



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 41, 2006, nummer 2/3*

## **Themanummer Ouderen**

### **inhoud**

Redactioneel

### **epidemiologie**

Haagse ouderen nu, en in de toekomst; een sociaal-demografische en epidemiologische verkenning

### **volksgezondheid**

Regie in de zorg; een netelige kwestie

Het voorkomen van ziekte en complicaties op hoge leeftijd

Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelfmanagement

Oudere Hagenaars aan het woord

Ouder worden in de grote stad

Het Internet en 'gezond' ouder worden

Enkele voorzieningen voor ouderen in Den Haag

### **Korte berichten**

# Colofon

juni/september 2006, 41ste jaargang nr. 2/3

## Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur);  
drs. A.S.T. Boersma, volksgezondheidsbeleid dienst  
OCW (kernredacteur); Mw. I. Burger, GGD  
Den Haag (kernredacteur); dr. C.J. Kruijthof, arts,  
Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde;  
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale  
Zorg Den Haag e.o.; dr. B.J.C. Middelkoop, arts,  
GGD Den Haag; drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-  
medisch centrum Den Haag; B. Potemans, huisarts in  
Den Haag; mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/  
eindredacteur); prof.dr. W.J. Schudel, GGD  
Den Haag; M.H. Waterman (hoofdredacteur),  
GGD Den Haag.

Met medewerking van: dr. Y.K. van Pareren, mw. J.A.  
Kerssemeijer, mr. G.J.J.M. Pletzers en B.F.M. Meerstadt

## Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn  
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360  
mw. H. Schreiner-Heynen;  
tel.: 070 - 353 71 05, fax : 070 - 353 72 92  
e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl  
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij  
mw. Schreiner.*

## Epidemiologisch Bulletin op internet:

[www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469](http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469)

## Lay out en productie

Facilitaire Dienst / Multimedia Den Haag

## Fotografie

Peter van Oosterhout

## Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,  
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

# Inhoud

<b>Redactioneel</b>	1
<b>Epidemiologie</b>	
• Haagse ouderen nu, en in de toekomst; een sociaal-demografische en epidemiologische verkenning <i>I. Burger</i>	4
<b>Volksgezondheid</b>	
• Regie in de zorg; een netelige kwestie <i>J. van Londen</i>	17
• Het voorkomen van ziekte en complicaties op hoge leeftijd <i>R.G.J. Westendorp</i>	21
• Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelfmanagement <i>G.I.J.M. Kempen</i>	27
• Oudere Hagenaars aan het woord “Speelsheid, je fantasie gebruiken, daar blijf je gezond bij” <i>W.G.H. van Rijssel</i>	33
• Ouder worden in de grote stad <i>J. Singelenberg</i>	35
• Oudere Hagenaars aan het woord “Ik gun haar zó een goede verzorging. Daarom besloot ik het zelf te gaan doen”	39
• Het Internet en ‘gezond’ ouder worden <i>P.J. Toussaint, L.L. Alpay, M. van de Bergh, J.H.M. Zwetsloot-Schonk</i>	41
• Enkele voorzieningen voor ouderen in Den Haag <i>J.A. Kerssemeijer, G.J.J.M. Pletzers, B.F.M. Meerstadt, E. de Heus</i>	47
• Oudere Hagenaars aan het woord “Als ik alsmaar thuis blijf zitten word ik ziek. Dat geldt voor alle oudere mensen”	51
<b>Korte berichten</b>	53

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevend, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

# Redactioneel

*'Age is not a particularly interesting subject. Anyone can get old. All you have to do is live long enough'* (Groucho Marx)

## Een themanummer over ouderenzorg in de grote stad

In 2020 is bijna 20 procent van de Nederlandse bevolking 65 plus. In Den Haag wijzen de demografische cijfers uit dat de toename van ouderen grotendeels wordt verklaard door een toename van niet-Nederlandse ouderen. Daarnaast groeit de variëteit aan leefstijlen. De ene oudere kiest ervoor om thuis te blijven, de andere om als pensionado naar Spanje te emigreren, om maar twee uitersten te noemen. Oud worden in goede gezondheid is niet voor iedereen weggelegd. De vraag die momenteel speelt bij de gemeente Den Haag is hoe de huidige en toekomstige senioren te prikkelen opdat ze een zo zelfstandig en gezond mogelijk leven leiden en hierover als het ware zelf de regie voeren. Het antwoord op deze vraag zal niet eenvoudig zijn, gezien de genoemde diversiteit.

Het laatste artikel van dit bulletin bevat een illustratie van het huidige aanbod aan voorzieningen voor ouderen in Den Haag en verspreid door het nummer komen ouderen zelf aan het woord. Om een beter beeld te krijgen van hoe de toekomst voor ouderen in de grote stad eruit zal zien, hebben we een aantal deskundigen gevraagd om hierover vanuit hun eigen expertise na te denken.

Het bulletin opent met het artikel *'Haagse ouderen nu, en in de toekomst'* waarin in cijfers de diversiteit aan ouderen in Den Haag wordt getoond. De auteur beschrijft de verscheidenheid aan culturele en maatschappelijke achtergronden, evenals de diversiteit in draagkracht en draaglast. De zeven belangrijkste toekomstige gezondheidsproblemen bij ouderen zijn ziekten van het bewegingsapparaat, astma/COPD, coronaire hartziekten, diabetes mellitus, dementie, psychische stoornissen, en beroerte. In het artikel wordt extra aandacht gevraagd voor de toename van niet-westerse oudere migranten. Migranten hebben niet alleen een grotere kans op de genoemde gezondheidsproblemen, zij lijden ook frequenter aan fysieke beperkingen en depressies. Dit maakt hen in verschillende opzichten een kwetsbare groep.

Hoewel de niet-westerse oudere migranten duidelijk baat zouden hebben bij ondersteuning, is het bekend dat deze groep minder gebruik maakt van de algemene voorzieningen voor ouderen. Momenteel wordt hierop ingespeeld door voorzieningen te creëren die gericht zijn op specifieke etnische groepen. Of deze aparte voorzieningen voor de tweede en derde generatie oudere allochtonen nog nodig zijn, zal de toekomst leren. Maar hoe kunnen we ook deze groepen stimuleren zelf de regie te nemen? Bij een deel ligt dit niet in de verwachting, voor deze burgers zal de openbare gezondheidszorg zijn maatschappelijk vangnet moeten versterken.

In het volgende artikel, *'Regie in de zorg'*, wordt de vraag besproken welke invloed de toekomstige beleidsontwikkelingen, zoals de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), hebben op de regie in het ouderenbeleid. De auteur beargumenteert hoe in zijn ogen de regie het beste kan worden georganiseerd. Landelijk wordt er steeds meer gekoerst op vraaggestuurde zorg. De auteur vraagt zich af of de zorgvrager voldoende tegenwicht kan bieden aan de 'grote jongens' zoals de gemeente, de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Zijn suggestie is om, naast het laten meedenken van patiëntenorganisaties over de regie, een gemeentelijke sociaal-medische ombudsman in te stellen om te controleren of de zorgaanbieders voldoende tegemoetkomen aan de vraag van de zorggebruiker.

Deze auteur pleit voor empowerment van de oudere zorgvrager om hem te helpen bepalen wat hij nodig heeft en ervoor te zorgen dat hij dat ook krijgt. Ook voor de groep ouderen die hiertoe niet in staat is, heeft hij een oplossing. Allereerst kunnen de mantelzorgers deze taak overnemen. Als dit niet mogelijk is kan, in zijn opvatting, een toekomstig 'wijk eerstelijnscentrum' de maatschappelijke ondersteuning bieden bij het voeren van de regie.

De auteur van *'Het voorkomen van ziekte en complicaties op hoge leeftijd'* is van mening dat er geen biologische limiet zit aan de levensverwachting. De enige limiet zit in de bereidwilligheid om hierin te investeren. Een voorbeeld, volgens de auteur, van hoe er kan worden geïnvesteerd in preventie, is de ontwikkeling van een consultatiebureau voor ouderen. Daarvoor is nodig dat duidelijk wordt welke screeningsinstrumenten en behandelingen ook op hoge leeftijd effectief zijn. Een ander fenomeen dat de auteur signaleert is dat er bij het merendeel van de screeningsactiviteiten een ondervertegenwoordiging is van de mensen bij wie de meeste gezondheidswinst valt te behalen, namelijk de ouderen met een lage opleiding, met minder geld, en de allochtone ouderen.

Bij een consultatiebureau kan de oudere de informatie krijgen die hij nodig heeft om zelf de regie te kunnen voeren. Daarnaast kan in zo'n bureau een gestructureerd aanbod aan voorzieningen worden geboden, waarvan bewezen is dat ze effectief zijn.

Is dit de toekomst in Den Haag? Lopen we zo niet de kans om een zorgvraag te creëren die uiteindelijk zelfs contraproductief kan uitpakken, het zogenaamde 'medicaliserings'-effect?

In *'Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelfmanagement'* wordt stilgestaan bij de vraag hoe het kan dat patiënten met dezelfde ziekte een andere invloed ervaren op het dagelijks leven en de kwaliteit van leven. De auteur geeft aan dat ziekte, functiestoornis en functiebeperking alleen tot verminderd welzijn en kwaliteit van leven leiden als de taken en rollen van de patiënt worden aangetast. Dit proces kan positief worden beïnvloed door 'zelfmanagement', een vorm van preventie op maat. De eerste ervaringen met deze aanpak zijn positief, alleen, zo merkt de auteur op, valt te bezien of een dergelijke aanpak geschikt is voor alle ouderen. De methode is gericht op empowerment en is vraaggestuurd. Is zelfmanagement de methode van de toekomst?

Het artikel *'Ouder worden in de grote stad'* schetst de toekomst van de ouderenzorg als normaal onderdeel van het dagelijks leven in de wijk. De auteur benadrukt de diversiteit aan wensen van ouderen en signaleert daarin drie groepen: degenen die gebruik maken van de woonzorg- of woonservicezones en service providers, de 'voorsorteerders' die een recreatieve omgeving opzoeken, en de 'pensionados' die naar het vaak warme buitenland vertrekken. De meerderheid van de ouderen is nochtans honkvast. Zij stellen verhuizen zo lang mogelijk uit. De rol van de gemeente in de ouderenzorg wint aan belang met de invoering van de WMO. De gemeente zal naar mening van de auteur keuzes moeten maken over hoe zij de ouderenzorg wil aanbieden. Verder waarschuwt hij de gemeente voor de groep 'IJzeren Heinen' die niets regelt en nergens aanspraak op maakt. In het bijzonder de groep die zich niet kan redden als de nood aan de man is.

Volgens de auteur pakken degenen die de (financiële) mogelijkheden hebben de regie zelf op. Voor degenen die dit niet kunnen, de 'IJzeren Heinen', bepleit hij een 'duwtje in de rug' als outreachende taak van de openbare gezondheidszorg.

In *'Het Internet en gezond oud worden'* wordt beschreven hoe de mogelijkheden van internet steeds verder worden geëxploreerd. De huidige toepassingen richten zich steeds meer op persoonlijk interactief gebruik in plaats van alleen informatieoverdracht. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre dit middel kan helpen bij het gezond ouder worden.

Informatie is een belangrijk onderdeel bij het voeren van regie. Alleen al de informatieoverdrachtfunctie van het internet is hierbij van groot nut. De beschreven nieuwe toepassing van internet in het kader van vraaggestuurde preventie klinkt veelbelovend. Is dit de toekomst?

Uiteindelijk hebben we een aantal antwoorden gekregen op onze vraag: hoe kan de gemeente Den Haag de huidige en toekomstige senioren prikkelen om zelf de regie te nemen en te houden over een zo zelfstandig en gezond mogelijk leven?

De artikelen gaan in op het landelijke en lokale beleid dat streeft naar vraaggestuurd werken en empowerment van de ouderen. Een deel van de ouderen zal hiertoe in staat zijn, en een deel ook niet. Een van de auteurs zet vraagtekens bij de haalbaarheid van vraaggestuurde medische preventie. Hij vraagt zich af of mensen genoeg inzicht hebben in hun eigen functioneren om de juiste keuzes te kunnen maken. Zijn voorkeur gaat uit naar een consultatiebureau voor alle ouderen waarbij professionals het aanbod bepalen. Volgens twee andere auteurs ligt de toekomst in het creëren van preventie op maat.

Of het nu in groepsverband of per computer wordt georganiseerd, uiteindelijk gaat het er om wat de oudere zelf wil weten of kunnen.

Ook over de ouderen zonder hulpvraag is nagedacht. Een van de auteurs heeft het over de 'Ijzeren Heinen' die zich niet kunnen redden als de nood aan de man is. Is het de taak van de openbare gezondheidszorg om ook de oudere zonder hulpvraag bij de voorzieningen te betrekken? Misschien is dit wel de groep bij wie met preventie de meeste gezondheidswinst kan worden behaald. Het klinkt als een interessante groep, maar hoe vinden wij die? Zelfs met een consultatiebureau voor alle ouderen wordt deze groep waarschijnlijk niet bereikt. Met een 'risicoprofiel' zouden we deze ouderen kunnen opsporen en uiteindelijk voorkomen dat zij terechtkomen in het vangnet. In ieder geval is duidelijk geworden dat, ongeacht de veranderingen in beleid en uitvoering, ook in de toekomst een vangnet onmisbaar zal zijn en mogelijk versterkt zal moeten worden.



# Haagse ouderen nu, en in de toekomst

## Een sociaal-demografische en epidemiologische verkenning

I. Burger

De groep 'ouderen' in de Nederlandse samenleving wordt in absolute aantallen en in relatieve omvang steeds omvangrijker. Betere gezondheidszorg, hogere welvaart en gunstiger omgevingsfactoren hebben het mogelijk gemaakt dat Nederlanders steeds langer leven. Over enkele jaren is de geboortegolf van vlak na de Tweede Wereldoorlog pensioengerechtigd. Ook dit doet de groep ouderen toenemen. Op vele terreinen - waaronder de gezondheidszorg - zal op deze verschuiving in de bevolkingssamenstelling moeten worden geanticipeerd. De politiek houdt zich hier al geruime tijd intensief mee bezig, getuige de vele nota's en studies die, vaak in opdracht van de Tweede Kamer en ministeries, zijn verschenen (1)(2)(3)(4). In dit artikel komen in relatie tot deze studies (verwachte) veranderingen en prognoses aan bod die relevant zijn voor en/of toegespitst zijn op de Haagse situatie. Vragen worden beantwoord als 'Hoeveel ouderen wonen er in Den Haag, nu, straks en over vijftien jaar?', 'Hoe is dan de groep ouderen samengesteld naar Hagenaars van Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse herkomst?', 'In welke Haagse wijken wonen ze?', 'Wat is hun inkomenspositie?', 'Met welke ziekten en aandoeningen zullen ze vooral te maken krijgen?'.

'De oudere' bestaat niet en het voorzieningenniveau en het productenaanbod zal steeds aangepast moeten worden aan de individuele wensen, leefstijlen en mogelijkheden van de ouder wordende groepen Hagenaars. Culturele en maatschappelijke ontwikkelingen hebben hier invloed op. Er zijn ouderen die zich - naar verwacht - zo lang mogelijk zullen trachten te onttrekken aan de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg en hier pas in dreigende nood-situaties (onvrijwillig) een beroep op doen. En er zullen ouderen zijn die elkaar juist binnen de zorg-mogelijkheden willen opzoeken. Het gezamenlijk 'oud zijn' is voor hen volledig bespreekbaar. Deze ouderen laten veel gemakkelijker wederzijdse hulp- en steunverlening toe, hebben behoefte aan geborgenheid en hopen dat voor hen 'alles' geregeld wordt. Tussen deze uitersten zijn vele variaties mogelijk ook in de relatie tot degenen die de zorg- en dienstverlening verrichten (mantelzorg versus professionele zorg). In dit artikel ligt het accent op kwantitatieve informatie, een ruw kader, van belang om in de toekomst met voldoende middelen klaar te staan voor oudere Hagenaars. Dit is - voorsnog - losgekoppeld van te verwachten verschuivingen in woon- en leefomstandigheden, leefstijlen en preventiemogelijkheden voor (Haagse) ouderen. Andere artikelen in dit themanummer gaan hier nader op in.

### Leeftijdsgrens van 'de oudere'

Ouderen maken een steeds groter deel uit van de Nederlandse bevolking. De levensverwachting bij geboorte is sinds 1950 voor mannen toegenomen van 70,4 tot 76,2 jaar. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt dat de levensverwachting in Nederland voor mannen verder stijgt naar 79,6 jaar in 2050 (5). Gemiddeld worden vrouwen ouder dan mannen: 72,7 in 1950; 80,9 in 2003 naar 82,6 in 2020. Door de toegenomen levensverwachting is er sprake van een dubbele vergrijzing: de groep 80-plussers stijgt in Nederland het snelst. Dat geldt zeker voor de mannen wier levensverwachting meer toeneemt dan die van de vrouwen. Dit met de gunstige verwachting dat er in de naaste toekomst minder weduwen zullen zijn. Het criterium 'leeftijd' is uiteraard van beperkte betekenis, wanneer wordt gekeken naar mate van (on)gezondheid en sociale zelfredzaamheid. Tot het 61-ste levensjaar *waardeert* de gemiddelde Nederlander zijn gezondheid meestal als 'goed', tot het 69-ste levensjaar wordt daarbij nog een goede geestelijke gezondheid ervaren en tot het 71-ste zijn de lichamelijke beperkingen voor 'de Nederlander' nog weinig manifest (2). Vanzelfsprekend kunnen individuele situaties hier sterk van afwijken en bestaan er etnisch-culturele verschillen in (beleving van) (on)gezondheid en sociale zelfredzaamheid. In veel studies wordt een driedeling gehanteerd van

Over de auteur:

Irene Burger, wetenschappelijk medewerker, werkzaam op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

55-64-jarigen (meest vitaal en maatschappelijk actief), 65-74-jarigen (gepensioneerd en in veel gevallen nog gezond) en de groep van 75 jaar en ouder die met het ouder worden in toenemende mate gezondheidsklachten krijgt en hulpbehoevend wordt. De 55-64-jarigen zijn de ouderen van de naaste toekomst en worden in het kader van dit themanummer ook betrokken in dit artikel.

### Demografische prognoses

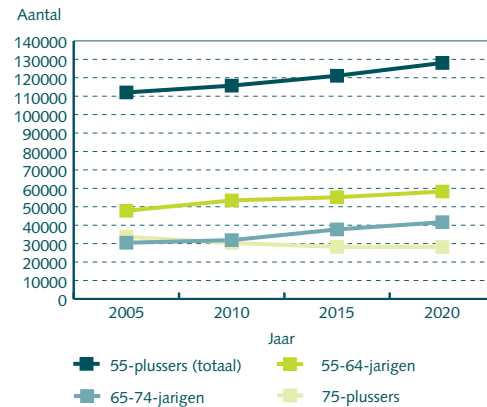
Figuur 1 geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal ouderen in Den Haag naar leeftijd, over de periode 2005 tot 2020 (6). De totale groep 55-plussers neemt in die jaren gestaag toe van 112.025 naar 128.035 Hagenaars, dat is een toename van 14%. Deze toename is vrijwel gelijk aan die in Rotterdam, maar beduidend lager dan in Amsterdam en Utrecht, waar prognoses van aantallen 55-plussers een toename van (bijna) 30% voorspellen (7).

Voor de toename van de ouderenpopulatie in Den Haag zijn de twee jongste groepen, de 55-64-jarigen en de 65-74-jarigen, verantwoordelijk; de 65-74-jarige groep in het bijzonder. In tegenstelling tot het landelijke beeld en gegevens over de randgemeenten van Den Haag neemt de oudste groep van 75-jarigen en ouder in Den Haag af met 16,5% (2005: 33.715 en 2020: 28.137 hoogbejaarden). Deze afname geldt echter alleen voor de Haagse vrouwen van 75 jaar en ouder (8).

Deze prognoses worden voor een belangrijk deel bepaald door de leeftijdsopbouw van de bevolking in combinatie met sterftcijfers en gegevens over vestiging en vertrek. In 2003 verlieten circa 2.300

**Figuur 1.**

*Prognose van het aantal 55-plussers onderscheiden naar leeftijdsgroep in Den Haag in de periode 2005-2020.*



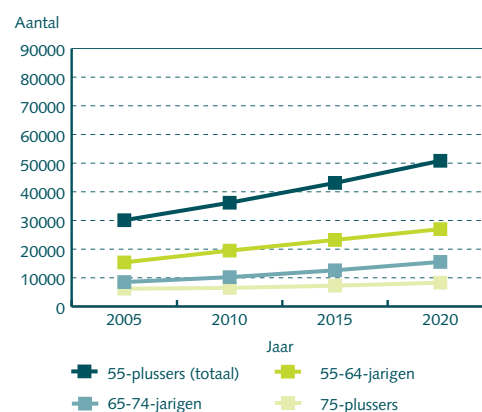
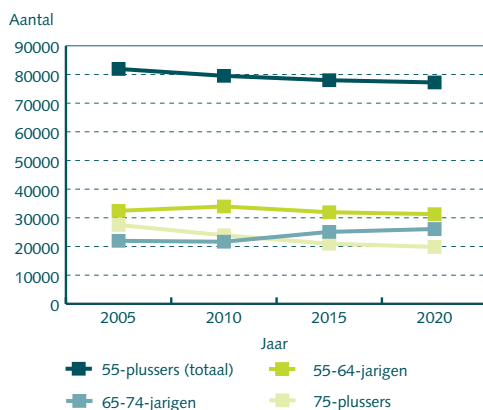
Bron: Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

Hagenaars van 55 jaar en ouder de stad (9). De meesten (ruim de helft van degenen waarvan dit bekend was) zijn naar andere gemeenten in Nederland verhuisd. Een kwart van hen heeft zich gevestigd in de randgemeenten van Den Haag. Van de ongeveer 700 niet-Nederlanders van 55 jaar en ouder die uit Den Haag vertrokken keerden velen (ruim 80%) terug naar het land van herkomst. Overigens neemt deze retournigratie in Nederland af. Het aantal Turken en Marokkanen in Nederland dat terugkeerde naar Turkije en Marokko daalde tussen 1995 en 2003 met ten minste de helft (10). In mindere mate geldt dit ook voor de Surinamers.

In een grote stad als Den Haag is het daarnaast van groot belang bekend te zijn met de bevolkingsopbouw

**Figuur 2.**

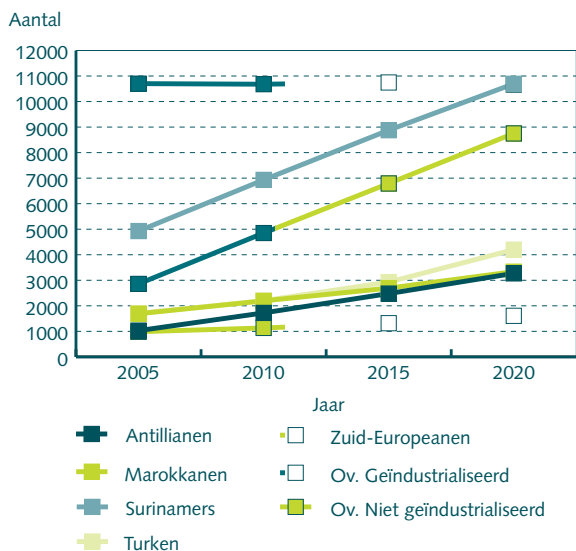
*Prognose van het aantal 55-plussers in Den Haag voor Nederlandse (links) en niet-Nederlandse (rechts) Hagenaars per leeftijdsgroep. Den Haag, 2005-2020.*



Bron: Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

**Figuur 3.**

Prognose van het aantal niet-Nederlandse 55-74-jarige Hagenaars per etniciteitsgroep. Den Haag, 2005-2020.



Bron: Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

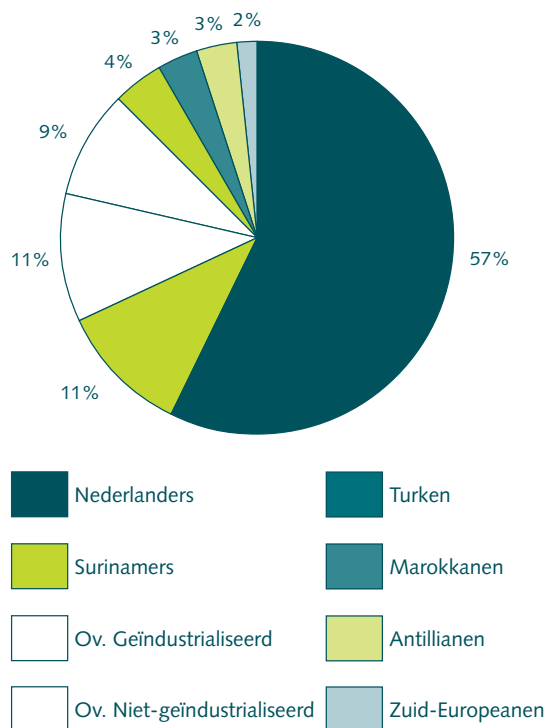
- en daaruit voortvloeiend de verwachte omvang ouderen - van de *niet-Nederlanders*. Ook al zijn de allochtone bevolkingsgroepen gemiddeld nog jonger dan de autochtone Nederlanders, hun aantal stijgt gestaag, vooral in de grote steden. De volgende twee figuren tonen naar leeftijd de bevolkingsprognoses van achtereenvolgens de Nederlanders (links) en de niet-Nederlanders (rechts) ouder dan 55 jaar in Den Haag. Uit de linker figuur blijkt dat de komende vijftien jaar het totale aantal autochtone ouderen in Den Haag licht zal afnemen. Alleen de groep 65-74-jarigen neemt nog toe, wat gedeeltelijk veroorzaakt wordt door de geboortegolf van vlak na de Tweede Wereldoorlog.

De omvang van de drie onderscheiden leeftijds-groepen bij de niet-Nederlanders blijkt echter overal te stijgen. De leeftijdsgroepen van 55 tot 64 en van 65 tot 74 jaar bij de allochtone Hagenaars nemen in aantal het sterkst toe, achtereenvolgens met 75% tot 27.000 in 2020 en met 82% tot 14.000 in hetzelfde peiljaar. De oudste groep van 75 jaar en ouder verandert weinig in omvang en telt in 2020 ruim achtduizend allochtone Hagenaars.

Figuur 3 laat de verschillen in toename zien tussen de omvangrijkste niet-Nederlandse bevolkingsgroepen in Den Haag. Omdat de toename zich vooral onder 55-74-jarige allochtonen voordoet geven we deze alleen voor deze leeftijdsgroep weer.

**Figuur 4.**

Procentuele verdeling van 55-74-jarige Hagenaars naar etniciteit in 2020.



Bron: Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

Uit figuur 4 komt duidelijk naar voren dat de Surinamers (in Den Haag vooral Hindostaanse Surinamers) en de Hagenaars uit de 'overig' niet-geïndustrialiseerde landen in 2020 de grootste allochtone groepen zullen vormen, samen met de Hagenaars uit de geïndustrialiseerde (westerse) landen, in voorgaande jaren verreweg de grootste groep niet-Nederlanders. De groepen Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse Hagenaars waren en blijven veel bescheidener in omvang. Echter ook deze etnische groepen groeien fors in aantal.

#### Haagse wijken en (kenmerken van) oudere bewoners

##### Aantallen ouderen per wijk in 2005 en 2020

Oudere Hagenaars wonen ongelijk gespreid in de stad. In Bouwlust/Vrederust en Waldeck wonen in absolute aantallen de meeste 55-plussers. Uitzonderd de zeer dunbevolkte groene en industriegebieden, wonen in de wijken Hoornwijk en Forepark gelegen in de vinex-gebieden Leidschenveen en Ypenburg, de minste 55-plussers. In tabel 1 staan de top-tien wijken opgesomd waar in 2005 de meeste 55-plussers wonen. Van de ouderen die in de wijken



Tabel 1

De tien wijken waar in absolute aantallen de meeste Hagenaars van 55 jaar en ouder wonen. Den Haag, 1 januari 2005.

Wijknr.	Naam wijk	55 jaar en ouder	(% van totaal)	75 jaar en ouder	(% van 55 plussers)
33	Bouwlust/Vrederust	7.303	(28,7%)	2.594	(35%)
18	Waldeck	7.115	(42,9%)	2.663	(37%)
38	Laakkwartier en Spoorwijk	5.772	(15,6%)	1.322	(23%)
17	Loosduinen	5.687	(30,0%)	1.793	(31%)
25	Mariahoeve en Marlot	5.502	(40,4%)	2.291	(42%)
36	Moerwijk	5.117	(26,1%)	1.939	(38%)
7	Scheveningen	5.102	(31,2%)	1.626	(32%)
34	Morgenstond	5.071	(30,9%)	1.782	(35%)
4	Benoordenhout	4.926	(38,7%)	2.185	(44%)
29	Schildersbuurt	4.523	(13,7%)	660	(14%)

Bron: Dienst Burgerzaken.

Tabel 2

De tien wijken waar in absolute aantallen de meeste Hagenaars van 55 jaar en ouder wonen. Den Haag, prognose voor 2020.

Wijknr.	Naam wijk	55 jaar en ouder	(% van totaal)	75 jaar en ouder	(% van 55 plussers)
18	Waldeck	7.611	(44,0%)	2.603	(34%)
33	Bouwlust, Vrederust	7.583	(28,5%)	2.195	(29%)
38	Laakkwartier, Spoorwijk	6.160	(16,2%)	972	(16%)
17	Loosduinen	6.069	(32,2%)	1.498	(25%)
29	Schildersbuurt	5.867	(18,0%)	816	(14%)
7	Scheveningen	5.643	(32,9%)	1.391	(25%)
25	Mariahoeve, Marlot	5.180	(37,4%)	1.578	(30%)
34	Morgenstond	4.981	(28,6%)	1.043	(21%)
4	Benoordenhout	4.796	(37,2%)	1.678	(35%)
42	Ypenburg	4.760	(23,2%)	793	(17%)

Bron: Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

Benoordenhout, Mariahoeve/Marlot, Moerwijk, Waldeck, Morgenstond en Bouwlust/Vrederust wonen zijn er relatief veel hoogbejaard. Dit in tegenstelling tot de Schildersbuurt waar nog weinig 75-plussers wonen.

Op basis van de bevolkingsprognoses die de Dienst Stedelijke Ontwikkeling heeft berekend zullen er in enkele wijken forse veranderingen optreden in aantallen ouderen per wijk (6). In de volgende tabel wordt net als in tabel 1 een overzicht gegeven van de tien wijken met de hoogste aantallen 55-plussers en 75-plussers in 2020.

Nieuw in de 'top-tien' is Ypenburg. In deze nieuwe wijk stijgt het aantal 55-plussers van circa 1.700 naar ruim 4.500. Uit de vergelijking tussen tabel 1 en 2 blijkt verder dat er ook een sterke stijging van het aantal ouderen zich zal voordoen in de Schilderswijk. Het aantal 55-plussers stijgt daar met ruim 1.300; het

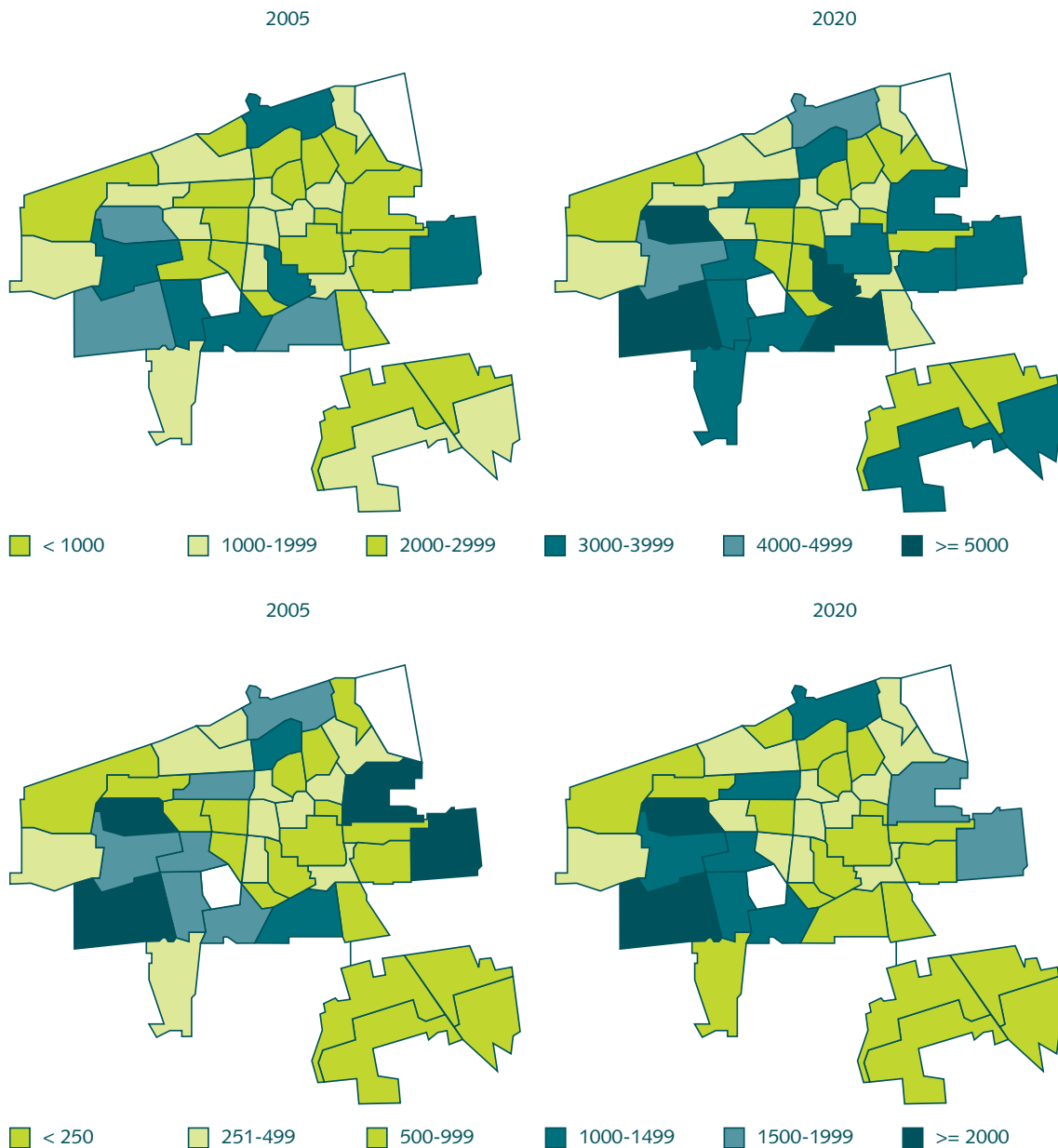
aandeel 75-plussers blijft daarbij op 14% staan. Het grote aandeel niet-Nederlandse Hagenaars dat in 2020 ouder is dan 55 jaar is daar de oorzaak van. Ook het aantal 55-plussers in Scheveningen, Waldeck, Laakkwartier en Spoorwijk stijgt de komende vijftien jaar met enkele honderdtallen. Daarentegen daalt het aantal 55-plussers in Moerwijk, Mariahoeve Marlot flink.

Het percentage 55-plussers dat 75 jaar of ouder is daalt - met uitzondering van de nieuwe wijk Ypenburg - in alle 'top-tien' wijken of blijft ten minste gelijk.

Ter illustratie tonen de vier plattegronden van Den Haag in figuur 5 voor 2005 en 2020 categorieën aantallen 55-74-jarigen en 75-plussers voor alle wijken. De 'algemene' stijging van het aantal 55-74-jarigen in Den Haag en de daling van het aantal 75-plussers (zie figuur 1) doet zich over het algemeen ook op wijkniveau voor.

**Figuur 5.**

Aantal 55-74-jarige wijkbewoners (boven) en 75-plussers (beneden) in Den Haag in 2005 en 2020.



Bron: Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

#### Aantallen ouderen van niet-Nederlandse herkomst per wijk in 2005

De oudere Hagenaars van niet-Nederlandse herkomst wonen weer geheel anders gespreid over de stad. Hagenaars afkomstig uit de rijkere, geïndustrialiseerde landen wonen voor een belangrijk deel ook in de meer welgestelde wijken, zoals Benoordenhout en Waldeck. De Surinamers van 55 jaar en ouder wonen in volgorde van absolute aantallen in de Schildersbuurt (circa

1.200, waarvan circa 170 75-plus), Transvaalkwartier (circa 650 waarvan circa 100 75-plus), Laakkwartier/Spoorwijk (circa 550, waarvan circa 60 75-plus) en het Valkenboskwartier (bijna 350, waarvan circa 40 75-plus). In de eerste drie van deze vier wijken wonen ook de meeste oudere Turkse en Marokkaanse Hagenaars. In deze drie wijken wonen respectievelijk circa 630, 300 en 130 Turken en circa 630, 170 en 235 Marokkanen van 55 jaar en ouder. In

**Tabel 3.**

Gemiddeld besteedbaar inkomen <sup>a)</sup> per particulier huishouden <sup>b)</sup> waarbij het hoofd van het huishouden 65 jaar of ouder is, met het aantal huishoudens. Den Haag 2002.

Naam wijk	Gem. besteedbaar inkomen (in Euro's)	Aantal huishoudens
Schildersbuurt	16.300	1.430
Transvaalkwartier	17.600	840
Laakkwartier, Spoorwijk	18.100	2.510
Moerwijk	18.600	2.420
Duindorp	19.200	660
Morgenstond	19.400	2.700
Rustenburg, Oostbroek	19.700	990
Stationsbuurt	19.800	530
Valkenboskwartier	20.800	1.080
Centrum	21.000	1.240
Bouwlust, Vrederust	21.100	3.370
Regentessekwartier	21.500	650
Groente, Fruitmarkt	22.200	150
Loosduinen	22.700	2.070
Leyenburg	22.800	2.220
Zeeheldenkwartier	23.500	540
Scheveningen	24.200	2.110
Mariahoeve, Marlot	24.200	3.370
Bezuidenhout	24.200	1.300
Leidschenveen	24.400	180
<b>Den Haag gemiddeld</b>	<b>24.400</b>	<b>46.420</b>
Vruchtenbuurt	25.900	910
Duinoord	26.200	610
Waldeck	26.300	3.130
Bomen-, Bloemenbuurt	26.800	2.080
Geuzen-, Statenkwartier	26.900	1.530
Willemspark	27.600	140
Archipelbuurt	27.700	660
Bohemen, Meer en Bos	28.000	1.170
Wateringseveld	28.100	190
Belgisch Park	28.500	900
Kraayenstein	28.700	600
Ypenburg	29.600	120
Haagse Bos	32.800	100
Van Stolkpark, Schev.Bosjes	33.500	120
Kijkduin, Ockenburg	35.100	310
Westbroekpark, Duttendel	43.500	350
Benoordenhout	43.700	2.470
Vogelwijk	44.100	530

Vanwege het beperkte aantal huishoudens zijn geen gegevens beschikbaar van Zorgvliet, Binckhorst, Hoornwijk, Forepark en Zuiderpark.

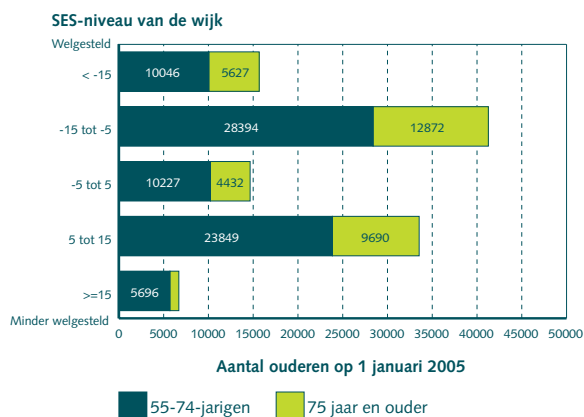
Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek/Regionaal Inkomens Onderzoek 2002.

<sup>a)</sup> Het bruto-inkomen verminderd met de premies sociale zekerheid en belasting afdracht.

<sup>b)</sup> Eén of meer personen die alleen of samen in een woonruimte gehuisvest zijn en zelf in de dagelijkse levensbehoeften voorzien.

**Figuur 6.**

*Inwoners van Den Haag van 55 jaar en ouder naar sociaal-economische status van de woonwijk. Den Haag, 1 januari 2005.*



de Schildersbuurt en Laakkwartier/Spoorwijk wonen ook de meeste oudere Antillianen (ruim honderd per wijk) en de Hagenaars uit de niet-geïndustrialiseerde landen (bijna 400 en bijna 250). Ten slotte is de wijk 'het Centrum' voor laatstgenoemden ook in veel gevallen het woonadres (voor circa 200).

#### Aantallen ouderen naar sociaal-economische status per wijk in 2005

Vanwege het duidelijke verband met ziekte en functiestoornissen is naast bovenstaande indeling naar etnisch-culturele achtergrond, de mate van sociale achterstand van de Haagse ouderen van belang.

Uit onderzoek naar levensverwachting van groepen mensen komt bijvoorbeeld naar voren dat de laagst opgeleide mannen gemiddeld vijf jaar korter leven dan de hoogst opgeleide. Bij vrouwen bedraagt dit verschil 2,6 jaar. Bovendien leven mannen en vrouwen met de hoogste opleiding gemiddeld bijna tien jaar langer zonder beperkingen (11). Op basis van een vijftal indicatoren<sup>1</sup> deelt de gemeente Den Haag de wijken in naar sociaal-economische status (SES-niveau), verdeeld in vijf groepen: zeer hoog (< -15); hoog (-15 tot -5); midden (-5 tot 5); laag (5 tot 15) en zeer laag ( $\geq 15$ ). In figuur 6 staan de 55-74-jarigen en 75-plussers ingedeeld naar SES-niveau van hun wijk.

Den Haag heeft als grote stad te maken met een grote groep minder welgestelde ouderen ( $\geq 5$ ). Ruim een derde van de Haagse ouderen woont volgens deze indeling in een (zeer) lage SES-wijk: 38% van de 55-74-jarigen en 33% van de 75-plussers (44% van

de totale Haagse bevolking woont in een (zeer) lage SES-wijk).

#### Inkomen

Van de vier grote steden was Den Haag in 2000 naar inkomen de meest gesegregeerde stad. De forse verschillen in inkomensniveau tussen de wijken doen zich ook onder ouderen voor. Koploper is de Vogelwijk. In 2002 hadden de 530 huishoudens met een hoofd van het huishouden van 65 jaar of ouder gemiddeld € 44.100 te besteden (3) (zie tabel 3). Benoordenhout en Westbroekpark/Duttendel zijn goede tweede en derde. De ouderen in de Stationsbuurt, Rustenburg, Oostbroek, Morgenstond, Duindorp, Moerwijk, Laakkwartier, Spoorwijk, Transvaalkwartier met als hekkensluiter de Schildersbuurt hebben de helft minder te besteden (< € 20.000).

In de naaste toekomst zal een groot deel van de ouderen er in Nederland gemiddeld financieel op vooruit gaan. Velen hebben een pensioen opgebouwd of op andere wijze gezorgd voor aanvullende inkomsten. Weliswaar zullen ouderen die nu nog geen 65 jaar zijn, er wel in inkomen op achteruit gaan, maar in vergelijking tot de huidige 65-75-jarigen zullen zij het gemiddeld 'beter' krijgen (4). Immers door de prijsstijging op de huizenmarkt hebben 55-64-jarigen met een eigen woning in veel gevallen nog maar een lage hypotheek (ongeveer 30% van de waarde) en kan een erfenis van vermogende ouders de financiële positie nog eens verder verbeteren (4). Zeker omdat onder huiseigenaren ouder dan 75 jaar twee derde hun huis vrij heeft van hypotheek. En ook het aandeel tweeverdieners stijgt onder 55-64-jarigen.

Tegenover deze gunstige voorspellingen bestaat een toenemende zorg voor de groep relatief arme ouderen die in 2020 in Nederland een vijfde van het totaal aantal 65-plussers zal uitmaken (1).

De beschikking hebben over voldoende financiële middelen is een belangrijke hulpbron, zeker in geval van gezondheidsbeperkingen. Omdat Den Haag in de naaste toekomst voor een belangrijk deel bestaat uit ouderen van niet-westerse herkomst gaan we hierna in op de (verwachte) inkomenssituatie van deze groep. Het opleidingsniveau van de Turkse en Marokkaanse oudere in Nederland is laag tot zeer laag, dat geldt zeker voor de vrouwen (12). De overgrote meerderheid van hen heeft geen opleiding afgerond, ook geen

<sup>1</sup> De indicatoren: CBS-inkomen, sociaal-economische factor, huurpunten, percentage langdurig werklozen en het percentage etnisch-culturele minderheden.

Tabel 4

Nettohuishoudensinkomen <sup>a)</sup> per maand in euro's, naar etnische groep en leeftijd. Nederland, 2003.

Bevolkingsgroep	< 900	900-1300	1300-1700	1700-2100	>2100
	%	%	%	%	%
<b>Autochtonen</b>					
55-64 jaar	20	12	17	11	40
>= 65 jaar	30	32	13	13	12
<b>Turken</b>					
55-64 jaar	27	57	12	3	1
>= 65 jaar	44	50	4	2	0
<b>Marokkanen</b>					
55-64 jaar	44	48	8	0	0
>= 65 jaar	57	41	1	0	0
<b>Surinamers</b>					
55-64 jaar	40	22	12	9	17
>= 65 jaar	55	23	13	5	4
<b>Antillianen</b>					
55-64 jaar	49	14	9	10	21
>= 65 jaar	71	14	6	4	6

<sup>a)</sup> Gevraagd werd: 'De volgende vraag gaat over het inkomen van uw huishouden. Dit bestaat uit uw eigen inkomen plus dat van uw eventuele partner, plus dat van inwonende kinderen, voorzover zij een bijdrage leveren. Kunt u aangeven wat het nettomaandinkomen van uw huishouden is? Is dat: <500 euro; tussen de 500 en 700 euro; [...]; tussen de 1900 en 2100 euro; >2100 euro'.

lagere school, sommigen zijn analfabeet gebleven. De arbeidsdeelname van de huidige 55-64-jarigen is zeer laag. Veel mannen verrichtten laag betaald werk, zijn in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontslagen of werden arbeidsongeschikt en hun vrouwen bleven meestal als huisvrouw werken. Het opleidingsniveau van Surinaamse en Antilliaanse ouderen is wel hoger maar lager dan dat van de 'gemiddelde oudere Nederlander'. Ook Surinaamse ouderen zijn bovengemiddeld arbeidsongeschikt (geweest). De Turkse en Marokkaanse ouderen bevinden zich aan de onderkant van de inkomensverdeling, de Surinamers en Antillianen in vergelijking tot de autochtonen ook, maar onder hen zijn er ook die het financieel beter hebben. Zij, vooral de mannen, kwamen deels naar Nederland om hier een (hogere) opleiding te volgen. Als gevolg van dit alles is de inkomenspositie en de huisvesting van deze vier groepen niet-westerse ouderen ongunstig. Ze hebben een beperkte pensioenopbouw en krijgen vaak niet de volledige AOW omdat ze niet lang genoeg in Nederland hebben gewoond. Dit maakt dat ze het na hun 65-ste nog moeilijker zullen krijgen. Tabel 4 toont duidelijke verschillen in huishoudinkomens tussen de Nederlanders en de vier grootste groepen niet-westerse bevolkingsgroepen in 2003 in Nederland (12). Door een instroom van 'nieuwe' 55-plussers met een hoger opleidingsniveau zal de financiële positie van de 55-64-jarige niet-westerse ouderen in de naaste toekomst

wel enigszins verbeteren (12).

Ondanks de relatief ongunstige inkomenspositie in Nederland - en heimwee naar het thuisland - is de realiteit dat weinig allochtone ouderen in Nederland definitief terugkeren naar hun land van herkomst (24% van de Antilliaanse ouderen, 16% van de Surinaamse, 13% van de Marokkaanse en 11% van de Turkse) (12). In vergelijking tot het thuisland ontvangt men in Nederland meer en betere (formele en informele) hulp. Dat vaak hun (klein)kinderen in Nederland wonen speelt ook een rol (12). Bij het ontwikkelen en aanbieden van ondersteunende activiteiten en producten en het invullen van (zorg)voorzieningen voor de oudere Hagenaars is het van groot belang rekening te houden met deze inkleuring naar etnisch-culturele en sociaal-economische status. Ouderen zijn extra kwetsbaar bij een beperkte draagkracht zoals dat het geval is bij een lage sociaal-economische positie. Uit het voorgaande blijkt dat in bijzonder allochtone ouderen een laag inkomen hebben en laag opgeleid zijn. Een bijkomende factor bij het ontwikkelen van het aanbod is dat allochtone ouderen - in het bijzonder de Marokkaanse en Turkse - minder gebruik maken van thuiszorg en van woonvoorzieningen voor ouderen, omdat zij traditioneel de voorkeur geven aan hulp uit eigen familiekring (12). Dit maakt de situatie van de mantelzorgers uit eigen etnische kring in Nederland kwetsbaar (13). Wanneer

Tabel 5

Verwacht absoluut aantal eenpersoonshuishoudens. Den Haag 2005-2020.

Leeftijdsgroep	2005	2010	2015	2020
55-64-jarigen	15.079	17.263	18.097	19.232
65-74 jarigen	12.088	12.653	14.897	16.766
75-plussers	17.853	16.089	14.904	14.813
Totaal	45.020	46.005	47.898	50.811

Bron: Den Haag in cijfers, Dienst Stedelijke ontwikkeling.

allochtone ouderen toch (deels) van de formele zorg gebruik (moeten) maken kennen ze de weg niet (bureaucratie), ervaren ze extra drempels (verwachte kosten) hebben ze speciale wensen (specifiek bereide maaltijden) en beperktere mogelijkheden (beheersing van de Nederlandse taal).

#### Alleenstaanden

Het sociale netwerk is een belangrijke hulpbron voor veel ouderen. Hier kan men voor de informele zorg op terug vallen. Dit geldt zeker voor alleenstaanden. Voor hen zal in veel gevallen meer professionele zorg nodig zijn. Naar verwachting neemt het aantal éénpersoonshuishoudens in Den Haag de komende jaren toe van circa 45.000 in 2005 naar bijna 51.000 in 2020 (toename van 13%). Dit geldt echter niet voor de 75-plussers: in deze leeftijdsgroep daalt het aantal te verwachten éénpersoonshuishoudens met 17% van circa 17.850 naar 14.800 in 2020 (zie tabel 5). Deze daling heeft te maken met de toenemende levensverwachting van mannen waardoor vrouwen in deze leeftijdsgroep niet of pas op hogere leeftijd weduwe worden (zie eerder).

Anders dan de Turkse en Marokkaanse ouderen zijn Surinaamse ouderen in Nederland vaker alleenstaand en hebben ze veelal geen kinderen in de buurt wonen: de groep kwetsbare ouderen onder hen is het grootst (10). Ook onder de lagere inkomensgroepen is het aandeel alleenstaanden relatief hoog (4). Het verliezen van steun en goede relaties roept vooral bij mensen die op latere leeftijd alleen (moeten) wonen gevoelens van eenzaamheid op. Uit de stadsenquête Den Haag 2003 blijkt dat vooral de hoogbejaarden hun sociale contacten als te beperkt ervaren (14). Ook de ouderen in de lagere inkomensgroepen ervaren dat zo. Bij eenzaamheidsgevoelens geven de geënquêteerden aan vooral behoefte te hebben aan iemand om mee te praten. Het is vaak onvoldoende - zo blijkt uit onderzoek van het NIDI - eenzaamheidsgevoelens te verminderen door het organiseren van gezamenlijke activiteiten of het aanbieden van een contactrijke omgeving (15). Immers, op hoge leeftijd

is het lastiger om open te staan voor nieuwe contacten en activiteiten en ingesleten gewoonten en gedrag te veranderen. Het succes van interventies die eenzaamheid moeten verminderen, zal in belangrijke mate afhangen van de sekse, persoonlijkheidskenmerken en de mobiliteit van de oudere.

#### Gezondheidstoestand

In deze paragraaf wordt een voorzichtige voorspelling gedaan van ziekten en aandoeningen waar de Haagse oudere in de naaste toekomst - vooral - mee te maken krijgt. De mate van voorkomen (de prevalentie) van ziekten is daarbij van belang maar ook de ernst. Immers, een ernstige ziekte waaraan men snel overlijdt, is in termen van ziektelast en de zorgvraag van ouderen van beperktere betekenis dan een chronische en invaliderende ziekte (5). Sterftecijfers hebben in dit kader geringe betekenis.

Veel (onvoorspelbare) factoren hebben invloed op de verwachte prevalentie van ziekten. Het hangt bijvoorbeeld af van de diagnosemogelijkheid van artsen, medisch-technische ontwikkelingen, de hulpvraag van patiënten, de leefstijl van bevolkingsgroepen en risicovolle blootstellingen in algemene zin. In relatie hiermee is de (verwachte) bevolkingssamenstelling naar geslacht, leeftijd, etniciteit, sociaal-economische positie en leefverband van invloed.

Als basis voor de prognose van de gezondheidstoestand van de Haagse bevolking maken we gebruik van gegevens die betrekking hebben op de totale Nederlandse bevolking. Omdat - zoals ook in de andere grote steden - in Den Haag relatief veel niet-westerse Nederlanders wonen en mensen met een minder gunstige sociaal-economische status, gaan we waar mogelijk en relevant apart in op deze groep. Vaak zal bovendien sprake zijn van meer dan één ziekte: boven de tachtig jaar heeft driekwart van de ouderen ten minste twee aandoeningen tegelijk (16).

De zeven belangrijkste (ouderdomsgerelateerde) clusters van ziekten en aandoeningen in Nederland zijn naar verwachting in 2020, in volgorde van voorkomen: ziekten van het bewegingsapparaat;

astma/COPD; coronaire hartziekten; diabetes mellitus; dementie; psychische stoornissen (angststoornissen, depressie) en beroerte (5). Deze trendprojectie van het aantal te verwachten patiënten in 2020 in Nederland is behalve op demografische prognoses gebaseerd op epidemiologische trends (in de afgelopen tien jaar) in het voorkomen van ziekten en aandoeningen<sup>2</sup>.

In 2020 zal - zie ook eerder in dit artikel - de oudere bevolking in Den Haag voor ongeveer een derde uit niet-westerse allochtonen bestaan van wie een meer dan gemiddeld aandeel een lagere sociaal-economische status heeft. Dit heeft consequenties voor de gemiddelde prevalenties van sommige ziekten. Zo bleek onder andere uit de stadsenquête afgenomen in 2001 en 2003, dat (oudere) Hagenaars van niet-Nederlandse herkomst - (Hindostaanse) Surinamers, Marokkanen en Turken - in vergelijking tot autochtone Hagenaars beduidend vaker diabetes mellitus rapporteerden. Bij de 60-74-jarige Hindostaanse Surinamers was dit zelfs 30%, gemiddeld drie keer zoveel als bij de 60-74-jarige autochtone Hagenaars. Bij alle benaderde allochtone groepen deed zich bij de vrouwen meer diabetes voor (17). Na de Hindostaanse Surinamers kwam diabetes vooral voor bij de Marokkanen, gevolgd door de Turken en de niet-Hindostaanse Surinamers.

De onderzoekers constateerden verder dat (coronaire) hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen vooral verhoogd voorkwamen bij Turkse mannen (4%) en Hindostaanse Surinaamse vrouwen (4,7%). De risico-

factor hoge bloeddruk scoorde bij alle onderzochte allochtone groepen Haagse vrouwen ongunstig. In dit kader van risicofactoren viel het zwaar roken (twintig of meer sigaretten per dag) onder Turkse Haagse mannen op in vergelijking tot de Nederlandse Haagse mannen (respectievelijk 16,5 en 10,5%). Bij Turkse en Marokkaanse ouderen stelde Van de Wurff meer fysieke beperkingen en depressies vast (11).

In vergelijking met hoger opgeleiden hebben laag opgeleide Hagenaars vaker astma/COPD, diabetes mellitus, (coronaire) hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen, zo bleek uit de stadsenquête (17).

Recent berekende het Trimbos instituut voor Nederland dat de groep 55-85-jarigen met psychische stoornissen en/of verslavingsproblematiek bekend bij de geestelijke gezondheidszorg en/of de verslavingszorg, in 2020 met ongeveer eenderde zal zijn toegenomen (18).

Dementie is een ziekte die vooral zeer oude mensen treft: van de mensen van 90 jaar en ouder is 40% dement (van de 65-jarigen 1%). Twee derde van de demente bejaarden wordt thuis verzorgd door mantelzorg en thuiszorg, de overigen in zorginstellingen (19). Aangezien het aantal 75-plussers in Den Haag de komende vijftien jaar vrij constant blijft zal het aantal demente bejaarden niet verdubbelen zoals landelijk het geval is. Onder de allochtone Haagse bevolking zal het aantal patiënten met dementie vanwege de stijging van het aantal 75-plussers naar verwachting

Tabel 6

*Draaglast en draagkracht van zelfstandig wonende allochtone en autochtone 55-plussers. Nederland 2003.*

	Turken %	Marokkanen %	Surinamers %	Antillianen %	Autochtonen %
<b>Draaglast</b>					
Met zelfzorgproblemen <sup>a)</sup>	45	49	22	11	11
<b>Draagkracht</b>					
Laag inkomen <sup>b)</sup>	67	86	31	42	11
Alleenstaand	11	10	45	47	40
<b>Kwetsbaarheid (combinatie van draaglast en draagkracht)</b>					
Zelfzorgproblemen + laag inkomen	30	44	10	6	3
Zelfzorgproblemen + laag inkomen + alleenstaand	3	4	5	3	1

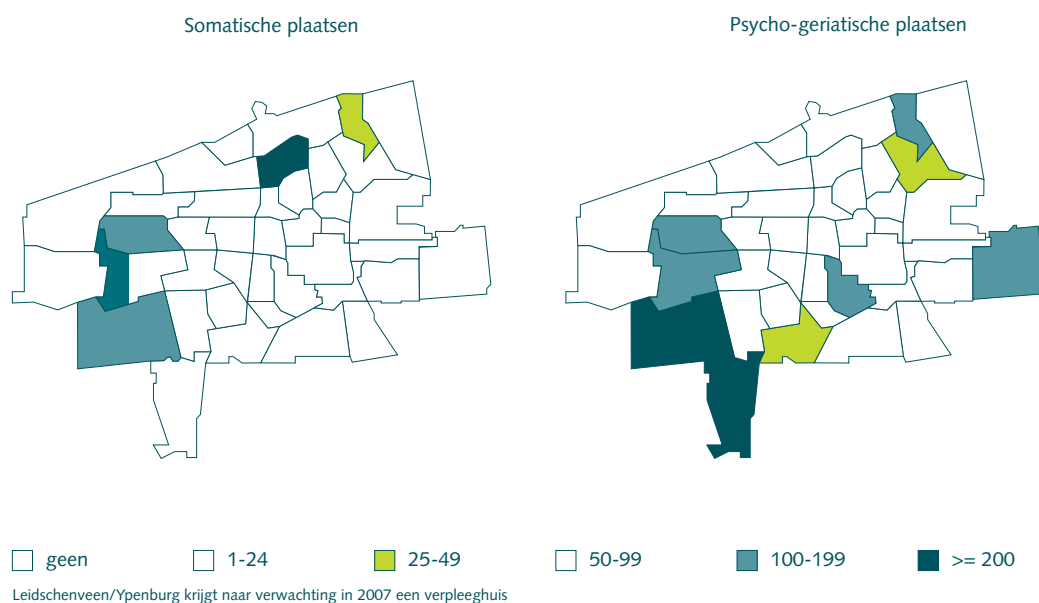
<sup>a)</sup> Dit zijn ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen of ouderen met matige lichamelijke problemen plus psychische problemen.

<sup>b)</sup> < 9.245 euro per jaar, inkomen gestandaardiseerd op 2000.

<sup>2</sup> De verwachte toename gedurende 2000-2020 in aantallen patiënten in Nederland met de volgende ziekte(clusters) is 54% voor diabetes mellitus; 43% voor astma/COPD; 41% voor beroertes; 30% voor hartziekten (hartinfarct en angina pectoris) en 2,5% voor ziekten van het bewegingsapparaat (5).

**Figuur 7.**

Per wijk in Den Haag de aantallen somatische en psycho-geriatrische plaatsen in verpleeghuizen. Den Haag, oktober 2005.



wel enigszins toenemen.

Aanvullend op de zeven clusters van ziekten en aandoeningen staan we stil bij twee veel voorkomende aandoeningen die de kwaliteit van leven van ouderen sterk negatief beïnvloeden: incontinentie en decubitus. De Gezondheidsraad constateerde in 1999 dat decubitus of 'doorliggen' in verpleeghuizen voorkomt bij 29% van de bewoners, in verzorgingshuizen bij 12%, in de thuiszorg bij 17%, in algemene ziekenhuizen bij 20% (20). Meer dan de helft van de bewoners van verzorgingshuizen en 90% van bewoners van verpleeghuizen is incontinent, tenminste voor urine. Een gezondheidsprobleem dat niet aan actualiteit heeft ingeboet (21).

Bij (alleenstaande) niet-westerse allochtonen met een lage sociaal-economische status cumuleren de factoren die de kans op een slechtere gezondheid kunnen vergroten. Zij zijn (extra) kwetsbaar omdat hun draaglast, dat wil zeggen de problemen die zij hebben om voor zichzelf te zorgen, groter is dan hun draagkracht (22). In het onderzoek Gezondheid en Welzijn van Allochtone Ouderen waarbij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse en autochtone 55-plussers (in de eigen taal) op gestandaardiseerde wijze vragen werden gesteld kwamen de volgende resultaten naar voren, weergegeven in tabel 6 (12).

Turkse en Marokkaanse en in mindere mate Surinaamse ouderen hebben relatief veel (ernstige) lichamelijke beperkingen en/of psychische problemen.

Bij de Turken en Marokkanen is dit bijna de helft, bij de autochtonen ongeveer één op de tien. Ook de inkomenspositie is bij Turken en Marokkanen het slechtst. Alleen in geval van zelfzorgproblemen, een laag inkomen en het alleenstaand-zijn verdwijnen de verschillen tussen de allochtone bevolkingsgroepen vrijwel: Marokkanen en Turken staan er weinig alleen voor - zij redden het vooralsnog dankzij de aanwezigheid van informele hulp - en Surinamers hebben een betere inkomenspositie.

#### Somatische en psycho-geriatrische verpleeghuizen

Zonder voorbij te gaan aan de vele innovatieve ontwikkelingen op wijkniveau die juist extramuralisering nastreven, wordt in deze laatste paragraaf een schets gegeven van het aantal somatische en psycho-geriatrische verpleeghuisplaatsen per wijk. Een specialistisch zorgaanbod dat voor erg zorg-behoevende (demente) bejaarden uiteindelijk nauwelijks op andere wijze kan worden ingevuld. Het Sociaal en Cultureel Planbureau beraamt dat in 2020, net als nu, aan ongeveer 4% van de ouderen van 65 jaar en ouder een indicatie voor opname in een verpleeghuis zal worden verstrekt. De potentiële vraag naar opname zal vrijwel gelijke tred houden met de bevolkingsgroei van 65-plussers in Nederland (5). (De vraag naar hulp zal sneller toenemen). Voor Den Haag zouden dat circa 2.800 opnames betekenen in een somatisch of psycho-geriatrisch verpleeghuis (2005: circa 2.550).



De somatische en de psycho-geriatrische verpleeghuizen liggen redelijk verspreid over Den Haag (zie figuur 7). Maar in Laakkwartier en Spoorwijk en Mariahoeve en Marlot, waar relatief veel ouderen wonen (zie eerder) is geen somatisch verpleeghuis gevestigd.

En in Laakkwartier en Spoorwijk ook geen psychogeriatrisch verpleeghuis. Een verblijf op korte afstand van de 'oude' woonwijk maakt het naasten en bekenden gemakkelijker even langs te komen. En een (langdurig) verblijf in de eigen vertrouwde wijk kan het gevoel van vervreemding in een dergelijke intramurale setting ook enigszins tegengaan. Twee factoren die het welzijn van een (nieuwe) bewoner kunnen vergroten.

#### Tot slot

Dit eerste artikel van het themanummer schetst een toekomstbeeld van 'de Haagse oudere in 2020'. Maar 'de oudere' bestaat niet en zijn of haar toekomstige zorgvraag valt moeilijk te voorspellen: medisch-technische ontwikkelingen hebben invloed evenals een veranderde wijze van leven en veranderingen in het zorgaanbod. Uit het bovenstaande zijn echter wel enkele globale sociaal-demografische en epidemiologische ontwikkelingen af te leiden.

De groep Hagenaars van 55 jaar en ouder zal ongeveer met een zevende groeien, waarbij de groep 65-74-jarigen verhoudingsgewijs het sterkst toeneemt.

Het aantal vrouwen ouder dan 75 jaar neemt af en het aantal mannen in deze leeftijdsgroep enigszins toe. Hierdoor neemt het aantal alleenstaanden in de groep hoogbejaarden in Den Haag af.

55-74-Jarige oudere Hagenaars buiten Nederland geboren, zullen in aantal flink toenemen. Dit geldt vooral voor de Surinamers en de ouderen uit de 'overig' niet-geïndustrialiseerde landen. Het aantal Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse ouderen zal eveneens groeien maar veel bescheidener in omvang. In 2020 zullen naar verwachting in de wijken Waldeck en Bouwlust/Vrederust de meeste 55-plussers wonen, ruim 7.500, een derde van hen zal dan hoogbejaard zijn. De Schildersbuurt ziet tussen nu en vijftien jaar het aantal 55-plussers - door de vele wijkbewoners van middelbare leeftijd buiten Nederland geboren - met een kwart stijgen.

Vanwege beperkte scholing en een laag inkomen zullen vooral de Turkse en Marokkaanse ouderen extra kwetsbaar zijn. Dit treft in bijzonder de vrouwen maar ook de mannen hebben vaak maar beperkt aan het arbeidsleven deel kunnen nemen. Door traditie en beperkte alternatieven zijn Marokkaanse en Turkse ouderen over het algemeen aangewezen op familie-zorg in Nederland, ook omdat voor hen de drempel naar formele zorg hoog is en terugkeer naar het land van herkomst in veel gevallen geen optie (meer) is.



Het is ook de vraag in hoeverre hun kinderen met opleiding, werk en gezin hulp kunnen (blijven) geven. De Surinaamse en Antilliaanse ouderen staan er wat beter voor. Ze hebben het financieel meestal beter en zijn beter opgeleid maar ze zijn desondanks kwetsbaarder dan de 'gemiddelde oudere Nederlander'.

Volgens de prognoses lijden ouderen in 2020 in Nederland vooral aan ziekten van het bewegingsapparaat, gevolgd door astma/COPD, coronaire hartziekten, diabetes mellitus, dementie, psychische stoornissen en beroerten. Rekeninghoudend met het aandeel Surinamers, Marokkanen en Turken in Den Haag mag op basis van huidige prevalenties worden verwacht dat het voorkomen van (complicaties van) diabetes mellitus zeker bovengemiddeld zal zijn, in bijzonder onder de (Hindostaanse) Surinaamse ouderen. Voor de andere ziekteclusters gelden voor deze migrantengroepen over het algemeen ook verhoogde risico's.

Het is van groot belang - zeker in het licht van het veranderde overheidsbeleid - om te anticiperen op veranderingen in de samenstelling van de Haagse ouderenpopulatie en rekening te houden met de verwachte zorglast. Dit geldt zowel voor de regie in de zorg als voor preventieactiviteiten gericht op risicofactoren (bij roken en overgewicht), voor woonvoorzieningen voor ouderen, ouderenactiviteiten, hulp en zorg thuis en de geïnstitutionaliseerde zorg. Vanuit een diversiteit aan perspectieven geven verschillende professionals in dit themanummer hun visie op ontwikkelingen en mogelijkheden.

#### Literatuur:

1. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Ouderen tellen mee. Advies aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. Advies 34. Den Haag, december 2004.
2. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Ouder worden we allemaal: trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland. Overbeek R van, Schippers A (Red.). Utrecht 2004.
3. Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Nr. 2005/06. Aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. Den Haag, februari 2005.
4. Ouderen van nu en van de toekomst: hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen. Achtergrondstudie bij het advies 'Oude bomen? Oude bomen moet je niet verplanten'. Advies over ouderenbeleid en wonen' van de VROM-raad. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, maart 2005.
5. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
6. Bevolkingsprognose Den Haag 2004-2020: de toekomstige ontwikkeling van bevolking, huishoudens en etniciteit. Dienst Stedelijke Ontwikkeling. Den Haag, september 2004.
7. PRIMOS prognose. Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne.
8. PRIMOS-prognose. Ruimtelijk Planbureau. December 2003.
9. Dienst Burgerzaken, mutatiestatistieken 2003.
10. De Nederlandse samenleving 2004, sociale trends. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg/Heerlen 2004.
11. Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002.
12. Schellinghout R (red). Gezondheid en Welzijn van Allochtone Ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau. SCP-publicatie 2004/16. Den Haag 2004.
13. Buren LP van, Hallich B, Cleven M. Mantelzorg in de Turkse cultuur: zorg aan chronische zieke Turkse ouderen in Nederland. GGD Rotterdam e.o. Rotterdam, juni 2005.
14. Stadsenquête Den Haag 2003. Doelgroepenmonitor. Gemeente Den Haag, 2003.
15. Fokkema T, Tilburg T van. Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen. Nederlands interdisciplinair demografisch instituut/Vrije Universiteit Amsterdam. Den Haag/Amsterdam. 2005.
16. Akker M van den, Buntinx F en Metsemakers JF e.a. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol 1998; 51 (5): 367-75.
17. Ariëns GAM, Middelkoop BJC, Smilde-van den Doel DA en HWA Struben. Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau. Epidemiol Bul Grav 2006; 41 nr 1: 2-11.
18. Depla M, Pot AM, Graaf R de, Dorsseleer S van, Sonnenberg C, Deeg D. Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Trimbos-instituut. Utrecht 2005.
19. Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2002: 2002/04.
20. Gezondheidsraad. Decubitus. Den Haag: Gezondheidsraad; 1999: 1999/23.
21. Gezondheidsraad. Urine-incontinentie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2001: 2001/12.
22. Klerk MMY de (red.). Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/4). Den Haag 2004.

# Regie in de zorg

## Een netelige kwestie

*J. van Londen*

Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) een feit. Volgend jaar op 1 januari wil het Kabinet de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in laten gaan. Intussen wordt de AWBZ gemoderniseerd. Verstrekkingen gefinancierd uit deze wet gaan gedeeltelijk naar de basisverzekering (o.a. onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg) en naar de WMO. Wat er met het resterende deel van de AWBZ gaat gebeuren is nog onduidelijk. De WMO maakt de gemeenten verantwoordelijk voor de 'welzijnszorg'. Voor uitvoering van de ZVW zijn de verzekeraars verantwoordelijk.

Deze beleidswijzingen zijn drastisch en hebben grote consequenties, zowel voor de aanbieder als voor de afnemer. Een dergelijk proces vraagt om een goede regie, zeker voor de doelgroep ouderen. Onderstaand artikel laat zien wat deze regie inhoudt, op alle niveaus van de zorg in Nederland.

### De zorgbeleidarena

Het doel van deze wetswijzigingen is de zorg efficiënter, effectiever en kwalitatief beter te maken. De kosten van de gezondheidszorg zouden teveel oplopen. In absolute bedragen is dit zeker het geval, maar in verhouding tot het Bruto Nationaal Product is dit minder het geval (+/- 10%). Er is weinig tegen doelmatigheidsbevordering, maar financiële krapte kan niet het enige en voornaamste argument zijn voor de drastische beleidswijzigingen waarvan nu sprake is. Met de wetswijzigingen streeft men er zeker ook naar de burger zelf meer verantwoordelijkheid te laten dragen voor allerlei processen in de samenleving ('civil society'). In de zorg betekent dit dat de zorgvraag van de burger meer sturend moet zijn (zelfsturing). Een derde doel dat daarmee verband houdt is de overheidsbesturing waar mogelijk te verminderen (minder regels, minder bureaucratie) en zo dicht mogelijk bij de burgers te brengen (decentraliseren, regionaliseren).

Als mechanisme om deze doelen te bereiken heeft het kabinet gekozen voor marktwerking. Een totaal vrije markt in de zorg is echter (nog) niet mogelijk gezien de gespannen verhouding tussen vraag en aanbod. Voor echte marktwerking is een zeker overaanbod van zorg nodig, en dat is er niet. Wel kunnen allerlei marktachtige mechanismen worden ingevoerd, zoals prijs/volume-onderhandelingen tussen professionals/-

instituten en de verzekeraars/gemeenten. Omdat de positie van de verzekerden daarin versterking vraagt, is er door de Tweede Kamer aangedrongen op het scheppen van een *recht* op verstrekkingen van de WMO. De gemeente krijgt behalve een compensatieplicht ook de *plicht* de burger bij te staan of te laten bijstaan.

Alleen al de afstemming tussen de bekostigingskolommen WMO en ZVW en de veelheid aan beleidsvormende en uitvoerende organen vraagt regie. De vraag is wie op welk niveau de regie moet voeren. Vanwege het thema van dit bulletin beperken we ons hier tot de oudere zorgvrager, en dan nog specifiek in de grote stad, zoals Den Haag.

### De regiemogelijkheden van de zorgvrager

Het vertrekpunt voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een beginselverklaring: ook voor mensen met een beperking behoort 'de regie over het eigen leven, individuele verantwoordelijkheid en autonomie in een kader van gelijke behandeling' bij henzelf te liggen (1). 'Naar hun oorzaak', zo schrijft de Raad verder, 'kan men drie soorten beperkingen onderscheiden: de aangeboren of erfelijke, de door ziekte ontstane en de gevolgen van normale veroudering'. Hoe groter en hoe meer beperkingen, hoe groter de kans op beperking van de onafhankelijkheid. Afhankelijkheid is natuurlijk nog geen wilsonbekwaamheid, maar er ontstaat wél een groeiende

Over de auteur:

Prof. J. van Londen is n.p. sociaal-psiater, oorspronkelijk hoofd van de sociaal-psychiatrische dienst van de GG en GD te Den Haag; vervolgens hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid; later Directeur-generaal voor de Volksgezondheid; parttime hoogleraar algemene gezondheidszorg - medische faculteit Utrecht; voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, verschillende internationale functies. Thans: voorzitter van de Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling.

behoefte aan coaching, ook in de ondersteuning van de eigen regievoering. En als die ook niet meer mogelijk is, moet de regie in overleg met eventuele mantelzorg worden overgenomen. Dan komt de regie bij de zorgaanbieders te liggen. Het wordt tijd om te kijken of de regie op het niveau van de oudere zorgvrager volstaat en zo niet, welke aanpassingen nodig zijn. Is de burger voldoende toegerust om zelf de regie te voeren en zelf te kiezen? Heeft hij bijvoorbeeld voldoende informatie. Ook de raadgever die op een gegeven moment de regierol deelt of overneemt heeft voortdurend informatie nodig.

#### De bestuurlijke regie

In de grote stad valt de bestuurlijke zorgregiefunctie van de WMO in grote lijnen toe aan de wethouder-/portefeuillehouder zorg. De gemeente is bestuurlijk en financieel verantwoordelijk (2). Zorgtaken als huishoudelijke en persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, verblijf en verpleegartikelen zullen onder de WMO vallen (1). De burger richt zich in de toekomst met zijn zorgvraag tot een door de gemeente georganiseerd 'loket', voor in eerste instantie een 'functionele' indicatie. Die omvat zowel toelating als de gewenste handeling (conform de AWBZ zorgdomeinen). De gemeente stelt de criteria vast op basis waarvan de indicatie wordt toegekend. Wanneer er een indicatie is, is er ook een recht op zorg dat verzilverd dan wel gematerialiseerd moet kunnen worden. De bestuurlijke regie moet ervoor zorgen dat deze dienstverlening op niveau van de grote stad wordt georganiseerd en gefinancierd (3). Als er naast maatschappelijke ondersteuning ook medische hulp nodig is, treedt het gebruikelijke mechanisme op van verwijzing via de eerste lijn. Het ligt voor de hand dat de huisarts, als verwijzer, hier een regiefunctie vervult. De vraag doet zich voor of er op bestuurlijk niveau in de stad tussen verzekeraars en het gemeentebestuur afspraken nodig zijn om de ZVW en WMO verzekerde zorg voor ouderen goed op elkaar af te stemmen. Mijn antwoord luidt: zeker, al was het maar om afwenteling van verantwoordelijkheden tussen beiden te voorkomen.

#### De regie van zorgrechten

Het grote gedifferentieerde hulpaanbod (intramuraal, extramuraal, formeel en informeel) maakt het mogelijk dat verschillende routes naar een verantwoord eindresultaat leiden. Het aanbod gebaseerd op noodzaak of op voorkeur van de zorgvrager noopt tot raadgeving en regie. De 'zorgrechten', dat wil zeggen het pakket waarop de verzekerde of de burger recht heeft,

worden te voren door de verzekeraar respectievelijk de gemeente bepaald. De basis hiervoor is het stramen in de wet. Recent is besloten dat de WMO een sociaal verzekeringskarakter krijgt. Waarschijnlijk zal er voor de WMO een beschrijving van de zorgbreedte mét criteria en objectiverende indicatiestelling verschijnen (3).

Maar niet alleen de differentiatie van het hulpaanbod doet er toe, ook hoe dat is georganiseerd, en met welke schaalgrootte. Zo schrijft de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen in Medisch Contact: 'Het valt op dat er zo goed wordt gegeten sinds de omslag naar kleinschalige zorg' (4). 'Welbeschouwd zijn ook eten en drinken vormen van ketenzorg', schrijft hij. De veldpartijen in de ouderenzorg hebben de norm voor verantwoorde zorg verwoord en het bovenstaande duidt daarop. Natuurlijk zijn er technische, wetenschappelijke en economische normen voor schaalgrootte, maar er is ook een relatie tussen schaalgrootte en verantwoorde zorg, waarvan ambiance en sfeer deel uitmaken. Een ander voorbeeld van de relatie tussen organisatie van zorg én de zorgkwaliteit komt uit MedNet Magazine nr 2, waarin het initiatief werd beschreven van Uroloog Meuleman: een speciale mannenklinik



in het Medisch Centrum van de Vrije Universiteit in Amsterdam, onder de titel 'Eén loket voor de oudere man' (5). Met andere woorden, ook het organiseren van zorg verlangt regie.

#### De regie van de formele zorg

Ziekenhuizen zullen horizontaal willen samenwerken, om sterke punten uit te baten en zwakke punten te versterken. Fusies zijn denkbaar, maar geen 'must'. Er kan ook op projectniveau worden samengewerkt. Geïntegreerde zorg voor ouderen is zo'n project. Samenwerken tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen, ambulante diensten, eerste lijnsposten, welzijn- en thuiszorg zal steeds vaker worden gewenst en doorgevoerd. Dit vergt een goede regie op organisatorisch niveau (wie doet wat?) en op het niveau van hulp-aanbod (hoe krijgen wij een regionaal geïntegreerd zorgaanbod voor elkaar?). Regie op professioneel niveau is hierbij een voorwaarde. Professionals zijn immers relatief autonoom. Zij zijn verantwoordelijk en ook aansprakelijk voor kwalitatief verantwoorde zorg.

Fusies en samenwerkingsafspraken vereisen een zorgvuldige regie en management. Er is al veel aan de gang, zoals fusies van verpleeghuiszorg en thuiszorg, landelijke reorganisatie brancheverenigingen (2) en activiteiten van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Voor het ontwikkelen van bestuurlijke-, organisatorische- en professionele regie is een gezamenlijke visie nodig, in dit geval een visie op inhoudelijke ouderenzorg in een multiculturele grote stad. Bij het ontwikkelen van zo'n gezamenlijke visie door gemeenten en verzekeraars, organisaties, professionals, patiëntenconsumentenorganisaties en levensbeschouwelijke organisaties dient men natuurlijk aan te knopen bij visies die er al zijn. We beginnen niet pas nú te denken, er is al heel veel (bestuurlijke) vernieuwing ingevoerd. Het leiding geven aan de vorming van zo'n visie vereist een hoge mate van inzet van de politiek verantwoordelijke.

De ontwikkelingsprocessen zelf kunnen aan gemandateerde regisseurs worden opgedragen.

#### De regie van de informele zorg

De informele zorg, waaronder mantelzorg en vrijwilligershulp, is volgens Struijs die zorg die onverplicht en ongehonoreerd uit (naasten) liefde en levensovertuiging wordt gegeven. Mantelzorgers komen direct uit het gezins-, familie- of sociale netwerk van de zorgbehoevende. Vrijwilligers staan in

de regel wat verder af, ontvangen soms wel enige kostenvergoeding, en behoren vaak tot vrijwilligersorganisaties (6). Overigens moet het 'onverplichte' van de informele zorg genuanceerd worden, want er wordt wel degelijk morele druk uitgeoefend. Dat heeft als consequentie dat mantelzorgers goed moeten wikken en wegen of ze de zorglast wel kunnen dragen en dat professionele hulpverleners goed in de gaten moeten houden wat de draaglast van de mantelzorger betekent voor eventuele formele zorg.

Struijs onderscheidt in het rapport 'Informele zorg' (6) de volgende zorgsoorten: zelfzorg, gebruikelijke zorg, mantelzorg, vrijwilligerszorg. Het moeilijkste begrip is 'gebruikelijke zorg'. Het is de 'zorg waarop geen aanspraak bestaat vanuit de AWBZ. Het is de normale dagelijkse zorg die partners of ouders, of inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden. Gebruikelijke zorg is alleen aan de orde als er sprake is van een gezamenlijk huishouden' (6).

Bij het indiceren van vormen van formele zorg zal onderzocht moeten worden hoe de zorgvrager en de informele verzorger(s) aangesproken kunnen worden op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het 'vrijwillige' wordt vanaf dat moment verplicht. En daarmee regisseert de formele zorg eigenlijk de informele zorg. Dat wordt ook gedaan wanneer de mantelzorger - hetgeen steeds vaker het geval is - technische (verpleegkundige) handelingen leert. Nog afgezien van de vraag naar eventuele verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden is het hier waar mijn inziens het grootste knelpunt in de regie optreedt. De mantelzorger is vaak niet opgewassen tegen de machtige en dominante (professionele) hulpverlener. Er ontbreekt een 'countervailing power'. Het gemeentebestuur zou voor dit tegenwicht kunnen zorgen, bijvoorbeeld door het instellen van een sociaal-medische ombudsman.

#### De regievraag op lokaal niveau

Uitgaande van het beginsel van autonomie van de zorgbehoevende oudere komt hem, als er wilsbekwaamheid is, in de informele zorg de regie toe. Bij toenemende beperkingen, en eventuele afnemende wilsbekwaamheid (dementie) zal de regie ondersteund worden, als vanzelfsprekend door de (gezonde) partner, of/en de kinderen (mantelzorg). Zodra er maatschappelijke ondersteuning moet worden ingeschakeld, voorafgegaan door een beroep op de gemeente ten uitvoering van de WMO, ligt het voor

de hand dat daarbij regieondersteuning wordt gegeven, volgens advies van de RVZ (1) op *wijkniveau* door een eerstelijnscentrum. Dit centrum biedt eerstelijnsgezondheidszorg en een WMO loket met speciale service voor ouderen.

De nieuwe wet en regelgeving leggen al in deze fase verantwoordelijkheden bij de gemeente, als beheerder en hoeder van het publieke welzijn en de publieke gezondheid. De GGD kan een belangrijke coördinerende rol spelen bij de organisatie van zorg en ondersteuning in de stad en daarbij hoort een doelgroepenbeleid.

Onder de public health taak voor ouderen valt het hele spectrum van de volksgezondheidszorg:

- preventie: voorkomen van ziekten bij ouderen; letten op speciale risico's (voeding, beweging, veiligheid, eenzaamheid);
- welzijn/gezondheid: bevordering en gezondheidsbescherming van ouderen; activering, bevordering van wederzijdse intragenerationele ondersteuning;
- gezondheidsvoorlichting aan ouderen.

Dit zijn voor een belangrijk deel traditionele volksgezondheidstaken waar de GGD een centrale rol in speelt, die principieel niet anders zijn dan voor de hele bevolking.

Volgens advies van de RVZ (1) zouden de eerstelijnsorganisaties op wijkniveau de goede plek zijn voor het vestigen van een gezamenlijk informatie- en intake-loket. Hier moet ook in overleg met de zorgvrager de regie worden gevoerd over de aansluiting tussen formele en informele zorg. Het is vanzelfsprekend dat de inhoudelijke regie tussen de partners van de eerstelijns (thuiszorg, huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijke werk) en de zorgvragende plaatsvindt. Het centrum dient zelf zijn regiefunctie te organiseren en is afhankelijk van de karakters, de voorkeuren en (management) deskundigheden. Het is niet vanzelfsprekend dat de huisarts de totale regiefunctie overneemt maar hij blijft wél verantwoordelijk voor het medisch handelen. Op wijkniveau is men het dichtst bij de zorgvrager. De huisarts, de pastor, de imam, het maatschappelijke werk, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige kennen de oudere wijkbewoners het best, en kunnen communiceren tussen de wijkorganisaties en de ouderen aan de ene kant en de gemeente en verzekeraars aan de andere kant. Hier vindt ook training en instructie van de mantelzorg plaats.

Veel (regie) komt op de schouders van de gemeente terecht, en het is dan ook zeer juist dat de (grote) gemeenten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten rondom de WMO en ZVW anticiperend grote activiteiten ontplooiën.

De modernisering van de eerstelijns is in volle gang, nieuwe complexen ontstaan, ondermeer in de thuiszorg en verpleeghuiszorg. Concurrentie en competitie behoren bij de markt. Ik hoop maar dat de Haagse oudere niet met verbijstering wordt vervuld door al dat marktgedruis. De oudere houdt immers van rust en zekerheid.

Literatuur:

1. Mensen met een beperking in Nederland. De AWBZ in perspectief. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer 2005. [www.rvz.net](http://www.rvz.net)
2. Bassant E. Zorginstellingen nerveus over verkiezingen. Financieel Dagblad 17 februari 2006. [www.fd.nl/-management](http://www.fd.nl/-management)
3. Dam N van, Vliet N van, bureau HHM, Schrijvers G, Juliuscentrum. Handreiking Toegangsbewaking WMO. januari 2006; Invoering WMO. HHM Postbus 262 7500 AG Eindhoven [www.hhm.nl/info@hhm.nl](http://www.hhm.nl/info@hhm.nl).
4. Dijkman R. Voorzitterscolumn. Medisch Contact 61, nr. 4, 27 januari 2006. [nvva@verpleeghuisartsen.nl](mailto:nvva@verpleeghuisartsen.nl)
5. Blickendaal M. Een loket voor de oudere man; over een speciale mannenkliniek in het VU Medisch Centrum. Mednet Magazine nr. 02, 26 januari 2006.
6. Struijs AJ. Informele Zorg, Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg. RVZ Zoetermeer 2006. [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

# Het voorkomen van ziekte en complicaties op hoge leeftijd

**'Ouderdom, hoe zijdt gij zo veracht, terwijl een ieder u begeert'**

Anoniem, zeventiende eeuw

*R.G.J. Westendorp*

Iedereen ziet er naar uit om in de toekomst nog een aantal gezonde jaren aan het leven toe te voegen. En waarom niet? Het leven op hoge leeftijd wordt hoog gewaardeerd (1), en de waardering van het leven op hoge leeftijd is niet minder dan die op jonge of middelbare leeftijd (2). De werkelijkheid is ook dat het aantal ziektes en gebreken waar een oud mens zich mee moet verzoenen stijgt naarmate de leeftijd toeneemt. Dit is het wezenskenmerk van het biologische verouderingsproces, dat de conditie van het lijf achteruit gaat naarmate de kalendertijd voortschrijdt (3). Op een leeftijd van 65 jaar heeft een mens in de regel al twee tot drie chronische ziektes met een navent passende medische consumptie. Is deze voorspelbare loop van het leven niet een voldoende reden om preventieve maatregelen voor ouderen te implementeren? Voorkomen dat er op een hoge leeftijd ziekte optreedt? Voorkomen dat ziekte en gebreken op hoge leeftijd leiden tot complicaties die het zelfstandige bestaan in gevaar brengen? In onderstaand artikel worden de wenselijkheid en mogelijkheden geschetst van preventieve maatregelen voor mensen op hoge leeftijd.

## De rekkelijkheid van de levensloop

Het is gemakkelijk om uit te spreken dat ziekte en beperkingen op hoge leeftijd voorkomen moeten worden. De 'nevenwerking' is dat wij nog ouder zullen worden. Anderen betwijfelen of er nog meer jaren aan het leven moeten worden toegevoegd. Zij vrezen een leven met ziekte en gebreken en zouden liefst nu al tekenen voor een einde-leven-oplossing om dat te kunnen vermijden. Vrijwel alle ouderen zijn pertinent in hun wil om zolang als mogelijk de regie over hun eigen leven te blijven voeren en vrezen daarom de dag dat zij afhankelijk worden van anderen, of erger, moeten worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis (1). Dit schrikbeeld staat in contrast tot de toenemende kennis van de biologie van ons lichaam waarmee wij ziekte kunnen voorkomen en wanneer deze ontstaat, de verschijnselen ervan kunnen bestrijden. Zo zijn door medisch-technisch ingrijpen in brede zin de kinderziekten uitgebannen en is de sterftekans op middelbare leeftijd, met name aan hart- en vaatziekten, sterk teruggedrongen (4). Het is daarom des te opmerkelijker dat velen twijfelen aan de mogelijkheid dat ziekte op hoge leeftijd is te voorkomen of te bestrijden. Hun achterliggende gedachte is dat het verouderingsproces 'geprogram-

meerd' is, als ware het een klok die aangeeft dat het al bijna twaalf uur is. Alle moderne theorieën en waarnemingen bij experimentele modellen sluiten een dergelijke 'biologische klok' uit en het verouderingsproces blijkt vermijdbaar (3). Hiermee is een principieel bezwaar tegen preventie van ziekte op hoge leeftijd weggenomen.

Vanuit een mondiaal perspectief is er sinds 1850 een lineaire toename van de gemiddelde levensverwachting bij geboorte van 2,3 jaar per decade voor mannen en 2,4 jaar per decade voor vrouwen (5). In dezelfde kalenderperiode blijft ook de maximale levensduur toenemen en is er een acceleratie van de bereikte leeftijd over de afgelopen decades (6). Hoewel velen zich dit moeilijk voor kunnen stellen is er geen biologische limiet aan het menselijke leven. Daarom zullen levensverwachting en maximale levensduur kunnen blijven stijgen wanneer de sterftecijfers ook op hoge leeftijd blijven dalen. Dit kan enkel worden bereikt wanneer er in de maatschappij een sociale structuur aanwezig is, en een bereidwilligheid om blijvend in de gezondheid van (oude) mensen te investeren. Wanneer niet aan deze voorwaarden wordt voldaan zullen de sterftecijfers in de bevolking

Over de auteur:

Prof. dr. R.G.J. Westendorp, hoofd afdeling Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

direct toenemen. Zo is in de afgelopen jaren in Rusland, onder invloed van de slechte economische situatie de gemiddelde levensverwachting belangrijk gedaald (7).

Wanneer wij in staat zijn om door medische preventie ziekte en sterfte op hoge leeftijd te voorkomen wil dat niet zeggen dat hierdoor een periode van ziekte aan het einde van het leven kan worden voorkomen. Immers wanneer een bepaalde ziekte en overlijden met succes kan worden vermeden, betekent dat niet dat men daardoor gevrijwaard is van een andere ziekte. De demografische ontwikkelingen over de afgelopen decades laten inderdaad zien dat de overlevingscurve van ontwikkelde landen naar rechts verschuift waarbij ziekte en beperkingen tot de hoogste leeftijd worden uitgesteld (8). Dit is de reden dat niet moet worden verwacht dat een succesvolle preventie van ziekte en sterfte geld oplevert. Succesvolle preventie kost geld, ook bijvoorbeeld van roken (9), maar het betekent wel dat niet-rokers een toename van het aantal jaren in goede gezondheid tegemoet kunnen zien.

#### De stand van zaken in Nederland

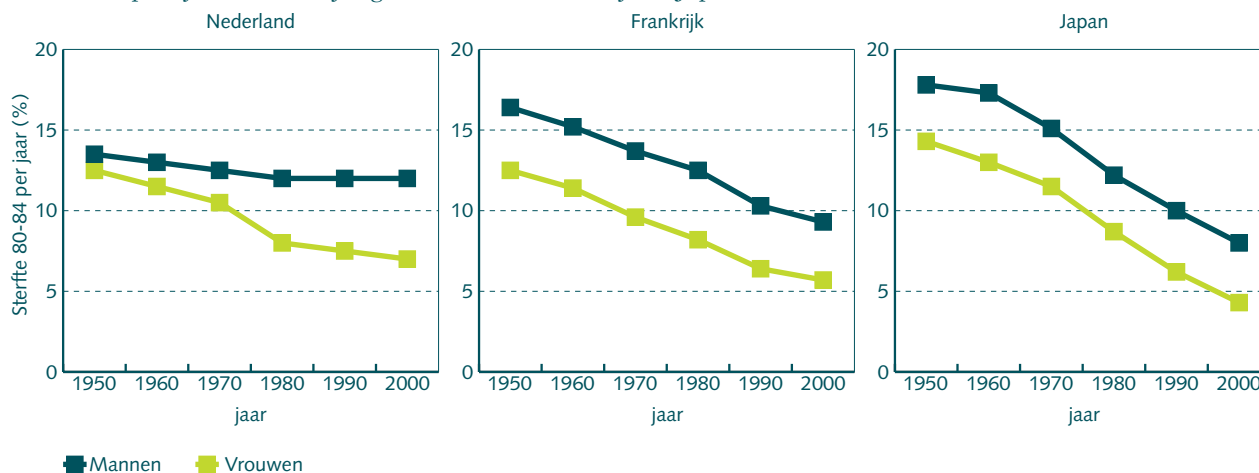
Over de afgelopen 50 jaar is de levensverwachting maar beperkt toegenomen. Pasgeboren jongens konden in 1950 een levensverwachting van 70,4 jaar tegemoet zien, in 2000 is dat 76,9 jaar. Voor meisjes zijn de corresponderende verwachtingen 72,7 jaar en 81,4 jaar. Ook neemt de toename in de levensverwachting in Nederland af. Velen zien hier, ten onterechte, aanwijzingen in dat het biologische maxi-

imum van het menselijke leven ondertussen bereikt is. De situatie in Nederland staat in schril contrast met de steeds stijgende levensverwachting in landen zoals Frankrijk en Japan (10), Nederland is in dit opzicht afgezaakt van een mondiale koppositie naar de Europese middenklasse (11). Dit gegeven berust op het feit dat het sterfterisico op de hoge leeftijd in Nederland *niet* daalt en is beter bekend als de 'stagnatie van de sterftedaling'. Een directe vergelijking van de sterftecijfers in Nederland met die in Frankrijk en Japan laat zien hoe de achterstand van Nederland met de jaren toeneemt (figuur 1). De achterliggende redenen van het niet dalen van de sterfte op hoge leeftijd in Nederland en wel in andere landen, is grotendeels onbekend (12). Wel lijkt uitgesloten dat verschillen in sterfselectie op eerdere leeftijd, sociaal economische ontwikkelingen, 'einde-leven-beslissingen', en rookgedrag hiervoor verantwoordelijk zijn.

Gewoonweg onrustbarend worden de Nederlandse cijfers wanneer de ontwikkelingen van de sterftecijfers op hoge leeftijd meer in detail worden bestudeerd. Voor zover er sprake is van een stagnatie van de sterftedaling op hoge leeftijd in algemene zin, geldt dit niet voor de allerhoogste leeftijdscategorieën (13). Sinds 1980 blijkt de sterfte van mensen van 90 jaar en ouder belangrijk te zijn *toegenomen*. Ook op dit punt is het tot op heden slechts gissen welke mechanismen hieraan ten grondslag liggen. Maar het moet niet moeilijk zijn om voor de Nederlandse situatie aanknopingspunten te vinden waarop met bewezen effectieve strategieën kan worden ingegrepen om de

**Figuur 1.**

*Risico op sterfte voor 80-84 jarige in Nederland, Frankrijk en Japan.*



Bron: Centraal Bureau voor de statistiek, Vital Statistics Japan



sterfte op hoge leeftijd in gunstige zin bij te stellen. Zo blijkt uit gerandomiseerde studies in verzorgings- en verpleeghuizen dat een opgelegde influenza-vaccinatie van het verplegend personeel de sterfte onder de bewoners met tientallen procenten kan laten dalen (14). Hoewel deze bevindingen uit internationaal onderzoek al jaren bekend zijn, heeft dit in Nederland nog niet geleid tot een effectieve implementatie van deze strategie. De vaccinatiegraad onder het personeel in verzorgings- en verpleeghuizen is nog altijd laag tot zeer laag (15).

#### Ziekte op hoge leeftijd is anders

De grote categorieën van doodsoorzaken blijven tot op hoge leeftijd constant. Circa 40% van de heel oude mensen overlijdt aan hart- en vaatziekten, 25% aan kanker en de rest aan andere oorzaken. Wel zijn er binnen de categorieën opmerkelijke verschuivingen waarneembaar (16). Binnen de categorie hart- en vaatziekten verschuift het aandeel overledenen, van coronaire hartziekten naar beroerte. Nota bene, dat wil niet zeggen dat coronaire hartziekten op hoge leeftijd minder vaak voorkomen. Met de toenemende leeftijd blijft het risico op coronaire hartziekten stijgen, alleen het relatieve aandeel wordt kleiner. Binnen de categorie overige doodsoorzaken vormen typische, met de hoge leeftijd geassocieerde ziektebeelden zoals dementie en heupfracturen, een groter aandeel. De verschuivingen van atherosclerotische ziekten van hart naar hoofd, en het voorkomen van andere doodsoorzaken zoals dementie, doen vermoeden dat de biologische processen die aanleiding zijn tot ziekte op hoge leeftijd, verschillen van die op middelbare leeftijd. Dit heeft grote consequenties voor de opsporing en behandeling van ziekte bij oude mensen, omdat de kennis over deze ziekteprocessen vrijwel geheel afkomstig is van mensen op middelbare leeftijd, en dan nog voornamelijk bij mannen (17).

De afgelopen jaren is bij de Nederlandse bevolking op hoge leeftijd veel onderzoek verricht naar ziekte en gezondheid bij ouderen en het is duidelijk geworden dat de risicofactoren voor ziekte op hoge leeftijd anders zijn dan verwacht. Zo blijkt bijvoorbeeld het LDL-cholesterol gehalte in het bloed geen voorspeller te zijn voor het optreden van hart- en vaatziekten op hoge leeftijd (18). Zelfs het omgekeerde blijkt het geval te zijn; in de algemene bevolking hebben oude mensen met een hoog (LDL-)cholesterol zelfs een betere overleving (19). Het is goed mogelijk dat een positieve selectie van hen die geen schade onder vinden van een hoog cholesterol hieraan ten grond-



slag ligt. Ook kan een cholesterolgehalte 'vals' laag zijn wanneer er een chronische ziekte aanwezig is. Door deze logische verklaringen is het LDL-cholesterol echter niet langer geschikt voor het opsporen van oude mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Opsporing van mensen met een hoog risico voor hart- en vaatziekten moet dus worden uitgevoerd met andere indices, waaronder bijvoorbeeld het HDL-cholesterol, alvorens een behandeling met een statine kan worden overwogen.

Een tweede voorbeeld betreft de vroege opsporing en behandeling van een (subklinische-) hypothyreoïdie. Deze veelvoorkomende stoornis in de stofwisseling, veelal het gevolg van door antilichamen geïnduceerde schade aan de schildklier, komt in de algemene bevolking voor bij 10 tot 15% van de mensen op hoge leeftijd (20). Een veelvoorkomende veronderstelling is dat een (subklinische-) hypothyreoïdie op hoge leeftijd aanleiding is tot verminderd functioneren, achteruitgang in de cognitieve vermogens en verhoogde sterfte, net zoals dat op jonge en middelbare leeftijd het geval is. Dit is voor velen een reden om mensen op hoge leeftijd voor de aandoening te screenen. Nu blijkt echter uit observationeel onderzoek dat de

effecten van een (subklinische-) hypothyreoïdie op hoge leeftijd anders zijn dan die op middelbare leeftijd (21). Op hoge leeftijd leidt een (subklinische-) hypothyreoïdie niet tot verminderd functioneren, en ook niet tot verhoogde sterfte. Opmerkelijk is de bevinding dat de overleving van mensen met een (subklinische-) hypothyreoïdie zelfs bovengemiddeld is. Deze nieuwe inzichten zijn reden geweest om de behandelingsadviezen voor een traag werkende schildklier bij te stellen en voor mensen op hoge leeftijd een conservatiever beleid te voeren (22).

#### Wie voor wat screenen?

De afgelopen twintig jaar wordt in Nederland gesproken over de inrichting van een 'consultatiebureau' voor ouderen. Geconfronteerd met een toenemend aantal ouderen met meerdere ziekten en gebreken die gepaard gaan met een negatieve invloed op het dagelijks functioneren, vragen velen zich af of dit niet voorkomen had kunnen worden. Dit geldt niet alleen voor het optreden van ziekte en gebreken, primaire preventie, maar ook voor de complicaties daarvan, secundaire preventie. Ondanks het feit dat het idee aantrekkelijk is zijn er de afgelopen jaren slechts op enkele plaatsen initiatieven ontwikkeld om een dergelijk consultatiebureau in te richten. Dit kan in belangrijke mate worden verklaard doordat nog niet duidelijk is welke ouderen voor wat gescreend zouden moeten worden.

Eerder is al aangegeven dat de risicofactoren voor ziekte op hoge leeftijd nog niet duidelijk zijn. Het feit dat het LDL-cholesterol in het bloed niet discriminerend is, geeft aan dat de opsporing van ouderen met een verhoogd risico op invaliderende hart- en vaatziekten op een andere wijze moet plaatsvinden. Het aantonen van in het lichaam aanwezige vaatschade bij ouderen met behulp van echografie of ander hulponderzoek is nog geen gemeengoed. Evenmin wordt bij hen standaard een risicoschatting op basis van het HDL-cholesterol gemaakt. Wanneer oude mensen met een hoge kans op ziekte en/of complicaties eenmaal zijn geïdentificeerd, moet een adequate preventieve maatregel volgen. Wanneer dit niet het geval is, ligt screening ook niet voor de hand. Zo ontbreekt bijvoorbeeld experimenteel bewijs dat een behandeling van door middel van screening gediagnosticeerde (subklinische-) hypothyreoïdie tot gezondheidswinst leidt. Hiermee vervalt de grond voor het door middel van screening opsporen van schildklierafwijkingen. In het geval van een behandeling voor hoge bloeddruk is er wel een effectieve

behandeling voorhanden. Zo zijn in de jaren negentig van de afgelopen eeuw meerdere klinische trials verricht bij mensen op heel hoge leeftijd. De meta-analyse hiervan laat zien dat de kans op een beroerte met enkele tientallen procenten kan worden gereduceerd (23). Een gunstig effect op de totale overleving kon niet worden aangetoond. Bij ouderen is ook een gunstig effect aangetoond van het gebruik van statines om hart- en vaatziekten te voorkomen (24)(25). Helaas is een dergelijk 'bewijs' voor een effectieve behandeling slechts voor enkele aandoeningen aanwezig; in de regel worden oude mensen uitgesloten van klinische trials en zijn de benodigde gegevens gewoonweg niet voorhanden.

Voor een aantal aandoeningen is wel een sensitieve en specifieke diagnostische strategie beschikbaar en bestaan effectieve interventies, maar blijkt een algoritme van screening met aansluitend behandeling niet tot gezondheidswinst te leiden. Sommigen menen daarom dat een screeningsprogramma en een bewezen effectieve klinische strategie onvoldoende is om het een en ander op grote schaal te implementeren. Voordat zij zijn overtuigd moet eerst worden aangetoond dat een daarop gebaseerd algoritme in de algemene bevolking tot gezondheidswinst leidt. Hun scepticisme is gebaseerd op het feit dat het niet op voorhand zeker is dat de gunstige effecten uit de klinische trials ook op de screenpositieven toepasbaar zijn. In de regel zijn de deelnemers die in klinische trials worden ingesloten in een betere conditie dan zij die voor de trial zijn uitgesloten. Maar ook zijn degenen die zich voor screening aanmelden weer beter dan zij die zich niet aanmelden.

Eerder hebben wij onder de Leidse bevolking van 85 jaar een screening uitgevoerd naar ernstig gehoorverlies, en aansluitend een op de persoon toegespitst revalidatieprogramma aangeboden (26). Naar verwachting bleek een groot aantal van de 85-jarigen een nog niet gerevalideerd gehoorverlies te hebben. Het aangeboden revalidatieprogramma had echter geen klinisch effect omdat slechts een enkeling bereid was hieraan deel te nemen. De meeste ouderen gaven aan dat zij zelf het moment voor gehoorrevalidatie wilden bepalen. In tegenstelling tot de algemene gedachte kan op deze wijze in de algemene bevolking geen verbetering van het gehoor worden bereikt. Een soortgelijke situatie doet zich voor wanneer zelfstandig wonende 85-jarigen een ergotherapeutisch advies en behandeling wordt aangeboden in de hoop dat zij hun zelfstandigheid langer kunnen bewaren en plaatsing in verzorgings- of verpleeghuis kan worden

uitgesteld (27). Stoornissen in het dagelijks leven komen veel voor en effectieve ergotherapeutische hulpmiddelen zijn voorhanden. Vaker dan verwacht blijken 85-jarigen al ergotherapeutische hulpmiddelen in het dagelijks leven te hebben geïmplementeerd. Slechts een klein deel van de ouderen stelde prijs op een inventarisatie van ergotherapeutische hulpmiddelen en/of instructie om een verkeerd gebruik bij te stellen. Onze interpretatie was dan ook dat de ouderen voor als belangrijk ervaren functiestoornissen zelf al een oplossing hadden gezocht.

De bovengenoemde voorbeelden van 'mislukte' medisch preventieve strategieën duiden op een sterk ontwikkelde eigenzinnigheid van zelfstandig wonende ouderen. Dit is niet per se een negatief persoonlijkheidskenmerk. Het is de vraag of mensen zonder een dergelijke eigenzinnigheid wel zelfstandig oud kunnen worden (28). Anderzijds geeft het wel te denken welke ouderen op een uitnodiging voor een screeningsprogramma of een bezoek aan het consultatiebureau zullen ingaan. Het is zeer wel mogelijk dat de beter opgeleide, over meer liquide middelen beschikkende, en in betere conditie verkerende ouderen het meest geïnteresseerd zullen zijn. In alle preventie- en behandelprogramma's op jonge en middelbare leeftijd zijn mensen met een lagere opleiding, met minder geld, vrouwen, of zij met een immigranten status minder vertegenwoordigd. Bij ouderen is hier nog weinig systematisch onderzoek naar verricht, maar het ligt in de lijn van de verwachting dat ook bij hen een ondervertegenwoordiging kan worden aangetoond. Alvorens tot de inrichting van een consultatiebureau kan worden over gegaan, zal eerst moeten worden bekeken hoe ouderen die in achterstand leven in de algoritmen van het consultatiebureau kunnen worden betrokken.

#### Hoeveel mag het kosten?

De herinrichting van de gezondheidszorg is gebaseerd op het principe van eigen verantwoordelijkheid van de calculerende burger. Daarop aansluitend wordt een verregaande privatisering van het zorgsysteem nastreeft om de premiebetaler 'waar voor zijn geld' te geven. Het is de vraag of de gemiddelde oudere voldoende inzicht heeft in het reilen en zeilen van zijn eigen functioneren en dat van het medische zorgsysteem. De veel op hoge leeftijd voorkomende cognitieve stoornissen, ook bij hen die goed zijn opgeleid, vormen een tweede reden om vraagtekens te plaatsen bij de werking van dit principe. Ten slotte zal de toekomst uit moeten wijzen of de op de gemid-

delde burger berekende verzekeringspakketten voor oude mensen voldoende garanties bieden. Het lijkt op voorhand niet waarschijnlijk dat aan deze oudere verzekeringsnemers veel geld kan worden verdiend, waarmee ook een adequaat functionerende private oplossing minder waarschijnlijk is.

Het is moeilijk te beargumenteren waarom onze maatschappij de zorg voor oude mensen goed zou moeten organiseren, anders dan als een uiting van cultuur zoals verwoord in de tien geboden. Ouderen dragen immers niet bij aan de productiviteit van onze maatschappij: zij kosten meer dan dat zij inbrengen. Naast een uiting van cultuur kan een ander argument worden overwogen. Overal ter wereld zien we onrust ontstaan wanneer er in de maatschappij subculturen aanwezig zijn die stelselmatig worden onderbedeeld. Een goede zorg voor ouderen bevordert de cohesie binnen de maatschappij, versterkt het intergenerationale contract tussen jong en oud om voor elkaar te zorgen, en zal op deze wijze bijdragen aan de stabiliteit van de samenleving waarin wij leven (29).

#### Samenvatting

Het voorkómen van ziekte en complicaties op hoge leeftijd staat nog in de kinderschoenen. Bewezen effectieve preventieve strategieën zijn nauwelijks voorhanden omdat:

- men ten onrechte denkt dat preventieve maatregelen op hoge leeftijd niet effectief zouden zijn;
- ziekte op hoge leeftijd zich anders gedraagt dan op middelbare leeftijd en de noodzakelijke kennis nog niet voorhanden is;
- strategieën voor de recrutering van ouderen nog moeten worden ontwikkeld.

Het is een publieke taak om met voorrang de mensen op te sporen met weinig inkomen, opleiding of cognitieve vermogens, en hen voor preventieve strategieën in aanmerking te laten komen.

#### Literatuur:

1. Faber M von, Bootsma A, Exel E van, Gussekloo J, Lagaay AM, Dongen E van, Knook DL, Geest S van der, Westendorp RGJ. Successful ageing in the oldest old: insights from a combined quantitative and qualitative approach. *Arch Int Med* 2001; 161: 2694-2700.
2. Okwa P, Veenhoven R. Is langer leven nog wel leuk? Levensvoldoening van hoog-bejaarden in 8 EU-landen. *Sociale wetenschappen* 1999; 42: 38-62.
3. Kirkwood TL. Understanding the odd science of ageing. *Cell* 2005; 120: 437-47.

4. Omran AR. The epidemiologic transition. *Bull World Health* 2001; 79: 161-70.
5. Oeppen J, Vaupel JW. Demography. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002; 296: 1029-31.
6. Wilmoth JR, Deegan LJ, Lundstrom H, Horiuchi S. Increase of maximum life-span in Sweden, 1861-1999. *Science* 2000; 89: 2366-8.
7. [http://www.rand.org/pubs/conf\\_proceedings/-CF124/cf124.chap4.html](http://www.rand.org/pubs/conf_proceedings/-CF124/cf124.chap4.html).
8. Yashin AI, Begun AS, Boiko SI, Ukrainseva SV, Oeppen J. New age patterns of survival improvement in Sweden: do they characterize changes in individual aging? *Mech Ageing Dev* 2002; 123: 637-47.
9. Barendregt JJ, Bonneux MA, Maas PJ van der. The Health Care Costs of Smoking. *New Engl J Med* 1997; 337: 1052-7.
10. Janssen F, Mackenbach JP, Kunst AE, NEDCOM. Trends in old-age mortality in seven European countries, 1950-1999. *J Clin Epidemiol* 2004; 57: 203-16.
11. [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o2312n18838.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2312n18838.html).
12. Janssen F. Determinants of trends in old-age mortality. Comparative studies among seven European countries over the period 1950 to 1999. Thesis Erasmus MC, University Medical Center 2005 Rotterdam, the Netherlands.
13. Janssen F, Nusselder WJ, Looman CW, Mackenbach JP, Kunst AE. Stagnation in mortality decline among elders in the Netherlands. *Gerontologist* 2003; 43: 722-34.
14. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 93-7.
15. <http://www.ggdgelreijssel.nl/pool/1/documents/-def%20nieuwsbrief%20infectiez.pdf>.
16. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
17. Gezondheidsraad. Wie is oud? Gezondheidsraad 1998/06 Rijswijk.
18. Castelli WP, Anderson K, Wilson PWF, Levy D. Lipids and risk of coronary heart disease. The Framingham study. *Ann Epidemiol* 1992; 23-8.
19. Weverling-Rijnsburger AWE, Jonkers IJAM, Exel E van, Gussekloo J, Westendorp RGJ. High-density versus low-density lipoprotein cholesterol as the risk factor for coronary artery disease and stroke in old age. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1549-54.
20. De Craen AJM, Gussekloo J, Teng YKO, Macfarlane PW, Westendorp RGJ. Prevalence of five common clinical abnormalities in very elderly people: population based cross sectional study. *Brit Med J* 2003; 327: 131-2.
21. Gussekloo J, Exel E van, Craen AJM de, Meinders AE, Frölich M, Westendorp RGJ. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004; 292: 2591-9.
22. Wiersinga WM. Uncertainties about the benefit of treatment in subclinical thyroid dysfunction. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 71-4.
23. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Hond E den, Boissel JP, Coope J, Ekblom T, Gueyffier F, Liu L, Kerlikowske K, Pocock S, Fagard RH. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000; 355: 865-72.
24. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley B, Cobbe SM, Ford I, Gaw A, Hyland M, Jukema JW, Kamper AM, MacFarlane PW, Meinders AE, Norrie J, Packard CJ, Perry IJ, Stott D, Sweeney BJ, Twomey C, Westendorp RGJ on behalf of the PROSPER study group. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 1623-30.
25. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 2005-16.
26. Gussekloo J, Bont LEA de, Faber M von, Eekhof JAH, Laar JAPM de, Hulshof JH, Dongen E van, Westendorp RGJ. Auditory rehabilitation of older people from the general population - The Leiden 85-plus Study. *Brit J of General Practice* 2003; 53 492: 536-540.
27. Craen AJM de, Gussekloo J, Blauw GJ, Willems CG, Westendorp RGJ, et al. Randomised Controlled Trial of Unsolicited Occupational Therapy in Community-Dwelling Elderly People: The LOTIS Trial 2006. *PLoS Clin Trials* 1(1): e2 DOI: 10.1371/journal.pctr.0010002.
28. Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D. Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med* 2006; 166: 431 6.
29. Westendorp RGJ, Hengst J den. Buiten Spel. De kunst van het oud worden. Inmerc 2006 Wormer.

# Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelfmanagement

G.I.J.M. Kempen

Met de vergrijzing van de bevolking zal de prevalentie van ziekten en aandoeningen substantieel toenemen. Een interessante vraag in dit verband is hoe het komt dat sommige ouderen tot op hoge leeftijd - ongeacht de aanwezigheid van ziekte of aandoening - op een acceptabel niveau blijven functioneren, terwijl dat voor andere ouderen veel minder het geval is. Uiteraard spelen biologische predisposities of genetische factoren een belangrijke rol, maar er moet ook worden gekeken naar andere factoren. Liggen de mogelijkheden voor primaire preventie van ziekten en aandoeningen bij ouderen vooral in de eerdere levensfasen, in het licht van de vergrijzing zal ook winst geboekt kunnen worden door het bevorderen van 'tertiaire preventie': het bieden van mogelijkheden om de gevolgen van ziekten en aandoeningen voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven zo veel mogelijk te beperken. Bekend is dat voorlichting en het verstrekken van informatie op zich vaak onvoldoende zijn om gedrag te veranderen. In dit artikel wordt een perspectief geschetst voor de mogelijkheden van tertiaire preventie bij ouderen. Eerst wordt aan de hand van het begrip 'disablement' ingegaan op een mogelijke verklaring voor het verschil in dagelijks functioneren bij ouderen. Factoren die dat verschil beïnvloeden vormen aanknopingspunten voor interventies. Vervolgens zal in het licht van 'disablement' aandacht worden geschonken aan enkele veelbelovende interventiemogelijkheden om het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van ouderen in positieve zin te beïnvloeden aan de hand van zelfmanagement.

## Van pathologie naar beperkingen: het proces van 'disablement'

In de afgelopen decennia zijn in de literatuur verschillende conceptuele schema's ontwikkeld, die de gevolgen van ziekten en veroudering voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven beschrijven. De 'International Classification on Functioning, Disability and Health' is hiervan de meest bekende (1)(2). In de oorspronkelijke ICIDH wordt verondersteld dat ziekte leidt tot functiestoornissen op orgaanniveau, die op hun beurt weer leiden tot functiebeperkingen waardoor belemmeringen bij de uitvoering van sociale rollen ontstaan. Een belangrijke verdienste van dit denkmodel was dat méér dan voorheen werd gekeken naar de gevolgen van de ziekte in plaats van louter naar etiologie, primaire preventie en medische behandeling, zoals in het klassieke medisch model. In de loop der jaren is echter ook kritiek gekomen op de oorspronkelijke ICIDH benadering. Een kritiekpunt betrof het feit dat ziekte of functiestoornissen niet bij iedereen leiden tot dezelfde mate van functiebeperkingen of handicap. Allereerst is er het verschil in relevantie van functieverlies: voor een fervent pianospeler zal reuma-

toïde artritis immers een andere *impact* hebben dan voor iemand die voornamelijk TV kijkt. Daarnaast verschillen individuen in de mate waarin zij beschikken over allerlei hulpbronnen (zoals sociale contacten en steun, persoonlijke vaardigheden, materiële mogelijkheden) die de effecten van functiestoornissen op functiebeperkingen kunnen verzachten. Een van de eersten die dit hebben onderkend zijn Verbrugge en Jette bij de beschrijving van hun proces van 'disablement'(3). Dit conceptueel model onderscheidt vier fasen in het proces van pathologie naar beperkingen in dagelijks functioneren:

## Pathologie → functiestoornis → functiebeperking → beperking in taken/rollen

Pathologie verwijst naar biochemische en fysiologische verstoringen. In medische termen: ziekte, aandoening of letsel. Functiestoornissen betreffen anatomische, fysiologische, mentale of emotionele afwijkingen, zoals verstoringen en afwijkingen in lichaamsfuncties van bloedsomloop, bewegingsapparaat of zenuwstelsel; het gaat hier met name om klachten en symptomen. Functiebeperkingen zijn de

(Over de auteur:  
Prof. Dr. G.I.J.M. Kempen is hoogleraar Sociale Gerontologie en verbonden aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht

restricties bij het uitvoeren van de dagelijks noodzakelijke handelingen, los van de fysieke en sociaal-culturele context. Zij manifesteren zich op het niveau van 'wat iemand kan' (denk aan fysieke mobiliteit, zintuiglijk waarnemen, verstaanbaar spreken, cognitieve en emotionele functies). Beperkingen in het uitvoeren van rollen en taken hebben daarentegen betrekking op aan gezondheid gerelateerde moeilijkheden bij het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven, zoals verzorgende en huishoudelijke taken en het uitvoeren van betaalde arbeid, hobby's en vrijwilligerswerk. Het zijn deze beperkingen in taken en rollen die uiteindelijk kunnen leiden tot verminderd welzijn en een bedreiging van de kwaliteit van leven.

#### Verzachtende factoren

Het proces van 'disablement' verloopt niet voor iedere persoon identiek (3). Zo leidt dezelfde pathologie niet altijd tot dezelfde functiestoornissen of functiebeperkingen. *Risicofactoren, extra-individuele en intra-individuele* factoren kunnen het proces van 'disablement' versnellen, vertragen of van richting doen veranderen. Risicofactoren zijn vaak al aanwezig voordat de persoon ziek wordt (denk hierbij aan demografische kenmerken, sociaal-economische positie, leefstijlkenmerken, biologische predisposities of genetische factoren); deze factoren lenen zich voor primaire preventie. De extra- en intra-individuele factoren spelen een rol als er eenmaal sprake is van gezondheidsproblemen. Ten aanzien van extra-individuele kenmerken kunnen tenminste drie soorten worden onderscheiden. Medische behandeling en revalidatie, zoals medische ingrepen, fysiotherapie en medicatie, kunnen het effect van pathologie op het dagelijks functioneren verzachten, evenals de zogeheten *care* voorzieningen: dagelijkse ondersteuning in de vorm van professionele thuiszorg, dagbehandeling, diensten als 'tafeltje dek je' en specifieke hulpmiddelen. Ook de aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving van een individu (sociale inbedding of bijvoorbeeld aanpassingen in de woning of in het openbaar vervoer) gelden als extra-individuele factoren. Intra-individuele factoren zijn zaken als een gedragsverandering gedurende het ziekteproces (bijvoorbeeld ten aanzien van leefstijl) en wijziging van het dagelijkse activiteitenpatroon (verandering van tempo, stoppen met bepaalde activiteiten of het vervangen van een activiteit door een andere). Ten slotte kan een heel scala aan psychische en sociale aspecten het proces van 'disablement' beïnvloeden; hierbij kunnen we denken aan cognitieve aanpassing, gevoelens van competentie en controle, psychosociale



vaardigheden, 'coping', informele zorg en sociale ondersteuning van de omgeving. Doordat de risicofactoren en de extra- en intra-individuele kenmerken per individu verschillen, zullen gevolgen van veroudering ook per individu verschillen. Het proces van 'disablement' biedt zo mogelijkheden om de individuele uitwerking van de gevolgen van (voornamelijk) chronische gezondheidsproblemen en ook van met het ouder worden gepaarde gebreken te begrijpen. Het model biedt tevens kansen en aanknopingspunten voor gerichte, compenserende interventies (zoals medische ingrepen, inschakelen van thuiszorg, mobiliseren van sociale steun, wegnemen van obstakels in het verkeer of in huis, bevorderen van competentie en gevoelens van controle).

#### De mogelijkheden voor zelfmanagement

Een van de mogelijkheden om het traject van 'disablement' in positieve zin te beïnvloeden is het bevorderen van zelfmanagement (4). Zelfmanagement houdt in dat de betreffende persoon de zorg voor zijn gezondheid, in alle facetten, zelf aanstuurt (5). De concepten competentie en gevoelens van controle zijn cruciaal voor zelfmanagement (6). Met competentie wordt bedoeld de *opvattingen* die individuen hebben

over in hoeverre zij bepaald gedrag ook feitelijk kunnen realiseren. Gevoelens van controle hebben betrekking op *attributies*: in hoeverre denkt men situaties waarin men verkeert te kunnen sturen. Van beide cognities wordt verondersteld dat ze van invloed zijn op (veranderingen in) gedrag. Aanvankelijk werd zelfmanagement vooral gedefinieerd vanuit medisch perspectief. In meer recente benaderingen wordt zelfmanagement echter breder ingevuld en heeft het betrekking op het gehele spectrum van het proces van 'disablement'. Het gaat immers voor de personen in kwestie niet alleen om het leren hanteren van ziektegerelateerde symptomen en gedrag, zoals bijvoorbeeld het innemen van medicijnen, het volgen van een dieet of andere leefstijladviezen. Ook het blijvend kunnen uitvoeren van allerlei dagelijkse activiteiten en sociale rollen - verzorgend en huishoudelijk van aard, hobby's, participatie in (vrijwilligers)werk - en vooral ook het leren hanteren van emotionele veranderingen als gevolg van ziekte en beperkingen - zoals een veranderend toekomstperspectief, het bijstellen van doelen en dergelijke - zijn cruciaal voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven en behoren onderdeel te zijn van een adequate zelfmanagement-aanpak. Binnen dit bredere perspectief van zelfmanagement wordt daarom onderscheid gemaakt tussen medisch zelfmanagement, rolmanagement en emotioneel zelfmanagement (4).

Binnen het onderzoeksprogramma 'Innovaties in de zorg voor ouderen' van de Universiteit Maastricht is men bezig met het ontwikkelen van verschillende initiatieven die de zelfmanagementvaardigheden bij ouderen willen vergroten. Hieronder worden er twee besproken. Uiteraard zijn deze programma's ook bruikbaar in andere regio's.

#### Reductie van angst om te vallen

Het eerste initiatief betreft de ontwikkeling en evaluatie van een interventie om de angst om te vallen bij ouderen te verminderen; dit project vindt plaats in nauwe samenwerking met de organisaties voor thuiszorg in Zuid-Limburg. Er is in het beleid en de literatuur weliswaar veel aandacht voor valproblematiek bij ouderen, maar angst om te vallen krijgt (nog) niet de aandacht die het als *public health* probleem verdient. Buitenlands onderzoek laat zien dat 20 tot 60% van ouderen angst om te vallen rapporteert en dat 20 tot 55% aangeeft hierdoor beperkt te zijn in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (7). Deze bevindingen worden bevestigd in recent Nederlands onderzoek; de prevalenties zijn relatief hoog bij de

alleroudsten (80+), vrouwen, alleen wonende ouderen en ouderen met een lage opleiding (8). Angst om te vallen wordt vooral een probleem als het leidt tot (onnodige) belemmeringen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De interventie omvat een groepscursus, in eerste instantie bedoeld voor zelfstandig wonende ouderen die angst hebben om te vallen en die daardoor activiteiten vermijden. De cursus (genaamd 'Beter in Balans') bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten (circa tien deelnemers) van ieder twee uur op een centrale locatie en een herhalingsbijeenkomst na zes maanden. Tijdens de cursus leren de ouderen onder begeleiding van een getrainde verpleegkundige de valproblematiek en hieraan gekoppelde angst op adequate wijze te hanteren in hun dagelijkse doen en laten. Het cursusprotocol is afkomstig van een Amerikaanse onderzoeksgroep (9), maar moest geschikt worden gemaakt voor de Nederlandse context (zie voor een meer uitvoerige beschrijving van het protocol referentie 10). Doel van de cursus is om door middel van het verhogen van gevoelens van competentie en controle, hier toegespitst op vallen, het dagelijks functioneren in fysiek, mentaal en sociaal opzicht te verbeteren. Immers, ervaringen met een val (hetzij van de oudere zelf, hetzij van iemand uit de omgeving) kunnen aanleiding zijn om sociale en fysieke activiteiten uit de weg te gaan waardoor de kans op sociale isolatie, eenzaamheid en immobiliteit wordt verhoogd. In de praktijk blijkt dat mensen die angst hebben om te vallen veel van hun dagelijkse activiteiten met wat kleine aanpassingen op een veilige manier kunnen blijven doen. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van eenvoudige hulpmiddelen, door veiliger gewoontes aan te leren en/of door de eigen conditie en spierkracht goed op peil te houden. Het blijkt hierbij belangrijk te zijn dat mensen zich bewust worden van de gedachten die ze hebben over vallen. Sommige opvattingen die mensen hebben over vallen kunnen helpen om goed te blijven functioneren, maar andere gedachten kunnen iemand soms behoorlijk in de weg staan. Een voorbeeld van zo'n belemmerende gedachte is: 'ik kan maar beter zo weinig mogelijk meer gaan wandelen, dan is de kans om te vallen het kleinst'. Deze gedachte werkt demotiverend en is feitelijk onjuist want lichaamsbeweging zorgt voor het op peil houden van de lichamelijke conditie en heeft daardoor juist een beschermende invloed op valpartijen. Het is belangrijk te weten welke gedachten helpen en welke gedachten juist belemmeren. In de cursus leren ouderen onder meer belemmerende gedachten om te zetten in behulpzame gedachten.

De gedachte 'ik kan maar beter zo min mogelijk bewegen' kan bijvoorbeeld vervangen worden door 'lichaamsbeweging is gezond en door regelmatig te bewegen zorg ik zelf dat mijn spierkracht en conditie op peil blijven waardoor ik minder kans loop om te vallen'. Tijdens de cursus komen verder allerlei onderwerpen aan bod met betrekking tot het eigen gedrag, risicofactoren en de omgeving in relatie tot vallen. De ouderen leren telkens voor hun eigen specifieke probleemsituatie een oplossing te vinden. De groep biedt deelnemers met een gezamenlijk probleem de mogelijkheid om van elkaar te leren en elkaar te helpen om te gaan met het probleem. Door middel van de cursus wordt getracht de actieradius en sociale participatie van ouderen te vergroten.

De cursus kan opgevat worden als een cognitief-gedragsmatige interventie (6) waarbij aandacht wordt besteed aan cognitieve herstructurering, probleemoplossing en lichamelijke oefeningen aan de hand van sociaal leren. In bijbehorend evaluatieonderzoek wordt nagegaan of het volgen van de cursus positieve effecten heeft op angst om te vallen, vermijdingsgedrag, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven (direct na de cursus, na zes maanden en na twaalf maanden). De eerste, zeer recente resultaten hiervan lijken veelbelovend (de eindresultaten komen in de loop van 2006 beschikbaar). Angst om te vallen blijkt tot een jaar na de start van de cursus verminderd te

blijven. Ten aanzien van het vermijden van activiteiten geldt hetzelfde voor de tijdstippen 'direct na de cursus' en 'zes maanden na de cursus'; na twaalf maanden blijkt het effect nog bijna significant te zijn. Daarnaast zijn positieve effecten te zien op competentie en gevoelens van controle, sociale steun, depressieve symptomen, ADL en valincidenten. Hoewel de cursus op zich in de praktijk goed uitvoerbaar is, wordt 38% van de doelgroep niet bereikt, met name vanwege gezondheidsproblemen en angst om te vallen in combinatie met het bezoeken van de cursuslocatie (11). Overwogen wordt daarom juist voor deze doelgroep een versie te ontwikkelen die geschikt is in de thuis-situatie. Momenteel worden pogingen ondernomen om de groepscursus op grotere schaal te verspreiden (voor Haagse initiatieven op het gebied van valpreventie zie pagina??).

#### Zelfmanagement en hartziekte

Een ander initiatief in Maastricht betreft de evaluatie van een zelfmanagement interventie bedoeld voor ouderen met hartziekten, in het bijzonder chronisch hartfalen. Het aantal personen met hartfalen zal - mede door de vergrijzing en een betere behandeling van hartziekten - de komende jaren aanzienlijk toenemen. Hartfalen heeft substantiële gevolgen voor het dagelijks functioneren en welzijn en het gebruik van zorgvoorzieningen. Voor patiënten is het cruciaal op

#### Schema.

Overzicht van onderwerpen die aan bod komen in de Nederlandse versie van het 'Chronic Disease Self-Management Program'.

De 6 wekelijkse groepsbijeenkomsten

De cursuonderwerpen	Week1	Week2	Week3	Week4	Week5	Week6
Overzicht van zelfmanagement en chronische aandoeningen	☐					
Een actieplan maken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ontspanning/Cognitieve symptoommanagement	☐		☐	☐	☐	☐
Feedback/Probleemoplossen		☐	☐	☐	☐	☐
Emoties		☐				
Fitness/Beweging		☐	☐			
Beter ademen			☐			
Vermoeidheid			☐			
Voeding				☐		
Wilsverklaring				☐		
Communicatie				☐		
Medicijnen					☐	
Beslissingen omtrent behandeling maken					☐	
Somberheid					☐	
Het behandelteam informeren						☐
Samenwerken met uw behandelaar						☐
Toekomstplannen						☐



een zo adequaat mogelijke wijze te leren omgaan met de ziekte en deze een plaats te geven in het dagelijks leven. Zelfmanagementvaardigheden kunnen hierbij belangrijke hulpmiddelen zijn (denk aan het hanteren van vermoeidheid, aanleren van ademhalingstechnieken, communicatievaardigheden, hanteren van emoties, uitvoeren van lichamelijke en sociale activiteiten, adequaat hanteren van medicijnen en voeding en dagelijks monitoren van zoutinname en gewicht). In samenwerking met onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen is recent een Nederlandse versie van het 'Chronic Disease Self-Management Program' (CDSMP) ontwikkeld (4). Dit cursusprogramma, dat bestaat uit zes wekelijkse groepsbijeenkomsten van circa 2,5 uur, is aangepast voor de Nederlandse situatie. De cursus is vergelijkbaar met het eerder beschreven 'Beter in Balans' programma. De groepen worden begeleid door een chronisch zieke patiënt (als rolmodel) en een verpleegkundige die beiden voor dit doel zijn getraind. In het schema worden de onderwerpen weergegeven die in de zes groepsbijeenkomsten van de cursus aan bod komen.

In samenwerking met de (transmurale) afdelingen Cardiologie van zes ziekenhuizen in Limburg en Noord-Brabant worden op dit moment de effecten van de cursus op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van patiënten met hartfalen groot-schalig onderzocht ('Zelfmanagement & Chronisch Hartfalen'; de resultaten hiervan komen eind 2007 beschikbaar). Tevens wordt de praktische uitvoerbaarheid van de cursus gedetailleerd in kaart gebracht. Een voorstudie onder tien patiënten die een zogenaamde Implanteerbare Cardioverter Defibrillator (ICD) hebben ontvangen, heeft laten zien dat patiënten profijt hebben voor wat betreft het vertrouwen in eigen kunnen en het fysiek, sociaal en mentaal functioneren. Verder bleek de cursus bij deze patiënten praktisch goed uitvoerbaar (12). De veronderstelling is dat CDSMP niet uitsluitend geschikt is voor patiënten met een hartziekte. In buitenlandse studies is aangetoond dat het programma ook effectief is in groepen patiënten met verschillende ziekten en aandoeningen (13)(14).

#### Tot slot

In dit artikel is nagegaan waar zich mogelijkheden en kansen voor preventie bevinden. De mogelijkheden voor tertiaire preventie bij ouderen zijn weliswaar veelbelovend maar staan voor wat betreft hun ontwikkeling en empirische bewijskracht -zeker in

Nederland- pas in de kinderschoenen. In het buitenland zijn de positieve effecten van de besproken interventies weliswaar empirisch aangetoond (9)(13)(14), maar dat betekent nog niet dat ze daarmee ook automatisch effectief zijn in de Nederlandse context. Zoals eerder aangegeven zijn de verwachtingen voor Nederland echter veelbelovend. Telkens zal van programma's die in het buitenland zijn ontwikkeld bekeken moeten worden hoe deze in Nederland kunnen worden ingepast (10)(12) en hoe effectief ze hier kunnen zijn, voordat ze op grotere schaal worden geïmplementeerd. Dat geldt ook voor de wijze waarop specifieke groepen ouderen kunnen worden benaderd. Zo zal bijvoorbeeld nog moeten worden nagegaan in hoeverre de besproken interventies ook geschikt zijn of kunnen worden aangepast voor allochtone ouderen (bepaalde cognitieve functies en het adequaat beheersen van de Nederlandse taal lijken van belang). De ervaringen in Limburg hebben uitgewezen dat cursusprogramma's uit andere culturen niet zonder meer bruikbaar zijn in de Nederlandse context. Verder zal nog onderzocht moeten worden of de interventies andere effecten sorteren in specifieke subgroepen van ouderen (wie heeft het meeste profijt?, hiermee kan de doelgroep worden aangescherpt) en hoe ze kunnen worden ingebed in de lokale gezondheidszorg in Den Haag. Ten slotte is het relevant na te gaan of bevordering van zelfmanagement op een bepaald terrein ook op andere terreinen effecten sorteert en dus generaliserend uitwerkt.

*Dankwoord. De auteur bedankt Jolanda van Haastregt, Esther Smeulders en Rixt Zijlstra voor opmerkingen op een eerdere versie van dit artikel.*

#### Literatuur:

1. WHO. International Classification of Impairments, Disability and Handicaps. Genève 1980.
2. WHO. ICIHD-2. International Classification on Functioning, Disability and Health. Genève [te downloaden van [www.who.int/icidadh](http://www.who.int/icidadh)] 2000.
3. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 1-14.
4. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003; 26: 1-7.
5. Kempen GIJM, Eijk JThM van. Patiënt, autonomie en hulpverlening. In: *Medische Sociologie; sociologische perspectieven op ziekte*. 75-83. Groningen/Houten: Wolters Noordhoff, 2003.
6. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: WH Freeman, 1997.

7. Zijlstra GAR, Haastregt JCM van, Eijk JThM van, Kempen GIJM. Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2005; 5: 26.
8. Zijlstra GAR, Haastregt JCM van, Eijk JThM van, Rossum E van, Stalenhoef PA, Kempen GIJM. Prevalence and correlates of fear of falling and avoidance of activity in a large random sample of older persons living in the community. Ter publikatie aangeboden.
9. Tennstedt S, Howland J, Lachman M, Peterson E, Kasten L, Jette A. A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *Journal of Gerontology Psychological Sciences* 1998; 53: 384-392.
10. Zijlstra GAR, Tennstedt SL, Haastregt JCM van, Eijk JThM van, Kempen GIJM. Reducing fear of falling and avoidance of activity in elderly persons: The development of a Dutch version of an American intervention. *Patient Educ Couns*. In druk.
11. Haastregt JCM van, Zijlstra GAR, Rossum E van, Eijk JThM van, Witte LP de, Kempen GIJM. Feasibility of a nurse-led programme to reduce fear of falling and activity restriction in elderly people living in the community. Ter publikatie aangeboden.
12. Smeulders ESTE, Haastregt JCM van, Dijkman-Domanska BK, Hoef EFM van, Eijk JThM van, Kempen GIJM. Nurse-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator; an exploratory study. Ter publikatie aangeboden.
13. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr., Bandura A, Ritter PL, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care* 1999; 37: 5-14.
14. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent DD, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice* 2001; 4: 256-262.

# Oudere Hagenaars aan het woord

W.G.H. van Rijssel

In dit themanummer komen oudere ook Hagenaars zelf aan het woord. We hebben er drie geïnterviewd. De geïnterviewden hebben gemeen dat ze ouder zijn dan 65 jaar en ieder op eigen wijze deelnemen aan het maatschappelijk leven. Tijdens de gesprekken bleek dat ze dat alledrie op een uitgesproken blijmoedige manier doen. Ieder staat positief in het leven en geniet ervan binnen de eigen mogelijkheden. De omstandigheden zijn echter nogal verschillend. De een werkt gewoon door en 'kent zijn eigen huisarts niet eens', de ander overwon darmkanker, kreeg tot twee keer toe een hartinfarct en is nog altijd mantelzorger voor zijn invalide echtgenote. De derde geïnterviewde is eveneens verre van gezond en moet financieel de eindjes aan elkaar knopen, maar werkt door als vrijwilliger, want 'als ik thuis blijf zitten word ik ziek'. Klaarblijkelijk is dat voor deze drie ouderen toch het voornaamste bij het ouder worden: zoveel mogelijk blijven doen wat je altijd al deed. Afnemende fysieke kracht maakt daar niet zo makkelijk een eind aan.

Soms zijn aanpassingen nodig, van de woning of in de vorm van thuishulp. De mensen met wie we hebben gesproken hadden deze voorzieningen redelijk snel voor mekaar, doordat ze deskundige hulp zochten bij de aanvraag of doordat ze zelf goed wisten wat ze nodig hadden en bij wie ze moesten zijn. Jezelf goed op de hoogte stellen of hulp zoeken als je een voorziening aanvraagt blijkt te helpen, het wil echter niet zeggen dat je niet toch op een hopeloos lange wachtlijst met dito procedures kunt stuiten. Leest u zelf hieronder en verder op de pagina's 39 en 51.

## "Speelsheid, je fantasie gebruiken, daar blijf je gezond bij"

In het centrum van Den Haag bevindt zich een speelgoedwinkel zoals je er nog maar weinig tegenkomt. Veel constructiespeelgoed, bordspellen, puzzels, treinen. Veel speelgoed is van hout, het ruikt er ook naar hout. Bijna nostalgisch, hoewel allerlei nieuwe gadgets niet ontbreken. Maar nergens playstations, geen X-boxen, geen games. Er gaat een grote rust van uit. Hier wil je wel een paar uur snuffelen om het mooiste voor je (klein)kind aan te schaffen. Aanbod genoeg en achter de toonbank een vriendelijke winkelier die zijn koopwaar kent en je met het grootste plezier van advies dient. De winkelier is de heer A. van Montfort, dit jaar 65, waarvan 42 jaar achter de -eigen- toonbank. Hij is verbaasd als we hem benaderen voor een interview in het kader van een uitgave over ouderen: "Ik ben toch helemaal niet oud, ik zou niet weten wat ik daarover moet vertellen."

Als jongeman studeerde hij werktuigbouwkunde, maar het bloed kroop waar het niet gaan kon -de hele familie zat in de detailhandel- en hij werd verkoper van speelgoed, uiteindelijk met een eigen speelgoedzaak. Als oudere man is hij met die keuze nog altijd bijzonder ingenomen:

"Je zou kunnen zeggen dat ik altijd kind ben gebleven, en volgens mij ben ik daardoor ook zo gezond.

Speelsheid, je fantasie gebruiken, experimenteren, daar blijf je gezond bij. Ik ken mijn eigen huisarts niet eens, heb nooit last van kwaaltjes. Toch sta ik soms wel twaalf uur per dag op mijn benen."

Bij die speelse geest hoort belangstelling voor wiskunde en een bijna filosofische, relativerende inslag: "Ik heb iets met cijfers, ik kan een hele middag bezig zijn met een wiskundig probleem. Dat houdt de geest lenig. Er zijn zoveel technische zaken waarvan we maar aannemen dat we weten hoe het werkt, terwijl we dat niet echt weten. Ik heb ook een grote hekel aan mensen die de wijsheid in pacht denken te hebben, die nooit twijfelen. Ik krijg ze hier genoeg over de vloer. Die hebben nog jaren nodig om erachter te komen dat niet alles zwartwit is."

Met zijn echtgenote woont hij al jaren in een huurhuis aan de rand van Den Haag. De twee volwassen kinderen zijn de deur uit. Zijn vrouw helpt op drukke dagen in de winkel.

*-U bent bijna 65 jaar. Houdt u er dan mee op?*

"Zeker niet. Zolang zich geen fysieke problemen voordoen, ga ik door. Ik heb geen enkele reden om hier weg te gaan. Je krijgt iedereen binnen -het Binnenhof is hier vlakbij- en de mensen die in mijn winkel komen willen zich kunnen oriënteren en graag een beetje advies, anders gaan ze wel naar 'Bart Smit' of een

Over de auteur:

Wiky van Rijssel is redactiesecretaris en eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin

andere keten van speelgoedzaken. Zo maak ik met veel mensen een praatje. Ik heb eigenlijk nooit het idee dat ik aan het werk ben. Soms ben ik al om zeven uur 's ochtends in de winkel, om spullen uit te pakken, daarna de administratie en tegen de middag beginnen de klanten te komen. Om zes uur gaat de winkel dicht, dan wil ik wel graag naar huis. Ik ga ook nooit met vakantie, mijn vrouw gaat met haar vriendinnen op reis. 's Zomers buiten zwemmen, dat doe ik graag, echt kilometers maken. Ik weet een paar mooie zwemgelegenheden op de Veluwe, daar ga ik in de zomer wel heen. Verder doe ik niet aan sport.

Ik ben wel reëel hoor, ik kan natuurlijk iets gaan mankeren, maar ik heb geen reden om me daar nu al zorgen over te maken. Problemen lossen we op tegen de tijd dat ze zich voordoen. Mocht ik achter de geraniums belanden dan kan ik altijd nog gaan wandelen en fietsen in de duinen.”

*- Heeft u pensioen opgebouwd?*

“Nee, binnenkort krijg ik AOW en ik heb wat gespaard. Het winkelpand is niet mijn eigendom,

duus als ik er mee op mocht houden, kan ik alleen de goodwill verkopen. Misschien neemt mijn dochter de winkel wel over. Maar nogmaals, ik zie geen reden om daar al plannen voor te maken. Ik zie de toekomst doorgaans met vertrouwen tegemoet.”

Zijn beide ouders zijn tamelijk jong overleden, moeder overleed op 62-jarige leeftijd aan een hersenbloeding, zijn vader was 71 toen hij aan longkanker overleed: “Zijn jongere broer was aan dezelfde ziekte overleden, na opereren en bestralen. Een hoop ellende en toch ging hij de pijp uit. Dus pa liet het gewoon gebeuren. Moeder was dood, de kinderen hadden hun weg gevonden, voor hem was het zo wel genoeg. En zo denk ik er ook over, op een gegeven moment is het op en dat moment bepaal je zelf. Als ik iets zou mankeren waaraan echt iets is te doen zou ik dat trouwens wel laten doen. Dat ben ik aan mijn vrouw en kinderen verplicht. Met dat buitenzwemmen ben ik door omstandigheden tot twee keer toe bijna dood geweest. Toen was ik toch wel erg blij dat ik er nog was.”



# Ouder worden in de grote stad

*J. Singelenberg*

We weten allemaal dat er steeds meer ouderen komen en dat ouderen steeds ouder worden. Maar de toename zit niet bij ouderen die voldoen aan het huidige standaardbeeld van de klant van de ouderenzorg. De clientèle verandert in verschillende opzichten.

Er komen tot 2020 vooral meer ouderen bij die vitaal zijn.

En ouderen met een redelijk pensioen of een vermogen uit de eigen woning. Ouderen die een behoorlijke opleiding hebben genoten en niet zitten te wachten op een partijtje bingo.

Het inkomen loopt bij pensionering wat terug, maar daar staat een boel vrije tijd tegenover. De meesten zijn nog gezond. Museumjaarkaarten, reisjes en kleinkinderen bepalen het leven.

Moge dit de algemene trend zijn voor het land en voor de komende decennia, de actuele situatie is dat er ook nog steeds veel ouderen zijn die juist wel aan het traditionele beeld van 'bejaarden' beantwoorden. Zeker in de grote stad vinden we pockets van armoede en hulpbehoefendheid. Zo ook in Den Haag.

De autochtone groep 'arme ouderen' in Den Haag slinkt langzaam door natuurlijk verloop, maar vraagt de komende jaren niettemin nog veel aandacht. Daarnaast kondigt een nieuwe, allochtone groep arme ouderen zich aan.

Deze veranderde samenstelling heeft gevolgen voor de op ouderen gerichte zorg. Dit artikel laat zien wat die veranderingen in de zorg zoal kunnen inhouden, specifiek in een grote stad als Den Haag.

## Tropische en subtropische ouderen

Tot nu toe is het aantal ouderen uit de migrantengemeenschappen nog relatief klein, maar dat gaat de komende vijftien jaar in rap tempo veranderen. (Zie ook het artikel Haagse ouderen nu en in de toekomst, op pagina 4.)

Wat dit gaat betekenen kan in het volgende beeld worden samengevat.

Allochtone ouderen schuiven op de plaats die momenteel wordt ingenomen door de traditionele klanten van de ouderenzorg en het ouderenwerk: ouderen met een laag inkomen en een lage opleiding. Zij bevolken bij uitstek de traditionele misschien wat karige maar wel betaalbare voorzieningen: het verzorgingshuis, de aanleunwoning, de bejaardensoos. Voor de ouderenzorg betekent dit dat straks niet alleen het personeel maar ook de cliënt afkomstig is uit deze landen.

Wat bekend is over preferenties van etnische ouderen komt deels uit het Europese buitenland en klinkt erg logisch. Het moet in de eerste plaats betaalbaar zijn, men stelt minder hoge eisen. Nabijheid van familie is minstens zo belangrijk als voor autochtone Nederlanders, maar de hogere mate van mantelzorg die aan de immigranten wordt toegeschreven blijkt in de tweede generatie al niet meer te werken. En verder hoeft men heus geen ander soort woningen en een ander soort

zorg, maar wel een ander soort welzijn. Oudere allochtonen gaan terug naar hun roots: ze hoeven niet zo nodig meer te integreren. Vooral de eigen keuken is erg belangrijk, naast de godsdienst.

## De zorg lost op in de wijk

In het geschetste toekomstbeeld is weinig plaats meer voor specifieke zorgvoorzieningen voor ouderen. Juist bij een toenemende vergrijzing wordt zorg een normaal onderdeel van het dagelijks leven in elke wijk. Overal in de stad lossen intramurale zorgvoorzieningen op in woongebieden. Het uit Scandinavië geïmporteerde concept van de woonzorgzone is in Den Haag als een van de eerste steden toegepast, met als pilot Moerwijk. De belangrijkste winst is dat per wijk een sluitend stelsel van voorzieningen tot stand wordt gebracht. Hierbij horen ook inspanningen om woning en woonomgeving vriendelijker te maken voor ouderen. Door ervaring wijs geworden streven we hierbij niet meer naar het eenmalig opplussen tot een standaardniveau van toegankelijkheid, maar meer naar kleine 'opplus' maatregelen die de wijk geleidelijk aan geschikt maken voor aanpassingen. Dit geldt zowel voor de woningen als voor de woonomgeving. Tegelijkertijd zien we binnen de bredere context van de ouderenvriendelijke servicewijk kleinere subzones

over de auteur:

De planoloog Jeroen Singelenberg (1950) is thans programmaregisseur bij de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting. Een van zijn experimentenprogramma's heet 'Wat beweegt de ouderenmarkt' en is gericht op het ontbrekende middensegment in de seniorenhuisvesting. Van 2001 tot 2004 was hij manager van het Aedes-Arcare kenniscentrum wonen-zorg. Daarvoor ontwikkelde hij, voor de SEV en later het NIZW, experimentenprogramma's rond ouderen en gehandicapten, zoals het liften- en opplusprogramma en –samen met de STAGG- het concept van de woonzorgzone.

ontstaan die aan hogere eisen voldoen, de echte woonzorgzones. Hier kunnen ook de meest kwetsbare ouderen nog uit de voeten. In veel gevallen beperken deze woonzorgzones zich helaas nog tot grondposities die in handen zijn van zorginstellingen. De vermaatschappelijking van de zorg houdt dan fysiek gezien slechts verdunning op die locaties in, en dan nog alleen met seniorenappartementen. Het blijkt nog steeds moeilijk om tot een effectieve 'ruilverkaveling' te komen tussen categoriale ouderentichtingen en gewone woningcorporaties, waardoor woonzorgzones meer de wijk zouden ingroeien.

Het oplossen (letterlijk en figuurlijk) van de ouderenzorg in de wijk heeft ook geleid tot allerlei kleine aanpassingen in de woonomgeving. Barrièrevrije ouderenroutes en voetgangerscirkels, ontstaan in Breda en Leiden, bestaan inmiddels ook in de Haagse Moerwijk. Allerlei details zijn van belang: oversteekplaatsen met 'geduldige' lichten, rustpunten langs de route, goede verlichting, verwijderen van obstakels, bestrijding van gladheid. Dit zal steeds meer de algemene standaard worden voor inrichting van de openbare ruimte.

#### Samentrekking van de wijkwinkels

Moeilijker te corrigeren zijn economische processen zoals concentratie in de detailhandel. Die verdraagt zich slecht met het wijkmodel van de woonservicezone. Er zal van alles moeten worden bedacht om de oudere klant bij de winkel te krijgen en de winkel bij de klant.

Kijk bijvoorbeeld naar Moerwijk, een wijk met 20.000 inwoners, doorsneden door een zwaar assenkruis van stedelijke hoofdwegen. Moeten we daar proberen om in elk kwadrant van 5.000 inwoners een buurtwinkelcentrum overeind te houden? Of worden die toch overgenomen door belwinkels en videotheken en kunnen we onze energie beter richten op een stevige shopping mall op het kruispunt van het assenkruis, een 'winkelschotel' bovenop het Erasmusplein? Waarin dan tevens het wijkservicecentrum voor Moerwijk kan worden opgenomen.

Per kwadrant is in dit concept nog wel plaats voor een buurtmarkt voor verswaren en vergeten aankopen en een inloopsteunpunt voor zorg en diensten. Plus een goed georganiseerde boodschappenservice aan huis.

#### Living apart together

Het ligt niet in de verwachting dat het wijkgerichte concept van de woonzorg- of woonservicezone alle ouderen zal aanstaan. Dit concept zal vooral de minder mobiele en minder kapitaalkrachtige ouderen

bedienen. Voor hen staat bij basiszorg en basisdiensten niet de keuzevrijheid voorop, maar de zekerheid van levering, de nabijheid en de betaalbaarheid. Het Scandinavisch model met zijn complete set wijkvoorzieningen is voor hen een aantrekkelijker perspectief dan het marktmodel waarmee in Nederland wordt geschermd.

De meer mobiele en meer vermogende ouderen zullen zich –in groepsverband of individueel– echter geheel of ten dele aan het wijkgebonden concept onttrekken. Deze groep wordt in landelijke kengetallen thans geschat op hooguit 15% van de 65 plussers, maar in de toekomst kunnen dat er wel eens meer worden.

Een deel van hen zal zich handhaven in de huidige woning, deze laten aanpassen en diensten aan huis regelen of laten regelen door de opkomende sector van *service providers*. Dit gebeurt nu al op grote schaal in een plaats als Wassenaar.

Een tweede groep, de zogenaamde 'voorsorteerders', zoekt nog in de vitale derde levensfase een recreatieve omgeving op, alleen of samen met een kleine groep bekenden. Dit betreft de nog betrekkelijk kleine groep die woongemeenschappen van ouderen opzet, en de grotere groep die traditioneel gezien zijn intrek nam in een serviceflat.

Meestal gaat het om ouderen die alleen zijn komen te staan en gezelligheid zoeken.

Een derde, kleinere groep, zoekt het verder weg in zonnige oorden zoals aan de Spaanse costa's. Landelijk gezien emigreren momenteel nog slechts 7.000 *pensionados* per jaar, maar ook dat kunnen er wel eens meer worden. Voor de wel eens uitgesproken verwachting dat de allochtone ouderen straks *en masse* hun AOW en AWBZ rechten gaan verzilveren in hun land van herkomst is nog weinig grond; tot nu toe gaat het eerder om wat lang uitgevallen vakanties. Men houdt liever vast aan de zekerheden en voorzieningen die Nederland biedt.

#### Bouwen voor ouderen

Er is weinig aanbod voor ouderen met name in het middensegment van de woningmarkt. Ouderen zijn buitengewoon honkvast en kritisch. De meerderheid wordt gevormd door de *uitstellers*. Zij hechten zeer aan hun huidige woning en sociale netwerk en verhuizen alleen als het echt niet anders meer kan –en dan nog over kleine afstand. De *voorsorteerders* zijn nog steeds in de minderheid, en ook erg kritisch. Zij willen verhuizen naar een locatie die geschikt is met het oog op een toekomst met mogelijk functieverlies. Daarom hechten zij meer aan de geschiktheid van de locatie.

Een goede ligging ten opzichte van winkels en openbaar vervoer is een uitgangspunt, een veilige omgeving met rust en privacy is een vereiste. Bij deze groep moet je niet aankomen met 'stedelijke levendigheid' en 'veelkleurigheid'.

Wat het appartement zelf betreft hebben deze ouderen een broertje dood aan te kleine appartementen (minder dan 100 m<sup>2</sup>), lange smalle kamers (pijpenladen) en kleine balkonnetjes. Het gebouw moet ook 'uitstraling' hebben. De meesten prefereren een huurwoning boven een koopwoning.

Wat tenslotte erg belangrijk is: een terughoudend en volstrekt transparant servicepakket, inclusief sobere algemene ruimten. Een overaanbod aan service en voorzieningen vormt zelfs een dissatisfier: 'dat wordt straks allemaal doorberekend, ook als ik er geen gebruik van maak.'

#### De toekomst van de AWBZ

Bovengeschetste 'autonome' maatschappelijke ontwikkelingen hebben tot nu toe minder aandacht gekregen in de beleidsvorming dan stelseldiscussies die vooral gaan over collectieve financiering en regie. Het belang van collectieve financiering en de bijbehorende regierol zal de komende tijd gestaag afnemen. De toelichting bij de nieuwe wet WMO geeft al aan dat steeds meer ouderen uit de wat minder kwetsbare groepen zelf zullen moeten betalen voor wat zij nodig hebben. Daarmee neemt de rol van de markt vanzelf toe.

Dit zal nog worden verstrekt door de opmars van het persoonsgebonden budget. Niet alleen in de AWBZ maar ook in de WMO zal steeds vaker de keuze worden gemaakt om zorgaanspraken 'af te kopen' met een bedrag in geld, waarvan de omvang afhankelijk is van de kwetsbaarheid van de persoon in kwestie, uitgedrukt in de formule zorgafhankelijkheid minus zelfoplossend vermogen (dus: inkomen of mantelzorg).

Met dit al doorloopt de volksverzekering AWBZ een proces van aanscherping van criteria waarbij het oorspronkelijke doel - dekking van absoluut onverzekerbare risico's - weer centraal komt te staan. De AWBZ is er straks alleen nog voor cliëntgroepen die aangezien zijn op zorg met 24 uren toezicht of onplanbare zorg op afroep, zoals dementerende ouderen.

Het voornaamste probleem is dat deze hervorming zozeer in hele en halve stappen voor- en zijwaarts wordt doorgevoerd dat velen het spoor bijster zijn. Tijdens de voortdurende verbouwing van het stelsel treden als bijwerking allerlei 'verkeerde prikkels' op waardoor bijvoorbeeld investeringsbeslissingen worden genomen die op termijn onverstandig zijn.

Het leggen van de regierol bij zorgkantoren en het tegelijkertijd steeds aansnijden van de discussie over de opheffing van deze zorgkantoren draagt ook al niet bij aan een heldere toekomstvisie.

Zoals het er anno 2006 uitziet is het slechts een kwestie van tijd totdat alle curatieve elementen van de ouderenzorg (de functies behandeling en verpleging annex de kortdurende zorg) overgaan naar het ziektekostenstelsel. Evenzo is het een kwestie van tijd totdat alles wat ook in het buitenland tot de *social services* wordt gerekend overgaat naar de gemeente (WMO) dan wel naar de markt. Voor een beperkte kernpopulatie van zeer kwetsbare ouderen en gehandicapten blijft er dan nog zoiets als een AWBZ in stand. Over hun aantallen lopen de schattingen nog steeds uiteen van een tiende tot een derde van de huidige populatie in verblijfsvoorzieningen.

#### Lokaal ouderenbeleid

Voor de overgrote meerderheid van de ouderen is dus straks de hele AWBZ niet meer van belang. Het gaat om marktdiensten, de ziektekostenverzekering en de gemeentelijke WMO.

Het lokaal ouderenbeleid wint aan belang, en het is nog steeds een wonder hoe weinig verschillende visies hierop we terugvinden rond de lokale verkiezingen. Want er zijn wel degelijk verschillende keuzen mogelijk.

In het kader van de WMO kan de gemeente sturen wat betreft huishoudelijke hulp, eenvoudige thuiszorg, woonbegeleiding, maatschappelijke opvang, welzijnsdiensten en voorzieningen voor gehandicapten. Dat is niet niks. De gemeente kan ervoor kiezen om per wijk integrale concessies uit te geven aan consortia van zorg- en diensten aanbieders. Dit lijkt op het Deens model.

Maar de gemeente kan er ook voor kiezen om de middelen via de vraagzijde in te zetten in de vorm van persoonlijke budgetten of aan cliënten te verstrekken vouchers, waarmee men zelf op de markt kan inkopen, een veel liberaler model. Of een mengvorm van beide. Een ander voorbeeld van keuzemogelijkheid in het lokale beleid is de ruimtelijke ordening. De gemeente kan ervoor kiezen om sterk ordenend op te treden en een dekkend netwerk van woonservicezones te ontwerpen. Hierin past ook sturen via de grondpolitiek, zodat op de juiste plekken de juiste maatschappelijke voorzieningen terecht komen. Een ander zal echter meer voelen voor het vrije marktmodel waarbij clustering van levensloopbestendige woningen rond dienstencentra wordt overgelaten aan het particulier initiatief, inclusief de woningcorporaties. Als dan

concurrerende woonzorgcentra vlak naast elkaar gaan zitten en elkaars draagvlak ondergraven, dat is dan hun probleem.

Waarschijnlijk kom je in onze democratie altijd uit op een combinatie van beide mechanismen, maar met de maten en gewichten valt toch nog flink te schuiven.

#### Schepnet en vangnet

Het toekomstbeeld van de ouderen in de grote stad hoeft niet somber te zijn, want er is veel vitaliteit en veel zelf oplossend vermogen in de samenleving. Meer ouderen zullen ook gaan 'voorsorteren' op de toekomst door in eigen kring een aantal praktische zaken te organiseren samen met leeftijdsgenoten. Zij zullen niet te veel meer willen leunen op de volgende generatie. Wat zij nodig hebben is vooral goede informatie, zodat zij hun eigen plan kunnen trekken.

Waar juist de gemeente steeds alert op zal moeten blijven is de groep individuen die niets regelt en nergens aanspraak op maakt. Het gaat dan in het bijzonder om degenen binnen deze groep die niet zichzelf kunnen redden als de nood aan de man is. Het wijkdienstencentrum zal niet alleen markt- en klantgericht

moeten opereren, maar ook enige ruimte moeten houden om –in klassieke welzijnstermen *outreaching*– te werk te gaan: met een schepnet door de wijk. In Denemarken bijvoorbeeld heeft iedere 80 plusser recht op een jaarlijks huisbezoek van een gemeentelijke ouderenadviseur. In Nederland bestaan ook wel dergelijke projecten bij het welzijnswerk, maar niet als algemeen recht, en meestal leunend op vrijwilligers. Ook woningcorporaties zouden een rol kunnen spelen bij het tonen van belangstelling voor stille problemen, 'achter de voordeur'. Natuurlijk heeft iedere burger uiteindelijk het recht om geen gebruik te maken van maatschappelijke voorzieningen, maar niemand zal betwisten dat de hoogbejaarde 'ijzeren Heinen' die het in hun eentje thuis proberen te rekken en te redden, soms een duwtje nodig hebben. Ook hier ligt zeker een taak voor de openbare gezondheidszorg.

#### Literatuur:

- RIVM, SCP. Ouderen nu en in de toekomst. augustus 2004.
- Coolen J, Singelenberg J. Ouderen in de 21ste eeuw. NIZW 2000.



## Oudere Hagenaars aan het woord

### “Ik gun haar zó een goede verzorging. Daarom besloot ik het zelf te gaan doen”

#### Dertig jaar mantelzorger

“De verwachtingen waren slecht, mijn vrouw zou alleen nog een vegeterend bestaan kunnen leiden. Daar konden we ons als gezin niet bij neerleggen. We wilden het gezin weer bij elkaar hebben, in de overtuiging dat ze daarvan zou opknappen. En dat klopte. We hebben haar na enige tijd op proef mee naar huis genomen en met heel veel aandacht en zorg van de kinderen en mij was ze binnen een paar maanden al een stuk beter.”

Een kleine dertig jaar geleden kreeg mevrouw Roozenburg, toen 43 jaar oud, een ongeluk. Ze werd op de fiets aangereden door een auto, waardoor haar schedel ernstig beschadigd raakte. Haar directe geheugen was weg, evenals haar evenwichtsgevoel, ze kon niet meer praten en niet meer lopen. Als gevolg van het trauma was ze heel onrustig. Dat is ze nog steeds, maar ze kan weer praten en vanuit haar rolstoel allerlei handelingen verrichten. Aanvankelijk waren de prognoses zo slecht dat het Zeehospitium haar niet op wilde nemen.

De heer Roozenburg, nu 74 jaar: “Zo werkt de gezondheidszorg. Als men geen directe resultaten denkt te kunnen behalen, word je niet opgenomen. Uiteindelijk kon ze toch een half jaar revalideren in het Zeehospitium, maar daar ging een periode van twee jaar aan vooraf van ziekenhuizen en verzorgingshuis. De verzorging liet zeer te wensen over, alle aandacht moest van ons komen. We gingen veel met haar wandelen, gaven haar een pen om weer te leren schrijven, deden coördinatieoefeningen met haar, en waren veel bij haar. Op een gegeven moment heb ik voor mekaar gekregen dat ze een aparte kamer kreeg, met doorlopende de mogelijkheid van bezoek. Na een poosje besloot ik haar uit dat tehuis weg te halen. Inmiddels was ze ‘goed genoeg’ voor het Zeehospitium. Gelukkig maar, want daar deden ze echt goeie oefeningen met haar.”

Het bovenhuis waar de familie woonde kwam niet in aanmerking voor aanpassingen. Het werd verkocht en in dezelfde buurt werd een benedenhuis gekocht, dat kon worden aangepast aan de behoeften van een rolstoelpatiënt. Drempels weg, aangepast toilet en douche, verlaagd aanrecht en nog het een en ander.

Dit alles in vlot tempo, stelt de heer Roozenburg vast: “Nog voor de aanschaf van het huis hebben we met de aannemer en ergotherapeut bekeken wat er gedaan kon worden, en een plan ingediend. Daar kregen we vrij snel een bouwvergunning voor. Toen moest ik nog wel een lening bij de bank afsluiten om alle kosten voor te schieten. De gemeente betaalde rente en aflossingen. Binnen vier maanden was alles voor mekaar. Over het algemeen heb ik tamelijk goeie ervaringen met het verkrijgen van allerlei voorzieningen. Ik ga er ook wel actief achteraan: meteen informeren zodra je vermoedt dat er iets bestaat waar je baat bij hebt. En goed weten wat je wilt. Dat heeft in ieder geval goed gewerkt.”

Eenmaal thuis begon een lange periode van mantelzorg. Hij zocht een andere baan, zodat hij vaker bij zijn vrouw kon zijn. Mevrouw Roozenburg knapte zover op dat ze zelfstandig naar het toilet kon en zich in haar rolstoel door het huis kon bewegen. De drie kinderen woonden die eerste jaren nog thuis en hielpen mee.

“In het begin kregen we thuishulp, maar dat beviel niet. Steeds kwam er iemand anders. We hadden totaal geen zicht op wat ze met mijn vrouw deden. Daarom besloot ik het zelf te doen: helpen met douchen, ’s nachts op het toilet, boodschappen en verder alles wat er maar bij een huishouden komt kijken. Koken doen we samen. Mijn vrouw weet wel hoe ze moet koken, maar doordat haar directe geheugen niet werkt vergeet ze dat ze al aardappelen heeft geschild en al zout op het vlees heeft gedaan. Met 62 jaar kon ik met de vut, toen kreeg ik meer tijd voor haar.”

De thuiszorg kwam weer in beeld toen hij zeven jaar geleden moest worden geopereerd vanwege darmkanker. De jaren erna kreeg hij twee keer een hartinfarct.

“Ook nu wilde ik zo gauw mogelijk weer een gewoon gezinsleven met mijn vrouw. Dat is ook gelukt. We gaan zelfs met vakantie, met hulp van de Bond zonder Naam en het Rode Kruis. Via het persoonsgebonden budget van de AWBZ hebben we nu drie uur per week huishoudelijke hulp en hulp bij het douchen en naar bed brengen. Dat kan ik niet meer zelf. Mijn kinderen hebben gelukkig altijd fantastisch meegeholpen, ook

toen ze al de deur uit waren. Vorig jaar kreeg mijn vrouw een herseninfarct. We zijn meteen naar Bosch en Duin gegaan, om te regelen dat ze revalidatie kreeg. Voordat we het wisten kon ze al komen voor een screening en nog voordat de aanvraagformulieren waren verstuurd was ze al in dagbehandeling.”

En die dagbehandeling duurt voort, waardoor hij, bekent hij eerlijk, eindelijk wat lucht kreeg. “Overdag heb ik het heel rustig, ik ben bezig foto's te scannen op de computer, ik ga af en toe bowlen. 's Avonds en in het weekend scrabbelen en puzzelen we veel, en we lezen de krant. Een boek kan ze nog steeds niet lezen. Ondanks alles hebben we een gezellige oude dag. Mijn gezondheid is weer goed en mijn vrouw is geen lastige patiënt. Ze is niet veel-eisend, dat komt door die hersenbeschadiging. Vroeger was ze heel precies in het huishouden, daarna is ze helemaal veranderd. We hebben ook wel moeten leren opnieuw met elkaar om te gaan.”

- *Denkt u wel eens na over de toekomst?*

“Jawel, ik kan er 's nachts van wakker liggen. Als ik haar op het toilet heb geholpen denk ik wel eens: hoe moet dat nou als ik eerder dood ga? Ik gun haar zó een goede verzorging. Daarom heb ik jaren geleden besloten om het zelf te gaan doen. Als er één van ons sterft dan hoop ik echt dat zij eerder overlijdt, zodat ze niet alsnog naar een verpleeghuis moet. Ik weet hoe het daar eraan toe gaat. Nergens is tijd voor. Gelukkig



weet ik dat mijn drie kinderen haar nooit in de steek zullen laten.”

# Het Internet en 'gezond' ouder worden

*P. J. Toussaint, L. L. Alpay, M. van de Bergh, J.H.M. Zwetsloot-Schonk*

Ouderen moeten niets hebben van computers en internet, de wereld van senioren en die van het internet zijn gescheiden werelden, zo wordt nog vaak gedacht. Toch wordt Seniorweb, een website met informatie die is toegesneden op senioren, veel bezocht en bestaat er grote belangstelling voor de computercursussen die voor senioren worden georganiseerd. Ook onderzoek wijst uit dat toegang tot internet onder ouderen gemeengoed aan het worden is (1).

Dit opent nieuwe mogelijkheden voor gezondheidsbevorderende programma's die zijn toegesneden op senioren. De traditionele middelen, zoals groepsbijeenkomsten en folders, kunnen worden aangevuld met het internet als nieuw medium. In onderstaand artikel laten we zien dat dit verder gaat dan alleen het beter informeren van ouderen over gezondheidskwesties. Het internet kan ook een rol spelen in de communicatie tussen zorgprofessional en senior en tussen senioren onderling. Daarnaast kan het eveneens helpen bij het vergroten van zelforgzaamheid. Ouder worden brengt een grotere kans met zich mee op ziektes en beperkingen. Hieraan zal het internet, of welke andere interventie dan ook, niet veel veranderen. Wat wel kan worden gerealiseerd, juist ook door een gevarieerde inzet van internettoepassingen, is een risicoarme eigen leefomgeving waarin de gezondheid van de oudere adequaat wordt gemonitord, hetzij door hem of haar zelf, of door een zorgprofessional op afstand. Dit is wat wij willen verstaan onder 'gezond' ouder worden.

Hieronder gaan we eerst nader in op de verschillende rollen die het internet kan spelen bij het tot stand brengen van zo'n gemonitorde risicoarme omgeving. Elke onderscheiden rol wordt steeds geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld uit de praktijk. We zullen ons daarbij niet beperken tot toepassingen die expliciet op senioren zijn gericht, omdat de rollen die we bespreken niet specifiek zijn voor een doelgroep. Daarna gaan we nader in op twee toepassingen die in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld vanuit het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), en die wel specifiek zijn gericht op ouderen: SeniorGezond en CyberTraining.

## Welke rol kan internet spelen?

Het internet kan op verschillende manieren worden ingezet. We onderscheiden vier verschillende rollen.

### Internet als informatiebron

Allereerst is het internet een manier om informatie ter beschikking te stellen aan senioren. Dit kan heel algemene informatie betreffen over bijvoorbeeld gezonde voeding of meer bewegen, of informatie toegesneden op een bepaald probleemgebied, bijvoorbeeld diabetes. De informatie kan echter ook toegesneden zijn op het specifieke probleem van één patiënt. Een voorwaarde hiervoor is dat een aantal kenmerken van de patiënt bekend is.

Het eerste voorbeeld van internet als informatiebron vormt de site [www.vraagwijzerdenhaag.nl](http://www.vraagwijzerdenhaag.nl). Deze site is opgezet door het Centraal InformatiePunt Ouderen (CIPO). Via [Vr@gwijzer](mailto:Vr@gwijzer) wordt op deze site informatie verstrekt over wonen, zorg en welzijn gericht op ouderen.

Het tweede voorbeeld betreft het Haags portal voor gezondheid en welzijn, [www.gezondheidenwelzijndenhaag.nl](http://www.gezondheidenwelzijndenhaag.nl). De site biedt toegang tot uitgebreide informatie over zorginstellingen en -diensten in Den Haag en omliggende gemeenten. Daarnaast is er een koppeling met een digitale doktersdienst, waaraan medische vragen kunnen worden voorgelegd.

### Internet als communicatiemiddel

Het internet kan gebruikt worden als communicatiemiddel tussen patiënten/cliënten en zorgprofessionals, of tussen patiënten/cliënten onderling. We maken hierbij een onderscheid tussen 1-op-1 communicatie en n-op-n communicatie. Een voorbeeld van de eerste vorm is de situatie waarin patiënt Jansen per e-mail een vraag aan huisarts de Vries stelt. Een voorbeeld van de tweede vorm is de situatie waarin een deelnemer aan een internetforum een vraag stelt aan alle andere deelnemers en op deze vraag een antwoord krijgt dat ook zichtbaar is voor alle anderen.

Over de auteurs:

dr. P.J. Toussaint, dr.L.L. Alpay en prof. dr. J.H.M. Zwetsloot-Schonk zijn werkzaam bij de afdeling Klinische Informatiekunde van het Leids Universitair Medisch Centrum, drs. M. van den Bergh werkt bij de afdeling Reumatologie, eveneens LUMC.

Een belangrijk effect van het gebruik van het internet als communicatiemiddel, is dat het de deelnemers aan de communicatie als het ware 'ontkoppelt'. Mensen kunnen aan de communicatie deelnemen vanuit hun huis of eigen werkplek, op een tijdstip dat hen het beste schikt.

Een voorbeeld van een dergelijke toepassing in de regio Den Haag is [www.virtuelebelkring.nl](http://www.virtuelebelkring.nl). De virtuele belkring is een internetomgeving waarbinnen ouderen met elkaar een groep vormen die tot doel heeft dat ouderen beter op elkaar kunnen letten, in de goede zin van het woord. Op deze manier wordt het makkelijker sociale contacten te leggen, en de onderliggende methode van alarmering (sms of e-mail) zorgt voor een betere sociale controle in geval van ongelukjes.

Een tweede voorbeeld is [www.tichaaglanden.nl](http://www.tichaaglanden.nl). TIC, het Transmuraal Informatie Centrum Haaglanden ([www.tichaaglanden.nl](http://www.tichaaglanden.nl)) is een vangnet voor zorgvragen van hulpverleners. Hulpverleners die een vraag hebben waarvan ze niet weten wie die kan beantwoorden, kunnen deze per e-mail richten aan TIC. TIC stuurt de vraag door naar een instelling of organisatie die antwoord zou kunnen geven. De instelling of organisatie antwoordt rechtstreeks aan de vraagsteller. TIC heeft dus een doorverwijsfunctie en zal niet zelf antwoorden geven. Tot slot biedt het hierboven reeds

genoemde Haagse portal voor vraagstukken op het terrein van gezondheid en welzijn, [www.gezondheidenwelzijndenhaag.nl](http://www.gezondheidenwelzijndenhaag.nl), de mogelijkheid aan professionals van verschillende organisaties om in een besloten domein (extranet-omgeving) informatie met elkaar te delen.

#### **Internet als persoonlijk dossier**

Een ander soort toepassing van het internet betreft het aanleggen en bijhouden van een persoonlijk dossier. Hierin registreert de patiënt zelf zijn gegevens, zoals medicijngebruik, gestelde diagnoses, ondergane behandelingen en een medisch dagboek. Vooral voor chronisch zieken kan een dergelijk persoonlijk dossier een waardevolle hulp zijn, als geheugensteun bij het bezoek aan een arts. Gedeelten van het persoonlijk dossier kunnen toegankelijk worden gemaakt voor zorgverleners, zodat die een beter beeld kunnen krijgen van het verloop van de ziekte en de behandeling. Daarnaast kunnen sommige ervaringen ter beschikking worden gesteld aan lotgenoten.

Een dergelijke toepassing is ontwikkeld door TNO Kwaliteit van Leven <http://www.ervaringendossier.nl>. In het Digitale Ervaringen Dossier leggen patiënten hun positieve en negatieve ervaringen op vele zorggebieden vast. Denk daarbij aan ervaringen met medicijnen of met hulpmiddelen. Men kan er vervolgens



voor kiezen deze ervaringen (of een deel ervan) ter beschikking te stellen aan andere patiënten of zorgverleners. Het Digitale Ervaringen Dossier is vooral bedoeld voor chronisch zieken.

Een ander voorbeeld van een persoonlijk dossier is de Diavitaal: Mijn Diabetes Dossier [www.diavitaal.nl/site/mijndiavitaal/diabetesdossier.htm](http://www.diavitaal.nl/site/mijndiavitaal/diabetesdossier.htm). Door online een eigen dossier bij te houden, krijgt de persoon met diabetes een duidelijk beeld van haar/zijn ziekteverloop. Het dossier is persoonlijk en afgeschermd.

#### Internet als digitale assistent

Om de gezondheidstoestand van patiënten adequaat te kunnen bewaken zijn veel meetgegevens nodig, die kunnen variëren van bloeddruk en gewicht tot het bloedglucose gehalte. De zelfstandigheid van patiënten kan sterk worden bevorderd als zij deze meetwaarden zelf in de thuissituatie kunnen bepalen. Er komen ook steeds meer apparaatjes op de markt die een nauwkeurige zelfbepaling van dit soort waarden mogelijk maken. Als er daarnaast ook een communicatie-infrastructuur is die het mogelijk maakt dat de bepaalde waarden worden gelezen en beoordeeld door een verantwoordelijke zorgverlener, dan is een beperkte vorm van zelfzorg echt mogelijk.

Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is het telebegeleidingsproject Hartfalen in Zuid-Limburg. Met behulp van het Health Buddy systeem is de mogelijkheid gerealiseerd om patiënten met verhoogde kans op hartfalen op afstand, in hun thuissituatie, te monitoren en begeleiden. Een haalbaarheidsstudie in de regio Zuid-Limburg heeft uitgewezen dat de kans op een ziekenhuisopname met 30% wordt gereduceerd. Aan dit project is door Stef Blok, voorzitter van de vaste kamercommissie voor volksgezondheid, welzijn en sport, de Nitel telemedicine stimuleringsprijs 2005 uitgereikt. Via een eenvoudig te bedienen apparaat moeten mensen met hartfalen dagelijks een aantal vragen beantwoorden over hun gezondheids-toestand. Als blijkt dat deze is verslechterd, kan het ziekenhuis snel en adequaat ingrijpen. Het hartfalenproject Zuid-Limburg is ontstaan uit een samenwerking van het Academisch Ziekenhuis Maastricht, het Atrium Medisch Centrum Heerlen, het Orbis Medisch Zorgconcern Sittard/Geleen en Sananet.

De genoemde vier rollen worden vaak gecombineerd. Daarbij ligt meestal de nadruk op een of twee rollen (bijvoorbeeld de rol van informatiebron) en zijn de andere rollen uitgewerkt in de context van de hoofdrol.

#### Twee voorbeelden: SeniorGezond en CyberTraining

We zullen nu wat dieper ingaan op twee toepassingen die in de afgelopen drie jaar binnen het LUMC zijn ontwikkeld. De eerste is een informatiesysteem op het gebied van valpreventie bij senioren, de tweede betreft de ondersteuning van een bewegingsprogramma voor patiënten met Reumatoïde Artritis. De voornaamste rol van SeniorGezond is die van informatiebron. Hierbij is veel aandacht besteed aan cognitieve modellen over de wijze waarop mensen informatie zoeken. Op basis van deze inzichten is de aangeboden informatie gestructureerd en zijn zoekfaciliteiten ontwikkeld. Bij CyberTraining ligt de nadruk meer op de rol van digitale assistent. Het doel is reumapatiënten te ondersteunen bij het uitvoeren (en volhouden) van een bewegingsprogramma.

#### SeniorGezond

##### Doelstelling

Deze website ([www.seniorgezond.nl](http://www.seniorgezond.nl)) helpt senioren om te voorkomen dat men valt (2)(3). De belangrijkste doelgroep bestaat uit ouderen, maar de site is ook nuttig voor mantelzorgers en professionals. Op de website vindt men informatie over de belangrijkste oorzaken van vallen. Bij iedere oorzaak worden passende oplossingen-ter-vermijding gegeven. Deze oplossingen zijn op hun beurt weer gekoppeld aan concrete producten (bijvoorbeeld een hulpmiddel), of een dienst (bijvoorbeeld een bewegingsactiviteit), en adresgegevens van de instellingen waar product of dienst kan worden verkregen. Op deze wijze wordt de bezoeker van probleem naar oplossing geleid.

##### Theoretisch kader en aanpak

SeniorGezond is ontwikkeld in opdracht van het Geriatrisch Netwerk van de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord door het Leids Universitair Medisch Centrum en TNO Kwaliteit van Leven. De ontwikkeling van SeniorGezond is gesubsidieerd door het OGZ-fonds en een zorgverzekeraar. De website is ontwikkeld in verschillende rondes van prototyping en in nauwe samenwerking met de doelgroep. De ontwikkeling is gebaseerd op twee belangrijke theoretische kaders:

**Preventiemodellen:** we zijn uitgegaan van het Precaution Adoption Process Model, dat een aantal fasen in gedragsverandering onderscheidt (4)(5): de fase waarin men zich niet bewust is van bepaalde risico's (unaware), een fase waarin men zich bewust is van de risico's maar niet gemotiveerd is om te veranderen (unengaged), en de fase waarin men gemotiveerd is te

veranderen (deciding to act). Deze fasen zijn vertaald naar de vier verschillende informatielagen in het SeniorGezond-systeem: problemen, oplossingen, producten en diensten en adresgegevens.

**Informatie zoeken:** Sutcliffe en Ennis (1998) hebben een cognitief model voorgesteld voor het zoeken van informatie (6). Ze onderscheiden daarin vier hoofdactiviteiten: probleemidentificatie, identificatie van een zoekvraag, formulering van een zoekvraag, en evaluatie van de verkregen informatie. De eerste drie worden expliciet ondersteund door onderdelen van de website. Voor probleemidentificatie kunnen gebruikers een 'test uzelf' vragenlijst invullen, met behulp waarvan ze hun belangrijkste probleemgebied(en) kunnen bepalen. Zoekvraagidentificatie wordt ondersteund door per probleemgebied de belangrijkste oplossingen te rubriceren. Een zoekvraag wordt dan geformuleerd door zoektermen in te tikken in een trefwoordveld, of door te navigeren door een zoekboom. Het succes van een website die vooral als informatiebron fungeert -zoals SeniorGezond- hangt af van de kwaliteit van de informatie en de mate waarin de informatie relevant is voor de gebruiker. Hiertoe hebben de opstellers van de website uitgebreid gebruik gemaakt van nationale en internationale richtlijnen op het gebied van valpreventie. Daarnaast bestond de redactieraad van de website uit deskundigen op het gebied van valpreventie. Alle informatie werd ook nog van tevoren voorgelegd aan externe deskundigen, zoals contacten uit het kennisnetwerk Valpreventie.

#### *De resultaten*

Er is een analyse uitgevoerd van gebruiklogs die zijn verzameld over een periode van 28 weken. In die periode is de website door 35535 gebruikers bezocht. Een aantal interessante bevindingen:

1. bijna 70% van de gebruikers komt op een pagina binnen de website terecht via een externe link, bijvoorbeeld vanuit een zoekmachine zoals Google. Ze omzeilen dus de hoofdpagina van de site;
2. van de verschillende zoekfaciliteiten (zoekboom, trefwoordzoeken, links in pagina's) wordt het trefwoordzoeken het meest gebruikt;
3. de top vier van meest bezochte onderwerpen is: veiligheid in en om het huis (29,8 % van het totaal aantal hits), duizeligheid (4,2%), spierkracht en uithoudingsvermogen (2,6%), en medicijnen (1,8%).

#### *Conclusie - SeniorGezond*

Van 214 gebruikers is het zoekgedrag nader bekeken. Het blijkt dat de gelaagde opbouw van de site gebrui-

kers stimuleert om vanuit problemen, via oplossingen, naar concrete producten of diensten te gaan. Op deze wijze kan worden bewerkstelligd dat gebruikers het nut van een product of dienst beter begrijpen, vanuit de aangereikte contextinformatie. Tevens is een dergelijke ordening een goede manier om overzicht te houden op de grote hoeveelheid informatie die beschikbaar is op het gebied van valpreventie. Momenteel wordt gekeken naar uitbreiding van het systeem. Het kan worden gevuld met informatie uit andere domeinen, geschikt voor andere doelgroepen. Daarnaast kan het systeem worden aangevuld met functies die een van de andere hierboven besproken rollen vervullen. Men kan daarbij denken aan de mogelijkheid dat ouderen hun ervaringen met bepaalde producten of diensten publiceren binnen het systeem, of aan het toevoegen van een communicatiefaciliteit met zorgverleners.

#### **Cybertraining**

De tweede toepassing van internet bij het monitoren van factoren in de omgeving van de patiënt betreft een bewegingsprogramma voor patiënten met Reumatoïde Artritis (RA): <http://www.cybertraining.nl>. Dit onderzoek werd gefinancierd door ZONMw en het Reumafonds.

#### *Doelstelling*

Het doel van het Cybertraining-onderzoek was na te gaan of het aanbieden van een bewegingsprogramma via internet en e-mail haalbaar is. Deze aanpak is vergeleken met algemene via internet aangeboden informatie over bewegen met een reumatische aandoening. De belangrijkste factoren waarop is gelet zijn: de hoeveelheid lichamelijke activiteit, het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.

#### *Opzet van het onderzoek*

Aan het onderzoek hebben 160 mensen met RA deelgenomen. De helft van de deelnemers werd na loting via een besloten internetpagina toegewezen aan een bewegingsprogramma met individuele begeleiding door een fysio- of oefentherapeut (Individueel Programma; IP-groep). Alle deelnemers in deze groep kregen de beschikking over een hometrainer en een gericht trainingsprogramma. Er vond een beperkt aantal wekelijkse groepsbijeenkomsten plaats en deelnemers konden contact met elkaar houden via een online forum. De andere helft van de deelnemers werd toegewezen aan het Algemene Programma (AP-groep). Deze groep deelnemers kreeg via een andere besloten internetpagina toegang tot algemene

informatie over bewegen en RA, oefeningen en activiteiten die men thuis kan uitvoeren en op welke manier dit het beste gedaan kan worden. Deze mensen kregen echter geen individuele begeleiding bij het bewegen, geen oefenmaterialen en geen mogelijkheden om contact te hebben met lotgenoten. De gemiddelde leeftijd van de personen die aan het onderzoek deelnamen was 49 jaar. Van de proefpersonen was grofweg driekwart vrouw, onder hen was zo'n twintig procent hoog opgeleid, twintig procent was laag opgeleid en zestig procent had een middelbare opleiding. Beide programma's duurden twaalf maanden.

#### De resultaten

De resultaten van het onderzoek laten zien dat het percentage deelnemers dat op minimaal vijf dagen per week dertig minuten achter elkaar matig intensief beweegt, op alle tijdstippen hoger is in de IP-groep dan in de AP-groep. Na zes en negen maanden waren deze verschillen zelfs zo groot dat er van een zogeheten 'statistisch significant effect' gesproken kan worden. Voor de meting van zwaar intensieve lichamelijke activiteit geldt dat ook hier het percentage deelnemers dat minimaal drie keer per week gedurende twintig minuten zwaar lichamelijk actief is, hoger was in de IP-groep dan in de AP-groep. Na zes, negen en twaalf maanden waren de verschillen tussen beide groepen statistisch significant. Uit de gegevens over het inloggen op de website en het aantal keer oefenen bleek dat de deelnemers uit de IP-groep over het algemeen hun programma beter volgden dan de deelnemers uit de AP-groep. Het

bleek echter dat niet alle deelnemers uit de IP-groep het programma een jaar lang met dezelfde intensiteit konden volhouden.

Het functioneren tijdens activiteiten van het dagelijks leven en de kwaliteit van leven verbeterde in de IP-groep over het algemeen iets meer dan in de AP-groep, maar de verschillen tussen de twee groepen waren niet heel groot. Met betrekking tot de ziekte-activiteit, gemeten door o.a. het aantal gezwollen en pijnlijke gewrichten te tellen, bleken beide groepen iets te verbeteren, maar verschillen tussen de twee groepen bleken er niet of nauwelijks te zijn.

#### Conclusie CyberTraining

Uit het onderzoek is gebleken dat het toevoegen van individuele begeleiding, oefenmaterialen en lotgenotencontact aan een via internet aangeboden bewegingsprogramma ertoe leidt dat mensen met RA meer gaan bewegen dan bij een bewegingsprogramma zonder deze toevoegingen. Het Cybertraining-onderzoek heeft veel nieuwe kennis en inzichten opgeleverd, met name over een vernieuwende manier van aanbieden van een bewegingsprogramma, namelijk via internet en e-mail. Momenteel wordt bekeken in hoeverre het mogelijk is om Cybertraining voor nog meer mensen aan te bieden, zodat het een vast onderdeel wordt van het totale bewegingsaanbod voor mensen met een reumatische aandoening.

#### Conclusie

Als we naar de rollen kijken zoals we die hierboven hebben beschreven, dan zien we dat er een steeds



grotere betrokkenheid van de gebruiker wordt gevraagd. Bij toepassingen van internet in de rol van informatiebron is de gebruiker nog een betrekkelijk passieve ontvanger en consument van de beschikbare informatie. In het geval van toepassingen van internet als communicatiemiddel moet de gebruiker een actieve rol spelen in de communicatie. Bij de derde rol, die van het persoonlijk dossier, voert de gebruiker een dossier. De gebruiker moet mede beslissen wat wordt vastgelegd, en wat aan wie ter beschikking wordt gesteld. In het geval van internet als digitale assistent is er een zorgtaak aan de gebruiker gedelegeerd, die hierdoor dus een actieve deelnemer aan het zorgproces wordt. Een ander in het oog springend verschil is de mate waarin informatie of dienstverlening een algemeen of juist een heel persoonlijk karakter heeft.

In de figuur op de pagina hiervoor hebben we beide dimensies tegen elkaar afgezet, en de voorbeelden die in deze bijdrage aan de orde zijn geweest, een plaats gegeven in de opgespannen ruimte.

De ontwikkelingen rechtsonder (persoonlijke informatie, patiënt actief) zijn het meest innovatief. Het moge duidelijk zijn dat de technologie ook in deze weer iets voor de troepen uitloopt. Er kan veel, maar is het ook allemaal even wenselijk? En kunnen we aan alle eisen voldoen die worden gesteld vanuit de wet- en regelgeving? Men denke daarbij aan de eisen voortvloeiend uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de bescherming persoonsgegevens. En wat levert het op? Kunnen we de zelfstandigheid van senioren daadwerkelijk vergroten door het inzetten van het soort Internet-toepassingen dat we hier hebben besproken? En kan dat tegen aanvaardbare risico's? Welke groepen ouderen zullen door een dergelijke interventie worden bereikt, en welke niet? Vragen te over, waarvan vele nog beantwoord moeten worden. In de nabije toekomst zullen we veel proefprojecten moeten uitvoeren, om de antwoorden te vinden.

#### Literatuur:

1. Morrell R, Mayhorn C, Bennett J. A survey of the World Wide Web used in middle-aged and older adults. *Human Factors* 2000; 42 (2); 175-182.
2. Alpay LL, Toussaint PJ, Ezendam NPM, Rövekamp T, Graafmans W, Westendorp R. Easing internet access of health information for the elderly users: design considerations and usability. *Health Informatics Journal* 2004 Vol. 10, No. 3, 185-194.
3. Ezendam NPM, Alpay LL, Rövekamp AJM, Toussaint PJ. Experimenting with Case-Based Reasoning to present educative health information on the Internet: The example of SeniorGezond. *Proceedings MIE 867-872*. 2005b. *Proceedings of the XIX International Congress of the European Federation for Medical Informatics (MIE) 2005*.
4. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. Jossey-Bass 2002.
5. Weinstein ND, Lyon JE, Sandman PM, Cuite CL. Experimental evidence for stages of health behavior change: The precaution adoption process model applied to home radon testing. *Health Psychol* 17, 1998, 445-453.
6. Sutcliffe A, Ennis M. Towards a cognitive theory of information retrieval. *Interact Comput* 1998 (10): 321-35



# Enkele voorzieningen voor ouderen in Den Haag

*J.A. Kerssemeijer, G.J.J.M. Pletzers, B.F.M. Meerstadt, E. de Heus*

Den Haag kent een gevarieerd aanbod aan voorzieningen en activiteiten ter ondersteuning voor ouderen. Soms is er sprake van een beproefd recept zoals bij de Boodschappen Begeleidings Dienst, soms van initiatieven die de opstartfase nog maar nauwelijks ontstegen zijn. De betrokkenheid van de gemeente verschilt per activiteit. Veelal ontvangen organisaties subsidie voor het creëren van een aanbod, soms worden ook voorzieningen opgezet op basis van particulier initiatief. Een voorbeeld hiervan is het VanHarte restaurant in Laak.

Voor dit themanummer over ouderen hebben we een aantal voorzieningen dichterbij gehaald. De keuze is tamelijk willekeurig tot stand gekomen, maar betreft vooral voorzieningen die ouderen een praktisch steuntje bieden in het dagelijks bestaan: activiteiten rond bewegen, boodschappen in huis halen, wonen, eten en mensen ontmoeten. We beginnen echter met aandacht voor een unieke voorlichtingscampagne die van april tot oktober 2005 in Den Haag is gevoerd, onder de titel De kunst van het ouder worden. Centraal hierin stond het vergroten van de weerbaarheid van ouderen bij verlieservaringen. Wie daarin slaagt kan in ieder geval andere ongemakken beter het hoofd bieden.

## De kunst van het ouder worden

Onderwerp van de voorlichtingscampagne De kunst van het ouder worden was 'hoe kun je op een positieve manier ouder worden?'. Wie ouder wordt ervaart steeds vaker verlies. Verlies van dierbaren, van fysieke kracht, sociale relaties, verlies van de rollen die men in de samenleving vervult, verlies van zelfstandigheid. Dergelijke verdrietige ervaringen kunnen leiden -en doen dat ook bij 15% van de ouderen- tot depressieve klachten en vereenzaming. Doel van de campagne was dat ouderen zich hiervan bewust worden en zich ertegen teweer stellen.

*Eerst was er de film...*

Als onderdeel van het programma Preventie van depressieve klachten en eenzaamheid bij ouderen van



Parnassia, is de film De kunst van het ouder worden gemaakt. Hierin vertellen drie mensen hoe zij verlies hebben ervaren en dat in hun leven een plek hebben kunnen geven. De film en de nabespreking bij de vertoningen bleken ouderen te stimuleren om te praten over dingen die zij zelf hadden meegemaakt en hoe ze daarmee omgingen. Vooral de positieve aanpak van de film, gericht op wat je als oudere zelf kunt doen om de kans op sociale isolatie, eenzaamheid en depressiviteit te verminderen, bleek de mensen aan te spreken.

*...en toen de campagne*

Film en reacties erop inspireerden de GVO-functionaris Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag en de preventiefunctaris Ouderen van Parnassia tot het opzetten van een voorlichtingscampagne onder dezelfde naam en met dezelfde kernvraag: wat kun je zelf doen. Na gesprekken met het ouderenwerk, gemeente, CIPO en ouderenbonden werd het idee verder uitgewerkt. De campagne richtte zich tot het algemene publiek met posters, website, een expositie van kunstwerken en stands in bibliotheken om het thema -ouder worden vergt levenskunst- onder de aandacht te brengen en bekendheid te geven aan bestaande activiteiten voor ouderen. Voor ouderen rond de 70 jaar, de eigenlijke doelgroep van de campagne, werden voorlichtings- en discussiebijeenkomsten gehouden en o.a. een sportdag, een cabaretvoorstelling, schilderen met

Over de auteurs:

Hanneke Kerssemeijer is GVO functionaris Gezondheidsbevordering bij de GGD Den Haag, Guido Pletzers en Bob Meerstadt zijn beiden senior beleidsmedewerker afdeling Maatschappelijke Zorg en Volksgezondheid, dienst OCW Den Haag, Edsco de Heus is hoofd marketing en communicatie bij Meavita.

taal en gedichten en een informatiemarkt georganiseerd. Ook verscheen er een voorlichtingskrant met een algemeen gedeelte en een aan het stadsdeel aangepast gedeelte, waarin wijkgerichte informatie over activiteiten voor ouderen. De krant werd naar het huisadres gestuurd: 20.000 Haagse ouderen hebben hem ontvangen.

Dit alles maakte de nodige publiciteit los bij kranten, tv en radio, waardoor veel ouderen geïnteresseerd raakten in wat er specifiek in hun wijk te doen was.

#### *De komende jaren*

Op 22 oktober is de campagne afgesloten. Inmiddels is er geëvalueerd bij een steekproef van ouderen die de krant hebben ontvangen en bij de ouderenconsulenten die hebben deelgenomen: wat vond men van het materiaal en de activiteiten, en wat is de mening over het effect van de campagne. Het rapport verschijnt in 2006. Als het aan de campagnevoerders ligt wordt De kunst van het ouder worden de komende jaren wederom georganiseerd, en dan ook gericht op specifieke groepen zoals allochtone ouderen en 'jongere ouderen' (60 tot 65 jaar) die binnenkort stoppen met werken.

#### **Kom in beweging!**

Kom in beweging! is een campagne om Haagse ouderen tussen de 55 en 65 jaar, inclusief chronisch zieken en allochtone ouderen, tot meer lichaamsbeweging te stimuleren.

Voor Kom in beweging! is eerst promotiemateriaal ontwikkeld en een website [www.kom-in-beweging.nl](http://www.kom-in-beweging.nl). Het materiaal -14.000 kalenders met tips en activiteiten- hebben studenten in supermarkten aan ouderen uitgedeeld. Ze vroegen ook naar de favoriete manier van bewegen. De meeste ouderen gaven de voorkeur aan wandelen, fietsen en/of zwemmen. Op de vierde plaats stond fitness.

Kitty van der Schaft, projectleider afdeling Sport-support gemeente Den Haag: "Nu zitten we in de laatste fase waarin de campagne van stadsdeel naar stadsdeel gaat. Via informatiebijeenkomsten leggen we contact met organisaties in de verschillende stadsdelen, om deze te motiveren mee te werken. We willen graag dat zij hun aanbod gratis of tegen gereduceerd tarief aanbieden. Zo is er een commerciële organisatie Fitmed die een fit-test in een stadsdeel organiseert, en een dansschool die salsalessen geeft tijdens de campagneperiode. Voetbalvereniging SV Loosduinen bood als proef zowel trimmen, kaarten, Nordic Walking als fietsen aan. De Nordic Walking lessen waren het meest populair en worden nu structureel aangeboden. Ieder stadsdeel krijgt een

sportpas met tips voor sportactiviteiten in de buurt en kortingsbonnen, waarmee ouderen gratis of tegen gereduceerd tarief kennis kunnen maken met diverse sportactiviteiten. Daarmee willen we bereiken dat senioren vijf keer per week, tenminste dertig minuten per dag bewegen. In de sportpas is een logboek opgenomen waarin organisaties een stempel kunnen zetten als de pashouder daar aan een activiteit heeft mee gedaan. Wie na afloop van de beweegmaand aan de beweegnorm voldoet maakt kans op een sportieve prijs."

Meer informatie over de campagne staat op de website [www.kom-in-beweging.nl](http://www.kom-in-beweging.nl).

#### **Boodschappen Begeleidings Dienst (BBD)**

De groene busjes met op de voorkant BBD rijden overal in Den Haag. Waar komen ze vandaan en wat voor boodschappen doen ze? Richard Ozbey, plaatsvervangend directeur van de Boodschappen Begeleidings Dienst: "De BBD doet meer dan alleen boodschappen. De dienst organiseert allerlei activiteiten: computerlessen, beweegactiviteiten, knutselen, bingo, dagjes uit, en je kunt er juridisch advies inwinnen. We halen en brengen demente ouderen van en naar de dagopvang en natuurlijk doen we ook nog de boodschappen. Al deze activiteiten organiseren we in de eerste plaats om de eenzaamheid bij ouderen te bestrijden. Er zijn zoveel oudere mensen in Den Haag die geen familie hebben en niemand die zich om hen bekommert. Voor die mensen is de BBD."

"De BBD is laagdrempelig en klant worden kost niets. Ouderen kunnen ons bellen, dan overleggen we samen wat ze bij ons kunnen doen. Tot nu toe hebben we ongeveer 4600 klanten. Voor de deelname aan activiteiten vragen we een kleine bijdrage. Zo kost het boodschappen doen of vervoer naar een activiteit € 3,- (met Ooievaarspas € 1,50). We drinken dan ook nog een kopje koffie met elkaar. Voor € 2,- kun je in het Nutshuis elke dag deelnemen aan een heerlijk lunchbuffet en op dinsdag en donderdag is er een warme maaltijd voor € 3,50. Activiteiten in het Nutshuis kosten € 4,- (met Ooievaarspas of Meavita Voordeelplanpas € 2,-). Om dit alles te kunnen realiseren werken we veel met I/D-medewerkers en vrijwilligers. Anders is zoiets bijna onmogelijk. De coördinatie wordt door vaste krachten gedaan. Daar ben ik er zelf een van. Inkomsten krijgen we uit de bijdragen van deelnemers aan activiteiten, van fondsen, donateurs, gemeente en uit een vergoeding voor de inzet van I/D-ers. Verder verkopen we promotie-artikelen, we hebben het BBD-koor dat kan worden geboekt en we ontvangen giften. De reclame op

bussen wordt meestal vergoed in natura. Zo staat er bijvoorbeeld een sticker van de Konmar op de bus. Daarvoor kunnen we gratis parkeren bij de Konmar. Het is dankbaar werk, als we in het weekend een activiteit hebben georganiseerd staat 's maandags de telefoon roodgloeiend met mensen die bedanken voor de leuke dag."

*Voor meer informatie: telefoonnummer 070 - 3646661 en op de website [www.bbddenhaag.nl](http://www.bbddenhaag.nl).*

### De Seniorencontactbank

De komst van de derde levensfase brengt voor veel mensen veranderingen met zich mee. De kinderen zijn het huis uit en mensen hebben meer vrije tijd gekregen doordat ze zijn gestopt met werken. Soms raken mensen elkaar uit het oog door een verhuizing of het overlijden van dierbaren. Allemaal veranderingen die kunnen leiden tot het verschromelen of zelfs het verlies van sociale contacten. De Seniorencontactbank biedt Hagenaars van 55 jaar en ouder de mogelijkheid om nieuwe contacten op te bouwen. Erbij horen, andere mensen ontmoeten en een zinvolle tijdsbesteding, daar draait het om bij dit project.

De formule is simpel. Mensen schrijven zich in bij de Seniorencontactbank, persoonlijk of per telefoon. In een kennismakingsgesprek maken mensen melding van hun hobby's, wensen en ideeën. De contactbank brengt vervolgens mensen met een gedeelde interesse bij elkaar. Deelneemster mevrouw Swart: "Ik was alleen doordat mijn partner kort daarvoor was overleden. Op een gegeven moment realiseerde ik me dat ik niets opschoot met thuis zitten huilen. Via de contactkrant heb ik vriendschap gesloten met een dame die bij mij in de buurt woont. Zij belde mij op naar aanleiding van mijn advertentie en nu gaan we regelmatig bij elkaar op de koffie om gezellig te babbelen."

De contactbank doet nadrukkelijk niet aan relatiebemiddeling. Ook mensen met een partner kunnen er gebruik van maken. Voor wie bijvoorbeeld gek is op films of opera en een partner heeft die meer van vissen of sporten houdt, kan de Seniorencontactbank een uitkomst zijn. In 2005 zijn er via de contactbank 473 zogenaamde 'matches' tot stand gebracht. Om de drempel laag te houden is inschrijving kosteloos. Er zijn contactbanken bij de welzijnsorganisaties in de stad. Vrijwilligers vormen een onmisbare schakel. Bij de contactbanken zijn inmiddels dertien vrijwilligers betrokken die een communicatietraining hebben gevolgd om de doelgroep goed te kunnen bereiken. De contactbank brengt een krant uit waarin vraag en aanbod zichtbaar worden gemaakt en er wordt een

folder verspreid bij instellingen, projecten, voorzieningen en locaties waar ouderen komen. Ook worden regelmatig groepsbijeenkomsten georganiseerd. *Voor meer informatie: telefoonnummer 070 - 3477297 en op de website [www.haagsehout.nl](http://www.haagsehout.nl).*

### VanHarte Resto

Aan het Jonckbloetplein 24 in het Haagse Laakkwartier is VanHarte Resto gevestigd, een restaurant voor mensen met een kleine beurs. Open op dinsdag en donderdag vanaf 17.00 uur. We zijn er gaan eten. In een ruimte van de welzijnsorganisatie staan tafeltjes opgesteld, met enige moeite weten mijn collega en ik een plaatsje te bemachtigen. Al snel raken we in gesprek met onze tafelgenoten. Allemaal mensen op leeftijd die alleen zijn en om uiteenlopende redenen liever niet zelf koken. We worden welkom geheten door een gastheer die vriendelijk maar streng zegt dat er geen vaste plaatsen zijn. Je mag gaan zitten waar je wil. Ook vertelt hij wat er op het menu staat. Deze keer een prei/aardappelsoep en rijst met pittige kip. Het is niet alleen gemakkelijk, maar ook gezellig bij VanHarte Resto, de vrijwilligers die het eten serveren hebben er duidelijk zin in.

Eten bij VanHarte is ook niet duur: € 2,50 met Ooievaarspas en € 5,- zonder. Het is de bedoeling dat je van tevoren telefonisch reserveert zodat de kok weet op hoeveel personen hij kan rekenen. VanHarte is er niet alleen voor ouderen, iedereen is welkom: jong en oud, rijk en arm. Je kunt ook weggaan wanneer je wilt. Er zijn mensen die voor het toetje al vertrekken, anderen blijven nog even hangen voor een praatje en een kopje koffie. We zijn niet de enige 'ambtenaren' deze avond. Achter ons zitten mensen van de dienst sociale zaken en werkgelegenheid die na de maaltijd hier voorlichting geven over zaken waar je als huurder tegenaan kunt lopen. Hoe weet je dat je de goede huurprijs betaalt, en wat moet je doen als er onderhoud gepleegd moet worden? Dergelijke voorlichting past in het concept van VanHarte Resto waarbij het niet alleen gaat om de maaltijd en het sociale contact maar ook om het in contact te brengen van mensen met het sociale netwerk van de wijk. Het bijzondere van deze voorziening is dat dit een puur particulier initiatief is, opgezet door Fred Beekers, medewerker van de CDA-fractie in de Tweede Kamer en mede-oprichter van Artsen zonder Grenzen in Nederland. De gemeente legt er geen cent het bij. De organisatoren proberen van bedrijven en fondsen een financiële bijdrage te krijgen. Ook in andere steden dan Den Haag zijn vestigingen of worden binnenkort vestigingen geopend.

Reserveren: telefoonnummer 070 - 3075690 en meer informatie via [www.vanharteresto.nl](http://www.vanharteresto.nl).

#### Dagvoorziening Oudere Surinamers (DOS)

Zorgcentrum Transvaal aan de Natalstraat beschikt sedert 15 jaar over een Dagvoorziening voor Oudere Surinamers (DOS). DOS biedt dagbesteding aan in totaal 250 mensen, vooral Hindostaanse Surinamers. De oudste deelnemer is 87, de jongste 55 jaar. Twee derde van de groep bezoekers bestaat uit vrouwen. Het logo van DOS laat het wapen zien van de Surinaamse republiek met op het wapenschild een afbeelding van de Haagse Ooievaar. Ook hier zijn we op bezoek geweest

Kloppend hart van DOS is een gezellige huiskamer, geschilderd in vrolijke kleuren met een grote open keuken. Als we binnenkomen staat er een grote pan soep op het vuur en is er net een gymnastiek-bijeenkomst aan de gang. Om twaalf uur wordt de ruimte omgebouwd tot eetzaal met lange tafels voor een warme maaltijd, bijvoorbeeld een bord vegetarische Bravoe-soep. Na de maaltijd vinden in dezelfde ruimte weer allerlei activiteiten plaats:

een computercursus, spelletjesmiddag, bingo, zangkoor of Hindi-les. Elke zondag is er een religieuze dienst. De ene zondag speciaal voor hindoes, de andere zondag voor moslims. Iedere zondag is ook het DOS-radioprogramma te beluisteren op Haagstad Radio.

Drijvende kracht achter DOS is Toelsie Ramdoelare Panday die hier zestien jaar geleden als stagiaire is begonnen en DOS heeft uitgebouwd tot wat het nu is. Inmiddels probeert zij het 'DOS-concept' ook te verwezenlijken bij de zorgcentra Jonker Frans en Waterhof-De Strijp. Naast Toelsie werken er 3 groepsleidsters en ongeveer 30 vrijwilligers. DOS is geopend van maandag tot en met vrijdag van 10.00 tot 16.00 uur. DOS is gestart als stedelijke pilot in 1989 en vanaf 1994 geïntegreerd in Zorgcentrum Transvaal. DOS is bedoeld om de oudere Surinamers een sociale context te bieden en zo eenzaamheid te bestrijden. Ook wordt ernaar gestreefd ouderen zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Het zorgcentrum ontvangt van de gemeente reguliere financiering voor de dagopvang, bezoekers betalen een kleine bijdrage per jaar. Voor vervoer van en naar het zorgcentrum kan gebruik worden gemaakt van de wijkbus, taxi-bus of de seniorenbus van Transvaal. (Zie ook het interview met mevrouw Djoemilasingh, op pagina 51)

Meer informatie via [www.zorgcentrumtransvaal.nl](http://www.zorgcentrumtransvaal.nl).

#### Meavita Thuis

Thuiszorgorganisatie Meavita start binnenkort met Meavita Thuis. Dat is een vorm van dienstverlening waarbij mensen met behulp van een apart kastje -de TVfoon- op hun eigen televisiescherm 'live' met anderen kunnen praten. Via hetzelfde systeem kan Meavita allerlei eigen programma's en diensten aanbieden, zoals veel bedrijven dat via internet doen. Voor Meavita Thuis is geen computer nodig, alle techniek zit in dat ene kastje, eenvoudig met een paar knoppen te bedienen.

Programmadirecteur Frank Vijg legt uit waarvoor Meavita Thuis kan worden gebruikt: "Als je moeder in Assen woont, heb je op deze manier een beeld/spraakverbinding met haar. Zij kan jou en je kinderen zien. Jij kunt zien hoe het met haar gaat. Als je wilt kun je de hele dag contact hebben met elkaar, want het is een open verbinding en werkt niet met telefoontikken. Een ander voorbeeld: om te controleren of een wond goed geneest, moet een verpleegkundige altijd langs de klant gaan. Nu, met de TVfoon van Meavita Thuis is het beeld zo goed, dat die wond in veel gevallen op afstand kan worden bekeken. Dat betekent winst."

Het derde voorbeeld maakt duidelijk hoe Meavita Thuis ook bijzondere groepen klanten van dienst kan zijn. "Nederland kent heel veel diabetespatiënten. Die moeten van alles weten over hun ziekte, het voorkomen van complicaties, signalen en leefregels op het gebied van voeding en beweging. Al die onderwerpen brengen we met Meavita Thuis bij onze klanten op hun televisiescherm. Daar komt nog bij dat men straks met de TVfoon ook zijn of haar bloedsuikerwaarde kan invoeren, zodat klant en verpleegkundige altijd de actuele gegevens bij de hand hebben."

De technologie is niet echt nieuw. Beeldspraakverbindingen bestaan al langer en ondersteunende programma's zijn ook via internet beschikbaar. Bijzonder is wel de toepassing via de televisie, en het gebruikersgemak. Iedereen kan van Meavita Thuis gebruik maken. Frank Vijg: "Ook de prijs is bijzonder. Doordat we gebruik maken van bestaande technologie die heel goed werkt op een kleine bandbreedte, kunnen we het heel betaalbaar houden. De exacte prijs weet ik nog niet, maar het zal echt betaalbaar zijn."

Nadere informatie op [www.meavita.nl](http://www.meavita.nl).

## Oudere Hagenaars aan het woord

**“Als ik alsmaar thuis blijven zitten word ik ziek. Dat geldt voor alle oudere mensen”**

In de Haagse wijk Transvaal staat het multicultureel Zorgcentrum Transvaal. Onderdeel hiervan is een dagvoorziening voor ouderen. Oudere buurtbewoners kunnen hier dagelijks terecht voor gezelschap, activiteiten en een warme maaltijd. Er is een dagopvang voor Hindostaanse en één voor autochtone Hagenaars. “De activiteiten zijn gescheiden vanwege de eigen culturen. Wij houden bijvoorbeeld erg van muziek en van ons eigen eten. Daar genieten de mensen heel erg van en dat kan hier allemaal. Er zijn in Den Haag wel meer multiculturele instellingen voor dagopvang, maar deze is de beste!”

Mevrouw Djoemilasingh, 70 jaar, werkt als vrijwilliger bij de dagopvang voor Hindostanen. Ze is in 1965 naar Nederland gekomen, haalde haar diploma verpleegkunde en ging terug naar Suriname om daar in het ziekenhuis te werken. Vanaf 1980 is ze weer terug in Den Haag, waar ze tot haar zestigste als verpleegkundige heeft gewerkt. Mevrouw Djoemilasingh woont alleen, haar dochter is getrouwd en woont buiten de stad, haar twee kleinkinderen bellen regelmatig of komen langs.

“Eén dag in de week doe ik hier vrijwilligerswerk en één dag kom ik voor mijn eigen gezelligheid. We luisteren naar Hindostaanse muziek, vaak zingen we mee, en we doen spelletjes en handwerken. Zo blijf ik onder de mensen. Ik heb ook veel contact met familieleden en af en toe wil ik graag op mezelf zijn. Met een boek op de bank of mijn administratie doen. Die afwisseling is ontspannend, zo blijf je gezond.” Mevrouw ziet er beslist niet uit als een zeventigjarige. Slank, een mooie huid, goed verzorgd en gekleed. Een vitale verschijning, maar schijn bedriegt: “Het is niet alles goud wat er blinkt. Ik camoufleer veel. Sinds een paar jaar heb ik suiker, daar moet ik iedere dag tabletten voor slikken. En ik heb een hartinfarct gehad, daarna waren er vier bypasses nodig. Het jaar daarvoor had ik als gevolg van een auto-ongeluk een subduraal hematoom, dat operatief is verwijderd. Van het hartinfarct ben ik goed hersteld, maar ik kan geen zwaar werk in huis meer doen en rennen naar de tram lukt ook niet meer. Door dat auto-ongeluk heb ik nog steeds last van een trauma, soms heb ik zomaar huilbuien zonder dat ik weet waarom.”



*- Kunt u gebruik maken van bepaalde voorzieningen?*

“Eén keer in de week heb ik huishoudelijke hulp van de thuiszorg, mijn dochter helpt met de zware boodschappen en ik heb een aangepaste douche met een stoel. Zo red ik het wel. Bij het aanvragen heeft de coördinatrice van het zorgcentrum mij geholpen met het invullen van de papieren. Dat doet ze voor meer ouderen. Het duurde een paar maanden en toen was het geregeld.”

*- En wat doet u om zo gezond mogelijk te blijven?*

“Iedere ochtend als ik wakker word bid ik tot God. Daar vertrouw ik op en dat geeft mij rust. Verder doe ik ochtendgymnastiek, ik neem regelmatig mijn medicijnen en ik zorg ervoor dat ik op vaste tijden en gezond eet. Heel belangrijk is dat ik regelmatig de deur uitga. Als ik alsmaar thuis blijf zitten word ik ziek. Dat geldt voor alle oudere mensen, daarom zou ik zo graag willen dat het openbaar vervoer gratis wordt voor iedereen boven de zeventig jaar! Dat is voor zoveel mensen een belemmering.”

Zelf moet mevrouw Djoemilasingh ook passen en meten. Naast AOW heeft ze een klein pensioen van haar werk als verpleegkundige: “Het is heel krap. Het gaat nèt, ik heb ervoor gezorgd dat ik geen schulden

heb, maar het houdt niet over, ik kan bijna nooit eens een mooie blouse kopen. Ik moet ook gezond eten, olijfolie, melk met calcium, veel groente, dat is allemaal duur. Goedkope producten zijn te vet of te zoet. Ik houd goed in de gaten welke rekeningen er liggen: als de gemeentelijke belasting betaald moet worden of de energienota is er geen geld voor iets anders. Dan kan ik bijvoorbeeld ook niet naar een verjaardag, want zonder cadeautje dat kan niet. Toch ben ik niet ontevreden. Ik vind: wat je hebt moet je koesteren, ook al is het weinig. Daarmee probeer je goed en gezellig te leven. Als je veel bezit heb je ook veel om je zorgen om te maken.”

*- Hoe kijkt u naar de toekomst?*

“Ik denk dat ik wel hier in het tehuis kan wonen als ik slechter mocht worden. Maar ik wil daar niet aan denken. Als je dat doet gaat het ook een rol spelen in je leven, dan gaat de fantasie je leven bepalen en dat wil ik niet. Ik vertrouw erop dat ik hier verzorgd kan worden. Ik vind trouwens dat het in Den Haag goed geregeld is. Er zijn overal instellingen voor, en maatschappelijk werk. Je wordt hier niet aan je lot overgelaten. Ik ben ook niet bang om dood te gaan. Als je goed geleefd hebt gaat je ziel naar God. Daarom ben ik niet bang.”

## korte berichten

### Actueel

#### Komt ouderdom nou eenmaal met gebreken?

*Onderzoek naar mogelijkheden voor een consultatiebureau voor ouderen*

Dat de ouderdom met gebreken komt, wordt vaak met enige berusting uitgesproken. Toch is het maar de vraag of dat zo'n enorme vanzelfsprekendheid is. Wat voor gebreken? Hoe onvermijdelijk komen ze? En op welke leeftijd?

In z'n algemeenheid weten we dat roken slecht is, dat we op ons cholesterol moeten letten, gezond moeten eten en veel bewegen. Maar of iemand daarmee gezond oud wordt hangt ook samen met zijn individuele gestel, gewoontes in het verleden, erfelijke aanleg en nog het een en ander. Onbekend is ook bij welke preventieve maatregelen oudere mensen het meeste baat hebben. Individueel onderzoeken van oudere mensen lijkt in ieder geval nuttig. Op diverse plaatsen in Nederland functioneren daarom preventieprojecten, ter verbetering van de kwaliteit van leven van ouderen. Ze verschillen echter in doelgroep (welke leeftijd, ook voor bijzondere groepen zoals allochtone ouderen of chronisch zieke ouderen?), vorm en aanpak. Over effect en doelmatigheid is weinig bekend.

Onder de werktitel *'De voors en tegens van consultatiebureaus voor ouderen'* start de academische werkplaats Publieke gezondheid noordelijk Zuid-Holland binnenkort een vier jaar durend wetenschappelijk onderzoek, met een stimuleringssubsidie van ZON/-MW. Onderzocht wordt bij verschillende groepen ouderen,

verzorgers en gezondheidswerkers waaraan precies behoefte is -bijvoorbeeld naast het regelmatig controleren van lichamelijke risico's ook kijken naar sociale en psychische behoeften-, hoe de al bestaande preventieprojecten werken en wat de wetenschappelijke onderbouwing is voor verschillende preventieve acties. Ook worden drie modellen van periodiek gezondheidsonderzoek voor ouderen op proef gestart en begeleid door wetenschappelijk onderzoek.

Dit grootschalige onderzoek moet uiteindelijk leiden tot een wetenschappelijk verantwoorde invoering van preventief gezondheidsonderzoek voor ouderen, 'op den duur net zo gewoon als het screenen op baarmoederhalskanker. En net zo vanzelfsprekend als de consultatiebureaus voor kinderen', aldus een van de onderzoekers.

*De academische werkplaats Publieke gezondheid noordelijk Zuid-Holland* is in 2005 opgericht. Het is een samenwerkingsverband tussen GGD-en in noordelijk Zuid-Holland, TNO Kwaliteit van Leven en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). De samenwerking verbindt wetenschap en praktijk, en streeft naar vergroting van de bruikbaarheid van kennis. Daarnaast is de verwachting dat het werk van de GGD-en aan kwaliteit zal winnen doordat het, sterker dan voorheen, 'evidence based' zal zijn.

#### Haags project valpreventie ouderen landelijk onderscheiden

Veel ouderen vallen. In Den Haag komen ieder jaar naar schatting 4500 mensen van 55 jaar en ouder

op de Spoedeisende Hulp van de ziekenhuizen terecht nadat ze zijn gevallen. Ruim de helft blijkt iets te hebben gebroken.

Om hier iets tegen te doen is de STIOM werkgroep Ouderen in Segbroek de actie *'Halt! U valt'* gestart. In april en november 2005 werden ouderen in verschillende wijken geïnformeerd over de risico's om te vallen in en rond het huis, en over hoe dit te voorkomen. Alle organisaties op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de betreffende wijk besteedden een maand lang aandacht aan het onderwerp, o.a. met informatiemarkten waar workshops 'Meer bewegen voor ouderen' werden gegeven, mensen op de hoogte werden gesteld van domotica, en ouderen hun rollator of rolstoel konden laten nakijken. Er werden cursussen valpreventie gehouden en apothekers en huisartsen deden een project met als doel het gebruik van bepaalde medicatie onder begeleiding af te bouwen. Ouderen werden bereikt via posters, een speciale folder en de huis-aan-huisbladen.

'Halt! U valt' is inmiddels door de Stichting Consument en veiligheid onderscheiden als een van de vijf beste projecten in het land op het gebied van valpreventie. Dat is uiteraard reden voor STIOM en de GGD om ermee door te gaan. Er is een draaiboek gemaakt voor het opzetten van zo'n actiemaand, dat is aangeboden aan de wethouder. Een stedelijke werkgroep ziet toe op de uitvoering. Op advies van hulp- en dienstverleners heeft STIOM het project omgedoopt van 'Halt! U valt' in *'Ik Val Op Veilig'*.

## Cursussen

### Innoveren en Implementeren van vernieuwingen in de OGZ

In traject 3 van de MPH opleiding gaat het om beleid in ruime zin: nieuwe beleidsmaatregelen, diensten, voorzieningen, programma's, (gedrags)interventies, werkwijzen, protocollen en alle andere gerichte activiteiten waarmee u als professional de kloof wilt dichten tussen dat wat is en dat wat wenselijk is. Traject 3 biedt hierbij praktische handreikingen en helpt u een heldere visie te vormen.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 3.350

Data: Donderdag 7 en 21 september, 5 oktober, 2 en 23 november, 7 en 21 december 2006

### Master of Public Health

De volledige MPH opleiding is bedoeld voor professionals met de ambitie om zich te ontwikkelen tot belangrijke 'stuurders' in het veld: als professional, beleidsadviseur of leidinggevende. Vier samenhangende trajecten van ca. 4 maanden onderwijs, ook geschikt voor bij- en nascholing.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 14.900

Data: start opleiding van 2,5 jaar, vanaf 14 september 2006, één dag per twee weken.

### Strategisch opereren in de OGZ, politiek-bestuurlijke context

Pittig traject voor werkers in de OGZ die in hun werk sterker wil-

len opereren en met succes invloed willen uitoefenen. In dit eerste traject van de MPH opleiding, waarin de bestuurlijke en politieke context van de openbare gezondheidszorg centraal staat, analyseert u relevante netwerken en krachtenvelden. U leert hoe deze elkaar beïnvloeden. Om zelf krachtig te kunnen opereren in deze context gaat u op zoek naar strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 3.350

Data: Donderdag 14 en 28 september, 12 oktober, 9 en 23 november, 7 en 21 december 2006

### Leidinggeven en sturen op resultaat in de OGZ

*Verbeteren, veranderen of vernieuwen in een professionele setting.*

Traject 4 van de MPH opleiding waarin het draait om de dynamiek van het in werking zetten én het bestendigen van nieuw beleid in de openbare gezondheidszorg.

Leidinggeven in de openbare gezondheidszorg speelt zich af in een aan veranderingen onderhevige, multidisciplinaire en professionele context. Het traject is op onderdelen volgens de methodiek van Action Learning vormgegeven zodat u relevante managementthema's kunt integreren in de eigen praktijk en reflecteert op uw eigen functioneren.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 3.000

Data: donderdag 21 september, 5 oktober, 2 en 23 november, 7 en 21 december 2006

*Alle cursussen worden gegeven op de locatie NSPOH in Amsterdam.*

*Nadere informatie*

*www.nspoh.nl, telefoon*

*020-5664949, info@nspoh.nl.*

## Aangiften infectieziekten regio Den Haag

### Meldingen tijdens het 1e kwartaal 2006, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waar alle aangifteplichtige meldingen ingevoerd worden.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten (exclusief de meldingen van TBC), door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het 1e kwartaal 2006 gemeld (77), is lager dan het aantal in dezelfde periode in 2005 (121). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal gevallen van kinkhoest en bacillaire dysenterie. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

### Bacillaire dysenterie

Twee mannen van ongeveer 40 jaar werden gemeld. De besmetting vond plaats in Nederland. Er is in beide gevallen geen bron achterhaald.

### Creutzfeld-Jacob's ziekte

Sinds 2003 is ook de dodelijke hersenaandoening Creutzfeld-Jacob's ziekte meldingsplichtig. Een variant van deze aandoening is de gevreesde aandoening die veroorzaakt wordt door prionen, minuscule eiwitten die aangetroffen worden in het zenuwstelsel van



In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1e kwartaal 2006.

ziektecategorie	verzorgingshuis	KDV	school	verpleeghuis	ziekenhuis	kindercentrum	Tot.
Hersenvliesontsteking			1				1
Huidziekten		2				1	3
MRSA				1			1
Luchtweginfecties				2			2
Maag-darmaandoening	4	1		7	1	2	15
Scabiës						Busmaatschappij	1
Vlekjesziekten			4			2	6
totaal	4	3	5	10	1	5	29

dieren die aan gekke koeienziekte lijden. In het eerste kwartaal van 2006 is 1 geval gemeld. Het gaat hier echter om de klassieke vorm, die met de gekke koeienziekte niets te maken heeft en niet besmettelijk is.

#### Hepatitis A

Er 1 man met hepatitis A aangegeven, besmet in Nederland. De besmettingsbron is niet gevonden.

#### Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (42: 37 chronische gevallen en 5 acute gevallen) is iets lager dan het vorige kwartaal. In de categorie chronische gevallen zijn evenveel mannen als vrouwen vertegenwoordigd. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt.

De patiënten met acute hepatitis B zijn 4 mannen (waaronder 1 Antilliaanse en 3 Nederlandse mannen) en 1 Nederlandse vrouw. In 3 gevallen heeft besmetting waarschijnlijk door onbeschermd seksueel contact plaatsgevonden.

#### Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (21) is aanzienlijk minder dan het aantal in hetzelfde kwartaal van 2005 (50). Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen.

#### Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (6) is iets lager dan dezelfde periode vorig jaar (9).

Het betreft 6 mannen die op 1 na in Afrika zijn besmet. Bij de meeste patiënten waar die informatie voor handen was kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

#### Meningokokkose

Er zijn 2 gevallen van meningokokkose (hersenvliesontsteking) gemeld, een jongen van 8 en een man van 35 jaar. Beide patiënten zijn besmet door een meningokok van het type B, waartegen nog geen vaccin bestaat.

#### Voedselinfecties

Er is 1 voedselinfectie gemeld. Het betreft 2 personen van een gezin die waarschijnlijk door het thuis eten van niet goed doorbakken kip ziek zijn geworden.

#### Infectieziekten gemeld door instellingen

Het aantal meldingen uit instellingen is hoger dan gedurende het 1e kwartaal 2005. Er zijn vooral meer maag-darmaandoeningen. Het betrof hoofdzakelijk 11 explosies van buikgriep in verpleeg- en verzorgingshuizen, allemaal veroorzaakt door het norovirus. Bij Vlekjesziekten en huidsuitslag ging het meestal om vermoedens op de vijfde ziekte en roodvonk, alsook

kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Het waren vooral kinderdagverblijven en scholen die deze aandoeningen gemeld hebben.

De uitbraak van scabiës (schurft) vond plaats bij een busmaatschappij waar eind maart bij verschillende buschauffeurs scabiës is geconstateerd. Besmetting heeft waarschijnlijk plaatsgevonden door een medewerker met een erg besmettelijke vorm van deze aandoening. De arbodienst van de busmaatschappij en de GGD hebben 260 buschauffeurs onderzocht en bij 25 van hen werd scabiës geconstateerd of vermoed. Al deze personen en hun gezinsleden zijn behandeld en nadien zijn geen nieuwe gevallen meer opgetreden. Epidemiologisch onderzoek is nog aan de gang om meer inzicht te krijgen in de exacte besmettingsweg.

#### Meldingen tijdens het 1e kwartaal 2006 voor de regio Zuid-Holland West

##### Bacillaire dysenterie

Er zijn 3 meldingen van bacillaire dysenterie gemeld bij de GGD. Een vrouw heeft het mogelijk via voedsel dat haar man uit het buitenland had meegenomen opgelopen (Shigella sonnei). Een andere vrouw heeft de ziekte op vakantie in Ethiopië opgelopen (Shigella sonnei). De derde melding is van

een vrouw die met vakantie in Indonesië is geweest.

#### **Hepatitis A**

Er is 1 melding gedaan van hepatitis A, een vrouw van 57 jaar waarvan de mogelijk bron een vakantie in Tunesië is geweest.

#### **Hepatitis B**

Er waren 13 meldingen van hepatitis B. 4 keer was er sprake van een acute hepatitis B waarvan 3 keer opgelopen door homoseksuele contacten. Bij 1 melding van acute hepatitis B is er mogelijk sprake geweest van horizontale transmissie.

#### **Kinkhoest**

Het aantal meldingen van kinkhoest bedroeg in het eerste kwartaal 37. Dit is vergelijkbaar met het vierde kwartaal van 2005 (36).

#### **Legionellose**

Drie keer is er Legionellose aangemeld. Brononderzoek bij de patiënt, die niet in het buitenland was geweest, leverde niets op. Twee andere patiënten hebben de ziekte waarschijnlijk in een hotel in het Midden-Oosten en in een hotel in Griekenland opgelopen.

#### **Meningokokkose**

Er waren 3 meldingen van meningokokkose. In één gezin hebben een jongen van tien jaar en zijn zusje van twaalf beiden meningokokkose gekregen. De derde melding was van een kind van één jaar. In alle gevallen ging het om serogroep B.

#### **Paratyfus A**

Er was een melding van paratyfus van een man van 42 jaar. Hij was in India op vakantie geweest.

#### **Tuberculose**

Er waren 2 meldingen van tuberculose in de regio van de GGD Zuid-Holland West.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

*K.B. Yap (GGD Zuid-Holland West)*

## Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het eerste kwartaal 2006			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		1 kw. 2006	1e kw. 2006	1e kw. 2006	1e kw. 2005 **)	2e kw. 2005**)	3e kw. 2005 **)	4e kw. 2005**)	1e kw. 2006	1e kw. 2005**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	2	3	5	18	14	37	13	5	18
	buiktyfus	1		1				1	1	
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease	1		1		1		1	1	
	hepatitis A	1	1	2	2	3	3	8	2	2
	hepatitis B *)	42	13	55	54	48	39	61	55	54
	hepatitis C									
	kinkhoest	21	37	58	110	71	66	55	58	110
	legionella pneumonie		3	3	2	5	10	3	3	2
	mazelen									
	meningokokkose	2	3	5	7		3	2	5	7
	paratyfus A		1	1				1	1	
	paratyfus B (C)				1		2			1
	tuberculose	32	2	34	27	72	39	58	34	27
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	1		1	2	5	5	4	1	2
<hr/>										
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157							1		
	leptospirose						1	1		
	malaria	6		6	9	5	7	9	6	9
	ornithose/psittacose					1				
	Q-koorts				3	9				3
	rode hond									
<b>totaal</b>		<b>109</b>	<b>63</b>	<b>172</b>	<b>235</b>	<b>234</b>	<b>212</b>	<b>218</b>	<b>172</b>	<b>235</b>

\*) Inclusief dragers

\*\*) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wateringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

