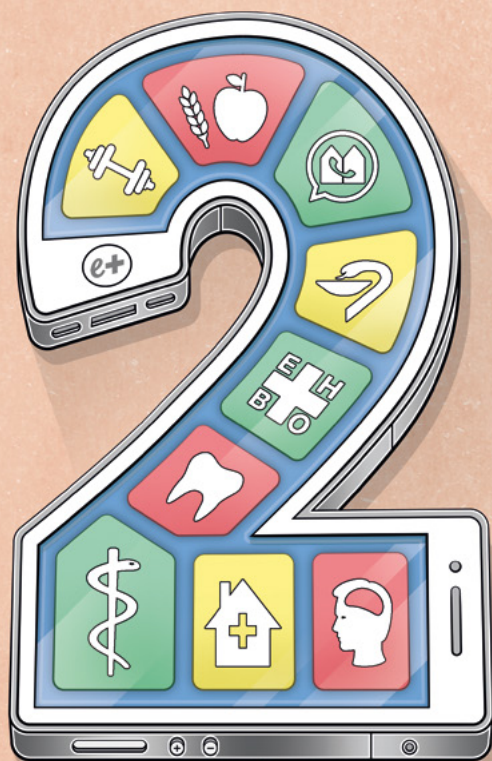


Interview met Masi
Mohammadi
“Je kunt van
duurzaamheid
spreken bij nieuwe
technologie als je
van een product
naar een dienst
gaat”

Gezondheid & zorg
De kritieke
factoren van het
zorgproces



eHealth

De belangrijkste trends in
de ontwikkeling van eHealth
of digitale zorg

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

- Franka Bakker, docent-onderzoeker
Hogeschool Windesheim, Zwolle
- Max de Coole, sociaal gerontoloog, Groesbeek
– hoofdredacteur
- Sybren Kalkman, schrijver, accountant en
mantelzorger, Aardenhout
- Inge Klück, beleidsmedewerker Cluster
Maatschappelijke Ontwikkeling, Gemeente
Rotterdam
- Jan Willem van de Maat, Movisie, Utrecht
- Eric Schoenmakers, toegepaste gerontologie,
Fontys Hogescholen, Eindhoven
- Arie Stolk, voormalig directeur De Burcht,
Amsterdam
- Netty van Triest, senior projectleider
Platform31, Den Haag
- 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
- Angélique van Vondelen, Woordwaarde
teksten & vertalingen, Zeist – eindredacteur
- Ria Wijnen, gerontoloog, Gilze

REDACTIEADVISEURS

- Jan Baars, Universiteit voor Humanistiek,
Utrecht
- Henk Bakkerode, voormalig directeur
Ouderenbeleid, min. VWS, Den Haag
- Laura Christ, sociaal gerontoloog, Brummen
- 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
- 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

eHealth

Het gebruik van digitale hulpmiddelen is niet meer weg te denken uit ons dagelijks leven. Uit gegevens van het CBS van 2013 blijkt dat meer dan 97% van de Nederlandse huishoudens gebruik maakt van digitale technieken.

In de gezondheidszorg is het gebruik van digitale middelen evenmin weg te denken, eHealth is er ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg maar ook ter ondersteuning van zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg. Het klinkt allemaal veelbelovend, maar hoe zit het in de werkelijkheid?

Nick Guldemonst stelt in zijn artikel dat de huidige zorg te kenmerken is als reactief, gefragmenteerd en primair georiënteerd op (bio)medische aspecten van ziekte in plaats van op gezondheid. Het gebruik van eHealth is een middel om naar een systeem te gaan waar zelfzorg, preventie en efficiëntie de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg voor burgers beter te waarborgen valt. Dat gaat echter niet vanzelf. Technologie en digitalisering van de zorg zijn belangrijke ondersteunende middelen om hervormingen in de zorg mogelijk te maken. Creatief ondernemerschap en bedrijvigheid van de kant van zorgorganisaties, financiers en overheid zijn daarvoor voorwaarde. Dat ook dat niet vanzelfsprekend is laat Peter Porthoine in zijn artikel zien. Partijen moeten ervaren dat er voor hen voordeel te behalen is met eHealth-toepassingen. Voor de eindgebruiker continuï-

teit, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, voor de zorgprofessional kwaliteit en efficiency, en voor de sector een aantoonbaar doelmatigheidseffect. Dat betekent met elkaar standaarden omarmen en niet langer toestaan dat iedereen zijn eigen systeem ontwikkelt. In een interview met hoogleraar Masi Mohammadi worden bovenstaande opmerkingen nogmaals onderstreept. De techniek is de motor van de verandering, maar de verandering kan alleen duurzaam tot stand komen in een multidisciplinaire samenwerking en samen met de oudere!

Tenslotte vragen Saskia Timmer en ook Henk Bakkerode in het bijzonder aandacht voor de gebruiker, de patiënt en diens mantelzorger. Implementatie van eHealth vraagt om zorgvuldigheid en professionaliteit in veranderingkunde. Daarbij mogen morele dilemma's niet uit de weg gegaan worden. Er is nog een spannende weg te gaan.

Minister Schippers trok met ingang van oktober 2016 20 miljoen euro uit voor stimulering van eHealth in de zorg. Met dit geld kunnen MKB-ondernemers ondersteund en begeleid worden bij de opschaling van eHealth-initiatieven. Het programma van Schippers loopt de komende vier jaar. Of die 20 miljoen en de vier jaar voldoende zijn om de overstap naar eHealth te realiseren? De tijd zal het uitwijzen.

Ria Wijnen & Toon Verlaan

THEMA EHEALTH

De belangrijkste trends in de ontwikkeling van eHealth of digitale zorg

- Nick Guldemon 6
 Over de rol van technologie in het realiseren van een duurzame zorg door het vereenvoudigen van de samenwerking tussen burgers en zorgverleners en tussen burgers onderling.

Wordt eHealth de panacee voor de gezondheidszorg ?

- Peter Portheine 10
 Om de waarde van eHealth in de transformatie van onze gezondheidszorg optimaal te kunnen benutten is het belangrijk om te leren van de vele experimenten in de afgelopen jaren.

eHealth in de ouderenzorg

- Saskia Timmer & Jack van Gils 14
 Implementatie van eHealth bij alle gebruikers vraagt zorgvuldigheid en professionaliteit in verandkunde. Alleen dan komt de potentie van eHealth tot zijn recht.

eHealth: een belofte vol vragen

- Henk Bakkerode 19
 Verdergaande toepassing van ICT in de ouderenzorg is belangrijk. Welke voorwaarden gelden daarvoor en welke vóóronderstellingen hanteren we daarbij? Dat roept belangrijke ethische vragen op.

GEZONDHEID & ZORG

De kritieke succesfactoren van het zorgproces

- Peter van den Broek 28
 De kwaliteit van de verpleeghuiszorg kan worden verbeterd door procesindicatoren te ontwikkelen waarmee de uitvoering van het zorgproces kort-cyclisch gemonitord kan worden.

Radio Remember: de kracht van muziek bij dementie

- Frans Hoogeveen & Mari Groenendaal 32
 Het luisteren naar voorkeursmuziek kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Hiertoe werd speciaal een online radiostation opgericht.

'Natuurlijk Oud'

- Hetti Willemse, Ellen Zoete & Estrelle Thunissen 35
 Producten voor ouderen hebben vaak een 'zorgelijk' imago en werken stigmatiserend. Daarom moet er meer aandacht komen voor goede, mooie ontwerpen en design.

Initiatieven in drie Limburgse regio's; Zorg voor ouderen tijdens en na ziekenhuisopname

- Anneke van Dijk-de Vries, Bart Ament, Ruud Kempen, Sandra Beurskens & Erik van Rossum 38
 Op basis van het Transmurale Zorgbrugmodel wordt pro-actief gewerkt aan een soepele overgang naar huis.

WONEN & MOBILITEIT

De seniorvriendelijke stad

- Netty van Triest & Joost van Vliet 44
Het concept Seniorvriendelijke Stad mag geen citymarketing zijn, maar is een kans om oudere inwoners daadwerkelijk als actief burger bij beleid en uitvoering te betrekken.

Zelfstandig wonen, bewustwording door uitproberen

- Dort Spierings 48
Vanuit de participatiesamenleving dienen woningen meer geschikt te zijn voor zelfredzaamheid. Maar hoe maak je bewoners hier bewust van?

PARTICIPATIE & ONTWIKKELING

Woonzorgcentra in Brussel: klaar voor kleur?

- Ilse Rooms 54
Voor ouderen van een etnisch-culturele minderheid is het niet vanzelfsprekend om de stap te zetten naar een woonzorgcentrum. Zijn de woonzorgcentra in Brussel voldoende voorbereid op hun komst?

Leren voor en door ouderen: succes verzekerd!

- Tinie Kardol, Dorien Brosens, Liesbeth De Donder & Maurice de Greef 58
Binnen de Europese projecten SMARTE en GUTS is een succesvol leermodel ontwikkeld om het leren voor en door ouderen in Europa in praktijk te brengen.

ARBEID & INKOMEN

Eerder stoppen met werken, Het FNV-plan geeft richting!

- Chris Driessen 62
Standpunten van de FNV over de mogelijkheden van flexibele vormen van pensionering.

Robot Annie helpt een handje

- Ellen Willemse 66
In hoeverre kunnen we verwachten dat robots de menselijke inzet in de zorg gaan vervangen?

Gesignaleerd	18, 21, 61
Interview met Masi Mohammadi	22
Geróngrafiek	27
Gedicht	43
Column Joep Dohmen	53
Boekbespreking: Ouder worden als ontwikkelingstaak	69
LASA over vertraagd lopen en vertraagd denken en gezondheidsrisico's bij ouderen	71

De belangrijkste trends in de ontwikkeling van eHealth of digitale zorg

NICK GULDEMOND

Internationaal staat Nederland hoog in de prestatielijsten ten aanzien van kwaliteit van zorg (www.healthpowerhouse.com). In het buitenland staat ons land bekend om zijn uitstekende zorgorganisatie, management, doelmatigheid en solidaire financieringsstelsel. Bovendien heeft Nederland een excellente digitale infrastructuur, wereldwijd het hoogste percentage digitaal vaardige ouderen, een stimulerend ondernemersklimaat en goede voorbeelden van publiek-private samenwerking. Men zou kunnen zeggen: Nederland heeft alle ingrediënten om koploper te zijn in het vormgeven van een toekomstbestendige zorg met een meerwaarde voor ouderen, samenleving, wetenschap en bedrijfsleven.

Aanpassing zorgstelsels gewenst

Onder druk van een vergrijzende bevolking en snelle toename van het aantal chronisch zieken zijn zorgstelsels wereldwijd gedwongen zich aan te passen. Meer zelfzorg, preventie en efficiëntie moeten de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg voor burgers waarborgen. Hervorming van de zorgstelsels staat al jaren op de agenda. De huidige zorg wordt gekenmerkt als reactief, gefragmenteerd en primair georiënteerd op (bio) medische aspecten van ziekte in plaats van op gezondheid. Alternatieve zorgmodellen gaan uit van multidisciplinaire samenwerking en bieden een meer holistisch perspectief op gezondheid en welzijn. De Europese Commissie en veel EU-lidstaten propageren een paradigmaverandering waarin de huidige professionele monodisciplinaire en institutionele zorg transformeert naar een systeem met:

- 1) relatief kleine instituten waarin de hoog

complexe zorg is geconcentreerd, 2) gezondheidscentra dicht bij de burger in de buurt, waar een breed palet aan zorgdiensten kan worden aangeboden en 3) een grote betrokkenheid van de burger en werkgever bij het verlenen van zorg in die lokale omgeving. Om deze paradigmaverandering te realiseren is een aantal elementen voor de organisatie van zorg relevant, zowel binnen de gezondheidszorg zelf, als aangaande de rol van de burger en zijn lokale gemeenschap. De onderlinge samenwerking tussen de betrokkenen, inclusief de directe omgeving van de patiënt, zoals mantelzorgers, is daarbij belangrijk.

Technologie en digitalisering zijn ondersteunend

Technologie en digitalisering van de zorg mogen hierbij gelden als belangrijke ondersteunende middelen om dit mogelijk te maken. Het jubelende optimisme over de inzet van

technologie in de zorg gaat gepaard met hoge verwachtingen inzake creatief ondernemerschap en bedrijvigheid door zorgorganisaties, financiers en de overheid. Zorg is een door informatie gedreven proces en informatie-uitwisseling is een essentieel aspect van een goed functionerend zorgsysteem. Alleen dan kunnen alle betrokkenen in elke situatie over de juiste informatie beschikken. Door de gefragmenteerde organisatie van de zorg, het ontbreken van een elektronisch patiëntendossier (EPD) en door informatiesystemen die niet met elkaar kunnen communiceren, is dit nu vaak niet mogelijk. Naast intensieve communicatie is ondersteuning van de besluitvorming met richtlijnen en protocollen gewenst om een efficiënte, veilige en kwalitatief goede zorg te bieden. Het draait daarbij om een integrale wijze van zorgverlening. In plaats van uit een specifieke medische of sociale discipline zorg te leveren, speelt een multidisciplinair team in op de behoeften van de patiënt (bijv. de oudere) en zijn naasten. Zelfmanagement of 'eigen regie' geeft de verantwoordelijkheid aan van de burger in deze multidisciplinaire zorgverlening. Waar mogelijk zal de burger zelf actie moeten ondernemen en bijbehorende vaardigheden moeten ontwikkelen om zijn gezondheid te bevorderen. De betrokkenen in de omgeving van de ouderen hebben daarbij ook een verantwoordelijkheid bij het ondersteunen om zo optimaal mogelijk gezond en zelfstandig te leven. Dit beperkt zich niet alleen tot de privésituatie, maar de werkomgeving van de patiënt hoort hier net zo goed bij. Volksgezondheid en preventie verdienen meer aandacht om uiteindelijk gezondheidsproblemen op de korte en lange termijn te beperken en/of te voorkomen. Omdat in deze paradigmaverandering de rol van de proactieve burger centraal staat, zal ook de gemeenschap rondom lokale initiatieven moeten worden gemobiliseerd: de participatiesamenleving. Op deze wijze worden de vragen en eisen die de overheid aan de burgers stelt tastbaar en kan concreet aan oplossingen worden bijgedragen.

Technologie is onmisbaar om deze doelen op een efficiënte en betaalbare manier te be-

reiken. Technologie voor gezondheid, zorg en welzijn kan worden ingedeeld in verschillende domeinen afhankelijk van de gezondheidsstatus en behoeften. Er zijn technologieoplossingen ter ondersteuning van: 1) een gezonde leefstijl, voorlichting en risicomonitoring, 2) zelfmanagement van (chronische) ziekten, 3) domotica, huisautomatisering of thuiszorg-technologie, 4) technologie voor curatieve zorg (ziekenhuis) of medische technologie. Met name de mogelijkheden van consumentenelektronica, zoals tablets, smartphones en smart tv's voor een gezonde leefstijl, zelfmanagement en domotica, zijn interessant. Verbeteringen in bedieningsgemak, intelligente software en koppeling met andere apparaten, maken technische oplossingen voor communicatie, meten van gezondheid en organiseren van lokale zorg, gemakkelijk. Het toenemende gebruik van gezondheidsgerelateerde apps of software op mobiele telefoons, en de beschikbaarheid van draagbare meetapparatuur zoals stappentellers, hartslagmeters en activiteitenmonitors, bevestigen dit. Tablets, smartphones en smart tv's bieden door hun communicatiemogelijkheden en de krachten van internet een venster op de wereld voor thuisgebonden ouderen en kunnen zorg persoonlijker maken. Zoals eerder aangegeven, is zorg een door informatie gedreven proces.

Laagdrempelig aanbod en uitwisseling bevorderen

Informatiedeling in de zorgketen is niet alleen voor de onderlinge samenwerking tussen professionals van belang, maar ook voor de patiënt en zijn omgeving. Wanneer informatie laagdrempelig aan ouderen en mantelzorgers kan worden aangeboden, bevordert dit de betrokkenheid en het zelfmanagement. Ook kunnen via digitale oplossingen gemakdiensten met zorgdiensten worden gecombineerd voor ondersteuning van ouderen bij het langer zelfstandig thuis wonen. Bovendien maken de beschikbare hulpmiddelen voor planning, taakverdeling en instructies, de organisatie van lokale zorg met professionals gemakkelijker en efficiënter. Mobiele technologie kan mensen gezonder houden. Draagbare apparaten

die kunnen meten en communiceren en verbonden zijn met het internet, maken informatie persoonlijk en dit beïnvloedt het gedrag, van individuen en groepen via digitale sociale netwerken. Smartphones kunnen gezonde leefstijladviezen effectiever maken door informatie te personaliseren en direct te koppelen aan het gedrag van het individu. Wanneer deze informatie ook via sociale netwerken met anderen wordt gedeeld, kan dat via onderlinge sociale beïnvloeding een gezonde leefstijl stimuleren. Dat geldt niet alleen voor gedrag van individuen, maar ook voor lokale gemeenschappen, om bijvoorbeeld de sociale cohesie te bevorderen die noodzakelijk is voor goede lokale zorg. Onderlinge communicatie kan ook worden ingezet om gevoelens van eenzaamheid tegen te gaan.

Een praktisch voorbeeld: *valpreventie bij ouderen*. Het gaat hier om een groot maatschappelijk probleem en dit leidt vaak tot ernstige complicaties en ziekenhuisopnames. Met proactieve huis-aan-huisbezoeken kunnen fragiele ouderen worden geïdentificeerd en met bewezen preventieve maatregelen, zoals meer bewegen, voedingsadviezen en sociale activiteiten, kan het risico op vallen worden verkleind. Wanneer iemand toch onverhoopt valt, zijn de complicaties minder ernstig en het herstel verloopt met de bovenstaande maatregelen voorspoediger, waardoor ook de kans op langduriger zelfstandigheid veel groter is. Multidisciplinaire samenwerking met overheden, sociaal-maatschappelijke organisaties en zorgprofessionals (in de nulde, eerste en tweede lijn) is hierbij een randvoorwaarde; technologie kan de leefomgeving veiliger maken en interactie tussen de betrokken partijen (inclusief ouderen en naasten) bevorderen. Echter, uit de huidige praktijk blijkt vaak dat de betrokken organisaties die huis-aan-huisbezoeken uitvoeren, zoals de postbode, welzijnsorganisaties, de brandweer (brandpreventie), politie (inbraakpreventie), buurtteams, de gemeente et cetera, geen informatie delen en dat het organiseren van noodzakelijke vervolgstappen met alle betrokkenen lastig is. Met behulp van technologie kan dat echt veel beter worden georganiseerd en dat is ook

noodzakelijk. Het effect van de inzet nu is te minimaal.

Het ontbreken van onderlinge samenwerking

Technologie is meestal niet het probleem. Vaak ligt de oorzaak van onmogelijkheden in de onderlinge samenwerking tussen de betrokken professionals en de directe omgeving van de patiënt, zoals mantelzorgers. Samenwerken met verschillende partijen in ketens en netwerken is lastig, zoals ook blijkt uit de problemen in de jeugdzorg, de geboortezorg, de GGZ alsook bij het voorkomen van de gevolgen van polyfarmacie bij ouderen. Men leert onvoldoende van goede voorbeelden hoe zorg beter kan worden georganiseerd. In plaats van dat men leert van elkaars fouten en successen, wordt bij organisaties en in regio's vaak 'het wiel' opnieuw uitgevonden en blijft de gefragmenteerde wijze van zorg verlenen gehandhaafd. Deze fragmentatie heeft ook gevolgen voor het gebruik van technologie in de zorg: informatie, systemen en apps werken vaak niet samen en vormen geen functioneel geheel.

De digitalisering van de sociale-, zorg- en consumentensectoren blijkt van grote invloed op het verzamelen en combineren van data. Naar schatting is pas in de laatste twee jaren 80 procent van alle gezondheidsgerelateerde data verzameld. Dit betreffen gegevens van laboratoria, patiëntendossiers, medicatie, medische beeldvorming, financiële gegevens, persoonlijke gegevens via internet, gebruik van sociale media en dergelijke. In deze 'explosie' van data schuilt de belofte dat het gebruik van deze gegevens voor consument, bedrijvigheid en zorg, doelmatig kan worden ingezet.

Uiteindelijk is het de vraag wie de eigenaar van deze gegevens is. Zo is de Europese Commissie van mening dat de burger zelf eigenaar van zijn gegevens is en ook de controle moet kunnen houden over het gebruik hiervan.

De mogelijkheden van digitale technologieën om de gezondheidszorg te verbeteren lijken enorm. Er zijn echter twee belangrijke aandachtspunten bij het gebruik van al deze

gegevens. Ten eerste de veiligheid en privacy van persoonlijke gegevens. Voorts ook het doelmatig gebruik van *big data* in de gezondheidszorg. Ten aanzien van veiligheid en privacy ontstaat, door incidenten met informatiebeveiliging, wantrouwen bij burgers over het gebruik en delen van persoonlijke gegevens. Dit is een bedreiging voor de potentiële mogelijkheden die digitalisering voor de zorg kan bieden. Daarom is het essentieel dat de overheid een beleid voert om het vertrouwen van de burger in digitale systemen te bevorderen, bijvoorbeeld door adequate wetgeving en voorlichting. Ook kunnen technische oplossingen de veiligheid van data en apparatuur in de zorg verbeteren, zodat een elektronisch patiëntendossier bijvoorbeeld net zo veilig als internetbankieren kan worden gebruikt.

Te veel fragmentatie

Het doelmatig gebruiken van grote hoeveelheden informatie is nog een grote uitdaging. Veel van de gezondheidsgerelateerde gegevens die worden verzameld zijn ongestructureerd. Voor het vertalen van data naar bruikbare informatie zijn technische oplossingen voor opslag, transport en verwerking nodig. Bovendien zullen verschillende analysetechnieken – zoals patroonherkenning, datamodeltering, simulering en agent-based modellering – van

dergelijke hoeveelheden gecombineerde data moeten verbeteren. Tenslotte is het een risico dat de inzet van nieuwe technologieën leidt tot hogere kosten, door de verdienmodellen van de industrie (zoals nu bij farmaceutische bedrijven) alsook door overdiagnose en overbehandeling. Dit omdat de technologie de ziekte en overeenkomstige behandeling niet nauwkeurig genoeg voorspelt.

De inzet van technologie in de zorg en voor het welzijn van ouderen is vooralsnog gefragmenteerd en gebrekkig. Een duidelijke visie en een concreet plan van aanpak voor de toekomstige zorg lijkt nog te ontbreken. De belangen van de verantwoordelijke veldpartijen en de markt lijken teveel uiteen te lopen om een slagvaardige coalitie te vormen ten behoeve van het maatschappelijke belang. Meer visie, leiderschap en een concreet plan zijn nodig en bovendien zeer urgent.

Literatuur

http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_press_release.pdf

Over de auteur

Dr. Nick Guldemond is verbonden aan het Institute of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Wordt eHealth de panacee voor de gezondheidszorg?

PETER PORTHEINE

Ontwikkelingen in eHealth staan wereldwijd bovenaan op de agenda. Ook in de Brabantse Brainport regio werken talloze bedrijven, overheden en zorginstellingen al enkele jaren nauw samen op dit gebied. Deze 'triple helix' in zorginnovatie leverde ze zelfs de titel slimste regio ter wereld op. Prachtig natuurlijk, maar de vraag dringt zich steeds meer op of patiënten en zorgverleners ook zo overtuigd zijn van deze 'slimme' ontwikkelingen. Vooral nu blijkt dat ze pas in beperkte mate tot grootschalig gebruik hebben geleid.

De push van technologie

De Hightech regio Brainport in Zuidoost Brabant werd recent door het kabinet benoemd tot Mainport van de Nederlandse economie, naast de reeds bestaande Mainports Rotterdam en Amsterdam. In de Brainport regio vindt over een breed terrein onderzoek en ontwikkeling plaats op allerlei medisch gebied, zoals beeldvormende apparatuur (scanners), kunstmatig weefsel, minder invasieve operatietechnieken, efficiëntere distributie en toediening van medicatie, gebruik van sensoren en algoritmen. Veel ontwikkelingen die er samen voor zorgen dat we steeds efficiëntere en betere zorg kunnen bieden en dat we steeds meer data kunnen meten en verzamelen rondom aandoeningen en de gezondheid van mensen. Naast bekende namen als Philips en Medtronic zijn bij deze ontwikkelingen steeds vaker veel MKB-bedrijven en startups betrokken die hierin voorop gaan. Vaak worden veelbelovende innovaties kleinschalig ontwikkeld en in een beperkte, soms klinische, omgeving getest in de praktijk van een of meer

zorgorganisaties. Deze ontwikkelingen zoeken nog vaak een klant nadat de technologie reeds is ontwikkeld.

Opschaling van eHealth is geen technisch foeffe

De feitelijk succesvolle invoering van dergelijke nieuwe innovaties blijft achter bij de breed gekoesterde verwachtingen. Zo zouden allerlei eHealth toepassingen voor de noodzakelijke ontwrichting zorgen en daardoor de zorg verder naar patiënten decentraliseren. Ook werd verwacht dat diagnostiek en monitor functies steeds meer binnen bereik van patiënten zouden komen en dat de zorgprofessionals steeds meer in een digitale relatie met zijn patiënten terecht zou komen. Recent onderzoek in Nederland en binnen de EU geeft echter het volgende beeld als het gaat om de vraag waarom opschaling van eHealth geen automatisme is:

Technologische mogelijkheden versus regelgeving

Waar aan de ene kant de techniek het mogelijk maakt om makkelijker teleconsulten uit te voeren, toezicht te houden in zorginstellingen en thuisdiagnostiek uit te voeren, zijn in veel gevallen omslachtige uitzonderingen nodig op de traditionele regels, die onder andere de Inspectie Gezondheidszorg stelt. Zo kan een camera betrouwbaar 24*7 de conditie van een patiënt bewaken, maar als de feitelijke regel is gebaseerd op de fysieke aanwezigheid van een verpleegkundige of verzorgende, hapt het gebruik van de techniek. In toenemende mate worden dan zogenaamde 'experimenteeruimtes' benoemd waar tijdelijk, met een uitzondering op de bestaande regels, nieuwe innovaties kunnen worden beproefd. Echter, dit creëert niet direct een duurzame marktsituatie waar meerdere partijen hun innovaties standaard kunnen inzetten. Daarnaast weerhoudt het zorgorganisaties soms om dergelijke innovaties breed en blijvend in te zetten.

Acceptatie van technologie door eindgebruikers

Aanvankelijk waren het de mogelijkheden van de techniek die de basis vormden voor nieuwe ontwikkelingen. De vraag of mensen in een kwetsbare situatie deze mogelijkheden ook zullen omarmen, is pas de laatste jaren steeds meer door gedrongen in het ontwerpen en ontwikkelproces. Veel mensen willen in een kwetsbare positie best gebruik maken van techniek, maar deze moet geen stigmatiserend effect hebben op de gebruiker. Niemand wil herkenbaar ziek of kwetsbaar zijn. Dus het ambient maken van techniek is dan zeer relevant. Dat maakt dan ook dat we een verschuiving zien van een eindgebruiker die je pas betreft als het product klaar is, tot een klant die in een co-creatie proces meeloopt vanaf de eerste ontwikkeling. Helaas verschijnen er nog dagelijks veel Apps die op zoek zijn naar een gebruiker.

De industrie zet hier gelukkig grote stappen en de opkomst van de Design Industrie, ook in Eindhoven, is een teken dat we bij het

ontwerpen van mensgerichte, relevante innovaties, steeds vaker beginnen bij diegene waar deze producten ook voor bedoeld zijn. Niet langer zijn dan techneuten bepalend, maar ontwerpers, interaction designers, gedragswetenschappers en psychologen.

Tegelijk kan de techniek ook helpen om patiënten meer vrijheid te geven in hun dagelijkse bestaan. Niet langer bepaalt het moment dat de verpleegkundige langskomt voor een bloedmeting, medicatie inname of andere handeling het dagritme van een patiënt. De techniek kan hier veel vrijheid brengen, mits het menselijk contact tussen patiënt en zorgverlener niet verloren gaat.

De rol van zorgprofessionals in de adoptie van eHealth

Veel processen in de zorg zijn vanuit het verleden altijd het werk van mensen geweest, veel mensen. En daar wringt het steeds meer. Die professionals zijn er in de toekomst simpelweg niet genoeg en als ze er wel zijn, worden ze onbetaalbaar. Daardoor worden veel innovaties voorzien van een business case die beoogt de factor arbeid te verschuiven. Van een dure professional naar een minder dure medewerker, en het liefst zoveel mogelijk neerleggen bij de patiënt zelf. Dat wekt de indruk dat de enige opbrengst van deze innovaties is het reduceren van de kosten van arbeid. Echter niets is minder waar, de techniek stelt zorgprofessionals juist in staat om bepaalde standaard handelingen te automatiseren, waardoor juist wel tijd beschikbaar komt voor de kwaliteit in de zorgverlening aan de patiënt. Het weghalen van allerlei omslachtige, administratieve handelingen door het slim gebruik van Apps of nieuwe systemen zal geen enkele professional afwijzen. De zorgprofessional verdient echter net zo'n plaats in de ontwikkeling van deze technologie als de patiënt. Invoering in de zorgketen van eHealth toepassingen vraagt immers een systeemverandering waar alle partijen bij betrokken dienen te zijn. Steeds vaker worden innovaties nu getest in zogenaamde Living Labs waar al deze partijen hun ervaringen kunnen inbrengen en waar de systemen gaandeweg worden vervol-

maakt. Deze betrokkenheid zorgt ook voor beter draagvlak onder de betrokkenen.

Zorgfinanciering ontmoedigt vaak gebruik van innovaties

Tevens doet zich het merkwaardige verschijnsel voor dat veelbelovende innovaties er soms lang over doen om uiteindelijk door verzekeraars in Nederland te worden geaccepteerd. Verzekeraars zijn organisaties die met een beperkte tijdshorizon kijken naar de effecten van allerlei innovaties. Terecht zijn zij soms sceptisch omdat allerlei nieuwe techniek niet altijd leidt tot de beoogde doelmatigheidseffecten. Immers, wij zijn er in Nederland meesters in om nieuwe werkwijzen te introduceren, maar staan tegelijkertijd toe dat oude systemen ook gehandhaafd blijven. Hierdoor leiden innovaties per saldo vaak tot een stijging van kosten. Pas als de nieuwe werkwijze volledig wordt doorgevoerd, ontstaat de besparing.

Los hiervan speelt mee dat verzekeraars kijken naar financiële effecten over de periode dat patiënten bij hen klant zijn. In Nederland wisselen steeds meer mensen van zorgverzekeraar en dus is die verzekeraar beperkt enthousiast om te investeren in innovaties waarvan de effecten geheel of gedeeltelijk kunnen terechtkomen bij collega verzekeraars. Daarbij worden de verzekeraars door onze nationale overheid ook niet actief gestuurd en gestimuleerd in hun taakstelling op innovatie en vernieuwing in de bestaande systemen van onze zorgsector.

Een laatste aspect rond geld heeft simpelweg te maken met de wijze waarop partijen worden betaald in ons systeem van gezondheidszorg. Soms is er een aanwijsbaar voordeel voor de samenleving om bepaalde eHealth toepassingen in te voeren, terwijl de betrokken zorgorganisatie in haar financiering alleen een nadeel ondervindt door die nieuwe werkwijze in te voeren. Immers, als er processen op een ontwrichtende manier veranderen, moet je bestaande organisaties soms helpen om zichzelf deels aan te passen aan die nieuwe werkelijkheid. Dat heet in reorganisaties frictiegeld. Als we daar aan voorbij gaan,

lopen we een risico dat partijen er dan erg lang overdoen voordat zij die keuze voor verandering maken.

Demografische ontwikkelingen leggen een druk op ons zorgsysteem.

Door demografische ontwikkelingen hebben we in de periode tot 2030 te maken met een sterke vergrijzing van de bevolking en tegelijkertijd met een ontgroening van onze arbeidsmarkt. Daarbij dragen technologische ontwikkelingen bij aan een verdere groei van onze levensverwachting. Dit impliceert dat we een verder toenemende zorgvraag moeten opbrengen met een krimpende beroepsbevolking en dat we structureel de mensen gaan missen die al deze zorg fysiek kunnen en moeten leveren. Als laatste draagt de techniek er aan bij dat we wel langer leven, maar we niet langer leven zonder zorgen. Er blijkt namelijk dat onze gezonde leeftijd, de leeftijd die we min of meer zonder grote medische problemen bereiken, niet opschuift. Kortom we worden wel ouder, maar de zorgvraag ten gevolge van medische problemen neemt verder toe. Dat heeft ook geleid tot een herdefinitie van het begrip gezondheid. Vroeger was gezondheid een leven zonder medische problemen, nu betekent gezondheid dat we kunnen blijven functioneren, zowel economisch en/of maatschappelijk, terwijl we leven met een of meerdere aandoeningen of beperkingen.

Partijen komen tot inkeer

Dit artikel schetst een realistisch beeld en het zijn juist deze ervaringen die er de afgelopen jaren voor hebben gezorgd dat we nu met de juiste uitgangspunten werken. Voor alle partijen staat voorop dat er voor ieder van hen voordeel moet worden behaald met eHealth-toepassingen. Voor de eindgebruiker: continuïteit, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg; voor de zorgprofessional: kwaliteit en efficiency; en voor de sector: een aantoonbaar doelmatigheidseffect. Dat kan dan door verzekeraars worden gerealiseerd met oog voor de hierboven bedoelde effecten. Landelijk is er ook vanuit het ministerie van VWS steeds meer oog voor deze transformatie en de rol van diverse

partijen. Opschaling betekent soms ook met elkaar standaarden omarmen en niet langer toestaan dat iedereen zijn eigen systeem ontwikkelt. Het stimuleren hiervan vindt steeds vaker plaats door inzet van middelen om een landelijk boegbeeld of voorbeeldprojecten te ondersteunen en daarmee partijen in hun eigen verantwoordelijkheid uit te nodigen hieraan mee te werken. In Nederland zien we steeds meer regionale clustering van deze ontwikkelingen, zoals in Health Valley (Nijmegen) Medical Delta (Rotterdam/Leiden), Utrecht, Brainport/Slimmer Leven 2020 Eindhoven en andere regio's. Daarmee ontstaat op een juist schaalniveau draagvlak om dergelijke ontwikkelingen gezamenlijk verder vorm te geven.

Toekomstige belofte van technologie

Als we op basis van de eerder in dit artikel beschreven inzichten de weg van innovatie volgen, dan zijn er veel potentiële ontwikkelingen die ons daadwerkelijk kunnen helpen. De opkomst van Big Data en IoT (Internet of Things) werpen hun schaduw vooruit. Als we op een verantwoorde manier kunnen zorgen dat data steeds meer voorspellend vermogen introduceren in de gezondheidszorg, dan kunnen we steeds vaker incidenten vóór zijn en noodzakelijke interventies eerder uitvoeren. eHealth helpt dan niet alleen om te meten, maar vooral ook om vroeger te signaleren en de juiste interventies tijdig uit te voeren. Of denk aan toepassingen waarbij uw smartphone u waarschuwt als er aan de hand van

uw motorisch gedrag (bijvoorbeeld lopen) een mogelijk neurologisch probleem in het verschiep ligt. Naarmate deze data grootschaliger beschikbaar komen en op effecten onderzocht kunnen worden, neemt de betrouwbaarheid snel toe. Uiteindelijk moet de gezondheidszorg zich steeds meer richten op de preventieve effecten zoals vroegsignalering, of idealiter het voorkómen, van medische problemen. Daarmee vormen eHealth-toepassingen een belangrijke randvoorwaarde voor de noodzakelijke transitie in de gezondheidszorg

Literatuur

<https://www.nivel.nl/nl/dossier/ehealth-monitor>

<https://www.nictiz.nl/ehealth-monitor>

<http://www.zorgbelang-brabant.nl/ehealthmeetlat-brabant>

<http://www.smarthealth.nl/trendition/2015/01/07/ehealth-europa/>

<https://www.harting-bank.nl/nog-een-bericht/>

Over de auteur

Peter Portheine is directeur van Coöperatie Slimmer Leven 2020 U.A., ondernemer van origine in ICT & Technologie en de laatste jaren actief als public entrepreneur in het publiek/private domein, met een passie om bij te dragen aan noodzakelijke transitie in de gezondheidszorg. Daarnaast is hij actief in de provinciale politiek op de dossiers rondom de bestuurlijke- en energietransities. Zie ook: <https://www.linkedin.com/in/portheine/>

eHealth in de ouderenzorg

SASKIA TIMMER & JACK VAN GILS

eHealth oftewel digitale zorg wordt een steeds serieuzer onderdeel van de zorg. Althans, als we de visie van VWS en beleidsmakers moeten geloven. Maar hoe zit het met de praktijk, wordt eHealth eigenlijk wel veelvuldig gebruikt? En welke mogelijkheden biedt dit specifiek voor de oudere?

Ouderen en internet, niet langer een contradictie

De oudere is in toenemende mate online. Uit recent onderzoek (Newcom research en consultancy, 2017) blijkt dat ouderen steeds vaker social media gebruiken. Inmiddels heeft bijvoorbeeld 60% van de 80plussers een Facebook account. In de leeftijdsgroep 65 tot 79 jaar is dit zelfs 69%. Kijken we naar de leeftijd van de grootste groep mantelzorgers, de categorie 40 tot 64 jarigen, dan zien we dat in deze groep 77% van de mensen 'Facebookt'. We zijn online, de oudere ook. Dat biedt mogelijkheden voor digitale zorg, ook voor de oudere mens met een zorg- of ondersteuningsvraag. Niet iedere oudere is online, dat laten de cijfers ook zien. Dat betekent dat we digitale vormen van zorg en ondersteuning kunnen inzetten maar ook oog moeten houden voor degene die niet (zo) digitaal is.

Digitale zorg biedt mogelijkheden voor mensgerichte zorg

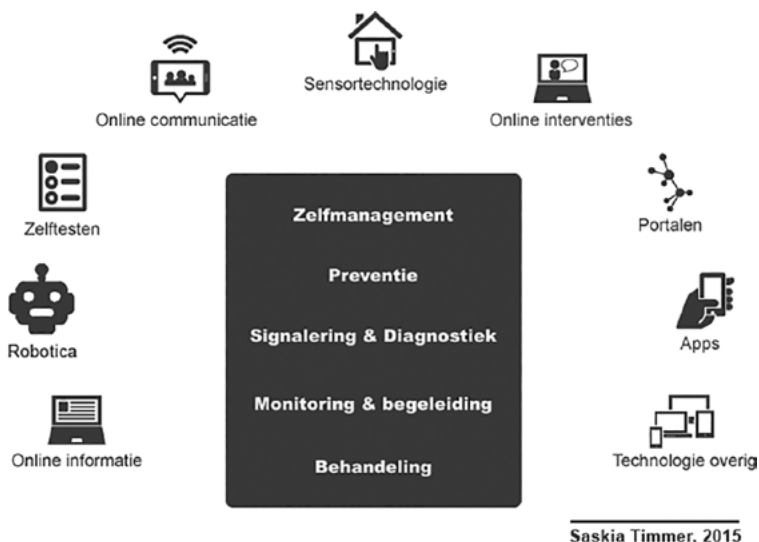
Reacties op een online berichtgeving over het gebruik van robots in de ouderenzorg, laten duidelijk een veel gehoord sentiment zien. "Foei, knuffelen met een robot, dat doe ik liever met een mens", "schandalig, ouderen die

met een robot moeten praten". Als ik echter terugdenk aan mijn oma en de moeite die zij ermee had om afhankelijk te zijn van een ander, denk ik dat zij de robot omarmd had. Ze zat graag in de zon, maar sinds ze naar een verpleegafdeling was verhuisd had ze geen balkon meer. De gang naar buiten kon ze niet zelfstandig maken, maar ze vroeg het ook niet aan de vrijwilliger. Dus bleef ze binnen zitten. Een robot die in staat was geweest om haar naar buiten te rijden, had haar een groot plezier gedaan.

Dit voorbeeld laat de essentie van digitale zorg zien. Digitale zorg of ondersteuning biedt mogelijkheden op maat, die aansluiten bij de behoefte en vraag van de oudere of diens omgeving. Door aandacht te hebben voor de functie van de ingezette digitale zorgvormen, in het totaal van zorg, draagt eHealth bij aan mensgerichte zorg.

eHealth, wat is het?

eHealth of digitale zorg betreft alle vormen van zorg of ondersteuning waarbij ICT en/of internet een rol speelt. Figuur 1 laat de verschillende mogelijkheden zien die eHealth biedt, van online informatie over een aandoening of behandeling tot het gebruik van onli-



Figuur 1. Vormen van eHealth

ne communicatie of zelfs sensoren die het dagelijks leven ondersteunen.

Een van de vormen is bijvoorbeeld het gebruik van verschillende communicatiemogelijkheden die het internet ons biedt: e-mail of beeldbellen. In de zorg wordt dit ook gebruikt. Zo zijn er voorbeelden waarbij de oudere die thuis zorg nodig heeft bijvoorbeeld via een beveiligde beeldverbinding ondersteund wordt bij medicatie inname. Dat wil niet zeggen dat de thuiszorg niet meer langskomt, maar vaak wordt de zorg een mix van reguliere zorgverlening en digitale zorg. Een ander voorbeeld zijn de portalen. Zo is er Parkinson-net voor patiënten met Parkinson: een online omgeving waar patiënt en betrokken zorgverleners online de medische informatie vinden en met elkaar kunnen communiceren.

In de intramurale zorg is steeds meer aandacht voor robotica. Vaak vanuit de gedachte dat een robot de oudere kan activeren. Of dat nu een robot is die met je praat of je uitnodigt tot bewegen, of een knuffelrobot voor ernstig dementerenden. De kern is dat deze vormen van zorgtechnologie extra mogelijkheden bieden, ondersteunend aan de reguliere zorgverlening. Dankzij de portalen - online beveiligde omgevingen - waarbinnen men met elkaar kan communiceren, kan de familie online overleg-

gen met de verzorgenden en op afstand meelezen hoe het met hun vader of moeder gaat.

Ook bij complexe zorg kan eHealth ondersteunend zijn. Denk aan ouderen met multi-problematiek, waarbij men via sensoren online de gezondheidstoestand kan monitoren, en vervolgens online via een beeldcentrale of via de wijkverpleegkundige tijdig kan interveniëren. In de palliatief-terminale zorg bijvoorbeeld, biedt online communicatie aanvullende mogelijkheden om familieleden ook op afstand te informeren, wat de samenwerking tussen familieleden en zorgverleners versterkt. Niet in plaats van reguliere communicatie, maar aanvullend op. Zo kan de familie makkelijker online de betrokken arts raadplegen en met hem overleggen over het palliatieve beleid voor vader of moeder. Al deze mogelijkheden dragen bij aan langer zelfstandig wonen en ondersteunen de (intramurale) ouderenzorg.

Doelstellingen VWS

Minister Schippers koerst in haar beleid sterk op dossiertoegang voor de patiënt. In de zomer van 2014 formuleerde zij drie doelstellingen voor het gebruik van eHealth, die ze binnen vijf jaar gerealiseerd wil zien. Zo wil men dat chronisch zieken toegang hebben tot hun dossier en hun medische informatie kunnen

inzien. Daarnaast moet de chronisch zieke thuis metingen kunnen uitvoeren en deze kunnen toevoegen aan het professionele zorgdossier. Als laatste wil men zorg thuis stimuleren, via domotica en beeldschermzorg. De doelen zijn gezien de huidige status ambitieus te noemen. Maar ze bieden wel een heldere koers: de patiënt wordt partner in de zorg en eHealth wordt onderdeel van de reguliere zorgverlening. Dus ook voor de oudere die zorg nodig heeft, of misschien zelfs wel: juist voor deze groep.

Implementatie is King

Als eHealth waarde heeft en de mogelijkheden er zijn, dan is de lage adoptiegraad op zijn minst verwonderlijk. De redenen daarvoor zijn te begrijpen vanuit 2 modellen, die betrekking hebben op veranderprocessen. Implementeren van eHealth is een veranderproces, dat zowel de zorgprofessionals als de oudere raakt.

Het eerste model voor verandering (Knoster, 2000, zie figuur 2) is het resultaat van onderzoek naar mislukte veranderprocessen. In dat onderzoek zijn vijf factoren gevonden die de minimale voorwaarde vormen voor succesvolle veranderprocessen. Om goed te veranderen is ten eerste een visie nodig die mensen kunnen begrijpen en die te communiceren is. Daarnaast moet er urgentie bestaan om te veranderen. Als het niet nodig is, dan laten we het toch liever bij het oude, zo blijkt. Tevens

moet er een plan zijn dat aangeeft hoe we van de huidige naar de nieuwe, betere situatie komen. En er zijn middelen nodig om er te komen. Zo vraagt werken met eHealth bijvoorbeeld om een goede internetverbinding en een laptop of tablet. Tot slot moeten de betrokkenen competent zijn. In het geval van eHealth en Domotica: Wie begrijpt de bediening van alle Apps en robots die we tegenkomen? We hoeven niet per sé alles vooraf in detail te weten. Dan komen we waarschijnlijk nooit bij het doel. Het model van Knoster richt zich voor een groot deel op professionals en instellingen die moeten veranderen. Maar als we deze vijf factoren niet goed op een rij hebben, krijgen we in plaats van verandering verwarring (geen visie), weerstand (geen urgentie), chaos (geen plan), frustratie (geen of onvoldoende middelen) of angst (geen competenties).

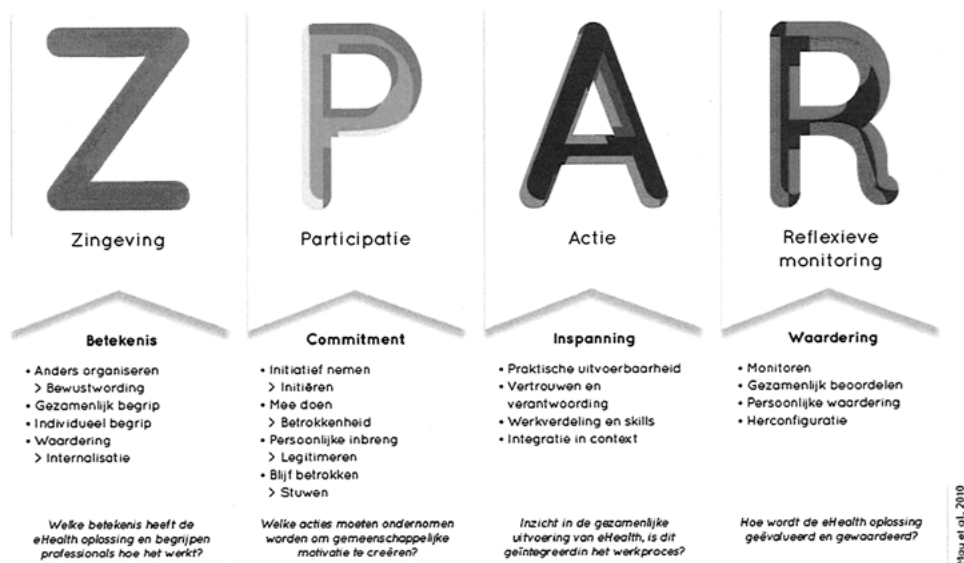
Deze adoptieproblematiek blijkt zich ook te vertalen naar de ouder wordende thuiswonende burger. Het is niet vanzelfsprekend dat deze de nieuwste technologie spontaan begrijpt, een mens wil nu eenmaal liever alles bij het oude houden. Maar met voldoende hulp en aandacht is de oudere wel bereid om technologie te gebruiken. Dit vraagt uitleg, tijd en aandacht van de zorgprofessional die, in samenwerking met het informele zorgnetwerk, de oudere hierbij kan ondersteunen. Lastig is dat we vaak pas over zorgtechnologie nadenken als de oudere al hulpbehoevender is ge-

Veranderingsmodel					
Visie	Urgentie	Plan	Middelen	Competenties	Resultaat
✓	✓	✓	✓	✓	Verandering
	✓	✓	✓	✓	Verwarring
✓		✓	✓	✓	Weerstand
✓	✓		✓	✓	Chaos
✓	✓	✓		✓	Frustratie
✓	✓	✓	✓		Angst

Bron: Knoster (2000)

Figuur 2. Het model van Knoster

Normalization Process Theory (NPT)



Figuur 3. Normalization Process Theory

worden. Dat is te complex en een slechte start voor adoptie. Beter is het om er tijd, nu al mee te beginnen.

De tweede en nieuwste theorie over adoptie is van Carl May (2003, zie figuur 3). Hij bouwt voort op eerdere bevindingen in een zoektocht naar normalisatie van innovaties in het zorgproces.

Een belangrijk inzicht hierbij is dat mensen een vernieuwing pas echt blijvend gebruiken als ze er ook zelf vorm aan kunnen geven in hun dagelijks bestaan. Dit geldt voor de oudere zelf, maar ook voor de zorgverlener. Een voorbeeld is dat toen in 1996 mensen werden gevraagd naar de wens voor een mobiele telefoon, ze collectief geen reden konden verzinnen waarom ze altijd bereikbaar wilden zijn. Als we vandaag een storing van een uur hebben op het mobiele netwerk is de wereld te klein, we kunnen niet meer zonder. Mobiele bereikbaarheid en toegang tot informatie is een primaire levensbehoefte geworden.

De invoering van technologie in de zorg aan zorgbehoeftege ouderen staat nog in de kinderschoenen, implementatie kost tijd en aandacht. Vooral aandacht waarin mensen le-

ren omgaan met het nut, de noodzaak en de mogelijkheden van de nieuwe technologie. Pas als dat lukt, is er sprake van adoptie. In die situatie is het de oudere zelf die vraagt om een beeldbelconsult of medicatiecontrole online, in combinatie met af en toe een reguliere afspraak. Het organiseren van de zorg zodat we deze transitie kunnen maken vraagt dus aandacht voor alle genoemde factoren.

Implementatie van eHealth bij alle gebruikers vraagt zorgvuldigheid en professionaliteit in veranderkunde. Begeleiden, nieuwe processen maken en de mogelijkheid aanbieden om te leren zijn cruciaal voor een succesvolle transitie. Anders worden we boos, bang en verdrietig van alle niet begrepen technologie om ons heen. Zowel de zorgvrager als de zorgverlener moeten samen door die verandering heen. De verandering moet zinvol zijn anders gaan we er niet mee aan de slag. We moeten kunnen participeren zodat we de zingeving voor onszelf kunnen duiden. Waarom wil ik de verandering? We moeten kunnen deelnemen in de toepassing, onze acties en ons handelen moeten we zelf vorm kunnen geven. Zo wil ik het doen! We moeten terug-

kijken en gebruik kunnen aanscherpen. Door reflectie kunnen we ons afvragen of we op de goede weg zijn en anders bijsturen. Zo wordt het gebruik van technologie in de ouderenzorg, thuis of in het verzorgingstehuis relevant en krijgt adoptie vorm.

Literatuur

- May, C. R., Harrison, R., Finch, T., MacFarlane, A., Mair, F. S. and Wallace, P. (2003). Understanding the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation. *Journal of the American Medical Informatics Association* 10(6): 596-604.
- Knoster, (2000). <https://redmax.nl/kennis-blog/zin-geving-het-fundament-van-de-implementatie/>
- Newcome research& consultancy (2017). Nationaal social media onderzoek, 2017.
- Timmer, S.(2015). *eHealth in de langdurige zorg, de praktijk van de ouderen - en gehandicaptenzorg*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

Over de auteurs

Saskia Timmer, managing consultant Redmax, is veranderkundige met een achtergrond in de zorg. Verbetering van de kwaliteit van zorg, vanuit het perspectief van de cliënt en de zorgverlener, is haar drijfveer. Saskia heeft meerdere publicaties over eHealth op haar naam staan, onder andere het boek eHealth in de praktijk en eHealth in de langdurige zorg.

Jack van Gils, directeur Redmax, is deskundig op het gebied van implementatie van technologie in de zorg met een menselijke maat. Jack publiceert regelmatig op internet en spreekt op congressen met passie over de aanpak voor adoptie en is betrokken bij Europese projecten voor de ontwikkeling van een succesvolle aanpak voor implementatie van blended zorg.

GESIGNALEERD

Goed gezien! Wonen met zorg: 13 woningcorporaties over de praktijk

Yvonne Witter. Utrecht: Aedes-Actiz, Kenniscentrum Wonen-zorg; te downloaden via www.kcwz.nl/thema/woonvariates/wonen-met-zorg-13-woningcorporaties-over-de-praktijk

Afgelopen jaren is veel veranderd op het vlak van wonen en zorg. Daardoor verandert de rol van woningcorporaties. Wat dit in de praktijk betekent vertellen dertien woningcorporaties in deze publicatie. Zij zorgen in de eerste plaats voor de 'stenen': betaalbare huisvesting voor mensen met een laag inkomen. Maar ze doen meer dan dat. Corporaties blijken een belangrijke verbinder tussen partners als de gemeente, huurdersverenigingen en zorgorganisaties. En steeds vaker: welzijnsorganisaties, particuliere initiatiefnemers, werkbedrijven en sportverenigingen. Samen zorgen ze voor nieuwe woonvormen, nieuwe invullingen van een traditioneel verzorgingstehuis of voor de nodige aanpassingen of ontmoetingsruimten in woningen en wijken. Met deze verhalen willen Aedes en het Kenniscentrum anderen inspireren en goede voorbeelden delen.



eHealth: een belofte vol vragen

HENK BAKKERODE

De zorg in ons land, zeker de ouderenzorg, zal het in de toekomst in hoge mate moeten hebben van de verdere toepassing van ICT. Daarin zullen overheid en samenleving flink moeten investeren. Maar laten we ons eerst goed realiseren welke voorwaarden vooraf vervuld moeten worden wil dit succesvol kunnen zijn. Het blijkt dat partijen bij het toepassen van ICT vaak vooronderstellingen koesteren die we eerst zouden moeten expliciteren. Zeker wanneer daarbij ook belangrijke ethische vragen en dilemma's aan de orde zijn.

Vragen bij een ontwikkeling

Elders in dit nummer beschrijft Nick Guldemond dat Nederland het hoogste percentage digitaal vaardige ouderen in de wereld telt. Een uitstekend uitgangspunt als het gaat om de verdere toepassing van ICT in de zorg en de ontwikkeling van eHealth in het algemeen. Terecht wordt daarvan zeer veel verwacht. We zullen het er zelfs van moeten hebben!

Toch is daarbij ook waakzaamheid op haar plaats. Zijn we ons wel altijd bewust van de noodzakelijke voorwaarden waaronder deze ontwikkelingen kunnen plaatsvinden, vooral als het om ouderen en niet te vergeten hun talloze mantelzorgers gaat? Zijn we ons altijd bewust van de vóóronderstellingen, bijvoorbeeld over de vereiste kennis en vaardigheden bij gebruikers die we, vaak impliciet, hierbij hanteren?

Investeren in digitale vaardigheden

Behalve met de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken, heeft de samenleving te maken met een sterke de-institutiona-

lisering van de zorg: graag langer thuis om een aantal ideële/idealistische en financiële redenen. Verantwoordelijkheden voor de langdurige zorg verschuiven van de overheid naar de samenleving en dan allereerst naar de patiënten zelf en hun mantelzorgers op het lokale niveau. Zorg in de directe, eigen omgeving kan om allerlei redenen sterk de voorkeur hebben boven institutionele zorg.

Dan rijst wel direct de vraag of de betrokkenen in staat en toereikend geëquipeerd zijn (voorzien zijn van kennis, instrumenten en vaardigheden) om die uitdaging op verantwoorde wijze op te pakken. Zijn zij voldoende op de hoogte en in staat de uitdagingen van eHealth of digitale zorg effectief te managen en verantwoord en succesvol te hanteren? De urgentie van deze vragen blijkt al uit de beschouwing van Guldemond. Immers in 2040 ben je zorgverlener of je wordt zelf verzorgd, in elk geval één van beide. De toekomst van de langdurige zorg wordt bepaald door de beschikbaarheid en hanteerbaarheid van de nieuwe technologische mogelijkheden

op dit gebied. Onontkoombaar, dus laten we er ook grootscheeps in investeren, enerzijds door de inzet van alle mogelijke ICT instrumenten, anderzijds door ook sterk in kennis en vaardigheden van mensen te investeren.

Vaardigheid verwerven

De mogelijkheden van ICT in de langdurige zorg worden nog onvoldoende onderkend laat staan daadwerkelijk gebruikt. Tegelijk hanteren we te vaak positieve maar impliciete aannames over het vermogen van ouderen en hun verzorgers over het (kunnen) omgaan met de nieuwe technologie, zoals het instellen van anti-stolling medicatie, revalidatie op afstand of het gebruik van een digitaal gezondheidsdossier. Er zijn heel wat risico's en barrières: technisch, financieel, juridisch, psychologisch, educatief, ethisch. Bovendien bestaat er algemeen menselijke weerstand tegen verandering. Hoe staat het eigenlijk met de spreiding van de nodige digitale vaardigheden en geletterdheid? In het algemeen blijkt nog veel training, ondersteuning en advies nodig, liefst in lokale projecten en centra, in de directe omgeving van ouderen, patiënten en hun mantelzorgers. Dat verdient investeringen; maak het dan ook aantrekkelijk en leuk om te doen (*'promote the fun-side of ICT'*)! Samen met anderen aan zo'n leertraject werken is stimulerend en vaak wel zo effectief. Het verdient nog aparte discussie wie hiervoor verantwoordelijkheid moet dragen (zorg- en wijkcentra, werkgevers, ouderbonden en anderen) en hoe dat inhoud en vorm kan krijgen.

Verantwoordelijkheid delen

Eerder thuis uit het ziekenhuis, langer thuis als oudere, belangrijk allemaal. Maar er zijn ook valkuilen. De last voor de mantelzorger thuis wordt evenredig zwaarder. Hoe moet die omgaan met die nieuwe en zware verantwoordelijkheden, misschien zelfs zonder (goed) bekend te zijn met de nieuwe technologie? Hoe kan de 90 jarige echtgenote van een oudere de alarmsignalen van een apparaat goed uitlezen, interpreteren en daaraan het juiste vervolg geven? Welke investeringen in mensen horen daaraan vooraf te gaan? Welk

instrumentarium bouwen we in in de mantelzorgwoning in de tuin, met welke oogmerken, risico's en afspraken over verantwoordelijkheid?

Technologie kan bijdragen aan een betere samenwerking tussen mantelzorgers onderling en ook met het formele zorgsysteem. Er zijn pilots in uitvoering waarbij de private sector (PostNL, AH) samenwerkt met gemeente en buurtteams. Hier zijn ook volop ethische vragen aan de orde. De technologie stelt nieuwe eisen aan het sociale netwerk van de oudere waarin ze wordt gebruikt. Maar het inbedden van de technologie in dit netwerk heeft op zichzelf ook effecten, zoals:

- hoe onderhoud je persoonlijke contacten binnen het netwerk? Dit terwijl IT idealiter juist wordt ingezet om efficiënter te werken en zo meer tijd te hebben voor 'warm' contact;
- het omgaan met waarden als zelfmanagement, autonomie, privacy en de eigen levensstijl van de oudere in deze gewijzigde context;
- verschuivingen in verantwoordelijkheden of zelfs aansprakelijkheid tussen verzorger, oudere en mantelzorger; kan de laatste wel medische handelingen overnemen en hoe zit dat als zaken mis lopen?
- de kans op geringere kwaliteit van zorg en grotere risico's bij de inzet van instrumenten en bij de uitvoering van (para-)medische activiteiten. Is dat aanvaardbaar? Wanneer; onder welke omstandigheden wel of niet (meer)? Met alle ethische en zelfs juridische vragen vanden?

De vraag is dus onder welke omstandigheden en voor wie de nieuwe technologie een verbetering van zijn of haar kwaliteit van leven betekent.

Acceptatie en succesvol gebruik

Het daadwerkelijke gebruik van ICT blijft nog tamelijk beperkt. Mantelzorgers staan in de kou en worden vaak niet behoorlijk ondersteund of aangesproken. Vaak gaat het om oudere vrouwen met een relatief geringe digitale vaardigheid. Er is onderzoek nodig naar de diverse groepen waarvoor deze ontwikkelingen van belang zijn, vooral om de aanwezige barrières te overstijgen. Wel blijken het

veronderstelde nut en bedieningsgemak een belangrijke rol te spelen bij acceptatie. Het is daarom goed de gebruikers intensief te betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe *tools*. We zullen de mantelzorgers vertrouwd moeten maken met deze vaardigheden en technologie. Dat is de echte maatschappelijke en politieke uitdaging: het effectief ondersteunen van de mantelzorgers via zorgtechnologie. Alleen zo kan de langdurige zorg voor ouderen overleven.

Kernboodschap

Cruciaal is de vraag: Onder welke omstandigheden en welke voorwaarden kan eHealth vruchtbaar worden toegepast in de zorg thuis van ouderen en chronisch zieken, onder borging van de hoog te houden ethische waarden en zorgkwaliteit. eHealth en zorg-op-afstand houden een grote maatschappelijk belofte in en voorzien in grote behoeften. Het zijn katalysatoren voor een fundamentele verandering in de langdurige zorg. Ze bieden perspectief aan nieuwe generaties van mantelzorgers die

meestal nog op flinke afstand staan van moderne technologie. Ook zij moeten daarmee vertrouwd raken. Laten we ons daarbij goed bewust zijn van:

- de vóóronderstellingen die we koesteren, veelal impliciet, wanneer we zeggen dat ICT dé oplossing is voor de langdurige zorg in de toekomst;
- de (rand)voorwaarden die éérs vervuld moeten zijn bij ouderen, hun mantelzorgers, hun overig netwerk in de lokale samenleving en bij technologische oplossingen;
- de vaak complexe ethische dimensies, zoals verantwoordelijkheden en de dilemma's inzake de kwaliteit van leven en de privacy van betrokkenen.

Uitdagingen te over!

De auteur dankt dr. Nick Guldemonnd voor zijn commentaar op een eerder concept.

Over de auteur

Henk Bakkerode is lid van de Raad van Advies van Gerōn

GESIGNALEERD

Ik weet nog goed... voorleesverhalen en activiteiten voor mensen met beginnende dementie

Joke de Jonge. Amsterdam: Uitgeverij SWP; ISBN:9789088506857, 96 pagina's € 24,90

Dat haar schoonmoeder getroffen werd door dementie was voor de auteur aanleiding om te onderzoeken of zij mensen met beginnende dementie een plezier zou kunnen doen met speciaal voor hen geschreven verhalen. Na zich grondig verdiept te hebben in dementie en lezen, zette zij een pilot project op om in de praktijk verhalen uit te proberen en deze verder te ontwikkelen. Geuren en geluiden nemen daarbij een belangrijke plaats in, omdat zij mensen snel meenemen naar vroeger, waarbij beeldmateriaal de sfeer van de verhalen nog eens ondersteunt. Naast verhalen, activiteiten en sfeerpagina's, is in het boek een praktisch deel opgenomen, 'Aan de slag', dat bestaat uit talrijke aanwijzingen en suggesties om in welke vorm van dagbesteding dan ook met een groep mensen te kunnen werken. Denk daarbij aan werkvormen als reminisceren, liedjes zingen, gedichten lezen en het luisteren naar muziek. Ook voor mensen in de privésfeer zijn er veel tips uit te halen.



Masi Mohammadi:

Je kunt van duurzaamheid spreken bij nieuwe technologie als je van een product naar een dienst gaat

RIA WIJNEN & MAX DE COOLE



Masi Mohammadi is hoogleraar Smart Architectural Technologies aan de Technische Universiteit Eindhoven (TUE). Haar onderzoek gaat over

hoe je technologie kunt benutten bij het inrichten van een woonhuis en de woonomgeving, soms ook bij institutionele voorzieningen. Tevens is zij lector Architecture in Health bij het Kenniscentrum Technologie en Samenleving van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN). Ze is afkomstig uit Iran waar ze een eigen bedrijf had voor constructief ontwerpen, ze studeerde verder in Eindhoven en promoveerde aldaar. Masi Mohammadi is bestuurslid van het platform Zorgvastgoed en Stichting KIEN en bijzonder lid van de Nederlandse Vereniging voor Technisch Facilitair Management in de Gezondheidszorg. Naast wetenschappelijk publicaties verscheen in 2014 van haar hand *Domoticakompas. Inzichten uit een decennium slimme zorgprojecten in Nederland*, een uitgave van de stichting KIEN.

Kan technologie langer zelfstandig wonen ondersteunen?

Dat onderzoeken we. Het theoretisch kader wordt daarbij bepaald door de architectuur, de technologie en dat alles in relatie tot gezondheid. Projecten die we aanpakken hebben vooral te maken met een nieuwe kijk op huisvesting in het kader van de vergrijzing. Dikwijls gaat het dan over een combinatie van technologie en woningen die het zelfstandig blijven wonen ondersteunen.

Eerst ontwikkelen we de techniek. Daarna passen we de techniek toe op reële projec-

ten en kijken naar ethische, sociale en persoonlijke randvoorwaarden. Daarna kunnen we pas spreken van een geslaagde aanpassing of toepassing.

Dat vraagt wel om een multidisciplinaire aanpak

Dat is voor mij altijd het uitgangspunt geweest. Mijn lectoraat op de HAN is multidisciplinair ingevuld. Ik ben er heilig van overtuigd dat de weg naar de toekomst niet gebaseerd is op één vakgebied.

Wat is de relatie tussen uw opdracht aan de Technische Universiteit en uw opdracht in Arnhem?

Het zijn toevallig twee banen in één persoon. Laat ik het zo zeggen: wat ik aan de TUE probeer te doen is theoretische kaders uitdenken, goed uitzoeken hoe de techniek moet werken en waar de go en no-go areas zitten. Juist de grensbepaling van de mogelijkheden zoek ik uit op de Technische Universiteit. En dan gaan we in de Dutch Designweek in Eindhoven of ergens anders er een prototype van maken. Op de HAN proberen wij vervolgens de sociale aspecten te onderzoeken en de keten erom heen te creëren. Pas daarna gaan we het uitproberen in reële projecten. Die toetsen we vervolgens en de bewezen resultaten beoordelen we tenslotte aan de hand van het eerder op de TUE ontwikkelde theoretische kader.

Dus de TUE toetst meer theoretisch en de HAN meer op de praktijk?

Dat is een vraag die mij mijn baan kan kosten! Ik ken het politiek juiste antwoord, maar ik ben toch zo koppig om te zeggen wat ik vind. Ik vind dat het meeste verschil hem zit in de *mindset* van mensen en wat mensen denken dat ze mogen doen. Ik ben niet van de schotjes. Ik heb een inspirerend, multi-disciplinair team in Arnhem dat merendeels bestaat uit mensen die gepromoveerd zijn of aan het promoveren zijn. En dat team kan net zo goed op de TUE ingezet worden. Wel is er op de TUE meer ruimte voor dromen en de vraag of dromen gerealiseerd kunnen worden. Ook is er wel een verschil in de studenten. Dat kan te maken hebben met de andere fase van hun leven, meestal heb ik in Eindhoven met masterstudenten te maken die iets ouder zijn. In algemeenheid kan ik wel zeggen dat studenten meer belangstelling voor dit thema krijgen, al is het nog niet zo populair als 3D-printing en duurzaamheid.

Welke technologie bevordert de gezondheid?

Ik vind technologie slechts een stukje van de totale aanpak. Het is niet dé oplossing maar een onderdeel daarvan. Als je hartproblemen

hebt en je wilt meer zekerheid voor als je hulp nodig hebt, dan sluit je je aan op een personen alarmeringssysteem. Dat geeft een veilig gevoel. Om de gezondheid te bevorderen middels technologie zijn er nog wat minder goede oplossingen. Daar moeten we nog veel onderzoek naar doen. Maar er zijn wel voorbeelden van hoe de woonomgeving mensen kan stimuleren tot bepaald gedrag. Dat is een van de belangrijkste vragen in mijn onderzoek op dit moment: hoe ga je het gedrag van mensen stimuleren? En dat gaat niet louter over techniek maar over techniek die je toepast in een bepaalde sociale omgeving.

Heeft u het idee dat de aandacht voor gezondheid, want daar praten we eigenlijk over, nu pas echt van de grond komt?

Wij hebben aan gezondheid en zelfstandig blijven wonen minder aandacht besteed in de afgelopen jaren dan aan duurzaamheid. Dat verbaast mij enorm. Soms lijkt het of we dertig jaar hebben zitten slapen.

De aandacht voor gezondheid is nu veel groter geworden. Het is een trend. De schaduwkant is dat, zeker in de afgelopen paar jaren, die aandacht soms ook negatieve gevolgen heeft. Mensen volgen soms rare eetpatronen en we zien jonge mensen die een eetstoornis ontwikkelen vanwege 'gezonder' gedrag. Ik vind dat die kant van gezondheid ook eens benoemd moet worden. Het heeft ook wel iets sektarisch, de manier waarop we omgaan met ons lichaam.

Een ander punt is hoe we tegen ziekte aankijken? Wat betekent chronisch ziek zijn? Wanneer noemen we iemand kwetsbaar? Volgens vele definities binnen het wetenschappelijk domein, ben je kwetsbaar als je meer dan twee chronische ziektes hebt. Ik heb migraine en allergie. Ben ik kwetsbaar? Ik heb tegen mijn studenten gezegd dat ze dan maar eens naar mij moeten kijken en vertellen of ik kwetsbaar ben. Dan reageer ik wel! Daar moesten ze om lachen. Ze werden wakker geschud. Dat is een mindset die in de medische wereld moet veranderen. Het heeft veel invloed op hoe wij ouderdom beleven. We beleven het ook zo omdat er veel stempels op je

gedrukt worden. Dan beleven we het nogmaals. Met het woord kwetsbaar beschadig je het imago van mensen.

Moeten we ook niet door weerstand heen.

Willen mensen wel nieuwe technologie?

Dat mensen nieuwe technologie niet willen komt omdat wij het niet goed aanbieden. Naar mijn overtuiging doen wij het niet goed, anders zouden ze het wél willen. Het gaat niet over kunstjes maar over wat mensen zelf voor wensen hebben en vervolgens is de vraag wat wij kunnen ontwerpen en realiseren.

Langzamerhand zijn wij de techniek aan het aanpassen. Het is gemakkelijker als je op afstand kunt kijken wie er voor de deur staat en je kunt zien dat het je dochter is en niet een wildvreemde. Met een druk op de knop kan je die dochter dan binnenlaten. Er is nog een andere drempel. De techniek die wij hebben werkt goed, maar is vaak nog erg duur. En je moet er zelf ook nog veel moeite voor doen.

Dat mensen nieuwe technologie niet willen, komt omdat wij het niet goed aanbieden

Ik heb in 2008 twee woningen in Eindhoven toegerust met domotica. Het was een goed project, de televisie kwam, er was veel publiciteit. Sinds 2008 volg ik het.

Ik ben naar die twee mannelijke bewoners teruggegaan; een longitudinale follow-up is mijns inziens van groot belang. Een van hen woont nu intramuraal, maar de ander woont nog in dezelfde woning. Deze bewoner gebruikte een deel van de applicaties niet meer, omdat de instellingen niet voldeden aan de behoefte. Dat komt omdat de techniek veroudert, zeggen we dan heel gemakkelijk. Maar de grote vraag is: wie doet het onderhoud? Batterijen moeten vervangen worden en sensoren zouden tien tot vijftien jaar bruikbaar blijven, maar ze deden het niet langer dan drie jaar. Moet een bewoner zelf de batterijen vervangen? Straks valt die bewoner nog en dan krijg ik last van mijn geweten. Wij hebben allemaal verwarmingsketels in

ons huis. Daar hoort ook een onderhoudsmonteur bij die jaarlijks een controlebeurt uitvoert. Hebben wij voor domotica-apparaten een onderhoudsmonteur? Nee! Dat is nog niet geregeld. En als je het wilt regelen zijn de kosten al gauw een barrière.

Waarom gaan ouderen niet over tot domotica? Omdat ze de problemen zien bij andere mensen. Mensen uit de omgeving van die oudere mijnheer in de proefwoning weiden uit tegen hem: je verkoopt je huis straks niet met al die toegepaste domotica. Daarom willen ze het niet. Met de mogelijkheden die wij ze nu bieden krijgen ze er een probleem bij.

Hoe duurzaam zijn de gezondheidsapps die er nu zijn?

Als wij een app ergens bij iemand aanbrenge, niet die appjes van 'even leuk' maar een essentiële app, is de vraag: hoe lang blijft die werken? Deze apps verouderen snel en er komen updates. Op een gegeven moment is de i-pad oud geworden. Ouderen gaan niet iedere 6 maanden een i-pad weggooien en een nieuwe kopen, maar dan ineens werkt de app niet meer.

Neem Quantify Self, dat is een issue geworden (Quantify self is een beweging die technologie wil integreren in het dagelijks leven, red.). Het is even leuk als je weet hoe je hartslag is, maar wat moet je ermee? Het schijnt dat je er meer psychische problemen door kunt krijgen. Smartwatches zijn populair, maar hoelang blijf je ze consequent gebruiken? De meeste mensen doen ze een paar maanden aan. Daarna is het leuke weg en gebruik je het niet meer.

Je kunt van duurzaamheid spreken bij nieuwe technologie als je van een product naar een dienst gaat. De verwarmingsketel is duurzaam omdat de eindgebruiker bij het onderhoud is ont-zorgd. Als er een probleem is dan draait hij een bekend nummer en dan komt er iemand. Dit hebben wij voor de meeste apps of andere producten die wij bedenken niet geregeld, de inbedding van nieuwe technologie in een dienstverleningsconcept.

Personenalarmering is een goed voorbeeld. Dat is ingebed in een organisatie waar je op terug kunt vallen. Als er een probleem is dan weet je waar je moet zijn.

Ja, dat is zo. Maar er is wel een verschil tussen intra- en extramuraal. Als wij het over zelfstandig wonen hebben, dan betekent het dat mensen dingen zelf moeten aanschaffen en regelen. Het is hun probleem. Het is niet het probleem van zorginstellingen. In je eigen huis, of het nu gaat om lekkage of onderhoud, zijn de zorgen voor jou. Bij veel huizen komen geen zonnepanelen omdat je heel veel dingen moet regelen. Ik heb voor de domotica van dat ene project in Eindhoven gezegd dat het van een product naar een dienst moet. Die stap moet je zetten.

Dan moet je met partners verder. Met mensen uit de wereld van wonen en zorg. Maar heb je ook niet artsen nodig om mee te denken over hoe we dat aanpakken?

Daar ben ik het helemaal mee eens, ik moet niet tegen senioren zeggen: er is personenalarmering. Ik ben de technicus en de bedenker. De huisarts moet het zeggen. Als iemand gehoorproblemen heeft en naar de huisarts gaat, zegt deze dat die persoon een gehoorapparaat moet nemen. Waarom zegt een arts niet als iemand angstig is dat een intercom misschien geschikt is? Dan zie je wie er voor de deur staat. Dat hebben we nodig. Dat is de nieuwe manier van kijken. Waarom moeten de antwoorden van artsen alleen van medische aard zijn. De nieuwe generatie artsen die nu opgeleid wordt moet zorgtechnologie in hun pak-

De nieuwe generatie artsen die nu opgeleid wordt moet zorgtechnologie in hun pakket hebben

ket hebben. Net zo goed als ik tegen architecten zeg die wij hier aan de TUE opleiden dat we niet meer over bakstenen moeten praten maar over sociale bakstenen.

Toch lijkt er nog steeds geen urgentie voor eHealth en domotica.

De tijden veranderen en de maten moeten ook veranderen, is mijn statement. We kijken nog steeds met oude maten naar nieuwe tijden. 60+ is door de medisch-technologische veranderingen niet meer oud. Of je oud bent of niet, dat bepaal je zelf. We moeten nieuwe fases in het leven van mensen gaan benoemen en dat betekent een soort sociale revolutie.

U heeft onderzoek gedaan naar de geschiktheid van woningen voor ouderen. Politici roepen dat er een gebrek is aan voor ouderen geschikte woningen. Welk concept gebruikt u?

Als wij voor ieder huis dat niet rolstoeltoegankelijk is het label 'ongeschikt' gebruiken dan houden we de discussie over een tekort aan voor ouderen geschikte woningen. Want veel oude ouderen of mensen met zware dementie hebben geen rolstoel nodig. Waarom moeten hun huizen ongeschikt verklaard worden?

Ze zijn ongeschikt voor mensen in een rolstoel. Maar voor de categorie mensen die met

Mensen blijven gelukkig oud worden in hun ongeschikte huis

een stok loopt zijn ze prima geschikt. Mensen blijven gelukkig oud worden in hun ongeschikte huis. Het ligt aan de maten die wij gebruiken voor geschiktheid naar mijn mening.

In Nijmegen hebben we onderzoek gedaan naar de geschiktheid van zo'n 14.000 woningen van een woningcorporatie. Daarvoor heb-

ben wij een instrument ontwikkeld om het woningbezit van een woningcorporatie in te delen naar mobiliteitsklassen. Uitgaande van de regels en standaarden voor toegankelijkheid kon bij een groot aantal

het stempel van ongeschikt opgeplakt worden. We hebben gradaties van geschiktheid gezocht, een beslisboom en piramide van de mate van geschiktheid.

U heeft elders een keer gezegd dat mensen niet meer wachten op aanbieders en corporaties maar dat ze zelf initiatief nemen.

Ja, daar doen we studie naar. Wij hebben nu een project lopen, onderdeel van een groter project, een samenwerkingsproject tussen Duitsland en Nederland. Er zijn meerdere focusgebieden en een van de focusgebieden heeft met wonen te maken, de wooncommunity. Wij zijn leider van deze wooncommunity. We gaan vier dorpen in Nederland met vier dorpen in Duitsland vergelijken. Het gaat over leefbaarheid. Op welke wijze kun je leefbaarheid en zelfstandigheid bevorderen in die dorpen.

Jongeren gaan verhuizen en ouderen blijven achter. Welke faciliteiten kunnen we bieden zowel sociaal, ruimtelijk als technologisch. Dan kom je heel vaak burgerparticipatie tegen. Het staat of valt met wat de burger doet. Dus burgers organiseren zelf, in het ene geval is het een wooncoöperatie in het andere geval is het een zorgcoöperatie en soms noemen ze het niet eens een coöperatie maar is het een coöperatie op een ander sociaal niveau. Dat ze dat met elkaar aangaan is een overtuigend bewijs van een rijke geschiedenis met elkaar. Daar zijn ze gewoon trots op. Het grootste probleem van die coöperaties is de houding van overheid, geven de gebiedscoöperaties aan.

De visie van de overheid is toch om robotisering, eHealth en technologie aan te moedigen. Uw werk wordt toch juist door die visie ondersteund?

Je ziet wel dat er vooruitstrevende bestuurders zijn. Maar dé overheid? Dat is zo'n anoniem begrip. Ik weet niet of dé overheid het allemaal door heeft. Maar op nationaal en lokaal niveau zijn er gelukkig enthousiaste bestuurders met empathisch vermogen naar de samenleving die acties ondernemen.

Zou u deze tijd van snelle veranderingen typeren als een kantelend tijdperk?

Op allerlei gebied, absoluut. Naar mijn bescheiden mening komt dat vooral door tech-

nologische ontwikkelingen. Gelukkig is Nederland innovatief van aard. Nederlanders zijn ondernemend en hebben interesse in technologie. Dat zit in de volksaard. En ze kunnen ontzettend goed coöperatief werken. Als er één land is dat dit faciliteert dan is het dit land.

Hoe anders gaan ze in Iran met ouderen om? Wat kunnen wij daarvan leren?

Ik ben geen socioloog en deze vraag heeft met dat vakgebied te maken. Ik kan alleen maar

Vanaf je eerste adem wordt je in Iran gezegd: je hebt respect voor je opa en oma

zeggen hoe ik het ervaren heb. Vanaf je eerste adem wordt je in Iran gezegd: je hebt respect voor je opa en oma. Hoe raar opa of oma ook doet, je houdt je mond netjes dicht. Ze zijn een u en niet een jij. Ons geloof in Iran is ook dat ouderdom met wijsheid gepaard gaat. Ik moet zeggen dat het heel vaak klopt. Ik snap niet dat het niet meer gebruikt wordt in Nederland. Hoogleraren die met pensioen gaan worden niet teruggeroepen. Een schat aan kennis wordt zo niet gebruikt. In de politiek komt het terug in de Eerste Kamer, dat vind ik een goed voorbeeld. Daar zie je wel mensen op leeftijd rondlopen. Als de Tweede Kamer ergens een 'show' van wil maken, dan wordt de show in de Eerste Kamer afgezwakt. Daarmee krijgen we een wijzere en veiligere samenleving.

Hoe ziet u uw eigen ouderdom? Wat zijn uw wensen?

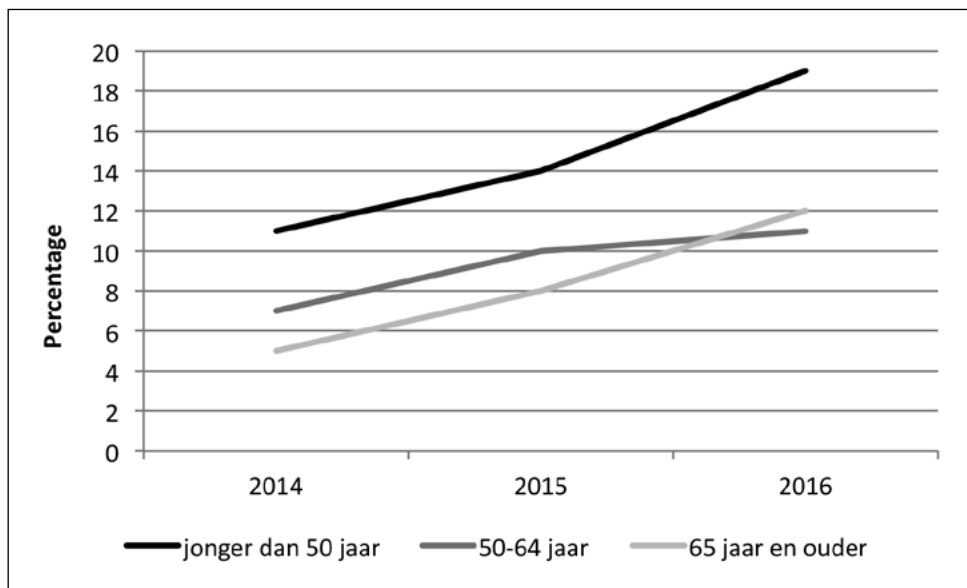
Ik zie mijzelf oud worden in een empathische woning in een super ontwikkelde samenleving qua technologische mogelijkheden. Ik wil als ik oud word alle mogelijkheden kunnen benutten. Maar ik voorzie ook een nieuwe definiëring van hoe we omgaan met elkaar en dat lichamelijk maken. Dat ik mijn zus die in Iran woont kan aanraken zonder dat we bij elkaar wonen. Dat we elkaar letterlijk kunnen knuffelen. En ik word heel erg oud. Mijn oma is meer dan 100 jaar geworden. Ik ga geen verloren strijd aan en word ouder dan oma.

eHealth: je gezondheid in een 'app' op je mobiele telefoon

ELLEN DINGEMANS

Op allerlei gebieden in de zorg vinden enorme technologische ontwikkelingen plaats. Ook daar waar het gaat om communicatie en informatieverzameling. Afspraken met de arts maak je via een website en de applicaties, of 'apps', om je gezondheid bij te houden op je mobiele telefoon of tablet schieten als paddenstoelen uit de grond. In hoeverre maken wij gebruik van deze technologische vooruitgang? Uit de 'eHealth monitor' van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL blijkt dat we steeds

vaker gebruik maken van een eHealth toepassing om onze gezondheid te monitoren. Van de mensen jonger dan 50 jaar zien we dat in 2014 11 procent minimaal eens per jaar een eHealth toepassing gebruikte en dit is gestegen tot bijna 20 procent in 2016. Het zal niet verbazen dat het percentage lager ligt onder ouderen. Maar ook onder ouderen wordt het zelf monitoren van gezondheid via eHealth populairder. Het aandeel gebruikers ouder dan 65 is tussen 2014 en 2016 meer dan verdubbeld van vijf naar 12 procent.



De kritieke succesfactoren van het zorgproces

PETER VAN DEN BROEK

Door de groei van het aantal mensen met dementie en de hogere eisen die aan psychogeriatrische verpleeghuiszorg worden gesteld is er steeds meer behoefte aan inzicht in factoren die van invloed zijn op de uitkomst van het zorgproces. In dit kader is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd waarbij de data van 421 psychogeriatrische verpleeghuiscliënten zijn geanalyseerd

Kwaliteit van psychogeriatrische verpleeghuiszorg

In het onderzoek wordt ingegaan op de vraag wat de relatie is tussen de input en throughput van het zorgproces en de kwaliteit van psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Er is gekozen voor een bedrijfskundige benadering van de onderzoeksvraag. Hierbij wordt de zorginstelling gezien als een complex geheel van mens, techniek en organisatie, waarin processen worden uitgevoerd om een gezamenlijk doel te bereiken. In deze ontwerp- en toepassingsgerichte bedrijfskundige aanpak is de inbreng vanuit andere disciplines, zoals verpleegkunde en epidemiologie, geïntegreerd. Het zorgproces wordt hierbij gedefinieerd als een set gerelateerde activiteiten die gericht zijn op de zorgverlening aan de cliënt en de capaciteiten die hiervoor beschikbaar worden gesteld.

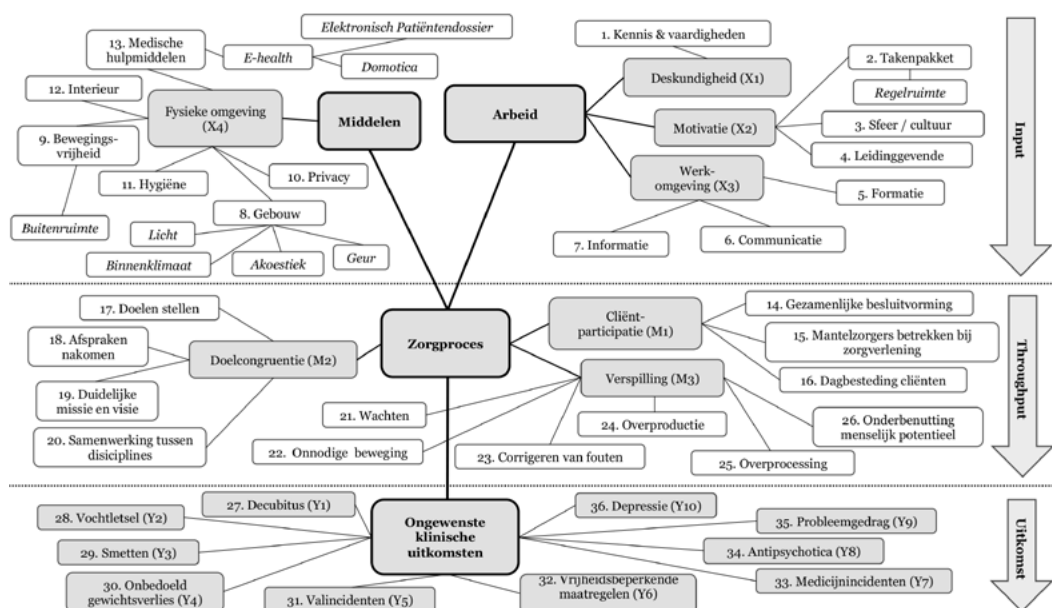
De kwaliteit van zorg wordt in het onderzoek gemeten aan de hand van de prevalentie van ongewenste klinische uitkomsten. Ongewenste klinische uitkomsten hebben betrekking op gezondheidsverlies gerelateerd aan incidenten, fouten, communicatiestoornissen en andere tekortkomingen in het zorgproces.

In het onderzoek worden tien ongewenste klinische uitkomsten onderscheiden: decubitus, smetten, vochtletsel, onbedoeld gewichtsverlies, valincidenten, medicijnincidenten, gebruik van antipsychotica, probleemgedrag, vrijheidsbeperkende maatregelen en depressie. Het gaat hierbij om voor de cliënt relevante aspecten, die vermijdbaar zijn door goede zorgverlening en waarop duidelijke verbetertrajecten gestart kunnen worden.

Determinanten van ongewenste klinische uitkomsten

Er zijn 26 factoren die volgens de literatuur van invloed zijn op ongewenste klinische uitkomsten. Deze 26 factoren zijn onderverdeeld in zeven hoofdvariabelen. Vier variabelen hebben betrekking op de input (arbeid en middelen) en drie variabelen hebben betrekking op de throughput (de daadwerkelijke uitvoering van het zorgproces).

Met betrekking tot de productiefactor arbeid geldt dat de uitkomst van het zorgproces wordt beïnvloed door de deskundigheid en motivatie van medewerkers en de mate waarin de werkomgeving medewerkers in staat



Figuur 1. Determinanten van ongewenste klinische uitkomsten bij langdurige intensieve zorgverlening aan psychogeriatrische verpleegbewoners

stelt om hun vaardigheden tot uiting te brengen. Bij de productiefactor middelen is met name de fysieke omgeving van invloed op de kwaliteit van het zorgproces.

Bij de uitvoering van het zorgproces zijn cliëntparticipatie, doelcongruentie en het reduceren van verspilling de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de uitkomst van het zorgproces.

Er is sprake van cliëntparticipatie als cliënten bijdragen aan waardecreatie in de zorgverlening door zelf activiteiten uit te voeren die betrekking hebben op het zorgproces. Doelcongruentie betekent dat er tussen de (zorg)disciplines onderling, én tussen de zorgprofessionals en de cliënt overeenstemming bestaat over de gezondheidsdoelen die worden nagestreefd. Bij het reduceren van verspilling gaat het om het elimineren van activiteiten die vanuit het perspectief van de klant geen waarde toevoegen aan de zorgverlening.

Conceptueel model

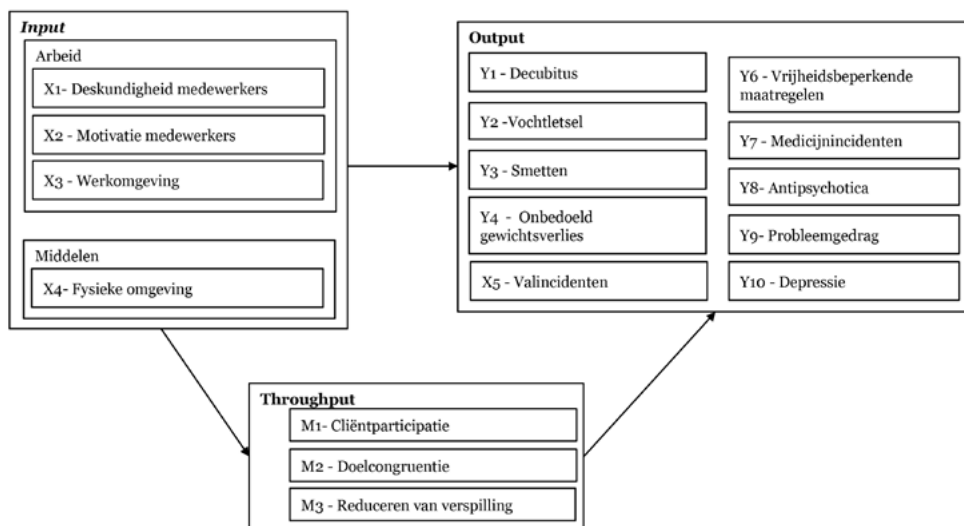
Met behulp van bovenstaand theoretisch kader is een conceptueel model opgesteld. Hierbij is er vanuit gegaan dat arbeid en middelen

zowel direct als indirect (via de throughput) van invloed zijn op de uitkomst van het zorgproces. De variabelen die betrekking hebben op de uitvoering van het zorgproces zijn in het model opgenomen als mediërende variabelen. De mate waarin de input (arbeid en middelen) van invloed is op de uitkomst van het zorgproces wordt beïnvloed door (de kwaliteit van) de uitvoering van het zorgproces.

De relatie tussen de zeven variabelen en de uitkomst van het zorgproces is getest om de kritieke succesfactoren van de kwaliteit van zorg in psychogeriatrische verpleeghuizen te identificeren. In dit kader zijn data verzameld die betrekking hebben op de onafhankelijke en mediërende variabelen en de prevalentie van tien ongewenste klinische uitkomsten bij 421 verpleeghuiscliënten. Vervolgens is nagegaan of de uitkomst van het zorgproces volgens het conceptuele model beïnvloed wordt.

Input, throughput en output

Met betrekking tot de input blijkt uit de onderzoeksresultaten dat met name de deskundigheid en motivatie van medewerkers een positieve invloed hebben op de kwaliteit van



Figuur 2. Conceptueel model

zorg. Als medewerkers gemotiveerd zijn, neemt de kans op decubitus en vochtletsel af. Daarnaast worden er bij een hogere score op motivatie van medewerkers ook minder vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Verder blijkt uit het onderzoek dat de kans op depressie voor een cliënt afneemt bij meer deskundigheid van medewerkers.

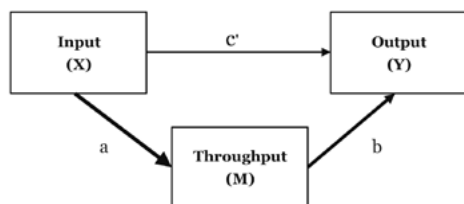
Met behulp van een *bootstrap* procedure (Preacher & Hayes, 2008) is aangetoond dat de productiefactoren arbeid en middelen vooral indirect, via de throughput, van invloed zijn op de uitkomst van het zorgproces. Op basis van het onderzoek kan dus worden geconcludeerd dat input vooral de throughput bepaalt en output voornamelijk wordt beïnvloed door throughput. Dit betekent dat de uitkomst van het zorgproces voornamelijk wordt bepaald door de manier waarop het zorgproces wordt uitgevoerd. Anders gezegd,

deskundigheid en motivatie van medewerkers zijn belangrijk, maar nog belangrijker is om de uitvoering van het zorgproces (de throughput) goed te organiseren.

Met betrekking tot de throughput blijkt uit het onderzoek dat de kans op cliëntparticipatie toeneemt als de deskundigheid van medewerkers hoger is. Dit is ook het geval als de fysieke omgeving goed wordt beoordeeld. Doelcongruentie wordt positief beïnvloed door de motivatie van medewerkers, de werkomgeving en de fysieke omgeving. Tot slot is er bij een hogere score op deskundigheid en motivatie van medewerkers minder sprake van activiteiten die vanuit het perspectief van de klant geen waarde toevoegen. Dit is ook het geval als de fysieke omgeving positief wordt beoordeeld.

Kritieke succesfactoren: cliëntparticipatie en reduceren van verspilling

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat met name cliëntparticipatie en het reduceren van verspilling direct van invloed zijn op de uitkomst van het zorgproces. Deze variabelen, die betrekking hebben op de throughput, zijn de kritieke succesfactoren van het zorgproces. Het is daarom van belang dat cliënt-



Figuur 3.

participatie wordt versterkt en verspilling zoveel mogelijk wordt gereduceerd.

Als er sprake is van cliëntparticipatie en aandacht voor het leveren van toegevoegde waarde aan cliënten neemt de kans op huidletsel en onbedoeld gewichtsverlies af. Ook is er in dat geval sprake van een lagere prevalentie van probleemgedrag en depressie. Het betrekken van bewoners bij activiteiten verbetert hun cognitieve status en leidt tot een aantoonbare verbetering van fysieke functies.

Verder geldt dat als de score op doelcongruentie in het zorgproces hoger is, het gebruik van antipsychotica afneemt.

Indicatoren voor de uitvoering van het zorgproces

Momenteel wordt binnen verpleeghuizen voornamelijk de input en de output of uitkomst van het zorgproces gemonitord. Dit is onmiskenbaar van belang, maar uit het voorgaande blijkt dat meer aandacht moet worden besteed aan het meten van de throughput. Om tijdig te kunnen ingrijpen en/of bij te sturen dienen procesindicatoren te worden ontwikkeld waarmee de uitvoering van het zorgproces gemonitord kan worden. Deze procesindicatoren hebben met name betrekking op cliëntparticipatie, doelcongruentie en het reduceren van verspilling.

Bij cliëntparticipatie gaat het om zaken als gezamenlijke besluitvorming, familieparticipatie en dagbesteding van cliënten. Gezamenlijke besluitvorming, ofwel *shared decision making*, is een manier van werken waarbij de zorgverlener en patiënt, of zijn vertegenwoordiger, samen tot een beleid komen dat het beste bij de cliënt past. Familieparticipatie gaat over het betrekken van mantelzorgers bij de zorgverlening. Familieleden kunnen bijdragen aan het welbevinden van een verpleeghuisbewoner door affectie, emotionele steun en persoonlijke aandacht. Dagbesteding heeft vooral betrekking op deelname aan dagelijkse

bezigheden en andere activiteiten. Creatieve activiteiten bieden mogelijkheden om de zintuigen van cliënten met dementie aan te scherpen en het zelfstandig handelen te stimuleren.

De procesindicatoren die betrekking hebben op doelcongruentie gaan over het nakomen van afspraken, doelen stellen, de samenwerking tussen disciplines en het hebben van een duidelijke missie en visie. Het reduceren van verspilling kan, onder andere, worden gemeten aan de hand van het foutloos verlopen van zorgprocessen, het afstemmen van activiteiten en het efficiënt indelen van zorgroutes.

Informatie die betrekking heeft op de uitvoering van het zorgproces is diagnostisch en moet direct beschikbaar zijn in het primaire proces. Medewerkers kunnen dan zelf signaleren of de zorgverlening juist wordt uitgevoerd zodat snel kan worden bijgestuurd indien de waarden van de procesindicatoren afwijken van de vastgestelde normen. Dit leidt tot minder ongewenste klinische uitkomsten waardoor de kwaliteit van zorg verbetert en de kosten dalen. Het resultaat is ook meetbaar op andere vlakken: een hogere klanttevredenheid en meer betrokkenheid van de medewerkers.

Literatuur

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.

Over de auteur

Peter van den Broek werkt sinds 2013 als directeur bedrijfsvoering bij Stichting Groenhuisen, een organisatie voor ouderen in de regio Roosendaal met een brede dienstverlening in de vorm van thuiszorg alsook in verzorgde woonvoorzieningen. Per 1 april jongstleden is hij benoemd tot lid van de Raad van Bestuur.

Radio Remember: de kracht van muziek bij dementie

FRANS HOOGEVEEN & MARI GROENENDAAL

Er komt steeds meer bewijs voor de positieve effecten van het luisteren naar voorkeursmuziek bij mensen met dementie. Hoewel smaken sterk kunnen verschillen, horen mensen het liefst muziek die hen rond hun twintigste levensjaar emotioneel raakte. Die muziek roept herinneringen en gevoelens op, en blijft dat een leven lang doen. Daarom werd enkele jaren geleden Radio Remember ontwikkeld, een online radiostation dat muziek draait voor mensen met dementie.

Geheugen

Geheugenproblemen zijn een opvallend kenmerk van dementie, al bestaan er grote individuele verschillen in de aard en de omvang ervan (Droës e.a., 2015). Zo wordt de ziekte van Alzheimer onder meer gekenmerkt door het vroege optreden van *inprentingsstoornissen*, waardoor de patiënt niet meer goed in staat is nieuwe informatie op te nemen. Maar bij mensen met vasculaire of frontotemporale dementie staan deze stoornissen dikwijls minder sterk op de voorgrond. Andere verschillen hebben te maken met het stadium van de ziekte. Dementie is immers een *proces* dat meer of minder geleidelijk in ernst toeneemt. Zo kennen we bij mensen met dementie het fenomeen van het *oprollende geheugen*. Eerst kunnen de meest recente herinneringen niet meer worden opgeroepen. Naarmate de dementie vordert, gaat de patiënt vervolgens steeds verder terug in de tijd (het geheugen 'rolt op'), totdat ten slotte alleen de herinneringen uit de jeugd en de vroege volwassenheid overblijven. We zien dit verschijnsel, zij het in veel mindere mate, overigens ook bij oude mensen zonder

dementie. Er wordt dan gesproken van de *reminiscentiehobbel*: het effect dat men zich meer persoonlijke gebeurtenissen kan herinneren uit de tienerjaren dan uit andere perioden in het leven.

Bij mensen met dementie blijven tenminste twee typen geheugen langer intact dan we zouden verwachten: het *associatiegeheugen* en het *emotiegeheugen* (Dirkse e.a., 2011). Het associatiegeheugen is een bijzondere vorm van het onbewuste geheugen. Ervaringen van lang geleden kunnen vele jaren later nog steeds sterke herinneringen en gevoelens oproepen wanneer een prikkel wordt ervaren die zich ook in de oorspronkelijke situatie voordoet. Ervaringen uit het verleden die met heftige emoties gepaard gingen, geven het sterkste effect (Dirkse e.a., 2011). Naast geuren is muziek een belangrijke prikkel die ook bij mensen met dementie het associatie- en emotiegeheugen kan 'aanjagen'.

Muziek als psychosociale interventie

Het aanbieden van preferente muziek als psychosociale interventie bij mensen met demen-

Old Spice

Mevrouw Erkelens heeft een gevorderde dementie. Haar stemmingen variëren sterk. Soms is ze heel angstig. Dan zit ze ineengedoken in haar stoel met een vertrokken gelaat. Ze jammert, huilt of gilt. Het is meestal niet duidelijk wat daarvan de aanleiding is. Op andere momenten lijkt ze tevreden. Als dan contact met haar wordt gemaakt, reageert ze dikwijls met een prachtige lach. Sinds kort kennen we een manier om die goede stemming bij haar op te roepen, dankzij informatie van haar oudste dochter. Mevrouw Erkelens heeft heel veel van haar man gehouden. Hij is vijf jaar geleden overleden. Daarvan lijkt zij zich niet meer bewust. Zij spreekt al jaren niet meer over hem. Vijftig jaar lang gebruikte hij een aftershave die nog verkrijgbaar is: Old Spice. Als we een paar druppels daarvan op een zakdoek doen, en we laten mevrouw Erkelens daaraan ruiken, wordt ze vier van de vijf keer blij. Opmerkelijk is dat ze zelfs op die momenten niet over haar man spreekt, maar de associaties naar haar liefde voor hem blijken in haar brein nog springlevend.

tie mag zich de laatste jaren in een toenemende belangstelling verheugen. Uit recent onderzoek blijkt dat het luisteren naar voorkeursmuziek een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie, en (stemmings)problemen zoals angst, depressie en agitatie kan doen verminderen (Blackburn & Bradshaw, 2014). Dit onderzoek én het verschijnen van de indrukwekkende documentaire *'Alive inside'* (2014; zie kader, te zien op Netflix) waren de inspiratiebronnen voor de ontwikkeling van Radio Remember, een online radiostation voor mensen met dementie.

Radio Remember

Radio Remember is een initiatief van de lectoraten *Psychogeriatric* en *Informatie, Technologie en Samenleving* van De Haagse Hogeschool, en *De Zaak Bakker* van muziektherapeut Machgiel Bakker. Het muziekstation richt zich op personen die in de jaren net na de

Tweede Wereldoorlog opgroeiden en in de jaren vijftig een gezin stichtten. In die fase van het leven ontwikkelde het individu een eigen identiteit en een persoonlijke muzieksmaak. Het zwaartepunt van de muziek ligt daarom in de periode 1944-1963. Maar de juiste muziek selecteren is niet genoeg. De emoties en de sferen die muziek kan oproepen, komen het beste tot hun recht als ze zijn ingebed in vaste patronen en aansluiten bij de dagritmes van de ouderen, in de zorginstelling of thuis. In de ochtend moet het station voornamelijk appelleren aan emoties als 'rustig', 'tevreden', 'wakker' en 'gelukkig', terwijl er bij de koffie meer ruimte is voor 'pittige' muziek: nummers die de 'gezamenlijkheid' aanwakkeren of 'opgewekt' zijn. Bij het opstaan hoort de bewoner daarom easy listening, klassieke pianomuziek en (kalme) symfonieën, met af en toe een Nederlands luisterlied of Frans chanson. Rond koffietijd zijn er pop hits uit de jaren vijftig en het begin van de jaren zestig, wat Dixieland, een meezinger of smartlap en zelfs wat rock-'n-roll. Na het eten moet er een aangename rust heersen en is het tijd voor bijvoorbeeld vocale jazz of bossa nova. Zo rolt de week voorbij en is het opeens zondag: voor velen van onze doelgroep een tijd van bezinning,

Alive inside

In deze documentaire zien we onder meer Henry, een man met dementie die al tien jaar in het verpleeghuis verblijft. Hij is in zichzelf gekeerd en alleen in staat op gesloten vragen te antwoorden. Maar dat verandert als hij via een iPod en een hoofdtelefoon zijn favoriete muziek van zestig jaar geleden beluistert. Hij geniet, beweegt en zingt mee. En als na enkele minuten muziek luisteren wordt gepoogd daarover een gesprek met hem aan te gaan, is hij tot opmerkelijke antwoorden in staat. Hij benoemt zijn favoriete artiesten, spreekt over dansfeesten en zingt spontaan een nummer. Henry heeft zich herinnerd wie hij was. Dat dit effect slechts tijdelijk is, lijkt minder van belang. Herhaling van de interventie leidt steeds tot hetzelfde positieve resultaat.

rust en familiebezoek. Radio Remember wil dat gevoel laten terugkomen in de zondagprogrammering. 's Ochtends kan men genieten van psalmen en gezangen, koorzang, aria's en operette; wat later is er easy listening en vocale jazz (zoals in het populaire programma 'Muziekmozaïek' dat Willem Duys vanaf 1962 gedurende 37 jaren presenteerde). Dit alles heeft uiteindelijk geleid tot een selectie van meer dan 3.100 nummers die ooit populair waren en tientallen genres beslaan. Muziek die de herinnering aan vroeger doet herleven, die zorgt voor herkenning en houvast en die weer iets terugbrengt van een eigen identiteit.

In 2014 deden we onderzoek naar de effecten van Radio Remember in diverse zorginstellingen voor mensen met dementie. De resultaten waren positief. Een grote meerderheid (77%) van de familieleden van de mensen met dementie en de zorgprofessionals zagen positieve reacties bij bewoners, zoals zingen, neuriën, meebewegen en vrolijkheid. Zij namen meer interactie waar als de radio aanstond, zoals praten over vroeger en over de muziek, en samen zingen.

Recente ontwikkelingen en toekomstmuziek

In juni 2015 ging Radio Remember online (www.radio-remember.nl). Inmiddels zijn er enkele honderden zorginstellingen geabonneerd, en zij zijn enthousiast over het resultaat! De programmering is uitgebreid met, onder meer, tweemaal per dag 'muziekvitaminen': een programma waarin de muzieknummers worden ingeleid met verhalen uit de oude doos. Toekomstmuziek is er ook: we zouden graag een kabelexploitant vinden die interesse heeft om het station op een laagdrempelige manier bij mensen met dementie thuis te brengen. Daarnaast staan kanalen met muziek voor specifieke doelgroepen (onder andere jongere mensen met dementie, mensen met een andere culturele achtergrond) op ons programma.

Radio Remember: hoe werkt het?

Het internetradiostation van Radio Remember draait op een server. Puttend uit de database van ruim 3.100 nummers stelt speciale selectie-software elk uur opnieuw een programma op maat samen, dat door andere software wordt samengebracht in een programmering voor de hele dag van 's ochtends 8u tot 's avonds 22u. Vervolgens wordt de muziek door audiodistributie-programmatuur verzonden op het internet. Om het internetradiostation aantrekkelijk en herkenbaar te maken voor de oudere luisteraars is het te horen via een draagbare radio met vormgeving in de stijl van de jaren vijftig.

Literatuur

- Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 879-888.
- Dirkse, R., Kessels, R., Hoogveen, F.R., & van Dixhoorn, I. (2011). *(Op)nieuw geleerd, oud gedaan*. Utrecht: Kosmos.
- Dröes, R.M., Schols, J., & Scheltens, Ph. (red.) (2015). *Meer kwaliteit van leven; Integratieve Persoonsgerichte Dementiezorg*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Vink, A., Erkelens, H. & Meinardi, L. (2013). *Muziek en bewegen bij dementie*. Amsterdam: Reed Business Education.

Over de auteur

Frans Hoogveen is GZ-psycholoog en specialist dementiezorg. Van 2009 tot eind 2016 was hij lector psychogeriatric aan De Haagse Hogeschool. Hij is eigenaar van Hoogveen WTAG; www.franshoogveen.com. Contact: info@franshoogveen.com.

Mari Groenendaal is lecturer practitioner bij Woonzorgcentra Haaglanden en verbonden aan het lectoraat Psychogeriatric aan De Haagse Hogeschool.

‘Natuurlijk oud’

HETTI WILLEMSE, ELLEN ZOETE & ESTRELLE THUNISSEN

Hoe kan ontwerp en design een bijdrage leveren aan de wereld waarin wij ‘natuurlijk oud’ worden? Zijn er gebruiksvoorwerpen, meubels en kledingstukken zonder ‘zorgelijk’ imago die het afhankelijkheidsaspect toch oplossen? Producten waarbij gewoon, aangenaam en zo gevarieerd mogelijk (door)leven de uitstraling is? Wij roepen op om een ‘Thuis Voelen lab’ in te richten waar ontwerpers, designers, start ups, ondernemers, investeerders en (toekomstige) ouderen samen zulke producten gaan ontwerpen en op de markt brengen voor verkoop in ‘gewone’ winkels.

Associatie met hulpbehoevendheid

Oud worden en zijn wordt vooral geassocieerd met hulpbehoevendheid, zorg en hoge (maatschappelijke) kosten. Hierover gaat het vooral in beleid, bestuur en praktijk. Tegelijkertijd is het persoonlijk welbevinden, het gevoel van eigenwaarde en de zelfbeschikking van de huidige en toekomstige generatie ouderen ook van andere aspecten dan zorg afhankelijk. Denk aan hobbyuitoefening, bewegingsvrijheid, lekker eten en drinken, maar ook meubilair, hulpmiddelen en kleding die bij jou als persoon in deze levensfase past, om je leven te kunnen blijven leiden en waarbij de uitstraling er niet louter een is van zorg en afhankelijkheid. ‘Mooi, leuk, handig, must have’; het zijn associaties die vrijwel niet aan producten voor ouderen zijn gekoppeld. Vergelijk het met de baby- en peuterfase. Waarom is daar wel een heel assortiment voor in de (digitale) etalage van de ‘gewone’ winkels — en niet voor de levensfase van de ouder wordende mens? In aantallen neemt deze groep

alleen maar toe. Ze heeft ook geld te besteden. Wat mensen nodig hebben in functionele zin, is niet per se wat mensen willen gebruiken of nodig hebben om zich mens te voelen.

Medicalisering van het gewone leven

Medicalisering van het leven door de medische uitstraling van de omgeving en bijvoorbeeld het gebruik van hulpmiddelen kan verminderde kwaliteit van leven veroorzaken door stigma, vermindering van zelfvertrouwen en verlies van de eigen identiteit (Health Holland Guide, 2015-2016). *Life sciences and health* is één van de negen sectoren die het Kabinet heeft aangewezen als topsector. Deze sector beslaat het brede terrein van medische technologie tot maatschappelijke vraagstukken. De vorderingen op het gebied van Health en Science zijn groot, zo wordt gesteld maar ook dat er nauwelijks aandacht wordt besteed aan het thema ‘life’ als subjectieve beleefde ervaring. Er zijn maar een paar bedrijven, uit de honderdtwintig die zich in de

Health-Holland Guide presenteren, die zich richten op het huiselijke of dagelijks leven van ouderen. Op de Medica 2015 in Düsseldorf, de grootste Europese beurs van gezondheidsproducten, zagen wij met eigen ogen dat de Europese markt erg medisch en functioneel is. Wij constateren dat daar nog een wereld te winnen is, gestaafd door onze eigen ervaringen tijdens meer dan 140 zorgvisites in woonzorgzorgcentra en verpleeghuizen waar wij het thuis voelen hebben geproefd (www.zorgvsite.nl). Wij zien daarbij een expliciete rol voor de discipline Vormgeving en Design (de creatieve industrie is overigens ook een van de negen topsectoren) om producten aan te laten sluiten bij het gewone leven.

Thuis voelen als kwaliteit van leven

Thuis voelen is voor ons de sleutel tot kwaliteit van leven. Thuis voelen op de plek waar je woont, zorgt ervoor dat je kan leven in plaats van bestaan. Thuis voelen in je stoel, je bed en in de kleding die je draagt. Zorgproducten die stigmatiseren en zo het gevoel van eigenwaarde aantasten, vergroten de zorgafhankelijkheid. De producten die nu worden gebruikt in woonzorgcentra en verpleeghuizen zijn vrij vaak geïnstitutionaliseerd, groep georiënteerd, speciaal en kostbaar. Medicalisering en institutionalisering van het leven zorgen voor een beschadigde identiteit en een vreemding van het eigen lichaam. (Nettlton en Gustafsson, 2002) Weinig eigenwaarde zorgt op zijn beurt voor verminderde deelname aan de maatschappij, toenemende isolatie en verslechtering van de kwaliteit van leven.

Stigmatiserende ontwerpen en producten

Stigma is te omschrijven als een conditie, kenmerk, of gedrag dat de drager ervan neerzet als onacceptabel of minderwaardig. De betreffende persoon voelt schaamte en minderwaardigheid, en stigma kan zo de identiteit aantasten en persoonlijke integriteit verminderen. Ouderdom en ziekte, en specifiek de zichtbaarheid en medicalisering van zowel de individuele hulpmiddelen als de groepshulpmiddelen kunnen deze problemen vergroten. Fabrikanten

ontwerpen naar onze ervaring momenteel te onaantrekkelijk zodat ouderen gedwongen worden hun stigma zichtbaar te laten. De huidige hulpmiddelen vestigen door hun klinische uiterlijk de aandacht op het gebrek van de gebruiker. Zo'n voorbeeld is de witte slab bij ouderen, een product dat wordt geassocieerd met ziekte en hulpeloosheid, de zichtbaarheid van de vlekken en een klinisch uiterlijk.

Ontwerp en design voor een gevoel van eigenwaarde

Ontwerpers en designers kunnen hun kwaliteiten inzetten om voorwerpen met positieve associaties te ontwerpen; zij kunnen producten ontwerpen die het stigma (deels) verbergen, herdefiniëren als 'anders normaal' of zelfs als interessant en modieus. Het maken van een eigen keuze die past bij de eigen persoonlijkheid kan vertrouwen in het eigen management van identiteit vergroten. Zo bevordert het aanpassen van het ontwerp van producten voor ouderen hun zelfredzaamheid en welbevinden. Door senioren aan te spreken als consumenten die keus hebben uit mooie of creatieve voorwerpen, in plaats van passieve patiënten, krijgen zij een stuk zelfbeschikking terug. (Gabe, J. Bury, M. Elston, M.A. 2004)

Thuis Voelen lab

Ouder worden hoort, net als geboren worden, bij het leven. Bezorg dan ook ouderen niet bij voorbaat een complex door stigmatiserende en medicaliserende gebruiksvoorwerpen en producten met een negatieve sociale associatie in te zetten, maar biedt consumptieartikelen aan die aanspreken, het leven veraangenamen en aangenaam, speels en plezierig houden. Er liggen ons inziens nog veel kansen voor investeerders, fabrikanten en bedrijven in de ontwikkeling van aantrekkelijke zorgproducten die niet stigmatiserend zijn. Oudere burgers zijn immers de snelst groeiende groep consumenten. Ouderen van deze en komende generaties blijven langer zelfstandig thuis wonen, zijn geëmancipeerd en gewend om dingen zelf te regelen en te kopen.

Bovendien is hun portemonnee beter gevuld dan die van de vooroorlogse generaties ouderen. De realisatie van deze groeiende afzetmarkt en de potentiële vraag naar betaalbare ‘massa’goederen binnen bereik op een gewone manier voor de doelgroep ouderen is nog onvoldoende doorgedrongen in het bedrijfsleven.

Toegankelijkheid, gebruiksvriendelijkheid en nabijheid van de artikelen is essentieel. Daarom richten wij ons op producten die je ook bij de Hema, Ikea of Blokker in de winkel ziet staan, of welke om de zoveel tijd ‘geshowcased’ kunnen worden door pop-up winkels op plekken waar veel ouderen komen. Tijdschriften zoals de Margriet en Linda kunnen aandacht besteden aan deze ‘natuurlijk oud’-hulpmiddelen, meubel- en kledinglijnen. Naast de meer traditionele media zijn er sociale media zoals Facebook, Twitter en Instagram; ideaal voor het verspreiden van informatie over (de ontwikkeling van) nieuwe producten, en voor het betrekken van mensen bij het ontwerpproces. Deze praktische verspreiding en zichtbaarheid van artikelen voor ouderen helpt mee de ouderdom te normaliseren en te de-stigmatiseren en heeft ons inziens zo ook een positief effect op de wijze van zorgverlening en de hoeveelheid zorg die nodig is.

Wij menen dat het hard nodig is dat ontwerpers en designers, fabrikanten en leveranciers, winkeliers, investeerders, de zorgsector, overheid en ouderen van nu en van de toekomst met elkaar hierover om de tafel gaan om te komen tot producten die de ouderen aanspreken als consumenten en hun vertrouwen in eigenwaarde, identiteit en zelfbeschikking vergroten. Ouderen die zelf een keus

hebben uit mooie, leuke, praktische ontwerpen qua kleding, meubels, gebruiksvoorwerpen, en zo ook gestimuleerd en verleid worden deze aan te kopen omdat het bij hen als persoon past en nodig is bij deze levensfase. Om dit concreet handen en voeten te geven, pleiten wij ervoor dat bovengenoemde partijen met elkaar een praktijklaboratorium onder de noemer ‘Thuis Voelen lab’ opzetten om producten met een positieve associatie te ontwikkelen. Het doel is om deze op de markt te brengen met als vertrekpunt zo gewoon en natuurlijk mogelijk doorleven als je ouder wordt en zorg nodig hebt. Of dat nu thuis of in een verpleeghuis is. Je ontleent er allemaal, van oudere tot zorgmedewerker, meer plezier aan. Je ergens ‘Thuis Voelen’ is een kwaliteit van leven; je ergens *in* thuis voelen qua kleding, interieur en meubilair is daar een vanzelfsprekend onderdeel van.

Literatuur

- Elston, M.A. “Medical autonomy and medical dominance.” In: Gabe, J., Bury, M. and Elston, M.A. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage Publications.
- Health Holland Guide 2015-2016, uitgegeven in 2015 door The Task Force Health Care (TFHC) en Health-Holland. Life sciences and health.
- Nettlton, S. en Gustafsson, U. (2002). *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Blackwell publishers.

Over de auteurs

Hetti Willemse is innovator, publicist en adviseur bij Publicarea/Zorgvisite. *Ellen Zoete* is ontwerper en design writer. *Estrelle Thunissen* is cultuursocioloog.

Initiatieven in drie Limburgse regio's

Zorg voor ouderen tijdens en na ziekenhuisopname

ANNEKE VAN DIJK-DE VRIES, BART AMENT, RUUD KEMPEN, SANDRA BEURSKENS & ERIK VAN ROSSUM

Een ziekenhuisopname kan ernstige gevolgen hebben voor het functioneren van ouderen. In drie Limburgse regio's zijn vanuit gemeenschappelijke uitgangspunten initiatieven genomen in de zorg voor kwetsbare ouderen tijdens en na een ziekenhuisopname. Drie aanpakken, een doel: de negatieve impact van een ziekenhuisopname zoveel mogelijk beperken. Hoe zag dat er uit?

Het Transmurale Zorgbrugmodel in Limburg

Voor ouderen is een ziekenhuisopname een risicovolle gebeurtenis; een deel van henervaart na een opname nieuwe beperkingen in het dagelijks functioneren in vergelijking met de situatie voor de ziekenhuisopname (Buurman, 2015). Om functieverlies bij ouderen na een ziekenhuisopname zoveel mogelijk te voorkomen, biedt het Transmurale Zorgbrugmodel, ontwikkeld in de regio Amsterdam, handvatten (Buurman, 2013).

Kern van dit model is dat pro-actief wordt gewerkt aan een reacterend programma in het ziekenhuis en een soepele overgang naar huis. Het Amsterdamse Zorgbrugmodel is geëvalueerd in een gecontroleerde studie bij ruim 700 kwetsbare ouderen (Buurman, 2016). Nog voordat de eindresultaten bekend waren, zijn op diverse plaatsen in Nederland initiatieven genomen om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. In Limburg gebeurt dat in de regio's Weert, Sittard en Heerlen (zie kader).

De regio's Weert, Sittard en Heerlen

In Weert bevindt zich het Sint Jans Gasthuis, een algemeen streekziekenhuis met bijna 300 bedden. In het gebied van het Sint Jans Gasthuis bevinden zich twee huisartsenorganisaties (Meditta en PoZoB). Het team van klinisch geriater, verpleegkundig specialist en geriatrieverpleegkundigen is ziekenhuisbreed betrokken bij de zorg aan kwetsbare ouderen. Het initiatief tot innoveren lag in Weert bij de klinische geriatrie.

In de regio Sittard bevindt zich het Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen. Dit ziekenhuis heeft ruim 400 bedden. Er is een aparte afdeling ouderengeneeskunde. In de afgelopen jaren zijn in de regio Sittard diverse initiatieven genomen in de proactieve zorg voor kwetsbare ouderen, zowel in het ziekenhuis als in de eerstelijnszorg.

Het ziekenhuis in Sittard-Geleen is per 1 januari 2015 gefuseerd met het ziekenhuis in Heerlen. Het Zuyderland Medisch Centrum, locatie Heerlen, is een ziekenhuis met 650 bedden. In deze regio zijn de verbeterinitiatie-

ven voortgekomen uit contacten tussen het geriatrieteam van het ziekenhuis (bestaande uit een klinisch geriatr, internist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten), de regionale thuiszorgorganisatie Meander-Groep en de huisartsenzorggroep HOZL.

Op basis van het Transmurale Zorgbrugmodel zijn door ziekenhuizen en eerstelijnspartners en in samenspraak met zorgverzekeraar CZ gemeenschappelijke uitgangspunten geformuleerd in genoemde drie regio's. Het gaat om vroegsignalering van kwetsbaarheid, reactivering en inzet van geriatrische expertise tijdens opname en in de thuissituatie en ondersteuning aan mantelzorger(s) (zie tabel 1). Iedere regio heeft deze elementen passend gemaakt voor de eigen setting.

Het implementatieproces is door de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl) gevolgd en geëvalueerd. Om inzicht te krijgen in effecten zijn bij een groep ouderen vóór de aanpassingen in de zorg metingen uitge-

voerd en bij een andere groep ouderen na de aanpassingen. Daarnaast zijn per regio enkele patiëntsituaties geselecteerd om inzicht te krijgen in de ervaringen van ouderen, mantelzorgers en de betrokken zorgverleners met de verleende zorg. Verder zijn gesprekken gehouden met zorgverleners over ervaren voordelen en knelpunten in het implementatieproces. Zie kader op de volgende pagina voor een korte beschrijving van twee patiëntsituaties.

Dit artikel gaat niet over de effecten of de afzonderlijke casuïstiek, maar illustreert wat het betekent als kernelementen van een bestaand model op maat worden gemaakt voor drie verschillende settings. We analyseren de kracht en de zwakte van deze regionale, bottom-up initiatieven.

Vroegsignalering

In de drie Limburgse ziekenhuizen is vroegsignalering met een gestandaardiseerd instrument een vast element van de zorg aan 70-plussers. In Weert is dit een eigen vragenlijst (de 'RISK'); in Sittard en Heerlen wordt de Groningen Frailty Indicator (GFI) gebruikt om te bepalen welke ouderen potentieel baat kunnen

Tabel 1. Gemeenschappelijke elementen

Element	Definitie
1 Vroegsignalering	Het proactief opsporen van ouderen met een verhoogd risico op functieverlies met een gevalideerd instrument bij opname in het ziekenhuis.
2 Inzet geriatrische expertise	Betrokkenheid van multidisciplinaire geriatrische expertise bij de behandeling van geïdentificeerde kwetsbare ouderen. Een polyfarmaciecheck is hier onderdeel van.
3 Reactiverend programma	Bij een hoog risico op functieverlies start binnen 48 uur na ziekenhuisopname een reactiverende behandeling. De interventies zijn multidisciplinair, geïntegreerd en doelgericht op de lichamelijke, sociale en psychologische domeinen van het functieverlies.
4 Aandacht voor mantelzorg	Periodieke inventarisatie van de belastbaarheid en knelpunten bij de mantelzorger, om waar nodig actief te interveniëren.
5 Follow-up in de thuissituatie	Intensieve multidisciplinaire vervolgbehandeling door eerstelijns zorgverleners van kwetsbare patiënten in de thuissituatie voor een maximumperiode van zes maanden.

hebben bij de inzet van geriatrische expertise tijdens de ziekenhuisopname. In Heerlen is een extra methode van vroegsignalering toegevoegd. De aanpak aldaar is specifiek gericht op de complexe zorg aan mensen met dementie, die al in zorg zijn bij een casemanager dementie. Bij deze patiënten is mogelijk winst te behalen met heldere afspraken en communicatie in de driehoek casemanager, huisarts en klinische geriatrie. In de nieuwe aanpak is afgesproken dat een huisarts bij opname een overdracht per email verstuurt naar het geriatrieteam van het ziekenhuis, zodat de extramuraal werkende casemanager dementie benaderd wordt door het geriatrieteam van het ziekenhuis om informatie uit te wisselen.

Inzet van geriatrische expertise

In Weert geeft een geriatrieverpleegkundige schriftelijke adviezen aan het verplegend personeel op de afdeling of komt een kwetsbare oudere in consult bij de geriater voor een geriatrische assessment en follow-up. Per afdeling vinden wekelijks multidisciplinaire overleggen (MDOs) plaats tussen specialisten, specialist ouderengeneeskundige, verpleegkundigen, paramedici, transferverpleegkundige, geriater en geriatrieverpleegkundige over zorgplan, medicatie en ontslag. Bij de patiënten die in consult zijn bij de geriater, vindt vooraf aan het MDO een medicatiecheck plaats door de geriater en apotheker.

Twee voorbeelden van patiëntsituaties

Via de eerste hulp komt een alleenstaande vrouw (91 jaar) binnen in het ziekenhuis SJG te Weert. Ze was thuis gevallen en werd daar gevonden door een medewerker van de thuiszorg. De huisarts heeft mevrouw ingestuurd voor een foto. Vanwege een enkelfractuur volgt een ziekenhuisopname op de afdeling orthopedie (5 nachten). Op de eerste hulp wordt een geriatrisch consult aangevraagd. Een geriater komt nog dezelfde dag langs. Een geriatrieverpleegkundige belt met de contactpersoon, een nichtje, om meer inzicht te krijgen in de thuissituatie. Uit dit gesprek blijkt dat mevrouw de laatste tijd is afgevallen, vaker valt en niet veel buiten komt. Tijdens de opname is er telefonisch contact van de geriater met de huisarts voor overleg over een hoge digoxinespiegel bij mevrouw. De transferverpleegkundige zorgt dat de thuiszorg wordt herstart zodra mevrouw naar huis gaat. Dit gaat naar tevredenheid van het nichtje, die met regelmaat contact heeft met de thuiszorgmedewerkers en de huisarts. Mevrouw wordt na de opname opgevolgd op de valpoli in het ziekenhuis. Het nichtje verwacht dat mevrouw binnenkort niet meer thuis kan wonen: *"Ik denk dat er nog een keer een ongeluk moet gebeuren. Ze [mevrouw tegen nichtje] zegt: 'waarom laten jullie me niet me rust?' Er moet gewoon weer iets fout gaan, dan heeft ze geen keus."*

Een alleenstaande vrouw (89 jaar) uit de regio Heerlen is beginnend dementerend. Ze woont nog zelfstandig thuis. Een dochter woont in de buurt, een andere dochter en schoonzoon wonen op een afstand van 2 uur rijden. De thuiszorg komt tweemaal per dag en mevrouw ontvangt huishoudelijke hulp. Er is casemanagement dementie ingeschakeld. Mevrouw valt 's nachts uit bed en wordt de volgende ochtend door de thuiszorg gevonden. Om een enkelbreuk uit te sluiten volgt een opname op de spoedafdeling van het ziekenhuis. Daar sluit men een breuk uit. Volgens de specialist kan mevrouw weer naar huis. Echter, door een combinatie van dementie en blaasontsteking raakt mevrouw verward. Dit betekent dat er thuis 24-uursbegeleiding nodig is. Voor het mantelzorg-systeem is dat niet haalbaar. Besloten wordt om mevrouw toch op te nemen in het ziekenhuis. Vervolgens is het aan de mantelzorgers en de casemanager dementie om de zorg die mevrouw thuis nodig heeft zo in te richten dat ze naar huis kan. Deze casus illustreert het belang van de samenwerking tussen 1e en 2e lijn om een patiënt weer veilig naar huis te kunnen laten gaan.

In Sittard is een co-management model ingezet op de afdelingen Interne Geneeskunde, Algemene Chirurgie en Longziekten. Hiermee is er gestructureerde samenwerking tussen de hoofdbehandelaar en het geriatrieteam (klinisch geriater, geriatrie fysiotherapeuten, geriatrieverpleegkundigen en op indicatie een ergotherapeut of dietist). De klinisch geriater neemt, als medebehandelaar bij kwetsbare ouderen, een geriatrisch assessment af en doet een medicatiereview. In samenwerking met de patiënt worden doelen vastgesteld en het geriatrieteam stelt een zorgplan vast. Een geriatrieverpleegkundige en geriater sluiten aan bij het MDO op de afdelingen en lopen mee tijdens dagelijkse rondes.

In Heerlen bestaat de inzet van geriatri-sche expertise uit een eenmalig consult met adviezen naar de afdeling of het mede behandelen van een patiënt gedurende de hele opname. Tevens sluit de verpleegkundig specialist geriatrie aan bij de MDOs op de afdelingen.

Reactiverend programma

In de regio's Weert en Sittard, waar de verbeterinitiatieven zijn geïnitieerd vanuit klinische geriatrie, is sterk ingezet op reactivering van kwetsbare ouderen tijdens de ziekenhuisopname. Een van de elementen waarin Weert zich onderscheidt is de realisering van twee huiskamers, waar ouderen overdag in huiselijke sfeer samen zijn, aan tafel eten en activiteiten ondernemen op basis van een beweegprogramma voor ouderen. Het ziekenhuis in Sittard onderscheidt zich door inzet van een geriatrie fysiotherapeut voor een mobiliteitsprogramma op maat. Dit programma wordt voortgezet in de eerste lijn door een fysiotherapeut. In Heerlen wordt een fysiotherapeut ingezet bij risico op functieverlies. In deze regio zijn geen afspraken gemaakt over een specifiek reactiverend programma voor dementerenden.

Aandacht voor de mantelzorg

Hoewel een proactief beleid in het geven van aandacht aan mantelzorgers als basiselement is geformuleerd in de zorg voor kwetsbare ouderen, heeft dit tijdens de evaluatieperiode nog geen concrete invulling gekregen in de

drie regio's. Dit vraagt om meer kennis over wat mantelzorgers nodig hebben en welke rol de zorgverleners in het ziekenhuis en de eerstelijnszorg daarin kunnen spelen.

Follow-up in de thuissituatie

Opvallend zijn de verschillen tussen de drie regio's als het gaat om de overgang van het ziekenhuis naar huis en wat dat betekent voor de follow-up.

In Weert wordt de ontslagprocedure voorbereid in het ziekenhuis door een transferverpleegkundige, die informatie verzamelt op basis van het dossier, overleg in het MDO en een gesprek met de oudere en diens mantelzorger. Op basis van deze informatie wordt thuiszorg opgestart. De huisarts wordt digitaal geïnformeerd door zowel de behandelend specialist als de klinisch geriater. Het beleid is dat deze overdracht binnen 24 uur na ontslag plaatsvindt. Hoe de follow-up er uitziet in de thuissituatie hangt helemaal af van de eerstelijns zorgverleners.

In Sittard bezoekt een verpleegkundig specialist geriatrie uit het ziekenhuis de oudere na de ziekenhuisopname in de thuissituatie. Dit is bedoeld voor een zorgvuldige overdracht vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn. Deze verpleegkundige komt binnen 48 uur na ontslag bij de oudere thuis om te checken of de zorgafspraken nagekomen worden en de medicatieoverdracht goed verloopt. Zo mogelijk is een verpleegkundige uit de huisartsenpraktijk, een wijkverpleegkundige of een casemanager dementie bij dit gesprek aanwezig, die de coördinatie overneemt.

In Heerlen wordt thuiszorg opgestart na inventarisatie door een afdelingsverpleegkundige en administratieve afhandeling door medewerkers van een transferpunt in het ziekenhuis. De casemanager dementie is voor, tijdens en na een ziekenhuisopname voor de oudere en mantelzorger beschikbaar voor de coördinatie van zorg. Door de betrokkenheid tijdens de ziekenhuisopname worden huisbezoeken snel opgestart na ontslag.

Implementatie op maat

De bovenstaande beschrijving van de aanpak

in de drie regio's laat zien hoe gemeenschappelijke uitgangspunten een geheel eigen invulling krijgen, als deze op maat worden geïmplementeerd binnen een bepaalde setting.

In de regio's Weert en Sittard waren de klinisch geriater en verpleegkundig specialisten geriatrie de kartrekkers van de veranderingen. Dit maakt het implementatieproces enerzijds sterk vanwege de visie en motivatie van deze personen, waar zij anderen in meenemen. Anderzijds is een geriatrieteam beperkt in tijd en mogelijkheden om veranderingen te bewerkstelligen die betrekking hebben op het hele zorgproces van ziekenhuisopname tot en met terugkeer naar huis. Ook organisatorische veranderingen, die buiten de invloedssfeer van individuele zorgverleners liggen, kunnen een implementatieproces sterk beïnvloeden. Zo waren in Weert al diverse aanpassingen ingezet voordat het evaluatietraject werd opgestart, terwijl andere elementen langzamer gingen dan gewenst, zoals de realisering van de tweede huiskamer. In Sittard ontstond vertraging door een lange levertijd voor hulpmiddelen voor het beweegprogramma. In Heerlen vond tijdens de evaluatieperiode een reorganisatie plaats bij het transferpunt. Casemanagers dementie moesten gaan samenwerken met een nieuw team qua samenstelling in personen, dat zich nieuwe procedures nog eigen moesten maken.

Borging

Aangezien de implementatie van een zorgvernieuwing sterk afhankelijk is van de houding en inzet van individuen, is borging een belangrijk aandachtspunt. Het is een continu proces van delen van visie en kennis om vernieuwingen structureel in te bedden in een zorgorganisatie. In Weert en Sittard betekent dit dat klinisch specialisten goed betrokken worden in de principes van co-management. Verder is het belangrijk dat afdelingsverpleegkundigen blijvend getraind worden in kennis over geriatrie en dat zij over de juiste houding en communicatievaardigheden beschikken. In Heerlen zijn door het implementatietraject directe lijnen ontstaan tussen verpleegkundig specialisten geriatrie en casemanagers dementie.

Dementerende ouderen kwamen voorheen niet altijd in beeld bij het geriatrieteam. Met het nieuwe beleid is het geriatrieteam wel betrokken geweest bij alle mensen in zorg bij een casemanager dementie. De vraag is nu hoe deze directe communicatielijnen voor de lange termijn blijven bestaan en hoe ook de grote groep huisartsen betrokken en alert wordt gehouden in hun rol.

Samenvattend laten de bevindingen in de drie regio's in Limburg zien hoe de kernelementen van het Amsterdams Transmuraal Zorgbrugmodel bottom-up en op maat geïmplementeerd zijn. Dat levert veel variatie op in de invulling van het model, waardoor het meten en vergelijken van effecten lastiger wordt. Binnen de regio's zijn nieuwe verbindingen ontstaan tussen zorgverleners in het ziekenhuis en tussen zorgverleners uit het ziekenhuis en de eerstelijnszorg. Het formuleren van de gemeenschappelijke uitgangspunten heeft er aan bijgedragen dat regio's onderling van elkaar hebben kunnen leren. De verbindingen die tussen de regio's zijn ontstaan, zullen wellicht ook in de toekomst worden benut om verder invulling te geven aan de uitgangspunten. De uitdaging ligt bij het borgen van de initiatieven en het komen tot een regionale geïntegreerde aanpak, waar zowel de eerste- als tweedelijnspartners de neuzen dezelfde kant op krijgen en waarin ook de stem van de ouderen en mantelzorgers wordt meegenomen.

Literatuur

- Buurman B., Parlevliet J., De Rooij S. (2013). De transmurale zorgbrug. *De POH december*: 22-26.
- Buurman B.M., De Rooij S.E. (2015). Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk.* 159(A8185).
- Buurman B.M., Parlevliet J.L., Allore H.G., Blok W., Van Deelen, B.A., Moll van Charante E.P., De Haan R.J., De Rooij S.E. (2016). Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 176(3): 302-309.

Over de auteurs

Anneke van Dijk-de Vries, Bart Ament, Ruud Kempen, Sandra Beurskens & Erik van Rossum zijn als onderzoekers verbonden aan de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg, een structureel samenwerkingsverband tussen zeven zorgorganisaties (MeanderGroep

Zuid-Limburg, Sevagram, Envida, Cicero Zorggroep, Zuyderland, Vivantes, MosaeGroep) en de kennisinstellingen Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht. Correspondentie: Erik van Rossum, lector Wijkgerichte zorg. Zuyd Hogeschool, Nieuw Eyckholt 300, 6419 DJ Heerlen, erik.vanrossum@zuyd.nl.

GEDICHT

VERLIEFD

Toen was er het heelal, met veel misbaar.
Een hete adem dreef, in schok na schok,
De wezenloze sintels uit elkaar.
Ad infinitum. Er was nog geen klok.

De kleinste aardverschuiving had de duur
Van anderhalve eeuw. Pas na een paar
Miljoen zonsondergangen stolde het vuur,
Tot er iets kwam als pool en evenaar.

Ze zeggen het. Voor mij is het niet waar.
Voor mij was alles, lucht en zee en land,
Met al wat ademt, in een oogwenk klaar.

In een minuut leek alles uitgebrand.
Maar toen ik, zomaar aan de overkant,
Jou langs zag gaan, verstreek er duizend jaar.

Gerrit Komrij

Uit: *52 Sonnetten bij het Verglijden van de Eeuw*. Amsterdam: Bert Bakker, 2000

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

De seniorvriendelijke stad

NETTY VAN TRIEST & JOOST VAN VLIET

Veel beleidsmakers kijken zorgelijk naar een vergrijzende stadsbevolking. De visie 'seniorvriendelijke stad' benadert vergrijzing radicaal anders en verwelkomt senioren juist. Deze visie, uitgewerkt door de WHO, is inmiddels ook geadopteerd in Nederland. Steden als Den Haag en Amsterdam voeren uitgebreide programma's uit. Een overzicht.

Uitnodigend concept

Onder aanvoering van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), sluiten wereldwijd steeds meer steden en regio's zich aan bij het gedachtengoed. In Geron 1/2012 schrijft Jenny Gierveld dat bij de feestelijke ondertekening van de *Declaration of Age-Friendly Cities* in 2011 er 42 steden aanwezig waren die met elkaar ideeën uitwisselden over de uitwerking van seniorvriendelijke profielen (Gierveld, 2012). Nu, ruim vijf jaar later, zijn inmiddels 380 steden en regio's geregistreerd die dit concept in hun vaandel voeren. Ook de Nederlandse steden Den Haag en Amsterdam manifesteren zich als seniorvriendelijk. Promotor WHO bracht in 2007 een rapport uit met de titel *Global age-friendly cities: A Guide* (WHO, 2007), gericht op het stimuleren van een stedelijke omgeving die *active ageing* bevordert. Deze inhoudelijk goed onderbouwde en prima toegankelijke gids benoemt acht terreinen die unaniem gezien worden als factoren die ertoe doen om tot een seniorvriendelijke omgeving te komen, te weten 'publieke ruimte', 'transport', 'wonen', 'sociale participatie', '(vrijwilligers)werk (arbeidsparticipatie)', 'communicatie (informatie-

voorziening)', 'respect' en 'gezondheidsvoorzieningen'.

De handreiking, die gebaseerd is op de acht factoren en gedetailleerd is uitgewerkt in concrete aandachtspunten, is voor gemeentelijke organisaties te gebruiken als eenvoudig na te lopen checklist en is een ideaal startpunt, met concrete, alledaagse, suggesties, op basis waarvan op lokaal niveau positief en stimulerend seniorvriendelijk beleid ontwikkeld kan worden.

De aanleiding voor de WHO om zich in te

Active Ageing

De seniorvriendelijke stad biedt aantrekkelijke voorzieningen en toegankelijke infrastructuur en stimuleert bovenal een actieve rol van ouderen bij de samenleving in de stad. Nu de gemiddelde leeftijd in de stad steeds verder toeneemt komen er andere inrichtings- en ontwerpvragestukken aan de orde. Er ligt een opgave om de omgeving aan te passen tot inclusieve, toegankelijke en stimulerende oorden om active ageing te ondersteunen. Het concept seniorvriendelijke stad kan helpen om deze transitie vorm te geven.



Figuur 1. Acht factoren voor Age-friendly cities
bron: WHO *Global Age-friendly Cities: a Guide* (2007)

zetten voor seniorvriendelijke steden heeft te maken met twee belangrijke trends in de wereld; vergrijzing en verstedelijking. In 2030 zal drie op de vijf mensen in een stedelijke omgeving wonen. In de ogen van de WHO is *active ageing* een van de leidende strategieën om de uitdagingen van een vergrijzende wereldbevolking tegemoet te treden. *Active Ageing* wordt omschreven als *the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age*. Er is voor het concept van *age-friendly cities* gekozen om langs deze weg ruimte te maken om active ageing in praktijk te brengen.

Citymarketing of meer?

Nu staat het reuze interessant voor gemeenten om zich door het invullen van een checklist op de kaart te zetten als seniorvriendelijke gemeente en dit predicaat in te zetten als vorm van citymarketing. Het is echter expliciet de gedachte dat de oudere inwoner ook daadwerkelijk deelneemt aan ideevorming, besluitvorming en uitvoering. Niet als consument, maar als actief burger. Active Ageing vraagt een actieve bijdrage van ouderen bij het vormgeven van de seniorvriendelijke stad. Het concept van de seniorvriendelijke stad efcnt de weg om te werken aan leeftijd-gerelateerde vraagstukken en biedt de houder van

het concept, meestal is dat de gemeente, handvatten om te werken aan de sociale en technische infrastructuur van de stad. Een infrastructuur die goed is voor de meest kwetsbare inwoners van de stad, is bovendien goed voor alle bewoners. Het is ook aan de ouderen zelf in die seniorvriendelijke stad om toe te zien op een juiste invulling en aanpak. Het door de gemeente aanvragen van de titel getuigt van goede wil, maar om deze wil verder te brengen is een nadrukkelijke bottom-up benadering geboden. Want wat in de ogen van de wethouder een goede seniorvriendelijke stad is, hoeft dat niet perse te zijn in de ogen van de oudere wijkbewoner. Voor hen is de vraag eerder 'hoe seniorvriendelijk is mijn stad?' (Buffel, 2012). De fysieke omgeving heeft een significante impact op mensen, maar in het bijzonder op hen die afhankelijk zijn van steun uit hun directe omgeving. Met name ouderen zijn gevoelig voor veranderingen in de fysieke en bebouwde omgeving, waar zij ook een deel van hun identiteit aan ontleen, maar zijn vaak onzichtbaar als het gaat om herontwikkeling (Buffel, 2012). De ouderen zelf moeten de belangrijkste beschermers zijn voor het bepalen van de feitelijke kansen en bedreigingen in hun stad om de kwaliteit van leven bij het ouder worden vast te houden (Plouffe, 2016). Het is in feite niet de vraag hoe een seniorvriendelijke stad eruit ziet, maar wat het mogelijk maakt voor ouderen om mee te doen, en hoe goed het aansluit bij hun behoeften (Buffel, 2012). De participatie van ouderen moet zowel het doel zijn als de werkwijze om aan te kunnen sluiten bij de behoeften en verwachtingen. Een dergelijke aanpak werkt *empowerend* en creëert eigenaarschap. Als dat wordt bereikt, hebben beleidsmakers, planologen en gemeenteraad een dankbare bron van informatie uit de eerste hand omtrent behoeften en verwachtingen, waar vervolgens verder nauw-passend beleid op kan worden ontwikkeld (Warth, 2016).

De seniorvriendelijke stad Den Haag

Den Haag is in 2014 toegetreden tot het netwerk van seniorvriendelijke steden. Met een meting in focusgroepen werd inzicht gekre-

gen in wat verstaan wordt onder vitaliteit en wat Haagse ouderen nodig hebben om vitaal te kunnen blijven. Naar aanleiding van de metingen is de meetlat voor een seniorvriendelijk Den Haag ontwikkeld, die weergeeft wat per levensdomein de belangrijkste onderwerpen zijn. Bovendien zijn de uitkomsten in een interactieve digitale stadskaart verwerkt (www.seniorvriendelijkdenhaag.nl). In het Haagse ouderenpanel (SOC, 2017) wordt verder kwalitatief ingegaan op de vraag welke aspecten voor Haagse ouderen belangrijk zijn voor een seniorvriendelijke wijk.

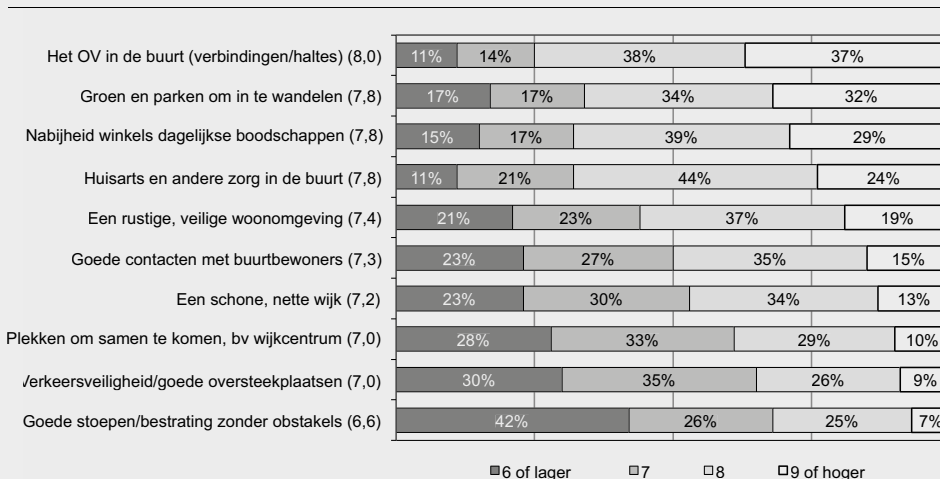
In het door de gemeente geschreven actieprogramma worden drie speerpunten benoemd: 1. Gezond, vitaal en betrokken; 2. Eenzaamheid en een focus op leefplezier; 3. Langer zelfstandig wonen. Binnen deze thema's stimuleert de gemeente partijen in de stad die werkzaam zijn op het gebied van ouderenbeleid om samen te werken. Sindsdien is een waaiër aan activiteiten ontstaan, met mooie namen als de Vitaliteitsawards, de Maand van de Vitaliteit, het Haags Cultuurcanvas, het congres Haagse Waardigheid, de Community tegen Eenzaamheid en de Haagse Luikjes. De gemeente zet sterk in op het ontwikkelen van community-vorming. Een community wordt hierbij gezien als een concept waarbinnen mensen zich rondom

een bepaald thema met elkaar verbinden. De achterliggende gedachte hierbij is dat het niet alleen de lokale overheid is die verantwoording moet nemen voor de seniorvriendelijke stad en dat het helpt om top-down diverse beleidsmaatregelen door te voeren, maar dat de thematiek juist gaat leven vanuit reeds bestaande en nieuw te vormen communities van mensen door de hele stad. Zo is de Haagse Stedelijke Ouderencommissie SOC actief in het organiseren van stadsdeelgesprekken, om ook langs die weg het draagvlak voor de seniorvriendelijke stad onder de oudere stadsgenoten te ontwikkelen. De gemeente is zich nu aan het beraden hoe in de seniorvriendelijke stad meer regie kan worden gebracht, waarbij zo mogelijk meerdere partijen gezamenlijk eigenaar en bestuurder worden van dit concept.

Age friendly Amsterdam

De gemeente Amsterdam is in 2015 toegetreden tot het WHO netwerk. Ook in Amsterdam is eerst begonnen met het verzamelen van informatie over, met en door ouderen. Ook is in kaart gebracht wat de huidige inzet is van de gemeente ten behoeve van ouderen. Op basis daarvan is het 'Actieplan Age-friendly City' opgesteld. Het plan bestaat uit vier stedelijke actielijnen (dementie, ouderen-huisvesting, eenzaamheid, valpreventie) en

Tabel 1. Wat hebben Haagse ouderen nodig om vitaal te kunnen blijven?



een aantal gebiedsgerichte projecten, waaronder een levensloopbestendige route en een prijsvraag voor ontmoetingen in de openbare ruimte. In deze pilotgebieden wordt onderzoek verricht (met Hogeschool van Amsterdam, Universiteit van Amsterdam en VUmc), worden experimenten uitgevoerd en wordt er vooral 'van elkaar geleerd'. Daarnaast lopen er twee soorten onderzoek: co-research, waarbij ouderen, gegeven de acht domeinen van de WHO, worden getraind om andere ouderen te interviewen en het onderzoek *Zorg en ruimte* waarbij op stedelijk en op wijkniveau is gekeken naar de consequenties van zorgveranderingen (langer zelfstandig wonen) voor de openbare ruimte. Op wijkniveau zijn met professionals en bewoners de buurten geschouwd om de buurt te analyseren vanuit vier perspectieven: fysieke beperkingen, je bent vergeetachtig (dement), hoe loop je dan door de wijk?, eenzaamheid (waar vind je ontmoeting) en hittestress (verkoelende plekken). Aanvullend lopen er een aantal meer 'losstaande' projecten op het snijvlak van kunst, cultuur en gezondheid, fietsveiligheid onder ouderen en een *silver screen festival*.

Ontwikkelingen voor de toekomst

De seniorvriendelijke stad is een aantrekkelijk concept om gericht aan de slag te gaan met en voor oudere stadsgenoten en om te werken aan gunstige voorwaarden om te komen tot active ageing. De verwachting is dat meerdere steden, en misschien wel regio's, zich zullen aansluiten. Maar een werkelijk leeftijdsvriendelijke stad is nooit klaar, het blijft een continu proces om leeftijdsvriendelijk te blijven. De vraag is of die structurele aandacht lang samen blijft gaan in een politieke omgeving waar steeds maar voor vier jaar beleid wordt geformuleerd. Dat kan volgens ons alleen als de inwoners van de stad zelf mede-eigenaar willen zijn van dit concept. Dát is *active ageing* en daar moet dus vanuit de gemeente de focus op worden gericht.

Literatuur

- Buffel, T., Ch. Phillipson, Th. Scharf (2012) Ageing in urban environments: developing 'age-friendly' cities, *Critical Social Policy* 32-4, pp 597-617, SAGE Pub UK
- Den Haag (2015) *Actieprogramma Den Haag Seniorvriendelijke stad 2015-2018* (2015) Den Haag: gemeente Den Haag.
- Gierveld, J. de Jong(2012). Leeftijdsvriendelijke steden en regio's. *Geron* 14 (1) 29-30.
- Plouffe, L. (2016) Chapter 2, A Critical Review of the WHO Age Friendly Cities Methodology and its Implementations, Uit: Thibault Moulart en Suzanne Garon (2016) *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison, International Perspectives on Aging* 14, Springer.
- Stedelijke Ouderen Commissie Den Haag (2017), <http://www.socdenhaag.nl/rapporten-naar-aanleiding-van-ouderenpanel-enquetes>
- Vries, E. de (2015). *Maatlat voor een seniorvriendelijke stad*. Den Haag: dienst OCW, afdeling ouderenbeleid.
- Warth, L. (2016) Chapter 3, The WHO global network of age friendly cities and communities: origins, developments end challenges, Uit: Thibault Moulart en Suzanne Garon (2016) *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison, International Perspectives on Aging* 14, Springer.
- Global Age-friendly Cities: A Guide*.(2007). Geneva: WHO

Zie voor meer informatie: www.seniorvriendelijkdenhaag.nl. Voorts is informatie uitgewisseld met Johan Osté over AFC Amsterdam.

Over de auteurs

Netty van Triest is senior projectleider bij Platform 31, kennisorganisatie voor stad en regio. *Joost van Vliet* is als sociaal gerontoloog verbonden aan De Haagse Hogeschool. Beiden waren tot en met deze editie redactielid van *Geron*.

Zelfstandig wonen, bewustwording door uitproberen

DORT SPIERINGS

Eén van de doelen in de transitie naar een participatiesamenleving is dat mensen meer verantwoordelijkheid nemen voor de zorg voor zichzelf en langer thuis blijven wonen. Om dat mogelijk te maken is het nodig dat woningen geschikt worden gemaakt voor zelfredzaamheid en/of zorg aan huis. Maar hoe maak je bewoners en betrokken partijen hier meer bewust van en bekwaam in de uitvoering hiervan?

Twee modelwoningen in Andelst

Tussen juni 2015 en juli 2016 is een onderzoek uitgevoerd naar voorkeuren, kosten en bestedingsbereidheid voor woningaanpassingen in de modelwoning *KeuzeThuis* in Andelst. Bedoeld voor mensen met een lichte zorgindicatie, maar waarbij de woning niet in een zorgcirkel, dat wil zeggen een gebied met voorzieningen voor dagelijkse zorg, ligt. Deze modelwoning zou hen in staat stellen te blijven wonen tot het moment dat er sprake is van een middelzware zorgindicatie (ZZP 4). De doelgroep bestond uit zowel sociale huurders als particuliere woningbezitters. Voor beide groepen golden vragen als: “kan ik hier blijven wonen? Wat moet ik aanpassen? Welke mogelijkheden zijn er daartoe?”.

De modelwoning was een bestaande woning waar veel corporaties mee worstelen: 30 tot 50 jaar oud, slechte energieprestatie, een plattegrond die niet meer van deze tijd is, en door te investeren mogelijk een levensduurverlenging van 40 jaar heeft, maar wel met een huur die betaalbaar is. Er waren twee modelwoningen binnen het project: één in bewoonde en één in onbewoonde staat.

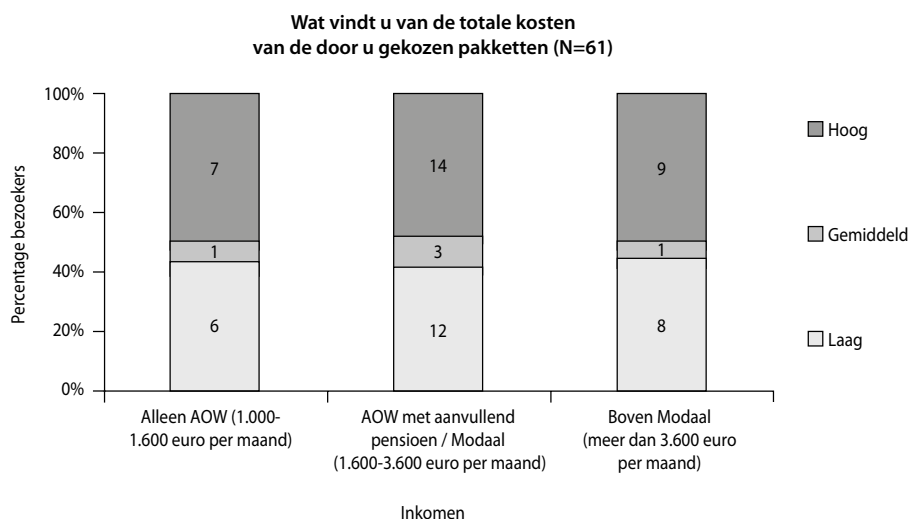
In het *KeuzeThuis* was het programma Energiesprong van Platform 31 meegenomen, dat als doel heeft het realiseren van een energieneutrale gebouwde omgeving. In het programma verkent men de mogelijkheid of een nul-op-de-meter renovatie gepaard kan gaan met het levensloopbestendig maken van bestaande woningen. Twee vliegen in een klap, zogezegd.

Drie personas als herkenbare basis

De expositie was ingericht op basis van drie personas die voor de keuze al dan niet langer zelfstandig wonen kunnen komen te staan: een senioren echtpaar van rond de 65 jaar die beiden vitaal zijn; een ouder echtpaar van rond de 75 jaar waarvan één lichamelijk zorgbehoevend is en een alleenstaande oudere dame van rond de 75-80 jaar bij wie beginnende dementie wordt vermoed.

Na een kopje koffie de woning door

Er waren in het *KeuzeThuis* zeven woonplekken ingericht: entree, zitplek, eetplek, keuken, trap, slaapkamer en badkamer. Daarnaast was er een plek waar een eventuele aanbouw



Figuur 1. Ervaren hoogte gekozen pakketten Vitaal, Fysiek en Dementie naar inkomen (aantallen particuliere respondenten genoteerd in de staven)

wordt getoond, een plek voor energiebesparing en een plek voor het alternatief om te verhuizen. Bij elke plek zijn oplossingen getoond en een te kiezen pakket, gebaseerd op de personas: het pakket Vitaal, het pakket Fysiek en het pakket Dementie. Voor elk pakket werden de bijbehorende kosten aangegeven.

De bezoekers werden alleen of in duo's ontvangen met een kop koffie of thee. Zij kregen een tablet waarop ze hun respondentgegevens invulden en hun voorkeursekeuzes bij de rondgang. Na afloop ontving de bezoeker een overzicht van de gekozen oplossingen en de bijbehorende kosten.

In totaal hebben 1144 personen van juni 2015 tot en met juni 2016 het *KeuzeThuis* bezocht. Hiervan waren 489 bezoekers particulier en 655 professional. Van het totaal heeft 34% aan het onderzoek meegewerkt, een hoge representatieve waarde.

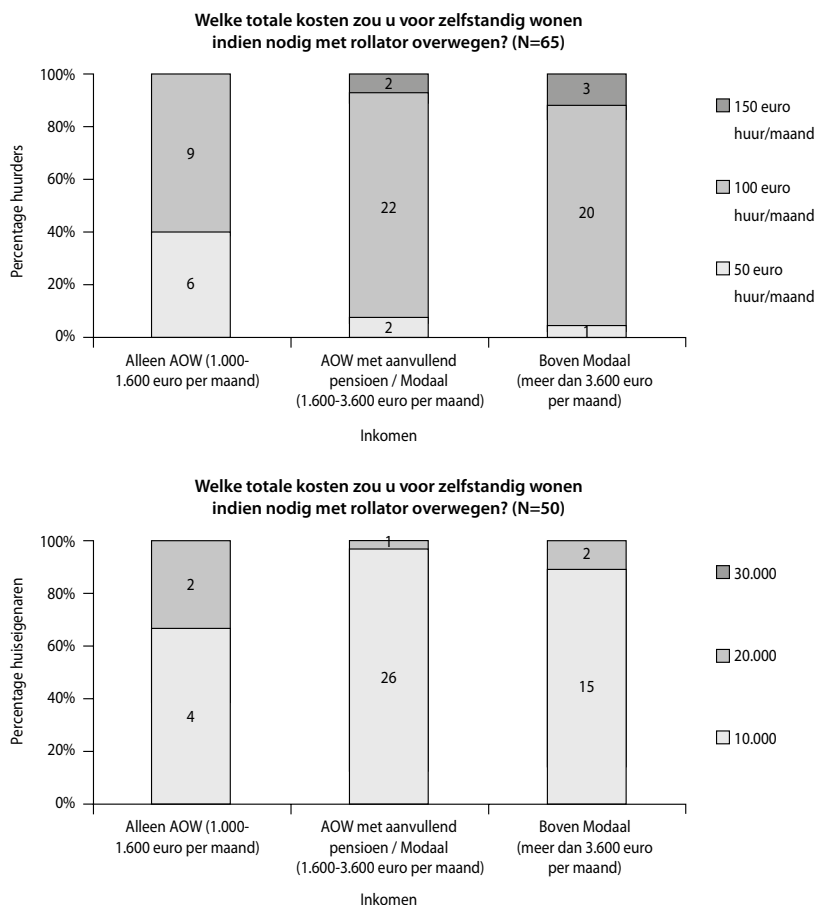
Bestedingsbereidheid voor woningaanpassingen

De totale kosten van de gekozen pakketten variëren van 10.000 tot 115.000 euro, met een gemiddelde van 49.000 euro per bezoeker. Ten aanzien van de huurders varieert dit van 10.000 tot 107.000 euro, met een gemid-

delde van 45.000 euro per huurder. Ten aanzien van de woningeigenaren varieert dit van 12.000 tot 115.000 euro, met een gemiddelde van 51.000 euro per woningeigenaar. De pakketten die bezoekers kiezen, geven daarmee behoorlijke totaalkosten. Woningeigenaren geven ten aanzien van het maximum en het gemiddelde respectievelijk 8.000 en 6.000 euro meer uit dan huurders.

Na het invullen van de keuzes zijn de respondenten ook gevraagd daarop te reflecteren. Dit is door een beperkter deel van de respondenten gedaan, 50 a 122 personen (13 a 31%) in de hier te behandelen vragen. Redenen die men aangaf waren de gevoeligheid van dit thema en het onvoorbereid zijn hierop, een en ander in samenhang met de duur van de rondgang. De resultaten zijn hierdoor mogelijk gekleurd, maar desalniettemin interessant en soms verrassend.

Circa 50% van de respondenten vindt de totale kosten van de door hun zelf gekozen pakketten te hoog. Een ruime 40% vindt ze laag, slechts 3 tot 5% vindt de kosten gemiddeld. Opvallend is dat de extreme keuzes voor hoog en laag het meest worden gekozen. Men is verbaasd, soms zelfs boos of acht de kosten juist laag.



Figuur 2. Bestedingsbereidheid rollator- en rolstoelgeschikt zelfstandig wonen

Bestedingsbereidheid rollator- en rolstoelgeschikt zelfstandig wonen

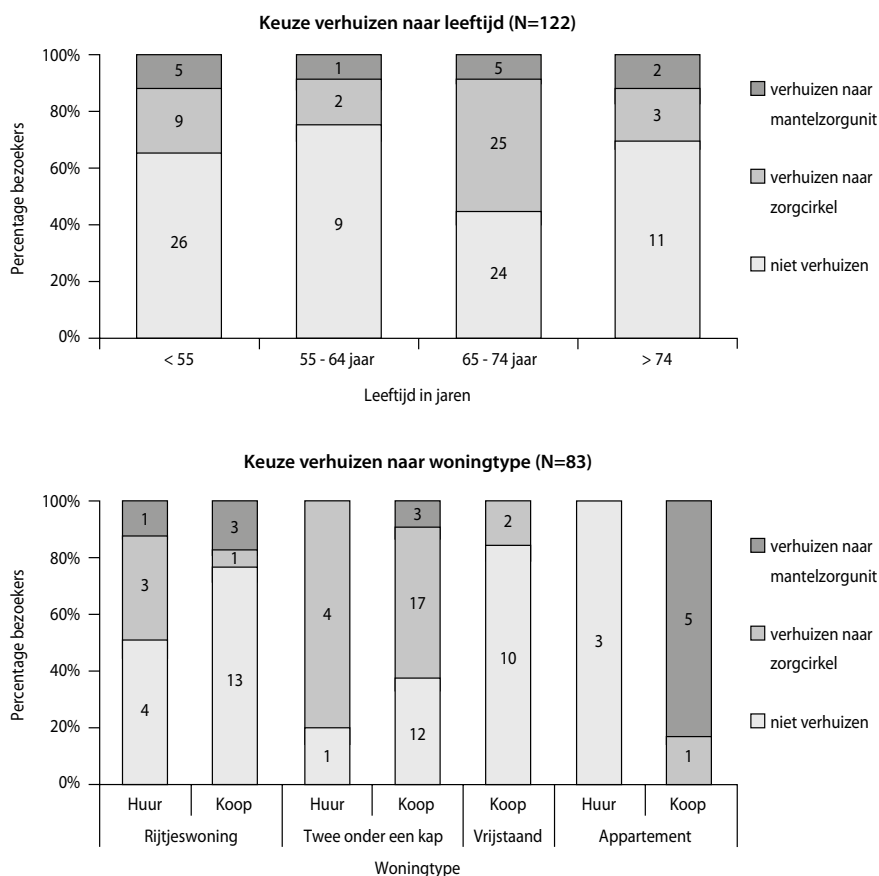
De resultaten in de tabellen zijn uitgesplitst naar huur- en koopwoningen omdat respectievelijk een huurverhoging of een investering is voorgelegd. De huurverhoging is gebaseerd op een terugverdientijd van circa 25 jaar, waarbij € 50,- huurverhoging per maand gelijk is gesteld aan een eenmalige investering van € 10.000.

Ten aanzien van het willen dragen van meer huur voor zelfstandig wonen met rollatorgeschiktheid (zie www.woonkeur.nl) kiest de overgrote meerderheid voor de bijdrage van 100 euro per maand. Een minderheid van 12% bij de hoogste inkomensgroep onder de huurders gaat nog een stap verder. Bij de woningeigenaren kiest de meerderheid voor

10.000 euro investering. Deze resultaten duiden op een bereidheid tot een huurverhoging van 100 euro per maand. Woningeigenaren zijn in vergelijking wat terughoudender met een eenmalige investering van 10.000 euro voor de gekozen maatregelen.

Ten aanzien van het willen investeren door woningeigenaren ten behoeve van zelfstandig wonen tot rolstoelgeschiktheid kiest de overgrote meerderheid voor de laagste keuze van 20.000 euro. De resultaten duiden op een lage bereidheid tot een hogere investering dan 20.000 euro.

De combinatie van een investering voor zelfstandig wonen met energiebesparing, geeft bij rollatorgeschiktheid een 100% keuze voor 20.000 euro en voor rolstoelgeschiktheid een 100% keuze voor 30.000 euro (de alterna-



Figuur 3. Keuze verhuizen naar leeftijd en woningtype

tieve keuzes waren respectievelijk 30.000 en 40.000 euro). Ondanks de zeer eenzijdige keuze, valt uit het niet kiezen voor het hogere alternatief de aarzeling voor een hogere investering te destilleren.

Hoe denkt men over het alternatief: verhuizen naar een zorgcirkel?

Als laatste is op basis van de woonomgeving (de loopafstanden naar voorzieningen en de aanwezigheid van een sociaal netwerk) het alternatief van verhuizen of het realiseren van een mantelzorgunit (een prefab woonvoorziening voor een mantelzorger) voorgelegd.

Ten aanzien van leeftijd kiest, met uitzondering van de groep 65-74 jaar die voor verhuizen kiest, de meerderheid voor niet verhuizen ondanks de vaak hoge kosten van de maatregelen voor woningaanpassingen. Deze

keuze wordt gevolgd door die voor verhuizing naar een zorgcirkel.

Ten aanzien van woningtype is er een zeer gemengd beeld. De resultaten duiden op een relatief grotere bereidheid tot het alternatief van verhuizen naar een zorgcirkel bij de groep 65-74 jaar. Huurders van appartementen en woningeigenaren van rijtjeswoningen en vrijstaande woningen willen niet of minder verhuizen.

Hoe werd het ervaren in de bewoonde modelwoning?

In *Keuze Thuis* nr. 19 woonde de familie Opperman. In deze woning zijn de entree, de keuken, en de badkamer aangepast. De aanpassingen zijn enkel bouwkundig; domotica, meubilering of hulpmiddelen zijn niet aangepast en konden dus ook niet worden geëvalueerd.

Het intake gesprek op 9 juni 2015 is hartelijk, de cake is geweldig. De woning is vol, oogt daardoor niet groot, hoewel dit ook weinig anders zou kunnen na 52 jaar opgespaard woongenot, een verzameling klokken van meneer en de uitgebreide naaihobby van mevrouw.

Het meest tevreden is de familie over de ruimere entree en het toilet zonder opstap beneden, direct gevolgd door de verbouwde keuken en de badkamer en het tweede toilet aldaar. Gevraagd naar wat dit voor hen aan huurverhoging waard zou zijn kwamen bedragen tussen de € 25,- en € 40,- per onderdeel naar voren, waarbij een luie trap voor € 10,- als laagste scoorde.

De expositie als beleving, bewustwording en inspiratie

Het *KeuzeThuis* heeft ten aanzien van de beleving en de innovatie een goede respons opgeleverd. De stimulering van de kostenbewustheid levert de nodige weerstand op en onbegrip voor de hoogte van de kosten voor aanpassingen. De combinatie van fysieke, sociale en technische oplossingen werd herkend en gewaardeerd door de bezoekers. Er was minder weerstand maar juist belangstelling voor technische oplossingen dan vooraf aangenomen. De ingevulde voorkeuren voor aanpassingspakketten leiden overal tot een voorkeur voor de pakketten Vitaal, gericht op de minste zorgzwaarte, gevolgd door de pakketten Fysiek.

Bezien naar leeftijd kiezen oudere bezoekers niet vaker, zoals vooraf verondersteld, voor de pakketten Fysiek en Dementie dan jongere bezoekers. Deze keuzes zijn meer afhankelijk van de plek in huis. Oudere bezoekers kiezen niet vaker voor slapen in een aanbouw boven slapen op de verdieping.

Ten aanzien van de invloed van woningtype zijn woningeigenaren eerder dan huurders geneigd te kiezen voor verdergaande energiebesparing. Zij kiezen niet eerder dan huurders voor pakketten Dementie, appartementbewoners doen dat wel.

De pakketten die bezoekers kiezen geven

aanzienlijke totaalkosten variërend van €10.000 tot €100.000, met een gemiddelde van €49.000. Woningeigenaren geven in sommige gevallen meer uit, ook gemiddeld, dan huurders. Er lijkt een bereidheid tot een huurverhoging van 50 tot 100 euro per maand voor de gekozen maatregelen voor woningaanpassing. De vooronderstelling dat het financiële voordeel voor de huurder bij energiebesparende maatregelen zou leiden tot keuze voor een van die pakketten is verworpen.

Gebruik bestedingsbereidheid voor deze nieuwe markt

Er blijkt een markt voor woningaanpassingen met een behoorlijke investering te zijn. Deze is nieuw voor bewoners in die zin dat kosten niet vanzelfsprekend van buitenaf worden gedragen. Het kostenbewustzijn is nog zeer beperkt, maar er lijkt bereidheid tot huurverhogingen of eenmalige investeringen.

Meer voorlichting onder ouderen is gewenst. De fysieke, sociale en technische woningaanpassingen zouden uitgebouwd kunnen worden in integrale oplossingen, gericht op opschaling en haalbaarheid.

Veel dank is het Civil Society Lab van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen verschuldigd aan de opdrachtgevers Woonstichting Valburg, Gemeente Overbetuwe, Stichting Samen Zorgen en Driestroom en alle betrokken ouderen voor wiens toekomst we dit onderzoek uitvoerden.

Literatuur

Spierings, T.G.M. (2013). *Eindrapportage Langer Thuis & KeuzeThuis..* Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Over de auteur

Dort Spierings is docent-onderzoeker aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en manager van het HAN Civil Society Lab, waarbinnen meerdere studentengroepen aan het KeuzeThuis onderzoek werkten. Hij is gepromoveerd aan de Radboud Universiteit op ouderenhuisvesting.

Hoe ik een filosoof werd

JOEP DOHMEN

Als kind van vier kreeg ik van mijn ouders met Sinterklaas een prachtige zandloper cadeau. Het was een stevig ding van hard glas met steenrood zand. De zandloper is zoals iedereen weet een fascinerende verbeelding van het verstrijken van de tijd. Ik kon er uren mee spelen en hem eindeloos omdraaien. Natuurlijk had ik nog niet het besef dat het stromen van het zand verwijst naar het verstrijken van de tijd. Natuurlijk dacht ik er geen moment aan dat we in het echte leven de tijd *niet* kunnen omdraaien. Wat was het spannend als de zandkorrels met teveel tegelijk uitstroomden, dan zag je heel even een vertraging. Hoe spannend het ook was als het zand bovenin opraakte, ik had er natuurlijk geen idee van dat het leven sneller gaat als je ouder wordt.

Toch had het spel met de zandloper iets magisch, alsof het stromen van het zand naar een groot geheim verwees, met als bonus de kinderlijke almacht dat ik 'iets' in de wereld telkens opnieuw kon laten beginnen. Het zou zomaar kunnen dat met deze eerste ervaring van vertraging en versnelling mijn aandacht voor de rol van tijd in ons leven begonnen is.

In onze dagen verschijnen er telkens opnieuw boeken over de tijd, helaas meestal over ont-haasting. Altijd weer staan ze vol met recepten die niet werken, bedacht door auteurs die het zelf veel te druk hebben om dat te beseffen. Daarom schreef de Vlaamse hoogleraar Ignaas Devisch onlangs zijn *Rusteloosheid*.

Pleidooi voor een mateloos leven (2016). Hij raadt ons juist aan - met dank aan Pascal - om lekker druk te zijn, want dat zit volgens hem nu eenmaal in onze aard. Dat zou best wel eens kunnen, maar zo gaat het van kwaad tot erger. Laten we het liever houden op wat de existentialisten ons leren over tijd. In zijn beroemde boek *Sein und Zeit* stelt Heidegger dat wij mensen '*tot de dood*' zijn. Dat is een oproep tot authenticiteit: je moet het eigenlijke leven niet uit de weg gaan en uitzoeken wat jou te doen staat. Zo niet, dan volgt de verschrikkelijke ervaring van het 'te laat': "Als je niet vrijwillig over het leven nadenkt, word je er door het leven wel toe gedwongen. Die ervaring doe ik telkens opnieuw op in het ziekenhuis waar ik sinds enkele jaren werk. Daar liggen veel mensen die plotseling heel diep over het leven moeten nadenken. Dat hadden ze ook veel eerder kunnen doen!", zegt de Duitse levenskunstfilosoof Wilhelm Schmid. Dat klinkt spijkerhard, maar het is niet anders. In dit leven moet je op tijd weten wat je te doen staat, anders verpruts je het.

Als ze mij vragen wanneer ik filosoof geworden ben, antwoord ik: op mijn vierde.

Over de auteur

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

Woonzorgcentra in Brussel: klaar voor kleur?

ILSE ROOMS

Hoewel de meeste ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, kan een verhoogde zorgbehoefte en een tekort aan sociale contacten een verhuizing naar een woonzorgcentrum (WZC) nodig maken. Een moeilijke fase in het leven, die gepaard gaat met rouwgevoelens en die vraagt om gewenning, zowel voor de oudere als voor zijn naasten. Voor ouderen van een etnisch-culturele minderheid (ECM), een omvangrijke groep in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, is de overstap naar een WZC nog moeilijker. Deze mensen vergrijzen en verzilveren ook, de eerstegeneratiemigranten bereiken de leeftijd van verhoogde zorgbehoefte. De vraag naar residentiële zorg stijgt stillaan, maar zijn de WZC in Brussel klaar om hen gepast te ontvangen?

Uit het leven gegrepen

Brussel, ziekenhuis, dienst geriatrie, bureau sociale dienst: Mevrouw Y. doet haar verhaal. Ze is van Marokkaanse origine, heeft twee zonen in huis en werkt halftijds in de verpleging. Als jongste van negen kinderen krijgt ze de verantwoordelijkheid over de zorg voor haar ouders. Haar ouders verhuizen en betrekken een kamer in haar huis. Een zus helpt bijna dagelijks en ook verplegers komen langs, maar het wordt stillaan te veel voor mevrouw Y. Haar vader werd de voorbije zeven jaar steeds zorgbehoevender en komt soms agressief uit de hoek. Hij weigert om te eten en houdt 's nachts iedereen wakker. Hij is bedlegerig en heeft het psychisch moeilijk met zijn afhankelijkheid, hij is niet meer de fiere man van weleer. Moeder klaagt ook: al die vreemden in huis en ze voelt zich vermoeid. Broers en zussen gaan niet akkoord en

er volgen eindeloze discussies, maar mevrouw Y. houdt het been stijf: haar vader moet naar een WZC. Ze heeft in de sector gewerkt en heeft vertrouwen in de goede zorg. Samen vinden we in haar buurt een WZC waar de coördinerend geneesheer ook van Marokkaanse origine is. De dokter kan de klachten en twijfels van de familie beter de baas en kan vertrouwen brengen. Enkele personeelsleden spreken Arabisch en er wordt zelfs halal-voeding opgediend. De familie accepteert het voorstel schoorvoetend en de transfer naar het WZC wordt georganiseerd. Twee weken later belt de directeur me op: het WZC heeft alles gedaan wat kon, de dokter en animator spraken dagelijks met de familie, maar de vader aardt niet en de familie aanvaardt het niet. Schuldgevoelens, gebrek aan vertrouwen in de instelling; "we kunnen vader niet in handen geven van vreemden, hiermee voldoen we

niet aan onze plicht als kind, als goede moslim". Na een verblijf van amper een week keert meneer Y. terug naar zijn jongste dochter. Haar broers en zussen overtuigen haar door te verzekeren dat ze meer zullen helpen met de zorg voor vader.

Deze (waargebeurde) case toont heel wat aspecten die we in de dagdagelijkse praktijk tegenkomen, zoals zorgdilemma, aangepastheid van woonzorgcentra, familieconflicten, kennis van het aanbod en dergelijke. Een plaatsing in een WZC is maar al te vaak een bittere pil, iedereen wil zo lang mogelijk thuis wonen. Maar voor ouderen van een ECM is het een ware strijd met emoties, omgeving en cultuur (Rooms, 2016).

Cultuursensitieve drempels

De aard van de zorgvraag van ouderen van een ECM verschilt niet veel van die van ouderen in het algemeen: ondersteuning mantelzorg, thuishulp en verpleging. Maar de manier waarop de zorg ingevuld moet worden is wel anders, ouderen van een ECM hebben te maken met bijkomende problemen en drempels. Cultuur moet begrepen worden in de brede betekenis van het woord. Ieder mens bestaat uit meerdere identiteiten en kan niet gereduceerd worden tot zijn etniciteit. Een cultuursensitieve zorgrelatie heeft het individu als uitgangspunt. Daarbij kan ingezoomd worden op bepaalde aspecten, te omschrijven als cultuursensitieve drempels (Taloen, 2007).

De grootste hinderpalen voor ouderen van een ECM zijn taal en communicatie. Zich niet kunnen uitdrukken en begrijpbaar maken tegenover medebewoners en verzorgers is heel frustrerend. Daarnaast vervullen ouderen van een ECM een pioniersrol in het ouder worden en maken ze weinig gebruik van diensten en voorzieningen. Taalproblemen, betaalbaarheid van de diensten en proceduredrempels zoals de aanvraag van een OCMW-tussenkost, bemoeilijken hun weg naar de zorg. Ouderen van een ECM hebben een terugkeerdilemma en in de familie heerst een zorgdilemma. Over westerse zorg leven er vooroordelen en niet-realistische verwachtingen (Taloen, 2007).

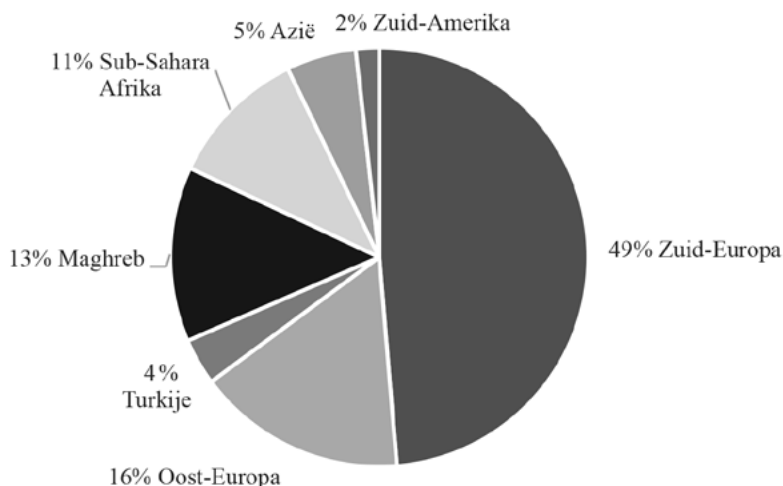
Cultuuraspecten bij moslimouderen, meer bepaald Turken en Marokkanen, zorgen voor nog meer drempels. Voedingsvoorschriften, scheiding man-vrouw, ziektebeleving en ziektegedrag, traditionele geneeswijzen, religieuze opvattingen en gebruiken, eigen wooninrichting; dit alles maakt dat de overstap naar een WZC voor hen extra moeilijk is. Met de juiste acties kunnen toch heel wat drempels vermeden worden (Taloen, 2007).

Een blik op woonzorgcentra in Brussel

Om een licht te werpen op de stand van zaken in WZC in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werd naar 157 WZC een elektronische enquête verzonden. 17% heeft geantwoord, dit zijn 26 WZC waar in totaal 2681 mensen wonen (Rooms, 2016).

Wat opvalt is dat in de bevroegde WZC 57% van de personeelsleden een andere origine heeft dan de West- en Noord-Europese, een ruime meerderheid. Van de personeelsleden van ECM is 29% (N=396) afkomstig uit een land in Sub-Sahara Afrika, 17% (N=234) van een Maghrebijns land (Marokko, Algerije, Tunesië,...), 2% (N=25) van Turkije. Deze diversiteit is alvast een belangrijke troef voor Brusselse WZC wat betreft de opname van ouderen van ECM. De personeelsleden raken vertrouwd met WZC en kunnen in hun privékring verhalen vertellen die corresponderen met de realiteit. Voor een oudere van ECM is de kans groot dat hij/zij een omkadering krijgt van personeel van zijn/haar eigen cultuur of zelfde taalgroep. Het personeelslid van een ECM kan ook oog hebben voor cultuursensitieve zorg en dit doorgeven aan de collega's en het bestuur (Rooms, 2016).

In de bevroegde WZC wonen momenteel 111 ouderen van ECM, dat is 4% van de totale populatie in de WZC. In vergelijking met de bevolkingscijfers van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is dit weinig, hun vraag zal vermoedelijk stijgen door de vergrijzing. Momenteel is het merendeel van de bewoners van ECM in de bevroegde WZC van Zuid-Europese afkomst (zie figuur 1), (Rooms, 2016).



Figuur 1. Land van afkomst van bewoners van Etnisch Culturele Minderheden in 26 Woonzorgcentra in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

WZC werden verder bevraagd over hun houding tegenover ouderen van ECM. Hieruit bleek ondermeer dat bij 24 WZC bewoners van eender welke origine welkom zijn, bij 2 niet. Uit 16 vragen over cultuursensitieve drempels bleek onder meer dat 15 WZC willen werken aan cultuursensitieve drempels, 3 niet. Verder is gendergevoelige zorg mogelijk bij 17 WZC, hebben 16 WZC een aanbod van halal-maaltijden en is er in 13 WZC een stille ruimte voor geloof en bezinning (Rooms, 2016).

Voorstellen voor de praktijk

Hoewel de meerderheid van de bevroegde WZC open staat voor ouderen van ECM en bereid is om te werken aan cultuursensitieve drempels, merken we in de praktijk dat ouderen van ECM sterk weigerachtig staan tegenover de verhuis naar een WZC. Het is dan ook belangrijk om de drempels te verlagen, bijvoorbeeld door hen te laten kennis maken met WZC. Het project 'Ouder worden in je buurt' is een mooi project dat vraag en aanbod beter op elkaar wil afstemmen, enerzijds door ouderen te laten kennismaken met het ouderenzorgaanbod in hun omgeving, en anderzijds door organisaties kennis te laten maken met de vragen en noden van kwetsbare ouderen. Een lokale voorziening organiseert

voorlichtingsbijeenkomsten waarbij gebruik wordt gemaakt van een gratis pedagogisch pakket. Groepen van maximaal twintig ouderen krijgen informatie op maat. Het audiovisueel materiaal is beschikbaar in Nederlands, Turks, Frans, Arabisch, Grieks, Spaans en Italiaans. Gedurende zes bijeenkomsten maken de ouderen kennis met de sociale kaart en bezoeken ze een organisatie naar keuze. Daarnaast wordt de projectverantwoordelijke ook gevraagd een netwerk van lokale aanbodverstrekkers samen te stellen via regelmatige bijeenkomsten. Ondertussen werd in de regio Brussel het project al enkele keren met succes uitgevoerd. Een zestal Lokale Dienstencentra en een vrouwenorganisatie waagden zich eraan. De ouderen waren heel positief over hun kennismaking met het zorgaanbod in Brussel. Eén keer kozen ze ervoor om een WZC te bezoeken en dit leidde tot aangename reacties en minder vooroordelen (Rooms, 2016).

Veranderingsplan voor een cultuursensitieve organisatie

Het boek 'Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie' van Vivo (2015) beschrijft een veranderingsplan waarmee een organisatie in acht fasen kan komen tot succesvol cultuursensitief denken en werken. Het is gebaseerd op Kotters model (Kot-

ter, 1997 en 2010). De acht fasen bestaan uit 1) urgentiebesef creëren, 2) een leidende coalitie of stuurgroep samenstellen, 3) een visie en strategie voor verandering ontwikkelen, 4) visie en strategie intern communiceren, 5) empowerment van personeelsleden, 6) korte termijn successen realiseren, 7) gerealiseerde veranderingen consolideren en 8) de verandering structureel verankeren in de organisatie. Het veranderingsplan heeft als doel de interculturalisatie van alle geledingen in de organisatie.

Daarnaast kunnen nog andere voorstellen worden geformuleerd: WZC kunnen overleggen met andere WZC in de buurt of van eenzelfde groep om zich elk op een bepaalde taalgroep te richten, eventueel in functie van al aanwezige personeelsleden of bewoners van ECM. Creatief nadenken over bijvoorbeeld het aanbieden van halal-maaltijden, kan leiden tot de oplossing van heel wat praktische problemen. Vrijwilligers van ECM kunnen vraag en aanbod dichter bij elkaar brengen en het imago van WZC verbeteren (Rooms, 2016).

Zijn WZC in Brussel klaar voor kleur?

Voor ouderen van ECM is de overstap naar een WZC niet evident, er zijn heel wat cul-

tuursensitieve drempels. WZC kunnen zich voorbereiden op hun komst door een proces van interculturalisatie in hun organisatie op te zetten. In een aantal WZC is er al een zekere openheid te zien en enkele cultuursensitieve drempels worden er aangepakt. Toch is er nog werk aan de winkel om WZC klaar te maken voor kleur.

Literatuur

- Kotter, J. (1997, 2010). *Leiderschap bij verandering*. Den Haag: Academic Service.
- Rooms, I. (2016). *Woonzorgcentra in Brussel: klaar voor kleur?* [bachelorproef]. Ongepubliceerd manuscript. Odisee, Campus Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen.
- Taloen, D. (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Wolters Kluwer Belgium NV.
- Vivo (2016). *Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie*. Brussel, Politeia nv.

Over de auteur

Ilse Rooms is bachelor maatschappelijk werk en bachelor-na-bachelor Toegepaste gerontologie, en werkt op de sociale dienst van de afdeling geriatrie in het Brugmann-ziekenhuis in Brussel. Ze schreef dit artikel in eigen naam.

Leren voor en door ouderen: succes verzekerd!

TINIE KARDOL, DORIEN BROSENS, LIESBETH DE DONDER & MAURICE DE GREEF

Wil leren voor ouderen succesvol zijn dan zal de leeromgeving aan een aantal voorwaarden moeten voldoen. De consortia van de Europese projecten SMARTE (Strenghts for Mastering Ageing by Realising Tools in Europe) en GUTS (Generations Using Training for Social inclusion in 2020) hebben een leermodel ontwikkeld dat handvatten biedt om het leren voor en door ouderen in de praktijk te brengen. In het project GUTS zijn 10 leeromgevingen in 5 landen ontwikkeld waar ouderen en jongeren samen aan de slag gaan. Vraag is hoe zo'n leeromgeving eruit zou kunnen zien.

Tien verschillende leeromgevingen voor jong en oud

Het Centrum voor Volwassen Onderwijs (CVO) Antwerpen heeft jongeren en ouderen de kans gegeven om van elkaar te leren tijdens multimedialessen. Jongeren leerden ouderen hoe ze hun smartphone of tablet konden gebruiken en tegelijkertijd konden ouderen deze jongeren feedback geven op hun wijze van begeleiding. In een andere leeromgeving heeft een groep ouderen samen met jongeren een stop-motion animatie gemaakt. Dit betekende een intensieve samenwerking tussen deze twee groepen, die leidde tot een creatief concreet eindproduct.

Ook in Letland zijn jong en oud samen aan de slag gegaan. Eén van de leeromgevingen was gebaseerd op een volkstraditie uit Letland *Budeli*, die men samen verkende en zich eigen maakte. Vergelijkbaar waren de twee leeromgevingen in Kroatië, waarbij jongere en oudere vrouwen ook samen in gesprekken gingen over hun cultuur om te kijken wat ze

in de samenleving belangrijk vonden. Centrale vraag was welke opvattingen ze over hun eigen cultuur hadden. Hierbij hebben ze samen gekeken naar de problemen die ze momenteel in de samenleving ervaren, waarbij ze respect voor elkaars opvattingen kregen.

De twee Duitse leeromgevingen waren veel meer gericht op het leven in de wijk. Jongeren en ouderen die samen woonachtig zijn in dezelfde wijk maakten gezamenlijke plannen om op een prettige manier te kunnen samenleven en activiteiten in de wijk te kunnen ondernemen. Ten slotte waren de Nederlandse leeromgevingen veel meer gericht op hoe jongeren en ouderen elkaar konden begeleiden. In de ene leeromgeving in de zorg begeleiden oudere werknemers jongeren om de werkprocessen op het werk zich eigen te kunnen maken en in de andere leeromgeving in het woonzorgcomplex leerden jongeren ouderen de I-pad te gebruiken.

In deze tien leeromgevingen in vijf Europese landen gingen ouderen samen met jon-

geren aan de slag om zich nieuwe dingen eigen te maken (Kardol et al., 2016). Dit leerproces wordt ook wel bestempeld als 'Intergenerationeel Leren'. Leren waarbij tussen generaties dialoog en uitwisseling bevorderd worden, waardoor generaties op elkaar betrokken raken. Alle leeftijden kunnen met en van elkaar leren. Intergenerationeel Leren is een belangrijk aspect van levenslang leren, waarbij verschillende generaties samenwerken om vaardigheden, waarden en kennis te verwerven (Kardol et al., 2016).

Co-creatie staat voorop

Vraag is wat deze tien leeromgevingen gemeenschappelijk hebben. In alle tien de leeromgevingen wordt het GUTS-leermodel toegepast, waarbij gebruik wordt gemaakt van innovatieve methoden, concepten en methodieken, zoals de methode van co-creatie. Co-creatie (Grignoli et al., 2015) definieert het consortium van het Europese project GUTS als: het concrete doel, de prioriteiten en concepten zijn, waar mogelijk, bepaald in samenspraak met deelnemers van de bepaalde doelgroepen. Alle deelnemers die betrokken zijn, spelen een actieve rol als expert.

Zowel het leerproces als de leerresultaten zijn het resultaat van een coöperatief, co-creatief proces en een gemeenschappelijke inzet. Hierbij worden zowel verschillende organisaties als culturen betrokken. De activiteiten lijken sociale participatie of inclusie te bevorderen. De samenwerking in een co-creatieve leerruimte wordt interessant als er ruimte is voor 'transdisciplinariteit'. Transdisciplinariteit verwijst naar een strategie die de disciplinaire grenzen overstijgt om een oplossing te ontwikkelen voor complexe problemen. Als men tijdens het leerproces bijvoorbeeld kunst en cultuur inzet om de contacten en het gezamenlijk gebruiken van de leefomgeving in de wijk te verbeteren (zoals dat in de Duitse leeromgevingen is gedaan), worden er waarschijnlijk veel nieuwe inzichten opgedaan. Figuurlijk over de grenzen heen kijken kan een mooie oplossing bieden waar men anders niet aan dacht. Succesvolle en stabiele relaties met onder andere culturele organisaties en actoren

(zoals artiesten, artistieke verenigingen, musea, bibliotheken, theaters, muziek- en kunstscholen, koren, en bands) zijn belangrijk. Er is dan een directe 'transdisciplinaire' link tussen het artistieke werk en het sociale leerproces van de oudere.

Deelnemers, hun omgeving en sociaal leren: een drie-eenheid

Ouderen hebben veel *levenservaring* vanuit het 'levenspad' dat ze hebben afgelegd. Dat kunnen negatieve, maar ook positieve dingen zijn. Deze levenservaringen kunnen gebruikt worden wanneer een ouder iemand gaat leren of investeert in samen leren met een groep. Bijvoorbeeld, wanneer iemand IT-specialist is geweest, kan hij of zij waarschijnlijk tijdens de leerervaring anderen helpen bij het gebruik van de computer. Ook negatieve levenservaringen moeten gekend zijn om te voorkomen dat iemand weerstand opbouwt tijdens het leerproces. Als iemand in zijn of haar kindertijd, bijvoorbeeld, voortdurend werd gecorrigeerd na het maken van een fout en bang is geworden om fouten te maken, moet het in de nieuwe leeromgeving duidelijk gemaakt worden dat fouten maken mag en juist kan helpen om je iets eigen te maken.

De deelnemer met zijn of haar levenservaringen staat dus centraal. Om succes van leren te vergroten zal ook de *omgeving* van de deelnemer betrokken moeten worden. Vraag is wat de deelnemer met het geleerde gaat doen. Als een 60-plusser leert om met anderen samen te werken, kan meteen besproken worden hoe hij of zij het bijvoorbeeld tijdens zijn of haar vrijwilligerswerk kan toepassen.

Een laatste factor is het *leren als een sociaal proces*. Om leren aangenaam te maken, zal er aandacht moeten zijn voor het proces tijdens het leren, zodat men van het begin tot het einde betrokken blijft. Vooral voor ouderen, die vrijwillig (niet verplicht vanuit het werk) komen leren, moet het fijn zijn om te leren. Sociaal leren kan daarbij helpen. Tijdens het sociaal leerproces staan interactie, contact met de omgeving en een veilig leerklimaat centraal. Volgens Wildemeersch (1997/1998) gaat het om collectieve leerprocessen van

mensen, die samen oplossingen proberen te zoeken voor de problemen of uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd. Om aan deze drie uitgangspunten tegemoet te komen tijdens het leren, moet men oog hebben voor negen vragen (Grignoli et al., 2013), te weten:

Focus op deelnemers

1. Competenties: Welke competenties wil de oudere ontwikkelen? Welke competenties zijn al aanwezig?
2. Interesses: Wat wil de oudere graag leren en met het geleerde doen?
3. Heterogeniteit en diversiteit: Is er voldoende tijd en aandacht voor ieders eigen leeren en mogelijkheden?

Focus op de omgeving

4. Omgevingsbarrières verkleinen: Welke barrières uit de omgeving moeten worden verkleind om deelname aan het leerproces toegankelijk te kunnen maken?
5. Middelen aanspreken: Wat heeft de oudere nodig om het geleerde in de praktijk te kunnen gebruiken?
6. Informele setting: Hoe wordt een informele sfeer gecreëerd, waarbij de ouderen dingen uit hun privéleven kunnen delen en elkaar daarbij (indien nodig) kunnen ondersteunen?

Focus op leren als een sociaal proces

7. Dagelijks leven: Hoe sluit het leren aan bij het dagelijks leven van de oudere?
8. Participatie: Hoe kan men ervoor zorgen, dat de oudere actief blijft deelnemen aan het leerproces?
9. Leren van elkaar: Hoe zorg je dat ouderen ook van elkaar leren en elkaars inbreng waarderen en gebruiken?

De antwoorden op deze negen vragen kunnen zorgen voor een stevige basis voor de leeromgeving van de oudere.

Leren met het oog op 'salutogenese'

Het leermodel van GUTS houdt er rekening mee dat het geleerde kan worden toegepast in een lokale of regionale context. De leermoge-

lijkheden die ontwikkeld worden, hebben een plaats in concrete sociale omgevingen (steden en gemeenten, stedelijke districten en buurten) en zullen het lokale en regionale netwerk van verschillende actoren en stakeholders aanspreken.

Vraag is wat de omgeving, naast de oudere zelf, aan het geleerde heeft. Hoe zorgt men dat de oudere daadwerkelijk in zijn of haar omgeving iets met het geleerde gaat doen en dat de eigen sociale netwerken hier ook van profiteren? Dan wordt leren interessant en nodigt het uit tot meer. Een positieve impact van het leren staat hierbij voorop. Leren maakt gebruik van de 'salutogenese' benadering: men leert iets om bijvoorbeeld op zoek te gaan naar manieren om gezond te blijven en om te gaan met ongebruikelijke situaties om hierdoor een sterker persoon te worden.

Met deze benadering is leren voor elke oudere interessant en is succes gegarandeerd, of men nu in Letland aan de slag gaat met de volkstraditie *Budeli* of zich in Nederland de techniek van de I-pad eigen maakt.

Voor meer informatie zie: www.guts-europe.eu.

Literatuur

- Grignoli, D., Di Paolo, M., Kardol, T., De Donder, L., Brosens, D., De Greef, et al. (2016). *Generations using training for social inclusion in 2020 (GUTS): The development of new learning areas: a desk research*. Vught: Stichting Vughterstede.
- Grignoli, D., Zisenis, D., Brosens, D., Lexl, G., De Donder, L., Di Paolo, et al. (2013). *Never too old to learn...: Active Ageing by senior learning organized by the European consortium of SMART-TE*. 's-Hertogenbosch: Artéducat.
- Kardol, T., Brosens, D., De Donder, L., De Greef, M., Vlăduț, A., Avram, S., et al. (2016). *Roadmap for policymakers: Supporting innovative, intergenerational and co-creative learning projects: Insights from the GUTS-project*. Vught: Stichting Vughterstede.

- Kardol, T., Vlăduț, A., Avram, S., De Donder, L., Constantinescu, R., Vilceanu, T., et al. (2016). Intergenerational Learning and Social Inclusion: Measuring the Impact in Five European countries. *Andragogical Studies (Vol. 1)*, p. 109 - 128.
- Wildemeersch, D. (1997 / 1998). Paradoxes of Social Learning: Towards a Model for Project Oriented Group Work, *RUCNYT 3* (3).

Over de auteurs

Prof. Dr. Tinie Kardol is professor Active Ageing aan de Vrije Universiteit Brussel. *Dr. Dorien Brosens* is als postdoctoraal onderzoeker verbonden aan de vakgroep Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel. *Prof. Dr. Liesbeth De Donder* is professor in Agogische Wetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. *Dr. Maurice de Greef* is Gastprofessor Leereffecten Laagopgeleiden & Laaggeletterden aan de Vrije Universiteit Brussel.

GESIGNALEERD

14e Nationaal gerontologiecongres – Vernieuwing in veroudering

Georganiseerd door NVG-KNOWS (www.gerontologie.nu). Datum: vrijdag 3 november 2017, Locatie: De Reehorst, Ede. Voor meer informatie en inschrijven zie: www.gerontologiecongres.nl

We worden ouder dan ooit. We hebben er nieuwe levensstijd bij gekregen. De Nederlandse samenleving bestaat dan ook voor een steeds groter deel uit mensen met een hoge leeftijd. Dit brengt nieuwe wetenschappelijke en maatschappelijke vraagstukken met zich mee. Vraagstukken als: Hoe ziet die nieuwe levensstijd er uit? Hoe ‘verlengde levensduur’-bestendig is onze maatschappij? Bijvoorbeeld qua inrichting van huisvesting, opleiding, werk, financiën, participatie? Hoe houden we daarbij rekening met de grote diversiteit van het oudere deel van de bevolking in termen van gezondheidsbeperkingen, gezondheidsvaardigheden, sociale klasse, etniciteit, zingeving, participatiemogelijkheden en -wensen? En wat betekent dit alles voor preventie? Het 14e Nationaal Gerontologiecongres is dé ontmoetingsplek voor iedereen die de gezondheid en het welzijn van ouderen belangrijk vindt.

Eerder stoppen met werken, het FNV-plan geeft richting!

CHRIS DRIESSEN

Als gevolg van de economische crisis zijn AOW en pensioenen sterk versoberd. Vooral mensen met lage inkomens en/of zware arbeid komen hierdoor in de problemen. De FNV heeft daarop gereageerd met een 11 puntenplan, dat hier in het kort is samengevat.

De Grote Recessie in 2009 en de daarop volgende euro crisis heeft geleid tot buiten proportionele bezuinigingen op AOW en aanvullende pensioenen. Het lage rente beleid van centrale banken heeft de dekkingsgraden van pensioenfondsen fors aangetast en geleid tot nominale en reële kortingen op pensioen-aanspraken. Sinds 2013 is op een onverhoedse, bestuurlijk onbehoorlijke manier de AOW leeftijd verhoogd van 65 jaar naar inmiddels in de buurt van de 66 jaar terwijl voor de 1954 generatie de AOW leeftijd al in 2021 op 67 jaar ligt. Een verdere verhoging in 2022 is inmiddels aangekondigd. Dit alles wijkt sterk af van wat in het Pensioen Akkoord in 2011 was afgesproken over AOW en aanvullend pensioen, waarin was voorzien in een veel geleidelijkere verhoging van de AOW leeftijd en waarin de weg werd geopend naar een minder rentegevoelig pensioencontract. Daarmee werd het vertrouwen in de AOW en in aanvullend pensioen ernstig geschonden.

De politieke aardverschuiving in Nederland die op 16 maart heeft plaats gevonden is mede door deze ontwikkeling gevoed.

De FNV heeft in reactie hierop eind januari een 10 puntenplan *Eerlijk stoppen met werken versie 1.0* uitgebracht. Inmiddels heb-

ben we op dat plan veel reacties ontvangen. Die zullen worden verwerkt tot een versie 2.0 die de basis vormt voor het FNV beleid in de komende kabinetsperiode en daarmee ook voor de lobby richting het parlement.

1. De koppeling van de AOW-leeftijd aan de levensverwachting moet anders en beter.

Het steeds verder opschuiven van de AOW-leeftijd vormt een groeiend probleem voor mensen met relatief lage inkomens met een lagere levensverwachting en voor de grote groep werkenden die zwaar werk doen. De FNV verzet zich dan ook met klem tegen de aangekondigde verhoging naar 67 jaar en 3 maanden in 2022 en tegen de verhoging van de richtleeftijd naar 68 jaar in 2018. De FNV roept het nieuwe kabinet op deze verhogingen ongedaan te maken en dit met hoge prioriteit wettelijk te regelen.

In de huidige koppeling gaat de AOW-leeftijd onverantwoord snel omhoog en zitten we al snel op de hoogste AOW-leeftijd ter wereld. In de huidige systematiek leidt één jaar langer leven tot één jaar langer werken. Dat is onlogisch. De stijging van de levensverwachting zou tot stijging van alle perioden van je leven moeten leiden, dus ook meer tijd voor oplei-

ding en meer tijd voor de AOW- en pensioenperiode. Anders ontstaat de paradoxale situatie dat we in een vergrijzende samenleving extra bezuinigen op de oudere generaties door dalende AOW-lasten en een dalende aanvullende pensioenpremie. Ook in het kader van eerlijk delen moet dit echt anders en evenwichtiger. De FNV stelt daarom een vaste verhouding voor tussen opbouwperiode en uitkeringsperiode. Eén jaar langere levensverwachting kan dan worden ondervangen door de AOW-richtleeftijd niet met één jaar maar met 6 maanden op te vangen en dus ook gemiddeld een 6 maanden langere AOW-periode. De oploop in de AOW-leeftijd wordt op die manier gehalveerd. Dit werkt ook door naar de richtleeftijd in het Witteveenkader (voor de pensioenen) die daardoor ook minder snel zal stijgen bij een stijgende levensverwachting. Het Witteveenkader is een begrip bij de heffing van belasting. Het bepaalt hoeveel er jaarlijks voor de opbouw van een pensioen mag worden afgetrokken. Het pensioen kan daardoor belastingvrij aangroeien.

Concreet is ons voorstel: Stop met de verdere verhoging van de AOW leeftijd als eerste daad van het nieuw kabinet per 1-1-2018. Hiermee wordt de AOW-leeftijd bevroren op 65 jaar en 9 maanden. Vanaf 2020 wordt de leeftijd vervolgens stapsgewijs verhoogd naar 67 in 2025. In feite keren we hiermee terug naar het verantwoorde tempo zoals dat oorspronkelijk in 2011 was afgesproken. Pas daarna gaan we volgens deze methodiek geleidelijk verder omhoog naar 68 jaar in 2045. Dit gebeurt in 4 tussenstappen van telkens 3 maanden per 5 jaar, uitgaande van de huidige raming stijging levensverwachting.

2. De AOW als eerste pijler in de oudedagsvoorziening heeft versterking nodig.

Om bij lagere inkomens meer ruimte te scheppen voor een flexibele AOW moet de AOW financieel worden verbeterd. Dit is mogelijk door deze te koppelen aan de ontwikkeling van de verdiende lonen in plaats van aan de contractlonen. Verdiende lonen zijn CBS indexcijfers van gemiddeld verdiende lonen, naar bedrijfsklasse, geslacht, leeftijd en aard

van het werk. Contractlonen zijn lonen die voortvloeien uit cao afspraken. De afgelopen 30 jaar groeiden de verdiende lonen duidelijk harder dan de contractlonen. De verwachting is dat dit de komende jaren doorgaat. Dit leidt tot scheefgroei, waarbij voor een deel van de mensen het ouderdomspensioen (de tweede pijler) veel harder groeit dan de AOW. Een stevigere AOW stuurt deze ontwikkeling bij. Dit schept ook bij lagere inkomens meer ruimte voor een flexibele AOW.

3. De huidige gefixeerde AOW-leeftijd wordt voor werkenden omgezet in een flexibele AOW-Pensioen richtleeftijd met maximaal 4 jaar naar voren of maximaal 4 jaar naar achteren.

Vervroegen van de ingangsdatum van de AOW is altijd een strikt individuele keuze en kan dus nooit worden afgedwongen door overheid, uitkeringsinstantie of werkgever.

Vervroegen kan alleen bij werkenden en op voorwaarde dat geen beroep op aanvullende minimumuitkeringen nodig is. Eerder opnemen van de AOW leidt tot een verlaging van de uitkering, omdat deze over meer jaren wordt gespreid. Deze korting wordt voor lage inkomens beperkt met het oog op een voor hun gemiddeld lagere levensverwachting tot een lager actuariael tarief van 4%. Voor de midden en hogere inkomens wil de FNV een actuariael tarief van 6%, wat nog altijd licht actuariael gunstig is. Hiervoor komt er een oplopende schaal van 4% op minimumloon-niveau naar 6% vanaf modaal.

4. Een doorwerkbonus voor alle oudere werkenden biedt een extra mogelijkheid om inkomensverlies op te vangen.

De doorwerkbonus bedraagt € 2000 per jaar tussen de 60-jarige en 65-jarige leeftijd. De doorwerkbonus stimuleert langer doorwerken in deze fase. Maar de doorwerkbonus kan ook worden ingezet om vervroegd pensioen te financieren.

5. Bij het flexibel laten ingaan van de AOW geldt geen bruto-netto nadeel maar ook geen bruto-netto voordeel.

Dus stoppen voor AOW levert geen fiscaal nadeel meer op. Dit geldt ook voor het aanvullend pensioen.

6. Deeltijd AOW en deeltijd aanvullend pensioen zullen goed wettelijk worden gefaciliteerd.

Het fiscale nadeel van vervroegd met deeltijdpensioen gaan verdwijnt ook. We zien nu dat in vrijwel alle regelingen deeltijdpensioen mogelijk is maar dat er in de praktijk maar zeer weinig gebruik van wordt gemaakt. Vrijwel alle deelnemers gaan met voltijdpensioen. Ook in de cao moet deeltijdpensioen meer aandacht krijgen en in arbeidsorganisaties worden belemmeringen weggenomen om met deeltijdpensioen te gaan.

7. Om verdringing op de arbeidsmarkt te bestrijden is een gelijk speelveld nodig voor werken voor en na de AOW-richtleeftijd.

Dit helpt ook mee om de werkloosheid onder werkzoekenden beneden de AOW-richtleeftijd te bestrijden. We zien nu een hoge langdurige werkloosheid onder deze groep terwijl werkgevers steeds meer en vaker goedkope AOW'ers inschakelen. Deze arbeidsmarktverdringing op basis van oneerlijke concurrentie op loonkosten wordt ongedaan gemaakt.

8. De ontslagleeftijd waarop werkgevers de werknemer zonder vergunning kunnen ontslaan schuift 4 jaar naar achteren.

Deze flexibiliteit naar achteren gaat echter pas in als de langdurige werkloosheid is gedaald naar een normaal niveau (het zogenaamde frictieniveau). Dit komt neer op een werkloosheidscijfer van 300.000, waarbij de langdurige werkloosheid onder ouderen niet hoger mag zijn dan de gemiddelde langdurige werkloosheid onder alle werkenden.

9. Op cao-niveau wil de FNV de mogelijkheid om fiscaal gunstig op vrijwillige basis 3% van het loon aan te wenden voor vermogensvorming.

Deze regelingen kunnen ook worden ingezet om maatwerkkuittrappingsregelingen voor werkenden in zware beroepen te faciliteren. Deze spaarregeling zal geleidelijk rijpen. Dit vergt extra aandacht voor de generaties die in een zwaar beroep hebben gewerkt en die nu eind 50, begin 60 zijn. Voor die groep moet het spaarpercentage hoger kunnen liggen (maximaal 6%). Generatiepact-maatwerkregelingen zoals de bestaande 80/90/100 regelingen, bedoeld om oudere werknemers te ondersteunen om langer te blijven werken, worden eveneens gestimuleerd. In de vormgeving wordt voorkomen dat de relatieve loonkosten van oudere werkenden daardoor stijgen. Dit kan door bijvoorbeeld per sector de kosten over alle leeftijdsgroepen te spreiden. Om zulke maatwerk-regelingen in de cao mogelijk te maken moet de RVU-heffing (een belastingheffing van 52% op regelingen voor vervroegd uittreden) verdwijnen waardoor dergelijke regelingen nu onnodig duur zijn. De RVU-strafheffing is bovendien een vorm van dubbele belastingheffing die haaks staat op de grondslagen van ons belastingsysteem.

10. Verder wil de FNV gerichte maatregelen om de langdurige werkloosheid onder oudere werkenden te bestrijden.

De langdurige werkloosheid onder oudere werkenden die in de periode 2010-2014 door de crisis zijn getroffen, ligt op een onaanvaardbaar hoog niveau. De gerichte aanpak om hen weer terug op de arbeidsmarkt te helpen moet verder worden geïntensiveerd. Discriminatie van ouderen op de arbeidsmarkt moet veel scherper worden bestreden. Het kan niet zo zijn dat er wel leeftijdsafspiegeling plaats vindt bij ontslaggrondes maar dat bij het aannemen van nieuwe collega's ouderen veel te weinig kansen krijgen op een baan. De FNV wil daarbij een betere uitkering voor arbeidsongeschiktheid, met een duidelijke koppeling aan het eerder verdiende loon en een uitkering die langer doorloopt.



Figuur 1. Maatregelen flexibele AOW gegroepeerd naar hun aard (FNV 2017)

Daarbij moet op een reële manier worden gekeken wat de echte kansen op werkhervatting zijn, in plaats van de huidige papieren toets waarbij duizenden mensen beoordeeld worden op functies, waarvan niet eens bekend is of er überhaupt vacatures in zijn.

11. Bedrijven moeten nu echt snel aan de slag met het verbeteren van arbeidsomstandigheden en preventie van uitval.

Het werk wordt dan gezonder en vroegtijdige slijtage bij verreweg de meeste werknemers kan hierdoor worden voorkomen. Per bedrijfstak zijn aanvullende, op de sector gerichte maatregelen nodig, speciaal voor die mensen die onder de meest slijtende omstandigheden moe-

ten werken en waar vroegtijdige slijtage niet is te voorkomen. Hiervoor moeten sectoren criteria opstellen die de verzwarende omstandigheden goed zichtbaar maken. Waar mensen toch te zwaar werk doen, moeten werknemers de mogelijkheid krijgen om eerder te kunnen stoppen, met behoud van een goede AOW. In die gevallen spreekt het vanzelf dat de betreffende werkgevers bijdragen om financiële terugval te compenseren. Kortom: maatwerk in sectoren, met steun van de overheid.

Over de auteur

Drs. Chris Driessen is beleidsadviseur van het FNV bestuur.

Robot Annie helpt een handje

ELLEN WILLEMSE

De eerste robots en zelflerende systemen zijn inmiddels tot onze maatschappij toegetreden. Hoogste tijd dus om na te denken over de gevolgen die deze ontwikkelingen kunnen hebben voor de zorg én de werknemers in de zorg.

Een functionerende robot in een menselijke gedaante is nog ver weg, maar...

Op dit moment zijn robots die kunnen lopen als mensen nog heel zwaar, kwetsbaar en onbetaalbaar voor de gemiddelde consument. Bovendien is iets relatief simpels als een deur openmaken nog altijd heel lastig voor ze. En dat is dan slechts één van de vele uitdagingen die de robots zullen tegenkomen in onze maatschappij. Toch is daarmee niet gezegd dat op mensen lijkende zorgrobots altijd fictie zullen blijven. De eerste mobiele telefoon was immers ook heel zwaar en werkte verre van perfect. Het is dus zeker niet uitgesloten dat we in de toekomst overal robots hebben rondlopen, net zoals er nu overal mobiele telefoons zijn.

Voorlopig is het echter nog niet zo ver, en voorlopig zullen we het met relatief simpele robots moeten doen. Apparaten die op het eerste gezicht misschien niet eens aan een robot doen denken, zoals een automatische stofzuiger of een slimme thermostaat. Deze laatste is misschien niet het eerste waar u aan denkt bij een robot, maar dit kastje aan de muur is wel degelijk een robot. Het apparaat is namelijk programmeerbaar en in staat om autonoom taken uit te voeren; de twee voor-

waarden die in veel definities van een robot terugkomen. Een apparaat hoeft dus niet per se te kunnen bewegen om robot te mogen heten.

Zo kan de digitale assistent Alexa, een kunstmatig intelligent systeem dat communiceert via een luidsprekerachtig kastje, ook tot de robots worden gerekend. Alexa kan desgevraagd bijvoorbeeld een to-do-lijstje maken, een wekker zetten, informatie opzoeken en meer. Als er slimme apparaten in huis zijn, kan Alexa die ook aansturen. In Amerika zijn inmiddels miljoenen Alexa's aan het werk, naast enkele miljoenen andere varianten van concurrerende bedrijven. In Nederland loopt het nog niet zo'n vaart. Maar wat niet is, kan nog komen. In de thuiszorg, maar ook elders in de zorg kunnen robots als Alexa veel toegevoegde waarde leveren.

Er zijn legio mogelijkheden om robots als Alexa in te zetten, al dan niet in een mobiele vorm. In eerste instantie zullen deze robots waarschijnlijk vooral ondersteunend werk verrichten. Denk bijvoorbeeld aan een huisarts die wordt geholpen bij administratieve taken, een apotheker die ondersteuning krijgt bij bijzondere recepten, of een specialist die informatie aangereikt krijgt over uitzonderlijke gevallen.

Annie

Het volgende fragment uit het verhaal *Annie* geeft een aardig beeld van hoe een robot, net zoals Alexa, in de thuiszorg ingezet kan worden.

'Mevrouw,' klinkt de stem van Annie die avond.
'Het koffiezetapparaat staat nog aan.'

'Oh.' Ria loopt naar de keuken en zet het apparaat uit. 'Dank je, Annie.' Ze gaat weer zitten met het kopje koffie dat ze al half leeggedronken heeft. Ze zucht en staart uit het raam.

'Annie, zeg eens wat.'

'Hoe was uw dag?' vraagt Annie.

'Goed hoor, prima. Gezellig met de familie. Jammer om dan alleen thuis te komen, hè?'

'Vertelt u eens over Piet,' moedigt Annie haar aan.

Ria zwijgt een tijdje. Dan zegt ze: 'Vertel jij eens iets over Piet.'

Annie blijft even stil. Dan klinkt Ria's eigen stem uit de speaker van Annie. Ze vertelt een verhaal van toen de kinderen nog klein waren en ze met het gezin een dagje naar het strand gingen.

Ria knikt. Ze herinnert zich inderdaad weer hoe warm het die dag was en hoeveel plezier de kinderen hadden in de zee. Ze was vergeten dat ze dit verhaal aan Annie verteld had. Leuk om het weer te horen. Ze neemt zich meteen voor om vaker herinneringen met Annie te delen, zodra die in haar opkomen.

'Dankjewel, Annie. Heb je nog een verhaal?'

'Ik heb nog vierentwintig verhalen,' antwoordt Annie. 'Wilt u nog een verhaal over de kinderen?'

'Graag. Wacht, ik zet eerst nog een kopje koffie.'

'Neemt u meteen uw hartmedicijn in?'

'Oh ja, doe ik. Wacht even met het verhaal, hoor.'

'Ja hoor, rustig aan, ik wacht.'

Ria zet koffie, neemt haar medicijn en gaat met een verse kop koffie weer in haar leunstoel zitten.

'Oké. Ik heb m'n medicijnen genomen en het koffieapparaat uitgezet. Vertel maar.'

Inge Hulsker, uit de bundel 'De mens van 2050' gratis te downloaden op www.sst.nl

In hoeverre kan de robot de mens vervangen?

De ontwikkelingen op het gebied van zelflerende systemen gaan snel. Op termijn worden dit soort systemen mogelijk zo slim dat ze veel werkzaamheden beter kunnen uitvoeren dan mensen. Daarbij gaat het dan waarschijnlijk niet alleen om taken die cognitieve vaardigheden vragen, maar ook om taken met een sociale of fysieke component. Dat laatste wordt mogelijk door systemen aan elkaar te koppelen. Zo kunnen verschillende typen werkzaamheden door robots worden uitgevoerd. Het is dan niet nodig dat één systeem alles kan wat een mens kan; ieder systeem kan een eigen specialisatie hebben en het geheel van systemen doet dan alles wat een mens ook doet. Zo kunnen zelfsturende rolstoelen worden gekoppeld aan (semi-)automatische tilliften, automatische deuropeners, enzovoort.

De vraag is wel wat patiënten willen. Worden zij liever door een systeem geholpen, bijvoorbeeld omdat het 24 uur per dag beschikbaar is, omdat het goedkoper is, of omdat het systeem dankzij continue data-uitwisseling altijd op de hoogte is van de laatste bijzonderheden? Vinden patiënten het prettiger om steeds door hetzelfde (soort) systeem geholpen te worden, dan telkens door een andere zorgverlener? En hoe staan zorgverleners tegenover dit soort ontwikkelingen? Automatisering leidt niet noodzakelijkerwijs tot betere werkomstandigheden. En als systemen in de toekomst worden voorzien van een module voor sociale vaardigheden, levert dit mogelijk een nieuw soort werkdruk op. Want een systeem wordt niet ongeduldig als het iets eindeloos moet herhalen, heeft nooit eens een rottag. Mogen zorgverleners dan nog menselijk zijn in hun werk?

Wie is verantwoordelijk voor fouten of falen?

Hoe kijken patiënten aan tegen een systeem dat fouten maakt? Accepteren ze dat? Van mensen weten we dat ze fouten maken en dat accepteren we, binnen bepaalde marges althans. Geldt hetzelfde voor systemen? En wat als er onverhoopt iets heel erg mis gaat, met

Robot & Frank

Een film over robots die in het kader van dit thema zeker de moeite waard is, is de in 2012 uitgebrachte art-house film *Robot & Frank*, waarin op gemakkelijke wijze wordt ingegaan op voor en tegens van een zorgrobot. Een film van Jake Schreier uit 2012, met onder meer Frank Copella, Susan Sarandon en Liv Tyler. Het verhaal draait om Frank Weld, een oude crimineel die alleen in een afgelegen huis woont. Hij begint steeds meer te dementeren. Zijn zoon probeert zo goed mogelijk voor hem te zorgen, maar heeft een eigen gezin en de wekelijkse bezoeken aan zijn vader worden hem eigenlijk te veel. Daarom besluit hij een robot voor zijn vader te kopen. In eerste instantie is Frank erg sceptisch over de robot en wil niets van hem weten, totdat hij zich realiseert dat de robot hem kan helpen met het oppakken van zijn oude beroep.

schade, letsel of misschien nog erger als gevolg? Bij wie of wat ligt dan de verantwoordelijkheid? Bij de ontwikkelaar van de programmatuur van het systeem? De producent? De leverancier? Degene of datgene waarvan het systeem heeft geleerd? De eigenaar? Net als bij zelfrijdende auto's is het vinden van een goed antwoord op deze vraag een cruciale stap op weg naar brede invoering van robots in de zorg. En net als bij de zelfrijdende auto's is de verwachting dat het een geleidelijk proces zal zijn. Langzaam maar zeker worden steeds meer taken overgenomen. Zodat iedereen de tijd heeft om eraan te wennen. Te leren omgaan met de nieuwe situatie.

Het belang van patiënt én zorgverlener

Naar alle waarschijnlijkheid zal veel werk in de zorg in de toekomst door allerhande robots worden gedaan. Maar hoe snel de ontwikkelingen zullen gaan weet niemand. Misschien is het in 2030 al zover dat we meer robots dan

zorgverleners hebben, misschien duurt het veel langer. Hoe snel of hoe langzaam het ook gaat, het is essentieel dat bij iedere stap wordt stilgestaan bij de gevolgen voor de patiënt én de zorgverleners. Die laatste moeten immers ook voldoening uit hun werk kunnen halen. Uit het verleden weten we dat automatisering zeker niet altijd leidt tot een aantrekkelijker werksituatie. Het werk kan er ook heel onaantrekkelijk door worden. Dat is geen wenselijk scenario, want voorlopig zullen mensen en robots nog wel even samen moeten werken. Dus is het belangrijk dat iedereen er beter van wordt. Inclusief de zorgverlener.

Literatuur

- Est, Rinie van & Kool, Linda. (2015) *De robotsamenleving*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Idenburg, Philip J. & Schaik, Michel van (2010). *Diagnose 2025*. Schiedam: Scriptum.
- Meerding, Willem-Jan (2014) *Met de kennis van later..* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- Robots in de openbare ruimte*. (2016). Lichtkogel nr. 1, april 2016. Rijkswaterstaat, Programma Strategische Verkenningen.
- Went, Robert, Kremer, Monique & Knottnerus, André. (2015) *De robot de baas*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid.

Over de auteur

Ellen Willemse werkte tot voor kort als toekomstonderzoeker bij Stichting Toekomstbeeld der Techniek, een stichting die al bijna 50 jaar is gespecialiseerd in toekomstverkenningen op het snijvlak van technologie en samenleving. In de STT-verkenningen wordt over de grenzen van sectoren en domeinen heen op zoek gegaan naar nieuwe technologische ontwikkelingen en mogelijke invloeden hiervan op de maatschappij. Willemse deed onder meer onderzoek naar de toekomst van voeding en geneesmiddelen, technologie in de zorg en de mens van 2050. De resulterende publicaties zijn gratis te downloaden op de website van STT: www.stt.nl.

Ouder worden als ontwikkelingstaak

RIA WIJNEN

**Jan van Baardwijk, René Rosmolen. 2015, *Zin in de Ouderdom*.
Vught: Uitgeverij SkanDalon (224 pagina's, € 24,95,
ISBN 978-94-92183-14-9)**



Zin in de ouderdom heeft twee betekenissen: zin in de betekenis van lust, je hebt er zin in, maar zin betekent ook zin geven, betekenis geven aan de laatste periode van het leven. Deze beide betekenissen zijn thema in dit boek

In onze Nederlandse cultuur lijkt het of ouderdom slechts als een probleem ervaren kan worden. Het wordt geassocieerd met sterk verval, tekortschietende zorg en financiële problematiek. Aan de andere kant wordt sterk gepleit voor kwalitatief goede zorg. Een beetje eenzijdig wordt eenzaamheid onder ouderen geproblematiseerd. Die eenzaamheid zou de oorzaak zijn van een sterke doodswens onder ouderen.

De verantwoordelijkheid om eigen invulling te geven aan een goede ouderdom komt steeds meer bij het individu te liggen. Dat gaat verder dan een goede ouderdomsvoorziening in financiële en praktische zin. Het betreft vooral zin en inhoud geven aan de laatste levensfase. Wat is het doel en de waarde van ons leven en onze keuzes. Dat wordt bepaald

door het weefsel van sociale relaties en publieke opinie. De huidige discussies over het voltooide leven vanwege eenzaamheidsproblematiek maakt zeker onderdeel uit van de existentiële positie die ouderen innemen.

Baardwijk en Rosmolen hebben een bijzonder boek geschreven. Hun invalshoek: jezelf ontwikkelen moet ook in de laatste levensperiode en dat geeft tegenwicht aan de maatschappelijke discussie over het 'voltooide leven'. 'Ouder worden' zien als een levensfase die een eigen dynamiek en verrijking met zich meebrengt is inspirerend.

Nieuw in het boek is de visie dat ouderen ook zelf iets moeten ondernemen in hun laatste levensfase. Baardwijk en Rosmolen merken op dat in de discussies over bijvoorbeeld eenzaamheid er eenzijdig gekeken wordt naar

de maatschappij die daar steken laat vallen. Dat mag waar zijn en zeker voor kwetsbare mensen zou de maatschappij een vangnet moeten bieden, maar het kan niet zo zijn dat alles aan ouderen op een presenteerblaadje aangedragen wordt en dat zij hun autonomie verloren hebben. Ouderen zelf moeten, hoe kwetsbaar zij ook kunnen zijn, zelf initiatief nemen. De teksten en voorbeelden in het boek ondersteunen hen daarbij.

Baardwijk en Rosmolen noemen het gebied tussen vitaliteit en sterven een soort niemandsland. De kwetsbare oudere kan zelf ook kiezen wat zinvol voor hem is. In hun boek geven ze in zes uitgebreide hoofdstukken handvatten. De titels van de hoofdstukken zijn aantrekkelijk en uitdagend. Wat denkt u van : 'Beelden van Ouderdom. Over gracieus ouder worden.' Of 'Ouder worden als **eindelijk** vermogen'. 'Over de poëzie van ouderdom'. Ieder hoofdstuk bestaat uit een deel theorie of gedachtegangen. Daarnaast worden talrijke voorbeelden gegeven voor uitwerking. Dat kan zijn door suggesties te geven voor een gesprek met daarbij horende voorbeeldvragen. Soms wordt een thema uitgewerkt in een aantal sessies met creatieve opdrachten. Kringwerk is een methode om samen met ouderen dieper in te gaan op de periode die komen gaat en uiteindelijk afge-

rond wordt door het onverbidelijke proces van sterven te benoemen met behulp van gedichten van de Nederlandse dichters Vasalis, Judith Herzberg, Remco Campert, Ida Gerhardt en Rutger Kopland. De gedichten staan in het boek. Een van de laatste hoofdstukken gaat over ouderdom en kunst. Via zelfportretten van onder andere Lucian Freud en Pablo Picasso wordt het beeld van de ouderdom genuanceerd en gediversifieerd.

Baardwijk en Rosmolen zijn respectievelijk predikant en geestelijk verzorger. Zij hebben in Amersfoort gewerkt met de thema's uit het boek, of beter gezegd het boek is een neerslag van hun werk in de Bergkerk in Amersfoort. Deze achtergrond speelt geen grote rol in het boek. Slechts één hoofdstuk, gewijd aan spiritualiteit, laat veel van hun achtergrond zien. En natuurlijk, de thema's zijn te plaatsen in de Joods-Christelijke traditie.

Het boek is informatief en praktisch. Het beslaat een breed aantal onderwerpen maar het gaat ook de diepte in. De taal en de toon zijn optimistisch. Een mooie verzameling teksten, gedachten en beelden. Het boek is bovendien bruikbaar voor zowel individuen als voor kleine groepen.

Over de auteur

Ria Wijnen is redacteur van *Gerōn*

Vertraagd lopen en vertraagd denken en gezondheidsrisico's bij ouderen

JOOST SANDERS, MARIJKE BREMMER, HANNIE COMIJS, PETER VAN DE VEN,
DORLY DEEG & AARTJAN BEEKMAN

Een kenmerk van het ouder worden is vertraging. Met gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) hebben wij onderzocht of tekenen van vertraging gebruikt kunnen worden om gezondheidsrisico's bij ouderen te voorspellen en of verschillende maten van vertraging een gezamenlijk effect hebben. Resultaten kunnen bruikbaar zijn voor zowel onderzoek als patiëntenzorg.

Soorten vertraging en gezondheidsrisico's

Bij veel diersoorten kondigt vertraging het einde van het leven aan. Bij wormen en ratten blijft tot op hoge leeftijd snelheid van bewegen stabiel, waarna deze snel achteruit gaat (Herndon et al., 2002, Carter et al., 2002). Ook bij mensen kondigt vertraging het overlijden aan (Studensky et al., 2011). Deze uniforme kenmerken van vertraging bij meerdere diersoorten zijn aanleiding geweest om te onderzoeken of vertraging een waardevolle marker is om gezondheid en ziekte te voorspellen bij ouder wordende mensen.

Vertraging kan worden onderverdeeld in motorische en mentale vertraging. Loopsnelheid kan worden gezien als een betrouwbare maat voor motorische vertraging, denksnelheid (processing speed) is een maat voor mentale snelheid. In het recente verleden werd aangetoond dat loopsnelheid bij ouderen een ziekenhuisopname of vallen en overlijden kan voorspellen (Abellan van Kan et al., 2009). Het toevoegen van een mentale taak aan een looptaak blijkt de voorspellende waarde van loopsnelheid voor het ontstaan van dementie,

invaliditeit en mortaliteit verder te kunnen vergroten (Verghese et al., 2014). Bij het aantonen hiervan zijn echter globale maten voor het geheugen gebruikt. Er is nog weinig bekend over de voorspellende waarde van denksnelheid in combinatie met loopsnelheid voor verschillende gezondheidsuitkomsten.

Denksnelheid heeft invloed op vele denktaken en wordt daarmee gezien als een hiërarchisch belangrijke functie binnen de meerdere te onderscheiden cognitieve domeinen (Salthouse, 1996). Ook van denksnelheid is aangetoond dat het samenhangt met morbiditeit en mortaliteit (Vu et al., 2013). Het aardige is dat er aanwijzingen zijn dat vertraging in denk- en loopsnelheid afkomstig zou kunnen zijn van eenzelfde onderliggend lijden. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat de associatie tussen loopsnelheid en een verminderde frontale hersendoorbloeding wordt beïnvloed door denksnelheid (Rosano et al., 2012).

Bovenstaande suggereert dat loop- en denk-snelheid in gezamenlijkheid sterke prognostische eigenschappen kunnen hebben. Er is echter niet eerder onderzoek gedaan naar het gecombineerde effect van deze twee

maten op verschillende gezondheidsrisico's die bij ouderen veel voorkomen, terwijl het er in de klinische praktijk op lijkt dat ouderen die zowel traag lopen als traag denken sterk verhoogde gezondheidsrisico's lopen.

Wij veronderstelden dat de aanwezigheid van twee vertragingssymptomen een groter risico voor de gezondheid vormt dan de aanwezigheid van één van de twee symptomen. Om dit te onderzoeken werd een vertragingssom-score gemaakt waarin beide vertragingssymptomen werden gecombineerd. De vraag was of loopsnelheid, denksnelheid en de vertragingssom-score het ontstaan van dementie, vallen en overlijden kunnen voorspellen. Daarnaast werd onderzocht of er voor deze drie gezondheidsuitkomsten synergie bestaat van beide vertragingssymptomen, dat wil zeggen dat de som een sterkere voorspeller is dan de symptomen apart.

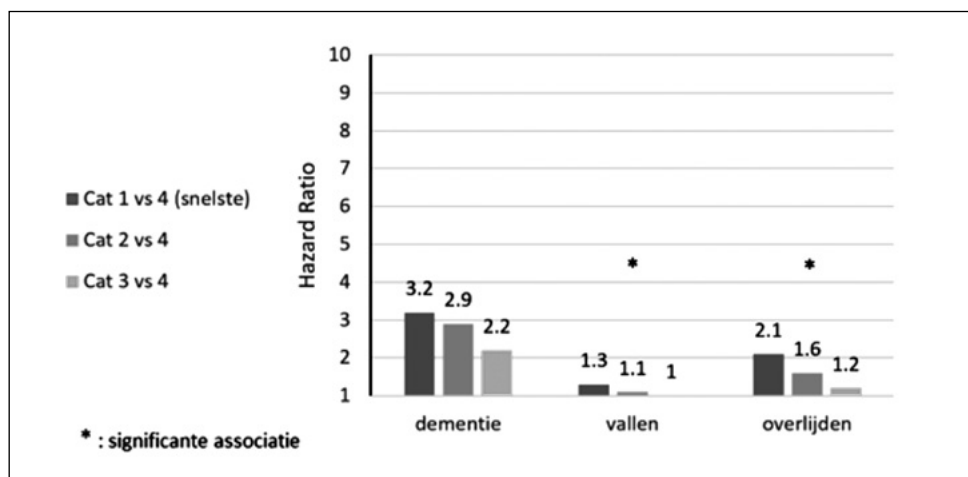
Afzonderlijke en gezamenlijke effecten

Wat werd duidelijk over de afzonderlijke en gezamenlijke effecten van beide maten van vertraging op dementie, vallen en overlijden? Om deze vragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van de gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) bij deelnemers die bij aanvang van de studie gemiddeld 75 jaar oud waren. Na een follow-up

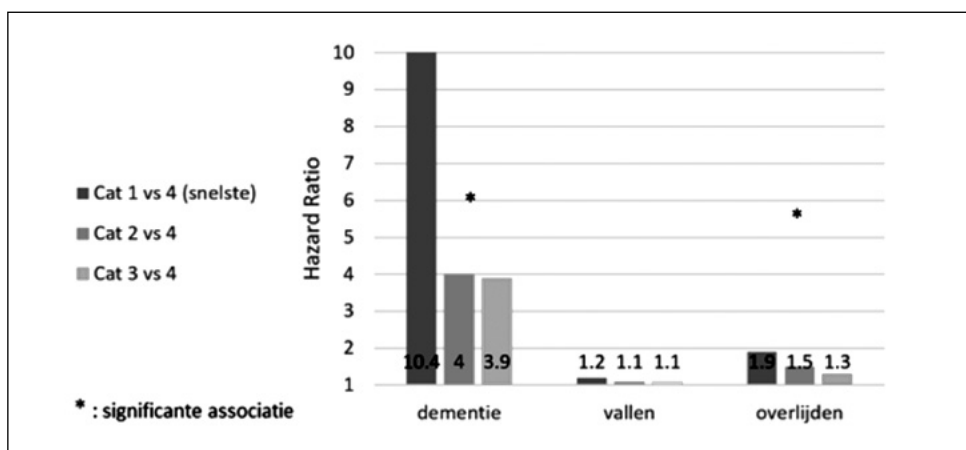
duur van 13 jaar werd bij 122 van 1271 (9.6%) deelnemers dementie vastgesteld, na 6 jaar follow-up werden bij 721 van 1282 (56%) deelnemers een of meerdere valincidenten gerapporteerd, en na 21 jaar follow-up waren 1318 van 1559 (84.5%) deelnemers overleden. Loopsnelheid en denksnelheid werden bij aanvang van de studie gemeten en vervolgens in 4 categorieën ingedeeld (de 1^e categorie voor de traagsten, de laatste categorie voor de snelsten). Daarnaast werden beide vertragingssmaten gecombineerd in een zogenaamde vertragingssom-score, die uit zeven categorieën bestond. In figuur 1 is te zien dat een trage loopsnelheid voorspellend is voor valincidenten en overlijden (significant, zie ster in figuur 1). Figuur 2 toont dat een vertraagde denksnelheid voorspellend is voor het ontwikkelen van dementie en overlijden. De somscore bleek goed in staat alle drie de gezondheidsrisico's te voorspellen en in het bijzonder overlijden (figuur 3). Bovendien bleek dat juist bij mensen met een vertraagde loopsnelheid de denksnelheid ook voorspellend was voor vallen (synergie).

Wat levert dit op voor de praktijk?

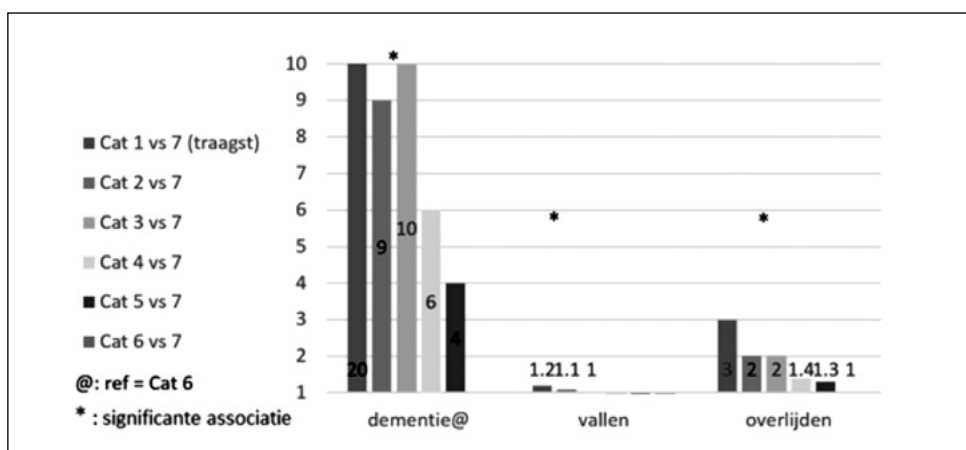
Het feit dat er een synergie tussen lopen en denken blijkt te bestaan voor het risico op vallen past binnen de zogenaamde 'dual-task' literatuur. Hierin werd aangetoond dat het



Figuur 1. Associatie tussen **Loopsnelheid** en Uitkomsten (Hazard Ratio)



Figuur 2. Associatie tussen **Denksnelheid** en Uitkomsten (Hazard Ratio)



Figuur 3. Associatie tussen **Vertragings Somscore** en Uitkomsten (Hazard Ratio)

moeite hebben met het tegelijkertijd uitvoeren van een motorische- en een denk-taak met name bij kwetsbare ouderen voorspellend is voor vallen, in tegenstelling tot relatief gezonde ouderen, waarbij dit niet geldt (Beauchet et al., 2009). Rechtop blijven staan en het behouden van balans zijn complexe taken die een beroep doen op meerdere orgaansystemen. Vertraagd lopen markeert disfunctioneren in meerdere orgaansystemen, terwijl vertraagd denken het vermogen om zich aan nieuwe situaties aan te passen vermindert. Het gezamenlijk optreden van vertraagd lopen en denken selecteert daarom een extra kwetsbare groep van ouderen met een sterk

verhoogd risico om te vallen. Deze bevinding werpt meteen licht op de vraag waarom interventiestudies om het valrisico te verkleinen alleen effectief blijken te zijn bij mensen met intacte geheugenfuncties (Gillespie et al., 2012). Bij ouderen met zowel vertraagd denken als lopen zullen dus andere interventies bedacht moeten worden om problemen met vallen te beperken, waarbij meer aandacht moet uitgaan naar tertiaire preventie. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van een valmat en een hipprotector.

Uit onze studie bleek bovendien dat, in tegenstelling tot de verwachting, beide vertragingssmaten opereren vanuit een verschillend

onderliggende mechanisme. Het bleek namelijk dat beide vertragsmaten onafhankelijk van elkaar de verschillende gezondheidsrisico's voorspelden. Bovendien bleek dat hun effecten op elkaar worden gestapeld. Voor de praktijk betekent dit dat vertraging, net als bijvoorbeeld bloeddruk of lichaamstemperatuur, gezien moet worden als een aanwijzing van een verhoogd risico op problemen met de gezondheid. Loopsnelheid kan in de wachtkamer eenvoudig worden gemeten met 2 foto-sensorische cellen, vertraging van denken kan met een eenvoudige test worden afgenomen (Murdoch, 1984). Daarbij lijkt het belangrijk om iemand met motorische vertraging ook te onderzoeken op vertraging van denken, en vice versa. Niet alleen kunnen beide soorten vertraging gezamenlijk voorkomen, maar bovendien kunnen beide onafhankelijk van elkaar verhoogde gezondheidsrisico's geven.

Al met al blijkt een vertraagd denktempo een minstens zo belangrijke maat voor gezondheidsrisico's te betekenen als een vertraagde loopsnelheid. Ons onderzoek maakt duidelijk dat er interventiestudies opgezet moeten worden die vertraging van zowel lopen als denken kunnen uitstellen of tegen gaan. Het ligt voor de hand dat dit type van gecombineerde interventies grote gezondheidswinst kan opleveren voor de steeds ouder wordende mens.

Literatuur

- Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging* 2009; **13**(10): 881-9.
- Beauchet O, Annweiler C, Dubost V, et al. Stops walking when talking: a predictor of falls in older adults? *Eur J Neurol* 2009; **16**(7): 786-95.
- Carter CS, Sonntag WE, Onder G, Pahor M. Physical performance and longevity in aged rats. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; **57**(5): B193-B7.

- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **9**: CD007146.
- Herndon LA, Schmeissner PJ, Dudaronek JM, et al. Stochastic and genetic factors influence tissue-specific decline in ageing *C. elegans*. *Nature* 2002; **419**(6909): 808-14.
- Murdoch University (ed): Alphabet Coding Task 15. Western Australia, 1984.
- Rosano C, Studenski SA, Aizenstein HJ, Boudreau RM, Longstreth WT, Jr., Newman AB. Slower gait, slower information processing and smaller prefrontal area in older adults. *Age Ageing* 2012; **41**(1): 58-64.
- Salthouse TA. The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychol Rev* 1996; **103**(3): 403-28.
- Studenski S, Perera S, Patel K, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA* 2011; **305**(1): 50-8.
- Verghese J, Ayers E, Barzilai N, et al. Motoric cognitive risk syndrome: Multicenter incidence study. *Neurology* 2014; **83**(24): 2278-84.
- Vu LN, Dean MJ, Mwamburi M, Au R, Qiu WQ. Executive function and mortality in homebound elderly adults. *J Am Geriatr Soc* 2013; **61**(12): 2128-34.

Over de auteurs

Joost Sanders is promovendus bij de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek en tevens als klinisch geriater werkzaam bij Altrecht GGZ. *Marijke Bremmer* is psychiater bij de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. *Peter van de Ven* is statisticus bij de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek. *Hannie Comijs* is senior onderzoeker bij de afdeling Psychiatrie, GGZ-Ingeest. *Dorly Deeg* is hoogleraar Epidemiologie van de veroudering bij de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek. *Aartjan Beekman* is hoogleraar Psychiatrie bij de afdeling Psychiatrie, GGZ-Ingeest. Allen werken bij het VU medisch centrum in Amsterdam.

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

© 2017, Bohn Stafleu van Loghum



Bohn
Stafleu
van Loghum



ISSN: 1389-143X

VOLGENDE KEER IN GERÔN

THEMA: Ongelijkheid en ouder worden

- Rechtvaardigheid en ongelijkheid van levenslopen
- Ongelijkheid in inkomen en pensioen
- Een ongelijke levensverwachting
- Sociaal beleid en leefomstandigheden

EN VERDER:

- Bestedingen van ouderen
- Vitale woongemeenschappen
- Wat werkt bij eenzaamheid?
- Ouderenmishandeling in de thuissituatie in Vlaanderen
- Ouderen en alcohol in Nederland en Vlaanderen

In dit nummer

verder onder andere

Juni 2017 | jaargang 19 | #2

Radio Remember: de kracht van muziek bij dementie

– Frans Hoogeveen & Mari Groenendaal

‘Natuurlijk Oud’

– Hetti Willemse, Ellen Zoete & Estrelle Thunissen

Initiatieven in drie Limburgse regio's Zorg voor ouderen tijdens en na ziekenhuisopname

– Anneke van Dijk-de Vries, Bart Ament, Ruud Kempen,
Sandra Beurskens & Erik van Rossum

De seniorvriendelijke stad

– Netty van Triest & Joost van Vliet

Zelfstandig wonen, bewustwording door uitproberen

– Dort Spierings

Woonzorgcentra in Brussel: klaar voor kleur?

– Ilse Rooms

Leren voor en door ouderen: succes verzekerd!

– Tinie Kardol, Dorien Brosens, Liesbeth De Donder &
Maurice de Greef

Eerder stoppen met werken, het FNV-plan geeft richting!

– Chris Driessen

Robot Annie helpt een handje

– Ellen Willemse

