeeld om de pensioenuitkering te stabiliseren. In goede tijden wordt de buffer gevuld: een deel van de (hoge) opbrengsten van beleggingen gaat dan niet naar de persoonlijke pensioenpotten, maar naar de buffer. Andersom: als de beleggingsrendementen laag zijn, kan het persoonlijk pensioenvermogen juist worden aangevuld vanuit de buffer. Dankzij de buffer blijft het pensioen in slechte tijden hoger dan in de huidige premieregelingen. Ook is de kans op indexatie hoger en de kans op een korting lager. Op de korte termijn moet wel eerst de buffer worden opgebouwd.

Belangrijk is dat de buffer niet negatief mag zijn. Dat betekent dat er geen tekorten kunnen worden doorgeschoven naar volgende generaties.

Hoewel de deelnemer een persoonlijk pensioenvermogen heeft, betekent dit niet dat het pensioenvermogen van de deelnemer opneembaar is. Het persoonlijke pensioenvermogen is immers bedoeld om na de werkzame periode een inflatiebestendig en levenslang pensioeninkomen te kunnen financieren. Het pensioenvermogen valt bij overlijden niet toe aan de erfgenamen, maar aan het collectief van deelnemers. Op deze manier kan ook het pensioen worden betaald voor mensen die (zeer) lang leven. Binnen de pensioenregeling wordt dus het langleven risico met de deelnemers binnen het collectief gedeeld, evenals het kortleven risico (nabestaandenpensioen) en het arbeidsongeschiktheidsrisico.

e. Wanneer de deelnemer met pensioen gaat, dan behoudt deze zijn persoonlijke pensioenvermogen om daaruit iedere maand de pensioenuitkering te onttrekken. Ieder jaar wordt gedurende de uitkeringsfase door de pensioenuitvoerder berekend hoe hoog de pensioenuitkering is die een deelnemer in dat jaar uit het persoonlijk pensioenvermogen kan ontvangen. De hoogte van deze uitkering is afhankelijk van de hoogte van het persoonlijk pensioenvermogen, de verwachte resterende levensduur en het verwachte rendement dat nog behaald zal worden. Er is dus geen sprake van een scherpe knip waarin het opgebouwde pensioenvermogen in één keer wordt omgezet in een jaarlijkse vaste uitkering (annuïteit).

Perspectieven

De SER concludeert in de verkenning persoonlijk pensioenvermogen met collectieve risicodeling dat deze variant hiermee meer bekend geworden is en dat deze interessant blijft. De Verkenning gaat tevens in op de vraag hoe een mogelijke overgang naar persoonlijk pensioenvermogen met collectieve risicodeling kan plaatsvinden, maar spreekt zich niet uit over de vraag of, en binnen welke termijn dat moet gebeuren.

Introductie van een regeling met persoonlijk pensioenvermogen met collectieve risicodeling vereist de volgende maatregelen:

1. verandering van de pensioenregeling en het bijbehorende wettelijke kader;
 2. omzetten van pensioenaanspraken in persoonlijke pensioenvermogens (verdeling van de collectieve pot);
 3. beëindiging van de doorsnee systematiek.
- De laatste twee punten zijn specifiek voor de overstap vanuit de huidige uitkeringsovereenkomsten in bedrijfstakpensioenfondsen, waar het overgrote deel van de actieve deelnemers mee te maken heeft. De doorsneesystematiek wordt verplicht toegepast bij uitkeringsovereenkomsten in bedrijfstakpensioenfondsen.

Op 8 juli 2016 heeft het kabinet de Perspectiefnota Toekomst Pensioenstelsel aan de Tweede Kamer gestuurd. De nota bouwt ten dele voort en is mede een reactie op de SER

Oudere werknemers en nieuwe technologie

KEES KOREVAAR

Nieuwe technologieën hebben een enorme impact op het werk. Jongeren accepteren nieuwe vindingen doorgaans met speels gemak. Maar voor oudere collega's is het nog wel eens wennen. Hoe nieuwe technologieën worden ingevoerd, met of zonder zeggenschap van werknemers, speelt hierbij een rol. Robotica en medische technologie faciliteren een langer en gezonder leven en dus ook een langer werkend leven. Gevolg: meer werkende ouderen, meer aanpassingsproblemen en nog meer fricties op de arbeidsmarkt?

Denkende machines

Wij leven in een tijd van snelle technologische veranderingen. Na mijlpalen als de stoommachine, elektriciteit en automobiel wordt wel gesproken van de 'second machine age'. Omdat machines niet alleen fysieke arbeid vervangen, maar ook denkwerk of cognitieve arbeid overnemen (Brynjolfsson, E. en A. McAfee, 2014). Een voorbeeld hiervan is een machine die diagnoses stelt op basis van bijvoorbeeld hartritme en bloedwaarden en hierover communiceert met een ziekenhuisafdeling. De beeldvorming ten aanzien van denkende machines is overwegend negatief. Dit kan meerdere oorzaken hebben.

Nu nog een goede baan, maar straks?

Arbeidsmarktstudies van de laatste twee jaar zijn over het algemeen pessimistisch gestemd en voorspellen een 'baanloze groei'. Er wordt rekening gehouden met krimpende werkgelegenheid voor de middengroepen, ook wel baanpolarisatie genoemd (Rathenau Insti-

tuut, 2015). Dit ontstaat doordat het aantal banen op een hoger niveau blijft groeien, denk aan technisch opgeleide werknemers, engineers en programmeurs. Het aantal banen op een laag niveau zoals schoonmaken, horeca en catering zou gelijk blijven, want deze banen zijn goedkoop en moeilijker te vervangen door robots en computers. De banen die daar tussen in zitten zullen deels verdwijnen, omdat robots en computers dit type werk overnemen. Denk aan lager kantoorpersoneel, verkopers, fabriekspersoneel en dergelijke, maar ook aan sommige werknemers bij banken en grote overheidsinstellingen. Bij verdringing van denkwerk of cognitieve werkzaamheden verdwijnen banen op het midden-niveau of met een gemiddeld opleidingsniveau, zo wordt aangenomen. Veel werknemers van middelbare leeftijd of ouder werken juist in dit segment. Zij hebben misschien weinig diploma's, maar hebben zich opgewerkt in een baan die zekerheid zou bieden. De groei van webwinkels, de potentie van zelfrijdende auto's

en de opkomst van nieuwe-generatie robots worden door deze groep beschouwd als een regelrechte bedreiging. Angst voor de toekomst kan over hun eigen baan gaan, maar wellicht ook over de kansen van kinderen.

Beeldvorming, verlies van controle en stress

Een tweede bron van wantrouwen gaat over zeggenschap en autonomie. Ik weet niet of dit leeftijdsgebonden is. In de zorgsector en het onderwijs bestaat veel weerstand tegen E-health, respectievelijk E-learning, ondanks de enorme voordelen die hieraan verbonden zijn. Het uitwisselen van patiëntengegevens tussen artsen, specialisten en ziekenhuizen roept nog steeds veel weerstand op. Zorg wordt beschouwd als een persoonlijk contact tussen verpleger en patiënt en tegelijkertijd als een persoonlijk domein waarover niet verplicht met anderen hoeft te worden gecommuniceerd. Op een andere manier zien we nogal wat bezwaren tegen computeronderwijs. De oude gedachte dat de leerkracht de stof op zijn of haar manier moet overdragen aan de leerling is wijd verbreid, ook waar het beter, effectiever en met minder inspanning kan. De weerstanden tegen een door machines gestuurde samenleving zitten diep in onze westerse cultuur, anders dan bijvoorbeeld in Japan. Hilarische beelden van knap-ogende receptionistes, bejaardenverzorgsters en andere met siliconen beplakte machines dragen niet echt bij aan een zakelijk debat over mens en technologie. “De robots komen” roept bij veel mensen een beeld op van games, spionage en starwars en niet van veilig vervoer, goedkope winkels of betere zorg en onderwijs.

Onbekend is onbemind zouden we kunnen zeggen. Ouderen lopen in de regel wat achter met de acceptatie of waardering van nieuwe toepassingen. In de privésituatie hebben zij tot op zekere hoogte de vrijheid om geen gebruik te maken van een nieuw type smartphone, spotify of parkmobile, maar op het werk gaat het meestal anders. Nieuwe machines of computertoepassingen worden na wat bijscholing afdelingsbreed ingevoerd, waarna oudere medewerkers verplicht zijn om

in het nieuwe systeem te werken. Dit kan veel stress opleveren. Vooral relatief laag opgeleide medewerkers zijn gewend om op een gestructureerde en veilige manier te werken en vinden houvast in met de jaren ontwikkelde gewoonten. Nieuwe technologieën doorbreken deze gewoontevorming: we tekenen, rekenen, administreren en besturen anders, bovendien moet er met nieuwe, veel vaardiger collega's samengewerkt worden. Veel ouderen hebben het gevoel de controle over het werk te verliezen, wat op zichzelf al een bron van stress is. In een arbeidsorganisatie waar werknemers meer invloed kunnen uitoefenen op de eigen werktak wordt doorgaans makkelijker met veranderingen omgegaan. Vakscholing, een goede beheersing van technische systemen en een zekere autonomie op het werk zijn dan ook voorwaarden voor een soepel verlopende technologische verandering op het werk. Als hier onvoldoende aandacht aan besteed wordt, verlopen de veranderingen meestal stroef, wat heel veel geld kost. Dan ontstaat onnodige uitval en werkloosheid onder oudere werknemers.

Disruptieve innovatie of juist de weg van de geleidelijkheid?

Disruptief betekent dat iets nieuws en nog kleins in korte tijd de gevestigde orde gaat verdringen. Een voorbeeld is Uber.com, een klein bedrijf dat met behulp van een App de volledige taxiwereld op zijn kop gezet heeft. Of AirBnB dat hetzelfde heeft gedaan met een deel van de hotelbranche. De meesten van ons maken nooit een disruptieve verandering mee maar wel tientallen kleine veranderingen. Dit brengt ons op het terrein van scholing en bijscholing. Een lage of verouderde opleiding beperkt de kansen zowel binnen als buiten de onderneming. Veel werknemers met een beperkte opleiding blijven jarenlang hetzelfde werk doen en lopen daardoor een risico als er iets verandert in de werktak. De cijfers over (bij)scholing voor volwassenen in Nederland zien er niet goed uit. Van de werknemers met een vmbo-opleiding neemt slechts 5 % deel aan een opleiding naast het werk, een percentage dat sinds 1995 niet veranderd is. Daar komt bij dat werknemers bo-

ven de 45 jaar veel minder aan scholing deelnemen dan jongeren. De groep die de scholing het hardst nodig heeft doet er dus het minst aan. Wel wordt in fabrieken en op kantoren veel aandacht besteed aan 'informeel leren', of training-on-the job. Door deze manier van leren worden werknemers geleidelijk aan meegenomen naar een hoger niveau, waardoor zij de belangrijkste technische ontwikkelingen in ieder geval kunnen bijhouden.

Wat gebeurt er met werknemers die wel abrupte veranderingen in het werk ondervinden? Zoals de Limburgse mijnwerkers die in 1965-75 hoorden dat hun beroep zou ophouden te bestaan, en alle beroepsuitoefenaars die sindsdien min of meer vergelijkbare boodschappen hebben ontvangen? Ook hier ligt een relatie met nieuwe technologie: van kolen naar gas, van varen naar vliegen, van post versturen naar mailen en straks misschien van autorijden naar zelfsturende transportmiddelen. Ik denk dat het voor de huidige generatie onvoldoende is om te koersen op een baan of beroep voor het leven. Werknemers en zelfstandigen moeten rekening houden met een of meerdere beroepsveranderingen tijdens hun loopbaan. Voor sommigen gaat dat vanzelf: van profvoetballer, naar trainer, naar sportmanager bij wijze van spreken. Voor anderen gaat het gepaard met breuken en herstart. Het hoeft op zichzelf geen probleem te zijn als de levensduur van een gemiddelde baan korter wordt, maar er zijn wel voorzieningen nodig waardoor een 'tweede carrière' betaalbaar en uitvoerbaar is (Korevaar 2011). Die voorzieningen bestaan nu nog nauwelijks. Ik denk dat hier een nieuw werkt terrein ligt voor vakbonden en werkgeversorganisaties. In sommige bedrijfssectoren zoals de metaal en elektrotechnische industrie zijn hiervoor de eerste stappen al gezet.

Langer en gezonder leven en werken

De grootste en belangrijkste nieuwe technologie raakt het leven zelf. De gemiddelde leeftijd in Nederland stijgt nog steeds en de verwachting is dat health tech nog veel meer levensverlengende potentie heeft. Langer en gezonder leven betekent ook langer werken: geen doel,

maar langer leven moet wel betaalbaar zijn. Bovendien kan werken boven de 65 ook leuk en zinvol zijn. Het werkende leven zou uitgesmeerd moeten worden over meerdere jaren, in aanmerking genomen dat we tussentijds ook moeten kunnen leren, zorgen en ontspannen. Dit vraagt om een andere manier van denken over pensioenen en pensionering. Ik ken gepensioneerde treinmachinisten die in de zomermaanden bijspringen bij de NS. Zij rijden op de modernste machines en krijgen daar ook opleidingen voor. Zo zijn er ook gepensioneerde slagers, bankwerkers en chauffeurs die in piektijden bijspringen. Het mes snijdt hier aan verschillende kanten: je maakt later gebruik van je pensioen, je verdient wat bij en je spreekt jongere mensen. Volgens het CBS zijn er inmiddels 200.000 65plussers die gemiddeld 18 uur per week of meer werken, dat is 8% van de populatie. Het is om meerdere redenen gewenst als de starre grens van 65-67 doorbroken wordt. Een flexibel pensioen met voldoende keuzemogelijkheden voor de werknemer kan de nieuwe norm worden.

Naarmate deze trend zich duidelijker aftekent, komen de hierboven gestelde vragen nog scherper terug. Hoe is het voor ouderen om te participeren in een technologisch geavanceerde werkomgeving? Zijn de al genoemde beleidsmaatregelen – anders organiseren, scholing, tweede carrière – voldoende? Of dienen zich nog nieuwe oplossingen aan?

Literatuur

- Brynjolfsson, E. en A. McAfee (2014), *The second machine age. Work, progress and prosperity in a time of brilliant technologies*. New York.
- Kees Korevaar (2011), *Op eigen kracht. Arbeidsrelaties na de verzorgingsstaat*. Amsterdam.
- Rathenau Instituut (2015), *Werken aan de robotsamenleving. Visie en inzichten uit de wetenschap over de relatie technologie en werkgelegenheid*

Over de auteur

Kees Korevaar werkte lange tijd als beleidsadviseur voor de FNV en op de Universiteit van Tilburg. Hij werkt op dit moment als zelfstandig adviseur op het terrein van arbeidsvraagstukken www.korevaaradvies.nl

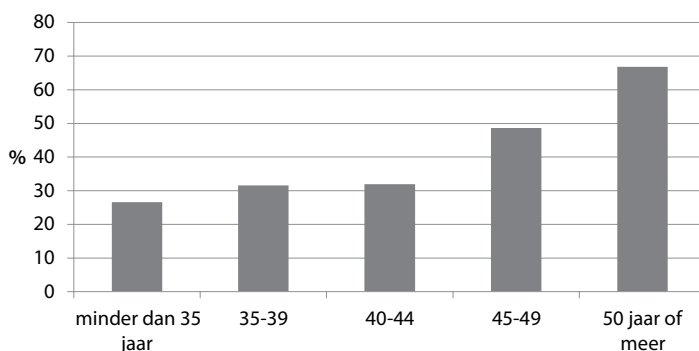
Veel frustratie over wijzigingen in het pensioenstelsel

HANNA VAN SOLINGE, NIDI

Het Nederlandse pensioenlandschap is sterk in beweging. De cohorten geboren in of na 1950 werden binnen een relatief kort tijdsbestek geconfronteerd met een aantal ingrijpende wijzigingen in de pensioenregelingen. In 2006 werden de fiscale faciliteiten om te stoppen met werken vóór het 65ste jaar afgeschaft, en in 2012 werd besloten om de AOW leeftijd stapsgewijs te verhogen tot 67 jaar (en daarna te koppelen aan de levensverwachting). Recent NIDI-onderzoek onder 6.800 werknemers van 60 jaar en ouder laat zien dat langer doorwerken voor een aanzienlijke groep oudere werknemers niet meevalt. Vier op de tien deelnemers aan het onderzoek geeft aan erg of heel erg te zijn overvallen door de verhogingen van de pensioenleeftijd. Op het moment dat in 2006 de VUT- en prepensioenregelingen

ophielden te bestaan, was men tussen de 51 en 56 jaar oud. Waar hun iets oudere collega's nog op 62-jarige leeftijd of eerder konden stoppen met werken, moest deze groep vanaf dat moment door tot 65. Door de wetswijziging van 2012 kon dat voor sommigen oplopen tot 67 jaar. Velen zien dit als een groot onrecht: 44 procent van alle deelnemers geeft aan boos of zeer boos te zijn over de verhoging van de pensioenleeftijd. Ook het feit dat er aan de ene kant verwacht wordt dat men langer doorwerkt, maar dat daar binnen organisaties vaak weinig steun voor is, wekt irritatie. Boosheid komt vooral voor bij mensen met een lange arbeidsduur (45 of meer dienstjaren bij pensioen). Ook neemt de boosheid toe naarmate men door gezondheidsklachten meer wordt belemmerd in het werk.

Percentage dat (zeer) boos is over verhoging pensioenleeftijd naar dienstjaren



Bron: NIDI Pensioen Panel 2015

Langer werken en pensionering: de rol van gezondheid

ANOUK KOEKKOEK & MARLEEN DAMMAN

Door veranderingen in de regelgeving rond (vervroegd) pensioen moeten veel oudere werknemers langer werken dan zij aanvankelijk hadden voorzien. De afgelopen decennia was een slechte gezondheid één van de redenen om vervroegd te stoppen met werken. Nu vervroegde pensionering alleen nog tegen hoge kosten een optie is, ontstaat de vraag hoe oudere werknemers – en met name degenen met gezondheidsklachten – nu denken over doorwerken en pensionering.

Gezondheidsklachten

In 2015 heeft het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) een grootschalig onderzoek gedaan onder oudere werknemers die zijn aangesloten bij drie pensioenfondsen in Nederland. De pensioenfondsen vertegenwoordigen de sectoren overheid, onderwijs, bouw, zorg en welzijn. Ruim 6000 werknemers van 60-64 jaar hebben de vragenlijst ingevuld. De overgrote meerderheid van deze ondervraagden ervaart de gezondheid als uitstekend (9%), zeer goed (20%), of goed (54%). Toch heeft een groot deel te kampen met gezondheidsklachten. Zo'n 70 procent geeft aan ten minste één door een arts vastgestelde fysieke en/of mentale gezondheidsklacht te hebben. Ongeveer 23 procent heeft drie of meer klachten. Vrouwen rapporteren gemiddeld genomen meer gezondheidsklachten dan mannen en lager opgeleiden rapporteren meer klachten dan hoger opgeleiden. Daarnaast hangt het aantal aandoeningen samen met de subjectieve zwaarte van het werk. Oudere werknemers

die hun werk als lichamelijk of emotioneel zwaar ervaren, rapporteren meer gezondheidsklachten.

Ongeveer 35 procent van de ondervraagden wordt licht belemmerd in het werk door gezondheidsklachten en negen procent wordt sterk belemmerd. Van de mensen met één aandoening, wordt zo'n 38 procent licht belemmerd en zes procent sterk belemmerd in het werk. Bij de mensen met drie of meer aandoeningen stijgen deze percentages: zo'n 60 procent wordt licht belemmerd en 23 procent wordt sterk belemmerd in het werk. Dat gezondheidsklachten de uitvoering van werk kunnen belemmeren, blijkt ook uit de toelichting van deze respondent 'Er werken vier 55-plussers op mijn afdeling, alle vier hebben ze in meer of mindere mate gezondheidsklachten (veel rug, nek, hernia gerelateerde klachten). De motivatie om te werken is heel hoog, alleen de gezondheid zet er regelmatig de rem op.' (1955, man, hoofd economische zaken).

Verwachtingen en wensen over pensionering

In het onderzoek is gevraagd naar de verwachtingen en wensen omtrent de pensioenleeftijd. In figuur 1 worden deze uitgesplitst naar gezondheidsklachten. Zoals te zien is in figuur 1, verschilt de *verwachte* gemiddelde leeftijd om met pensioen te gaan weinig naar de hoeveelheid gezondheidsklachten. Het gemiddelde ligt rond de 65,8 jaar.

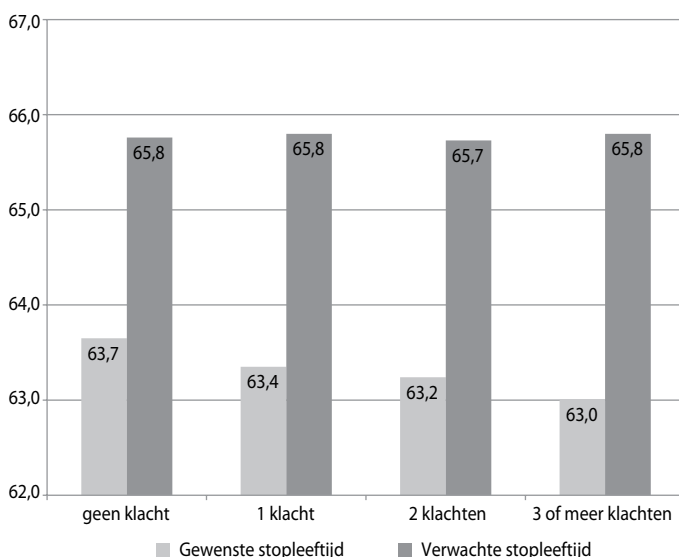
Daarentegen is er wel een duidelijke samenhang tussen de hoeveelheid gezondheidsklachten en de *gewenste* pensioenleeftijd: mensen met drie of meer aandoeningen zouden eerder met pensioen willen gaan (63 jaar), dan mensen zonder gezondheidsklachten (63,7 jaar). De discrepantie tussen preferenties en verwachtingen wordt dus groter, naarmate het aantal aandoeningen stijgt. Echter, alle groepen (zelfs de groep zonder klachten) moeten aanzienlijk langer doorwerken dan ze zouden willen als ze het zelf voor het zeggen hadden. Deze respondent geeft aan dat zijn gezondheid een reden is om eerder met pensioen te willen gaan: *‘Werken is voor mij altijd bijzonder belangrijk geweest. Mede gelet op mijn afnemende gezondheid en inmiddels 43 jaar fulltime werken is zo snel mogelijk*

stoppen bijzonder belangrijk geworden.’ (1953, man, relatiebeheerder).

Eén van de oorzaken van de discrepantie tussen de gewenste en verwachte pensioenleeftijd zijn financiële restricties. Vervroegd stoppen met werken is binnen de nieuwe regelgeving kostbaar (elk jaar dat iemand eerder stopt zorgt voor een korting van ongeveer 8 procent op het pensioen). Respondenten ervaren eveneens dat de financiële voorbereidingen voor hun pensionering niet meer toereikend blijken te zijn. Deze situatie kan zorgen voor een dilemma, zoals bij deze docente: *‘Ik heb tot twee jaar geleden nooit gedacht eerder te willen stoppen met of minder te werken. Door verslechtering van gezondheid moest dit wel. Als kostwinner kan ik niet stoppen met werken, om mijn gezondheid zou het moeten. In het verleden heb ik maatregelen genomen voor pensioenaanvulling. Deze blijken door de AOW-verhoging en wegvallen VUT/FPU nu ontoereikend.’* (1953, vrouw, docent).

Is langer werken wel vol te houden?

De verwachte leeftijd waarop respondenten met pensioen denken te gaan verschilt weinig naar gezondheidsklachten. Wel is er een duidelijk verschil in hoe de respondenten aankij-



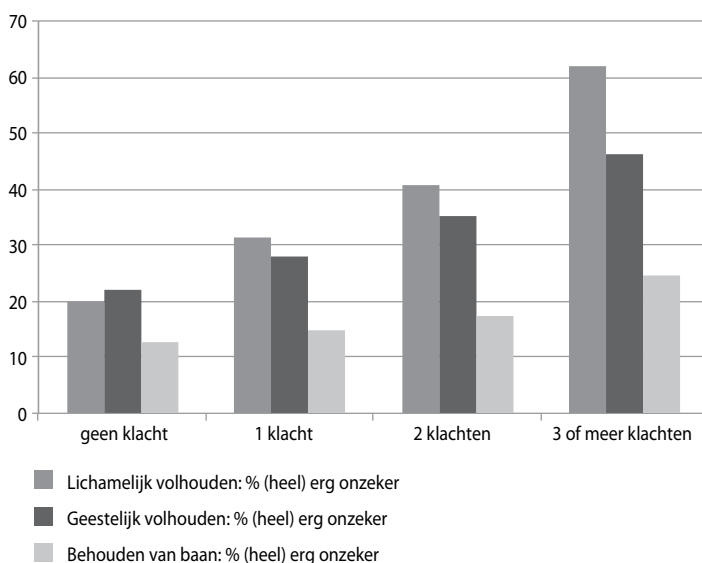
Figuur 1. De gewenste en verwachte leeftijd om met pensioen te gaan naar aantal gezondheidsklachten

ken tegen het volhouden en behouden van betaald werk tot aan de pensioenleeftijd. Een aanzienlijk deel van de mensen met meerdere gezondheidsklachten is onzeker over hun mogelijkheden om het werk te blijven doen tot aan de pensioenleeftijd (zie figuur 2).

Oudere werknemers met gezondheidsklachten zijn het meest sceptisch over hun *lichamelijke* mogelijkheden om het werk tot aan de pensioenleeftijd vol te houden: zo'n 60 procent van de mensen met drie of meer gezondheidsklachten is erg onzeker, tegenover 20 procent van de mensen zonder klachten. Over het *geestelijk* volhouden van het werk heeft ook een aanzienlijk deel van de ondervraagden twijfels. Onder de oudere werknemers met drie of meer klachten is zo'n 45 procent onzeker of het werk wel geestelijk is vol te houden tot aan de pensioenleeftijd. Bij de oudere werknemers zonder klachten is dit ongeveer 20 procent. Eén van de respondenten zegt hierover: *'Werk op een kinderdagverblijf, VSO en BSO, denk dat ik dit niet volhoud tot mijn 67e. Dat benauwt me enorm. . . . Na een burnout heeft de psycholoog aangeraden om maar 20 uur per week te werken.'* (1954, vrouw, pedagogisch medewerker).

Zorgen om het *behouden* van werk komen minder vaak voor. Toch is zo'n 25 procent van de respondenten met drie of meer gezondheidsklachten erg onzeker, waar ongeveer 10 procent van de respondenten zonder klachten aangeeft erg onzeker te zijn. Een respondent vertelt hierover: *'Op dit moment is er veel onzekerheid, er is geen werk voor de machine, dus mag ik met een schep naar het werk, wegens mijn gezondheidsproblemen is dat niet vol te houden. Ik verwacht spoedig ontslagen te worden.'* (1954, man, kraanmachinist).

Naast de onzekerheid over het volhouden en behouden van werk, bestaat er bij enkele respondenten onrust over wat het langer doorwerken zal betekenen voor de kwaliteit van leven tijdens het pensioen. Ze zijn bang dat hun plannen om bijvoorbeeld te reizen of gewoonweg te genieten van hun vrije tijd doorkruist zullen worden door een slechte gezondheid. *'Werken met mijn zeer slechte gezondheid valt mij zeer zwaar. . . . Ik ben nu gedwongen door te werken tot ik echt niets meer kan en waarschijnlijk niet meer van mijn pensioen kan genieten.'* (1953, man, chauffeur/machinist).



Figuur 2. Onzekerheid ten aanzien van behouden en volhouden betaald werk tot aan pensioenleeftijd naar aantal gezondheidsklachten

Volgens veel respondenten is er aandacht voor de gezondheid en het welbevinden van de werknemers in de organisatie waar ze werken. Met de stelling “Er is in deze organisatie veel aandacht voor gezond en veilig werken” is bijna 60 procent van de oudere werknemers het (helemaal) eens. Op de stelling “Gezondheid en welbevinden van werknemers zijn belangrijk in deze organisatie” antwoordt een vergelijkbaar percentage instemmend. Oudere werknemers die vinden dat er vanuit de organisatie aandacht is voor gezond werken, zijn gemiddeld genomen minder onzeker over het volhouden van betaald werk tot aan de pensioenleeftijd.

De rol van gezondheid

In het licht van de vergrijzende bevolking en de verwachte consequenties daarvan voor de arbeidsmarkt en sociale zekerheid is de discussie over pensionering de afgelopen jaren onverminderd doorgegaan. De Rijksoverheid heeft diverse maatregelen getroffen om langer doorwerken te stimuleren. Regelingen voor vervroegde uittreding, zoals de VUT, zijn afgeschaft. Ook wordt de AOW-leeftijd stapsgewijs verhoogd tot 67 jaar en is vanaf 2022 gekoppeld aan de levensverwachting. Door deze veranderingen moeten de cohorten werknemers die in de huidige studie zijn onderzocht aanzienlijk langer doorwerken dan dat ze lange tijd hadden voorzien.

Tijdens de jaren waarin er nog een cultuur van vervroegde uittreding bestond, was een slechte gezondheid niet alleen een voorspeller van arbeidsongeschiktheid, maar ook van vervroegde pensionering (Van Rijn et al 2014). Kwalitatief onderzoek laat zien dat mensen met gezondheidsklachten eerder met pensioen gingen, niet alleen omdat het uitvoeren van het werk niet meer ging, maar ook om verwachte problemen met de gezondheid in de toekomst te voorkomen (De Wind et al 2013).

Het beeld van nu is dat mensen met gezondheidsproblemen nog steeds de wens heb-

ben om eerder met pensioen te gaan dan degenen zonder gezondheidsklachten, maar niet verwachten eerder met pensioen te zullen gaan. Vervroegd stoppen met werken lijkt slechts te gebeuren wanneer het echt niet meer gaat, of als er financiële mogelijkheden zijn om het vervroegde pensioen te bekostigen (Henkens et al 2013). Lager opgeleiden lijken hierdoor dubbel geraakt te worden: zij hebben gemiddeld genomen meer aandoeeningen en minder financiële middelen. De veranderingen in het pensioenlandschap gaan gepaard met onzekerheid. Met name oudere werknemers die kampen met meerdere gezondheidsklachten vragen zich af of ze hun werk wel kunnen volhouden tot aan de pensioenleeftijd. Toekomstig onderzoek zal ons leren hoe dit uitpakt in de praktijk.

Literatuur

- Henkens, K., Solinge, H. van & Dalen, H. van. (2013). *Doorwerken over de drempel van het pensioen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Rijn, R.M. van, Robroek, S.J.W., Brouwer, S. & Burdorf, A. (2014). Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. *Occup Environ Med* 71: 295-301
- Wind, A. de, Geuskens, G.A., Reeuwijk, K.G., Westerman, M.J., Ybema, J.F., Burdorf, A., Bongers, P.M. & Beek, A.J. van der (2013). Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. *BMC Public Health*, 13: 292.

Over de auteurs

Anouk Koekoek was stagiair bij het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI-KNAW) en studeert dit jaar af aan de afdeling Sociologie van de Universiteit van Amsterdam. *Marleen Damman* is postdoctoraal onderzoeker binnen de themagroep Werk en Pensioen op het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI-KNAW) en is verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen (UMCG).

Levenseinde in psychologisch perspectief

RIA WIJNEN

Marja Vink, Saskia Teunisse, Henk Geerstema(red.) 2016, Klaar met leven? Ouderen en het levenseinde in psychologisch perspectief. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (102 pagina's € 29,95, ISBN 978-90-368-1093-7)



Levenseinde en ouderen, het hoort bij elkaar. Er wordt ook veel over gepubliceerd bijvoorbeeld in de kwaliteitskranten. In dit boek komen artsen en psychologen aan het woord die putten uit hun ervaring, gecombineerd met theoretische kennis.

Dit boek is met name geschreven voor psychologen die werkzaam zijn in de ouderenzorg. Zij worden, gezien hun werkzaamheden, veelvuldig geconfronteerd met het levenseinde. In dit boek wordt dit in drie gedaanten gepresenteerd: 'het vredige levenseinde', 'het zelfgekozen levenseinde' en 'het gevreesde levenseinde'. Wat hebben hulpverleners ouderen die worstelen met het levenseinde te bieden bij elk van deze drie gedaanten?

Aan het vredige levenseinde is slechts één hoofdstuk gewijd. De Belgische klinisch ouderenpsycholoog Luc van de Ven staat garant voor een degelijk theoretisch onderbouwde verhandeling, voorzien van uit het leven gegrepen voorbeelden

Deel 2 handelt over het zelfgekozen levenseinde. Jos de Keijser, bijzonder hoogleraar

Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, geeft zijn bijdrage de titel: 'Levensbeëindiging als oplossing?' Hij gaat in op hulp bij zelfdoding en behandelt het model van stress-kwetsbaarheid (Robert Goldney, 2008) en entrapment (David Williams, 2005) naast de theorie van Joiner (2009). Met name het behandelen van deze drie modellen in onderlinge samenhang en de heldere figuren maken zijn bijdrage zeer lezenswaardig en verhelderend. Maritza Allewijn en Saskia Teunisse, respectievelijk gezondheidspsycholoog en klinisch psycholoog, behandelen in hun hoofdstuk de psychologische hulp bij euthanasievragen bij dementie. Een onderwerp dat dikwijls in de publiciteit staat, maar de auteurs refereren daar niet aan. Zou het niet zo kunnen zijn dat ouderen door alle publiciteit

over euthanasie en dementie, zoals die gestalte krijgt in de media, beïnvloed worden? De beschrijving over mogelijk hulp bij euthanasievragen staat zo wat los van de maatschappelijke werkelijkheid en dat is jammer.

Dick Elzinga, specialist ouderengeneeskunde, beschrijft met behulp van een casus de problemen en hulpvragen van ouderen met een doodswens die de regie in eigen hand willen houden en kiezen voor het stoppen met eten en drinken: STED genaamd. Dat dit een ingrijpend proces is voor zowel de oudere als diens naaste omgeving is duidelijk. Maar zijn voorbeeld laat zien dat het een mogelijke optie is waar ouderen dikwijls voor kiezen nadat een euthanasieverzoek is afgewezen.

Het gevreesde levenseinde is het laatste deel van dit boek. Quin van Dam, klinisch psycholoog en psychoanalyticus, laat zien dat de doodsangst vele gezichten kent, niet alleen bij degene die dood gaat, maar ook bij naasten en verzorgers/hulpverleners. Zijn bijdrage is doorspekt met levensechte voorbeelden die hulpverleners kunnen helpen bij het bijstaan van de stervende persoon.

Hoofdstuk 6 (Christien de Jong, psycholoog en Jolanthe de Tempe, socioloog) en 7 (Etje Verhagen, gezondheidszorg psycholoog) gaan over de emotionele turbulentie die ontstaat zodra de dood in het vizier komt en de rol die levensbeschouwing kan spelen. Zowel de oudere als zijn/haar mantelzorgers kunnen ontregeld raken. Verbinding met anderen en een goede samenwerking met professionele zorgverleners kunnen in dit proces ondersteuning bieden en het proces van lijden en af-

scheid nemen dragelijk maken. In hoofdstuk 7 wordt daartoe een theoretisch kader geboden (*window of tolerance*, Ogden & Minton, 2000). Maar ook het geloof kan in een laatste levensfase tot steun zijn. Een constructief samenspel van psycholoog en geestelijk verzorger kan in die fase ondersteuning bieden die een volwaardig levenseinde schragen. Daarover gaat een lezenswaardige paragraaf in deze verhandeling. Zingevingproblematiek gekoppeld aan levensbeschouwelijke aspecten vormt een goed samenspel.

Toenemende afhankelijkheid en de confrontatie met ziekte en dood zijn bronnen van lijden. In hoofdstuk 8 vat Piet van Leeuwen, specialist ouderengeneeskunde, de verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast nog eens samen. Dat die balans altijd door goede hulpverlening in evenwicht gebracht kan worden is utopie. In zijn optiek is hulpverlening balanceren tussen doen en zijn.

De auteurs zijn bijna allemaal werkzaam bij Gerion, VU medisch centrum in Amsterdam. Het voorwoord in dit boek is geschreven door Kees Knipscheer, emeritus hoogleraar sociale gerontologie. Hij verbindt 'valuation of life' aan levensmoeheid. Omdat ouderdom met gebreken zou komen, lijkt levensmoeheid onvermijdelijk. Maar niet in de visie van Lawton en collega's die in dit voorwoord door Knipscheer ten tonele worden gevoerd.

Over de auteur

Ria Wijnen is redacteur van *Geron*.



Stappenplan helpt innovatie in ouderenzorg aan structurele financiering

ESTHER RIKKENGA

Bedenkers van innovatieve zorgproducten en diensten in de ouderenzorg hebben vaak moeite met het realiseren van structurele financiering na afloop van de projectfase. En dus blijven veel mooie kansen op betere zorg onbenut. Een nieuw stappenplan moet daarin verandering brengen. Met meer kennis over de succesfactoren en de valkuilen rondom financiering hoeven projectleiders straks niet langer steeds met de pet rond.

Belemmeringen voor bekostiging

Het zal veel projectleiders bekend in de oren klinken; je hebt een project succesvol afgerond en gaat enthousiast aan de slag om de uitkomsten verder uit te rollen. Want jouw innovatie kan voor veel meer mensen meerwaarde bieden. Maar wat je ook probeert, er is maar moeilijk een financier te vinden die met je in zee wil. Alle veelbelovende uitkomsten ten spijt.

Het is geen nieuw probleem; veel projecten hangen tot op heden van financiële improvisaties aan elkaar. Het maakt duidelijk dat het implementeren en verspreiden van innovaties niet vanzelf gaat, zelfs niet als er enthousiaste ambassadeurs of succesverhalen zijn. Voor het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), dat zelf tal van innovatieve projecten mogelijk heeft gemaakt, was dat reden om een inventarisatie te maken. De vraag: welke financieringsknelpunten komen projectleiders en andere betrokkenen in de praktijk tegen bij de uitrol van veelbelovende innovaties?

In opdracht van het NPO vroeg adviesbureau ZorgmarktAdvies vier succesvolle NPO-projecten – Even Buurten, Om U, Transmurale Zorgbrug en SamenOud – naar de belemmeringen bij het verkrijgen van structurele bekostiging. Belangrijkste conclusie: moeilijkheden ontstaan vaak doordat meerdere financiers (gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars) betrokken zijn. Vaak sluit het project onvoldoende aan op de cultuur en werkwijze van deze financiers. Verder schrijven de auteurs in hun conclusies dat de projecten door hun innovatieve karakter niet altijd even goed in de reguliere bekostiging passen. Ook komt het volgens hen wel eens voor dat de baten ten goede komen aan één partij, terwijl een andere partij opdraait voor de kosten.

Vijf stappen tot succes

De gesprekken leverden veel kennis op die, gebundeld in een stappenplan, partijen kan helpen bij het verkrijgen van structurele financiering. De auteurs beschrijven verschil-

lende stappen die de kans op succes vergroten. Allereerst is het belangrijk dat de geldvrager zich verdiept in de wereld van de financiers. Tussen de verschillende geldschieters bestaan namelijk fundamentele verschillen. Zo hebben gemeenten alle vrijheid om innovaties structureel te bekostigen, omdat zij geen scherp afgebakende verplichtingen hebben. Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten zich primair richten op hun wettelijke verplichtingen.

Vervolgens is het belangrijk dat projectleiders de kosten en baten helder presenteren, bij voorkeur in de vorm van een business case. Volgens ZorgmarktAdvies moet de meerwaarde van de innovatie beknopt, helder en zakelijk duidelijk worden gemaakt. Het is van belang dat de projectleider daarbij nauw samenwerkt met (vertegenwoordigers van) ouderen. Zij hebben immers belang bij structurele implementatie van de innovatie.

De volgende stap is het bepalen of de innovatie in één domein (Wmo, Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg) thuishoort, of dat de grenzen minder duidelijk zijn. Wanneer er één financier is, moet worden vastgesteld wat de meest passende wijze van bekostiging is. Bij meerdere financiers is nog een laatste stap nodig: bekijk het integrale plaatje en betrek als dat wenselijk is ook andere financiers. Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn de regionale besluitvormingsstructuur en de beperkte mogelijkheden van zorgkantoren voor cofinanciering.

Nieuwe tijden, nieuwe werkwijzen

Een van de vier NPO-projecten waar ZorgmarktAdvies het stappenplan op baseerde, is SamenOud: een nieuwe zorgvorm waarbij de zorg en begeleiding van ouderen georganiseerd wordt door een Ouderenzorg Team in de eerste lijn. Programmaleider dr. Klaske Wynia is ervan overtuigd dat projectleiders overall in Nederland veel aan het praktische document kunnen hebben. "Ook voor ons was – en is – het een continue zoektocht naar manieren om onze innovatie te verankeren in de dagelijkse praktijk. Vroeger was het simpel: je kreeg subsidie voor je project en wat er na

Het stappenplan in het kort

Het stappenplan voor het verkrijgen van structurele financiering voor innovaties in de ouderenzorg bestaat uit vijf stappen:

1. Verdiep je in de wereld van de financiers
2. Presenteer de kosten en baten helder voor de financier
3. Bepaal of de innovatie duidelijk in één domein thuishoort
4. Stel vast wat de meest passende wijze van bekostiging is
5. Bekijk het integrale plaatje en betrek zo nodig ook andere financiers

afloop met de resultaten gebeurde, daar hield je je minder mee bezig. Dat is met een integraal zorgprogramma als SamenOud wel anders. Naast de reguliere zorg en begeleiding zijn er bijvoorbeeld ook vergoedingen nodig voor de Ouderenzorg Teams, de casemanagers en het persoonsgebonden dossier. De vraag is wie dit gaat betalen: de zorgverzekeraar of de gemeente? Dat maakt de borging van een innovatie wel complex, zeker als je met verschillende domeinen te maken hebt."

Aanbieders en financiers werken al sinds de start van SamenOud nauw samen. Bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties zitten in stuurgroepen en realiseren de zorg en begeleiding in de praktijk, maar ook de bekostiging ervan. In Drenthe regelden zij dat zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente SamenOud voor een periode van twee jaar financieren. Wynia en haar collega's houden intussen de vinger aan de pols en richten zich onder andere op nieuw onderzoek. Wynia: "We kijken bijvoorbeeld naar de langetermijneffecten van SamenOud voor ouderen, kwaliteit van zorg en kosten. De uitkomsten zijn van belang voor borging na deze tijdelijke financiering."

Voor projectleiders die nog geen structurele financiering hebben gevonden, heeft Wynia een tip. "Denk out-of-the-box. Nieuwe tijden vragen om nieuwe werkwijzen. Dat ziet staatssecretaris Van Rijn van VWS gelukkig ook. Hij heeft de stuurgroepen van Samen-

Oud en betrokken financiers gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden voor een duurzaam integraal bekostigingssysteem passen bij integrale zorg. Een andere tip: blijf communiceren. Zelfs als een innovatie succes heeft, zijn er moeilijke momenten, bijvoorbeeld als belangen uiteen lopen. Wat bindt is het gezamenlijke doel: het organiseren van integrale zorg, zodat ouderen langer prettig en veilig thuis kunnen blijven wonen.”

Standpunt van de financier

Behalve voor onderzoekers en projectleiders is het stappenplan ook geschreven voor financiers. Een goede zaak, vindt innovatiemanager Rob Dokter van zorgverzekeraar VGZ. “Financiers en onderzoekers hebben een andere achtergrond, zien andere problemen, spreken een andere taal en denken aan andere oplossingen. Het is daarom belangrijk om een gemeenschappelijk vocabulaire te vinden, zodat we samen op één lijn komen. Dit stappenplan helpt daarbij.”

Dokter en zijn collega's krijgen maandelijks zo'n zestig verzoeken voor bekostiging van innovaties. Ongeveer een derde daarvan, twintig verzoeken, wordt uitgebreider bekeken en doorgerekend. “We kijken dan naar een goede balans tussen de drie K's: kwaliteit van zorg, kosten en klantbeleving. We gaan voor wat wij noemen ‘zinnige zorg’: zorg waarbij de patiënt centraal staat en overbehandeling en verspilling worden vermeden. Verder is het voor ons belangrijk dat een project een enthousiaste ambassadeur heeft én eenvoudig uitrolbaar en opschaalbaar is. Al deze elementen moeten goed vertegenwoordigd zijn.”

Om de kans van slagen te vergroten is volgens de innovatiemanager een goede voorbe-

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

Het NPO verbetert de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Talrijke organisaties slaan daarvoor landelijk en regionaal de handen ineen. Het doel is een samenhangend zorgaanbod te ontwikkelen dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Binnen het NPO liepen meer dan 200 projecten, waarvan de resultaten op www.BeterOud.nl te zien zijn. Het NPO is een programma van ZonMw, dat in samenwerking met de NFU en de CSO in 2008 is gestart. Opdrachtgever is het ministerie van VWS.

reiding onontbeerlijk. “Dat klinkt vrij logisch, maar wordt toch vaak vergeten. Ken je doelgroep en onderbouw je argumentatie goed; kun je hun vraag of probleem vertalen naar jouw nieuwe product of werkwijze?” Met het online platform Zinnige Zorg Loket probeert VGZ projectleiders daarbij te ondersteunen. Dat gebeurt in samenwerking met zorgaanbieders en via de inkoopgesprekken. Deze ideeën komen dan weer in aanmerking voor de Zinnige Zorg Award in 2017 en kunnen als nieuwe werkwijze worden opgenomen in het zorginkoopbeleid.

Meer informatie

Het ‘Stappenplan realiseren structurele financiering innovatieve ouderenzorg’ is te vinden op www.zonmw.nl (zoek op ‘stappenplan innovatieve ouderenzorg’).

Over de auteur

Esther Rikkengaa is tekstschrijver en communicatieadviseur bij Leene Communicatie te Gouda, www.leenecomunicatie.nl.

Congres: 20e Editie van de Geriatriedagen

Op 9 en 10 februari 2017. Locatie: 's-Hertogenbosch, 1931 Congrescentrum. Zie voor meer informatie: www.geriatriedagen.nl

De organisatoren van de Geriatriedagen willen een congresprogramma bieden dat zowel leerzaam, innovatief als prikkelend is voor genees- en verpleegkundigen, fysiotherapeuten, gerontologen en andere zorgprofessionals in de geriatrie. De congrescommissie streeft naar verdieping en verbreding. Verdieping van specialistische kennis en verbreding in de zin van multidisciplinaire zorgvernieuwing. Zowel wetenschappelijke onderwerpen als de dagelijkse praktijk komen aan bod. Evenals voorgaande jaren bestaat het programma uit plenaire presentaties, kleinschalige symposia en workshops met een interactieve opzet. Geron is aanwezig met een symposium waarin een tussenstand wordt gegeven over de hervorming van de langdurige zorg. Sprekers op dit symposium zijn: Jan Coolen, zelfstandig adviseur zorg, en Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde Radboudumc.

Generaties huizen samen: veelbelovende woonprojecten voor jong en oud

Veronique Huijbregts i.s.m. Yvonne Witter. Utrecht: Aedes-Actiz. Kenniscentrum Wonen-Zorg, 25 pagina's, gratis te downloaden via www.kcwz.nl/doc/woonvariaties/Generaties-huizen-samen-web.pdf.

De maatschappelijke belangstelling voor intergenerationeel wonen neemt toe. Dat constateren het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, Leyden Academy on Vitality and Ageing en Vereniging Het Zonnehuis. De publicatie belicht vijf bestaande varianten van intergenerationeel wonen. Alle vijf zijn het voorbeelden van zinvolle ontmoetingen tussen jong en oud. Er worden aandachtspunten voor de organisatie van deze projecten beschreven, voorwaarden voor succes en hobbels en knelpunten. Oude en jonge bewoners komen aan het woord. Beide generaties hebben elkaar gezelligheid, praktische steun en levenslessen te bieden, zo blijkt uit hun woorden. Een Goede Buur is beter dan een verre vriend, geldt hier in de praktijk. Deze uitgave kan iedereen die aan de slag wil met intergenerationele woonprojecten of bezig is met het vormgeven van 'inclusieve wijken' op ideeën brengen en laten leren van de lessen die tot nu toe geleerd zijn.



Ontwerp omslag

Simon van Kessel

Basis vormgeving

Omslag: Twin Media, Simon van Kessel

Binnenwerk: Prepress media groep

Advertenties

Cross Media Nederland

010-7421020, zorg@crossmedianederland.com

Arbeidsmarktcommunicatie

Sales Support

030-6383603, adverteren@bsl.nl

Aanleveren advertentiemateriaal: traffic@bsl.nl,

Nico Verbon, tel. 030-6383943

Abonnementen

Geron verschijnt vier keer per jaar.

Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 64,50,

online-only abonnement (enkel online toegang) € 38,70.

Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten.

Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Inzenden artikelen

De redactie van Gerôn stelt inzending van artikelen met informatie en opinies uit praktijk, beleid en wetenschap van het ouder worden in de moderne samenleving zeer op prijs. U wordt verzocht uw bijdrage op te stellen volgens de geldende richtlijnen (zie <https://www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies>) en in te sturen naar het redactieadres: geron@bsl.nl

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

www.bsl.nl

© 2016, Bohn Stafleu van Loghum



Bohn
Stafleu
van Loghum



ISSN: 1389-143X

VOLGENDE KEER IN GERÔN

THEMA: OUDEREN OP HET PLATTELAND

- De vitaliteit van de dorpsgemeenschap, noodzakelijk voor goed wonen van ouderen
- Thuis voelen in je dorp
- Armoede onder ouderen op het platteland in Vlaanderen en Wallonië

EN VERDER:

- De Waarde van vrijwilligers in de palliatieve zorg
- De Seniorvriendelijke stad
- Van vroegpensioen naar langer doorwerken
- The Generation Keeper, over trainingen leefplezier voor verpleegkundigen in de ouderenzorg

In dit nummer

verder onder andere

December 2016 | jaargang 18 | #4

Wat betekent goede zorg
in Vlaanderen anno 2016

– Anne Van der Gucht

Een succesvolle eenzaamheids-
interventie
De online Vriendschapscursus 50+

– Tamara Bouwman

Een mantelzorgvriendelijk
personeelsbeleid streeft naar
werkbaar werk voor mantelzorgers

– Katrijn Lecautere, Céline Baele & Sarah Janssens

De rol van de sociale omgeving bij
gezond oud worden

– Paul van de Vijver & David van Bodegom

Kwaliteit van leven van
alleenwonende ouderen

– Robert Gobbens

Diversiteit is het adagium
Op weg naar seniorvriendelijke
woonomgevingen

– Daniëlle Harkes & Yvonne Witter

Vossenjachtgame om het langer thuis
wonen van ouderen te stimuleren

– Ate Dijkstra, Hetty Kazimier van der Zwaag & Wiebe Kooistra

Verandering in het Nederlands
pensioenstelsel

– Bart van Riel

Oudere werknemers en nieuwe
technologie

– Kees Korevaar

