



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Goede preventieve ouderenzorg: welke elementen zijn van belang?

Dé oudere bestaat niet. De ene persoon van 75 jaar is nog vitaal, onafhankelijk en fit. De andere 75-jarige is niet meer mobiel en heeft dagelijks ondersteuning en (mantel)zorg nodig. De behoeften van zelfstandig wonende ouderen aan ondersteuning en zorg variëren daarom enorm. Het is van belang dat het aanbod van preventieve ouderenzorg voldoende variatie biedt om goed aan te sluiten bij deze uiteenlopende behoeften. De vraag is of dat op dit moment zo is of dat er thema's zijn die onderbelicht zijn in de huidige preventieve ouderenzorg? En zijn er misschien elementen van preventieve ouderenzorg die iedere gemeente, ieder (sociaal) wijkteam of iedere huisarts zou moeten aanbieden? Wat is goede preventieve ouderenzorg eigenlijk? In deze factsheet inventariseren we wat belangrijke elementen zijn van goede preventieve ouderenzorg. Vervolgens geven we aanknopingspunten om preventieve ouderenzorg te optimaliseren.



Waarom deze factsheet?

Preventieve ouderenzorg staat enorm in de belangstelling en het veld is sterk in beweging. De groep zelfstandig wonende ouderen groeit en de verschillen in behoefte aan ondersteuning en zorg zijn groot. Daarnaast heeft in 2015 een decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten plaatsgevonden. Hierdoor hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden gekregen ten aanzien van de zorg en ondersteuning voor ouderen. Gemeenten en GGD'en zijn soms nog aan het zoeken hoe zij hun nieuwe rol binnen de preventieve ouderenzorg het beste kunnen vormgeven. In deze factsheet beschrijven we de resultaten van onderzoek naar preventieve ouderenzorg dat het RIVM heeft uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De centrale vraag van dit onderzoek was: Wat is goede preventieve ouderenzorg? Hiertoe hebben we literatuuronderzoek uitgevoerd en interviews gehouden met professionals op het gebied van preventieve ouderenzorg (zie Tekstbox 1 en 2 voor informatie over de gehanteerde begrippen, het literatuuronderzoek en de interviews). Met behulp van de literatuurstudie hebben we geïnventariseerd wat

elementen zijn van goede preventieve ouderenzorg. Door middel van de interviews hebben we onderzocht wat er nodig is om preventieve ouderenzorg te optimaliseren en goed aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van ouderen. Deze wensen en behoeften zijn in een recente factsheet van het RIVM door middel van interviews met ouderen in kaart gebracht (De Bruin, 2016). In de voorliggende factsheet ligt de focus op preventieve ouderenzorg voor thuiswonende oudere mensen, vanuit het perspectief van de (zorg)professional. Deze factsheet is bedoeld voor beleidsmakers, zorg- en welzijnsprofessionals, onderzoekers en andere betrokkenen bij preventieve ouderenzorg. Op basis van de resultaten van de interviews hebben we een 10-tal overkoepelende thema's benoemd en deze onder aparte kopjes ondergebracht. In de tekst die volgt worden per thema de hoofdpunten van het literatuuronderzoek en de interviews uiteen gezet. We eindigen deze factsheet met een reflectie en een aantal aanbevelingen voor het optimaliseren van preventieve ouderenzorg.

Tekstbox 1: Gehanteerde begrippen

- **Preventieve ouderenzorg** is gericht op het voorkómen van kwetsbaarheid en het voorkómen van ziekten en complicaties van ziekten bij oudere mensen. In deze factsheet ligt de focus op de preventie van kwetsbaarheid bij ouderen. Preventieve ouderenzorg beslaat de hele keten van ondersteuning en preventie via publieke gezondheidszorg, eerstelijnszorg en tweedelijnszorg naar langdurige zorg. Medewerkers van welzijnsorganisaties, GGD'en en gemeenten, huisartsen, apothekers, specialisten, geriateren, specialisten ouderengeneeskunde: allemaal behoren zij tot deze keten van preventieve ouderenzorg. Onder preventieve ouderenzorg vallen alle vormen van preventie: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (CVZ, 2007). In het huidige project hebben wij ons gericht op preventieve zorg voor mensen van 55 jaar en ouder. Dit neemt niet weg dat ook mensen jonger dan 55 jaar preventieve zorg nodig kunnen hebben.
- Binnen de preventieve ouderenzorg onderscheiden we voor dit project **drie domeinen**, namelijk de lichamelijke en psychische gezondheid van een individu, de sociale omgeving en de woonomgeving (zie Figuur 1). Het welzijn van de oudere en het sociale netwerk, inclusief mantelzorgers, rekenen wij beide tot de sociale omgeving omdat deze aspecten nauw met elkaar samenhangen. Met de woonomgeving bedoelen we zowel de woning als de buurt en of iemand daar kan blijven wonen als iemand kwetsbaarder wordt.
- **Kwetsbaarheid** bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname in ziekenhuis of verpleeghuis, overlijden) (Van Campen, 2011). Aansluitend bij bestaande indelingen die zowel door wetenschappers (Gobbens, 2010; Welnu, 2015) als in de praktijk worden gebruikt, hebben we in dit project ouderen ingedeeld in vier groepen: vitale ouderen, ouderen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid, kwetsbare ouderen zonder complexe problematiek en kwetsbare ouderen met complexe problematiek (zie Figuur 1). Kwetsbaarheid is dynamisch: kwetsbaarheid kan verergeren maar ook verminderen en ouderen kunnen tot verschillende van de 4 groepen (gaan) behoren naarmate zij ouder worden.
- Vanwege de breedte van preventie ouderenzorg is ook de definitie van **preventieve interventies** breed: interventies in deze factsheet variëren van ondersteunende diensten zoals hulp bij internetgebruik en boodschappendiensten, via leefstijlinterventies gericht op stoppen met roken, meer bewegen en gezonde voeding tot hulp in het huishouden, thuiszorg gericht op hulp bij aankleden en wassen en preventie van doorligplekken bij bedlegerige ouderen met chronische ziekten.

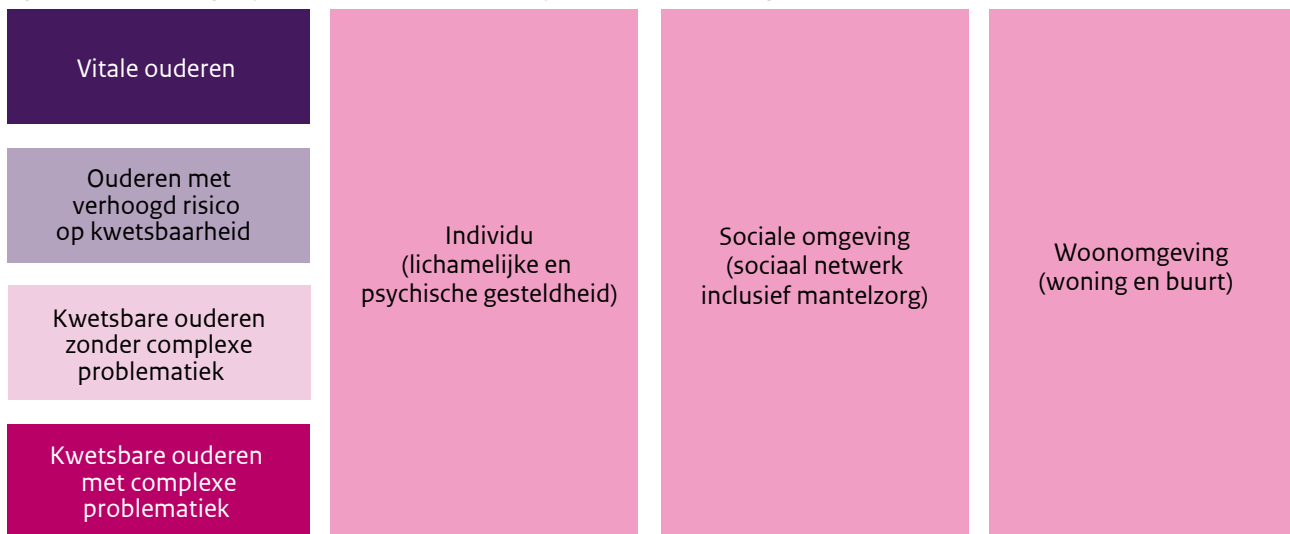
Tekstbox 2: Literatuuronderzoek en interviews met (zorg)professionals

In het literatuuronderzoek zijn richtlijnen van beroepsgroepen, visiedocumenten en overzichtspublicaties van kennisinstituten over preventieve ouderenzorg, en (grijze) literatuur over preventieve interventies gericht op ouderen of op kwetsbare ouderen geraadpleegd. In Figuur 1 staat een overzicht van de vier groepen ouderen en de drie domeinen die we binnen de preventieve ouderenzorg onderscheiden (zie Figuur 1 en Tekstbox 1). Voor elk van de twaalf mogelijke combinaties van groepen ouderen en domeinen binnen preventieve ouderenzorg zijn stellingen op basis van literatuur geformuleerd. Het doel van de, soms scherp geformuleerde, stellingen was om discussie tijdens de interviews uit te lokken.

We hebben twaalf interviews gehouden met in totaal twintig professionals. Enerzijds werden professionals alleen geïnterviewd en anderzijds met zijn tweeën of drieën tegelijk (op eigen verzoek). Daarna werd een

groepsinterview gehouden met nog eens negen professionals. Hierin werden de stellingen besproken die in de voorgaande twaalf interviews nog niet uitgebreid aan bod waren gekomen. Het groepsinterview was ook bedoeld om met hulp van de dynamiek en interactie in de groep verdieping van verschillende thema's te verkrijgen. Om een goed beeld te krijgen van de hele breedte van preventieve ouderenzorg, hebben we een heterogene groep van professionals uitgenodigd voor de interviews. Onder de geïnterviewden waren professionals vanuit de eerstelijnszorg, het welzijnswerk, de GGD, de gemeente, het onderzoek, de ouderenvertegenwoordiging, het NPO (Nationaal Programma Ouderenzorg / BeterOud) en de woonsector. Aan het einde van elk interview werd gevraagd bij welke groep ouderen en/of domein volgens de professionals de meeste urgentie ligt en wat de belangrijkste aanbeveling voor verbetering van preventieve ouderenzorg is.

Figuur 1: schema met groepen ouderen en domeinen van preventieve ouderenzorg



Bevindingen

1. Dé oudere bestaat niet

Uit zowel de literatuur als de interviews met de professionals blijkt dat de diversiteit onder ouderen enorm is wat betreft vitaliteit, kwetsbaarheid, chronische aandoeningen en de behoefte aan preventie, ondersteuning en zorg (Gezondheidsraad, 2009; Doekhie, 2014). Bovendien is leeftijd niet leidend omdat de ene persoon op jongere leeftijd kwetsbaarheid ontwikkelt dan de ander. Een aantal groepen heeft volgens de professionals extra aandacht nodig vanwege hun verhoogde kans op kwetsbaarheid op het domein van de lichamelijke en psychische gesteldheid, het sociale domein en/of het domein van wonen. Dit zijn mensen met een lage sociaal economische status, migranten, mantelzorgers en LHBT

ouderen (lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen en transgenders). Bij het aanbieden van preventieve interventies moet volgens professionals ook rekening gehouden worden met het normen- en waardenpatroon, werkverleden en religie van de ouderen. In dit kader wordt ook opgemerkt dat ouderen het belangrijk vinden hun leven te kunnen leiden zoals ze dat gewend zijn, ook wanneer ze kwetsbaarder worden (NPO, toekomstvisie). Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat mensen hun hele leven al weinig sociale contacten hebben, maar hier ook zelf voor gekozen hebben en er tevreden mee zijn. Bovendien veranderen voor sommige mensen de wensen ten aanzien van sociale relaties ook met de leeftijd en is men meer op zichzelf (Dykstra, 2005).

2. Zingeving heel belangrijk voor ouderen

Zingeving is een belangrijke behoefte van ouderen (NPO, toekomstvisie; De Bruin, 2016) en de professionals herkennen dit vanuit hun eigen ervaringen. Zingeving in deze context draait om wat het leven voor ouderen de moeite waard maakt. Of om het idee dat ouderen het gevoel hebben nog te kunnen bijdragen aan de maatschappij. Dit betekent dat er interventies moeten zijn die een zinvolle dagbesteding bieden voor de ouderen die hier behoefte aan hebben. Dit kan onder andere bereikt worden door ouderen aan te spreken op hun passie of hun werkverleden of door ouderen een rol te geven en te stimuleren tot meedoen. Voorbeelden die professionals hierbij noemen zijn wandelvoetbal bij een Eredivisieclub en het geven van bijles aan middelbare scholieren over Nederlandse literatuur. In dit kader wordt ook genoemd dat bewegen niet alleen als doel moet worden gezien, maar ook als middel. Wandelvoetbal zorgt er bijvoorbeeld óók voor dat mensen sociale contacten op doen.

3. Maatwerk op alle domeinen van preventieve ouderenzorg is nodig

De meningen van de professionals zijn verdeeld over de vraag of het huidige aanbod aan interventies binnen preventieve ouderenzorg afdoende en effectief is. De literatuur laat zien dat de kennis over de effectiviteit van preventie gericht op ouderen vaak nog ontbreekt of onvoldoende is (Schippers, 2009; Zantinge, 2011; Peeck, 2016). Ook het bereik van interventies staat nog ter discussie (Zantinge, 2011). Wel zijn professionals het erover eens dat aangezien dé oudere niet bestaat, het van groot belang is om maatwerk te leveren op zowel het domein van de individuele lichamelijke en psychische gezondheid, als de sociale omgeving en de woonomgeving, en dit wordt ook in de literatuur bevestigd (NPO, toekomstvisie). Interventies zijn volgens hen het meest succesvol als zij in samenspraak met ouderen of door ouderen bedacht en uitgevoerd worden. Ouderen kunnen bovendien beter aangesproken worden op wat zij nog wel kunnen en niet op wat zij niet meer kunnen. Daarnaast hebben interventies bij voorkeur effecten op meerdere gebieden van redzaamheid. Zo kan het bijvoorbeeld goed zijn om een laagdrempelige maaltijdvoorziening in een buurthuis te organiseren zodat ouderen nog wel de deur uitkomen en mensen ontmoeten en zo ook een dagbesteding hebben. Verder wordt ook de betaalbaarheid van de interventies aangekaart. Om het zo laagdrempelig mogelijk te houden zou de eigen bijdrage minimaal moeten zijn.

4. Ouderen onderschatten hun eigen kwetsbaarheid en anticiperen weinig

Uit de literatuur (De Bruin, 2016) en de interviews blijkt dat ouderen geneigd zijn hun eigen kwetsbaarheid te onderschatten. Ondanks dat ouderen achteruit gaan in functioneren, houden ze lang vol dat ze niet kwetsbaar zijn, misschien omdat zij zich, ongemerkt, aanpassen aan het nieuwe niveau van functioneren. Bovendien is er onder ouderen een lage mate van anticipatie op een slechter

wordende gezondheid en wordt anticiperen moeilijker naarmate ouderen kwetsbaarder worden. Dit geldt zowel voor de lichamelijke en psychische gesteldheid als voor het sociale domein en het domein van wonen. De trend is om in het 'hier en nu' te leven. Echter, vooruitkijken en anticiperen kan juist helpen om langer zelfstandig te functioneren en wonen (NPO, toekomstvisie). Het valt professionals bijvoorbeeld op dat ouderen soms maar weinig bezig zijn met hun leefstijl om in goede gezondheid oud te worden. Zo komt er onder hoogopgeleide ouderen vaker alcoholmisbruik voor dan onder laagopgeleide leeftijdsgenoten en ook vaker dan onder de jongere hoogopgeleiden (CBS, 2016). Ouderen vinden het hebben van sociale contacten en een sociaal netwerk wel erg belangrijk, maar sommigen vinden het moeilijk om sociale relaties aan te gaan en te onderhouden (De Bruin, 2016).

De professionals geven ook aan dat sommige ouderen al in een dusdanig sociaal isolement zitten dat dit eigenlijk niet meer omkeerbaar is. Eenzaamheid is een groot maatschappelijk probleem; dit blijkt zowel uit de literatuur als uit de interviews (Zantinge, 2011; VenZinfo, 2016; NPO, toekomstvisie). Ouderen zullen echter niet snel in termen van eenzaamheid over zichzelf praten. Uit de literatuur blijkt ook dat, hoewel twee op de drie ouderen wel eens nadenkt over verhuizen naar een levensloopbestendige woning, de meesten van hen toch niet tot actie overgaan (Van Triest, 2014; ANBO & Woonz, 2016). Ouderen zien namelijk op tegen de organisatorische kant van het verhuizen, gevolgd door het achterlaten van het oude huis en de mogelijke lastenverhoging (ANBO & Woonz, 2016). Een andere mogelijke reden is de angst van ouderen om na verhuizing hun sociale contacten kwijt te raken (Van Triest, 2014; Zuidema, 2015).

5. Voorlichting door professionals helpt ouderen anticiperen

Uit de interviews kwam dat zorgprofessionals ook meer of betere voorlichting kunnen geven om ouderen te helpen anticiperen. De voorlichting kan bijvoorbeeld gaan over de verschillende typen dementie en het verloop daarvan. Op die manier worden ouderen en hun mantelzorgers beter voorbereid op wat er zou kunnen gebeuren en is het voor mantelzorgers makkelijker om daar op te anticiperen. In dit verband wordt ook genoemd dat vooral bij migranten nog een taboe ligt op dementie, waardoor voorlichting geven en het bespreekbaar maken binnen de familie nog meer van belang is. Wel wordt aangekaart dat voorlichting alleen effect kan hebben wanneer mensen er aan toe zijn en voor open staan. Ook hoeft de verantwoordelijkheid voor het actiever nadenken over verhuizen en woningaanpassingen niet alleen bij ouderen zelf te liggen. Zo kan de communicatie vanuit gemeenten over langer zelfstandig wonen beter (Van Triest, 2014). Daarnaast is er volgens de ANBO ook een taak voor belangenorganisaties weggelegd als het gaat om voorlichting over levensloopbestendig wonen (ANBO, 2016). Verder is het van belang dat informatie en voorlichting wordt aangeboden via mediakanalen die vaak door ouderen gebruikt worden.

6. Sommige ouderen zijn wél goed voorbereid op hun woontoeekomst

Volgens de geïnterviewde professionals zijn er ook proactieve ouderen die zelf stappen ondernemen om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren en wonen. Zo zijn al allerlei initiatieven ontstaan van ouderen die samen woonconcepten realiseren of zorgcoöperaties opzetten (Boumans, 2015, Van Beest, 2014). De professionals denken niet dat dit alleen voor hoogopgeleide ouderen te realiseren zou zijn, maar wel dat deze groep mogelijk een langere adem heeft om het georganiseerd te krijgen, waardoor zij vaak 'koplopers' zijn. Er zijn overigens ook al voorbeelden van woonconcepten met sociale huurwoningen voor ouderen, zoals het Amstelhuis in Amsterdam. Ouderen zouden kunnen profiteren van de ervaringen die in dit soort initiatieven al zijn opgedaan (Boumans, 2014; Van Beest, 2014). Niet alleen ouderen zelf, maar ook andere partijen, zoals gemeenten en woningcorporaties, zouden zich bezig kunnen houden met de woonomgeving van ouderen. Een aantal professionals ziet potentie in het slim inrichten van binnen- en buitenruimtes om ontmoeting, gezond gedrag en levensloopbestendig wonen te stimuleren of faciliteren. Eenvoudige maatregelen in de woning, zoals een juiste plaatsing van een douchekraan en een eenvoudig verplaatsbare handgreep op het toilet, zorgen ervoor dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen (van Triest, 2014). Een grote leestafel in een gezamenlijke ruimte in een wooncentrum voor ouderen, waar mensen de krant kunnen



lezen, is een ander voorbeeld. Maar ook dat het ontbreken van toiletten in winkelcentra ouderen ervan weerhoudt om deze te bezoeken, ook al zijn deze rollatorvriendelijk ingericht. Er zijn tools voorhanden om te bekijken of wijken voldoende beweegvriendelijk zijn voor ouderen (Beter Oud, 2016). Verder kan de aanleg van goede fietspaden en goede looproutes in een wijk beweeggedrag en redzaamheid bij ouderen bevorderen. Dit komt onder andere omdat voorzieningen waarvan ouderen dagelijks gebruik maken dan goed en veilig lopend of fietsend bereikbaar zijn (WHO, 2007; Cammelbeeck, 2012).

7. E-health voor ouderen is in opkomst

Het aanbod van e-health applicaties zoals apps en domotica voor preventieve ouderenzorg is groot en groeiende. De GGD AppStore biedt bijvoorbeeld een overzicht van relevante gezondheids-apps die door de GGD zijn getoetst (www.ggdappstore.nl). Er zijn hoge verwachtingen van de betekenis van e-health voor de ouderenzorg van de toekomst (VWS, 2014; VWS, 2015; Ketelaar, 2015). Er is geen zicht op het aantal gemeenten dat zich met e-health toepassingen bezighoudt en het beeld ontstaat dat gemeenten op zoek zijn naar hun rol hierin (Sprick, 2015). De geïnterviewde professionals zijn van mening dat e-health een goede aanvulling kan zijn op de reguliere zorg en ondersteuning, maar nooit een vervanging daarvan mag of kan zijn. Zij vinden dat e-health lang niet voor iedere oudere geschikt is. Deze visie wordt ondersteund door resultaten van o.a. de e-Health monitor (Doekhie, 2014; Krijgsman, 2015). Professionals zien met name potentie in het e-consult, het onderhouden van sociale contacten middels apps op een tablet, technologische toepassingen voor in huis en dagstructurering met behulp van een smartwatch of een gps-tracker. De meeste van deze toepassingen worden al in de praktijk gebruikt, maar er is weinig bekend over de effecten op welzijn, gezondheid of zorggebruik. Volgens professionals houdt het huidige aanbod van e-health nog te weinig rekening met de verschillende niveaus van digitale- en gezondheidsvaardigheden en de voorkeuren van ouderen. Men raadt daarom aan e-health vooral sámen met ouderen te ontwikkelen zoals in Scandinavië al meer gebeurt. Ook zouden ouderen beter begeleid moeten worden bij het gebruik van e-health. Een enkele professional geeft aan sceptisch te zijn en een 'big brother is watching you' gevoel te krijgen als het gaat om e-health. Daartegenover staat dat de meerderheid van ouderen die meededen aan een online enquête (zeer) positief staat tegenover domotica voor veiligheid, wooncomfort of online communiceren met zorgverleners (Jobsen, 2015).

8. Tijdige inzet preventie gehinderd door ontbreken integrale visie

Professionals zijn het er over eens dat momenteel nog te laat of te weinig gesignaleerd wordt wat ouderen nodig hebben om langer zelfstandig te blijven functioneren en wonen (De Bruin, 2016). Hierdoor is het moeilijk om preventieve interventies tijdig in te zetten. Volgens professionals wordt dit veroorzaakt door een versnippering van de zorg en ondersteuning waardoor continuïteit en opvolging van risico's ontbreken. Er zou veel meer vanuit een integrale visie (samenwerking tussen gemeente en zorg- en welzijnsorganisaties) gewerkt moeten worden en dit wordt ook in de literatuur gesteld (Kaljouw, 2015; Vilans, 2015). Integraal werken betekent bijvoorbeeld dat wanneer professionals bepaalde risico's signaleren die niet in hun eigen vakgebied liggen, zij daarvoor contact leggen met professionals met de juiste expertise. Deze werkwijze wordt nu nog gehinderd doordat het niet altijd duidelijk is welke partijen waarvoor verantwoordelijk zijn. Ook is onduidelijk hoe preventieve interventies, zoals vroegsignalering en opvolging, structureel moeten worden gefinancierd (Heijnk, 2015). De bezuinigingen op de thuiszorg worden in deze context ook genoemd. Doordat er minder of soms helemaal geen huishoudelijke hulp of wijkverpleegkundige meer over de vloer komt bij ouderen, kunnen risico's niet meer altijd gesignaleerd of opgevolgd worden. Dit, maar ook het ontbreken van opvolging van een oudere na een ziekenhuisopname, kan veroorzaken dat ouderen onnodig op de spoedeisende eerste hulp van het ziekenhuis terecht komen. Regio's of projecten waarin al vanuit een integrale visie wordt gewerkt, zoals de regio Haarlem of het project 'Samen Oud' in Groningen (Spoorenberg, 2013) kunnen dienen als voorbeeld en vraagbaak voor regio's waar de integrale aanpak nog in ontwikkeling is. Een ander voorbeeld is de Transmurale Zorgbrug waarin professionals uit tweedelijnszorg en wijkverpleegkundigen samenwerken bij de begeleiding van kwetsbare ouderen die thuiskomen na een ziekenhuisopname (Buurman, 2016). Daarnaast zou het aanleren van vaardigheden om vroegtijdig te signaleren en andere professionals in te schakelen voor opvolging volgens professionals ook uitgebreider in de opleiding aan bod moeten komen. Verder zou de specialist ouderengeneeskunde (SOG) in de eerstelijnszorg taken van een huisarts (tijdelijk) kunnen overnemen bij ouderen met complexe problematiek (Barnhoorn, 2015; Bertholet, 2013; LHV, 2013; Zuidema, 2015). Een SOG richt zich namelijk bij uitstek op wat er nog (meer) mogelijk is aan preventie bij zeer kwetsbare ouderen. Deze samenwerking tussen huisarts en SOG in de eerstelijns ouderenzorg is misschien op meer plaatsen te realiseren.

9. Prioriteit uitvoering gemeentelijk ouderenbeleid

Gemeenten kunnen volgens de geïnterviewde professionals meer prioriteit geven aan preventief ouderenbeleid. Bijvoorbeeld door (meer) gebruik te maken van beschikbare gezondheidsgegevens, zoals die uit de gezondheidsmonitors van de GGD, en van Regionale OndersteuningsStructuren (ROS), wijkteams en ziekenhuizen. De GGD kan al deze gegevens verbinden en analyseren om de bevolking en behoeften binnen de gemeente en wijken in kaart te brengen en het aanbod hierop af te stemmen. Dit soort wijkprofielen kan worden gebruikt om maatwerk per wijk te leveren (ROS, 2016). Vanwege de grote verschillen per wijk (en ook tussen stad en platteland) in groepen ouderen, behoeften en voorzieningenaanbod is maatwerk per wijk van belang. Het project 'Even Buurten' is een goed voorbeeld van een integrale wijkaanpak. De aanpak bestaat uit het opsporen van kwetsbare ouderen, het investeren in sociale netwerken van die ouderen en het verbinden van het aanbod van zorg en welzijn (Goumans, 2016). Vanwege de positieve effecten op de sociale cohesie in de wijk en op procesuitkomsten wordt momenteel gewerkt aan verdere implementatie van deze werkwijze, o.a. door de verspreiding van de toolbox Even Buurten (Goumans, 2013). Daarnaast is het van belang om de rol en de taken van het sociaal wijkteam regelmatig te evalueren (De Putter, 2014; Doekhie, 2014). Nu werkt dit team volgens professionals vaak nog reactief in plaats van proactief en heeft het niet altijd voldoende expertise op het gebied van ouderen. Verder is het belangrijk dat de gemeente ouderen het vertrouwen schenkt om zelf ook interventies te bedenken en uit te voeren, zoals een wekelijks koffie-uurtje of een leesclub. Het is hierbij wel essentieel dat gemeenten niet alles door vrijwilligers laten regelen (Van Bockhove, 2014), omdat ouderen complexe problematiek kunnen hebben die door professionals onderkend en geadresseerd moet worden. De professionals onderstrepen dit belang en adviseren de gemeente ook gekwalificeerd personeel in te blijven huren. Verder wordt er door de professionals genoemd dat er meer oog moet zijn voor de kwetsbaarheid van mantelzorgers (De Klerk, 2014) en dat 24-uurs ondersteuning en respijtzorg beter toegankelijk moeten worden, zodat mantelzorgers daar eerder gebruik van kunnen maken (De Jong, 2014). Daarnaast zouden gemeentelijke afdelingen, zoals volksgezondheid, ruimtelijke ordening en maatschappelijke ondersteuning, meer met elkaar samen moeten werken om bijvoorbeeld ruimtelijke ordening en diensten zo optimaal mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van ouderen. Hierbij kan gedacht worden aan het ontsluiten van het openbaar vervoer, maar ook aan het faciliteren van het realiseren van nieuwe woonconcepten of zorgcoöperaties. Ook kunnen gemeenten ouderen ondersteunen bij het opbouwen van een sociaal netwerk en het bestrijden van eenzaamheid door de ontwikkeling van interventies. Een voorbeeld dat hierbij genoemd wordt is het actieprogramma 'Voor Mekaar' in Rotterdam (Gemeente Rotterdam, 2014).

10. Ondersteunende rol van de rijksoverheid

Professionals hebben ook nog een aantal aanbevelingen gedaan voor de rijksoverheid. Zo suggereert men een publiekscampagne in te zetten om specifieke problematiek bij ouderen bespreekbaar te maken. Men denkt hierbij bijvoorbeeld aan een tv spotje of magazine waarin mogelijkheden op het gebied van zorg en ondersteuning onder de aandacht komen. Ook wordt er voorgesteld om mensen de gelegenheid te geven om, voordat zij met pensioen gaan alvast een dag in de week tijd te besteden aan hobby's, het opbouwen of uitbreiden van sociale contacten en eventueel vrijwilligerswerk. Momenteel wordt dit bij de rijksoverheid al gerealiseerd via de Partitiële Arbeidsparticipatie Senioren (PAS) Regeling. Verder adviseren professionals om binnen de zorgverzekeringswet meer ruimte te bieden om preventie te financieren en om de specialist ouderengeneeskunde als zelfstandige praktijkvoerder in de eerstelijnszorg in te zetten. Overigens heeft de rijksoverheid al beleid ingezet om preventie beter in te bedden in het zorgstelsel en de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar op het gebied van selectieve preventie te faciliteren (Ministerie VWS, 2016). Dit wordt onder andere gedaan door het oprichten van een digitaal loket (RIVM, 2016) en een preventieteam dat concrete ondersteuning biedt aan gemeenten en zorgverzekeraars bij het vormgeven van gezamenlijke preventieactiviteiten. Ook kunnen gemeenten en zorgverzekeraars bij een gezamenlijk plan cofinanciering aanvragen om de samenwerking te ondersteunen (Ministerie VWS, 2016).



Reflectie en aanbevelingen

Hieronder volgt een reflectie op de bevindingen van het onderzoek en geven we waar mogelijk aanbevelingen voor het optimaliseren van preventieve ouderenzorg.

Preventieve ouderenzorg is voor iedere oudere relevant

Als er één ding uit de resultaten van het onderzoek blijkt dan is dat wel dat preventie altijd relevant bevonden wordt ongeacht de groep ouderen (vitaal t/m zeer kwetsbaar) of het domein (individu, sociale omgeving, woonomgeving). Beleid voor preventieve ouderenzorg moet dus voor alle groepen en domeinen ingezet worden. Er is een aantal groepen ouderen geïdentificeerd dat extra aandacht behoeft en voor wie goede aansluiting op de behoeften van groot belang is. Hieronder vallen niet alleen ouderen met een lage SES of lage gezondheidsvaardigheden, migranten en sociaal kwetsbare ouderen, maar ook minder voor de hand liggende ouderen zoals de LHBT-ers en hoger opgeleiden (vanwege het vaker voorkomen van alcoholmisbruik). Verder dient bij het ontwikkelen en aanbieden van preventieve interventies rekening gehouden te worden met normen en waarden, religie, passies en werkverleden van verschillende groepen ouderen.

Maatwerk is van cruciaal belang

Vanwege de grote diversiteit onder ouderen is het van belang om per persoon te bekijken wat het meest passend en zinvol is om in te zetten aan preventieve interventies en op welk domein (individu, sociale omgeving, woonomgeving). De opleiding van professionals kan meer gericht worden op het ontwikkelen van vaardigheden om beter samen met ouderen te bepalen waaraan zij behoefte hebben. Hierbij is het essentieel dat de nog bestaande redzaamheid op andere domeinen behouden blijft. Ook dienen interventies, naast het aanbieden van vermaak, gericht te zijn op het bieden van zingeving aan ouderen die daar behoefte aan hebben. Het bereik en de effectiviteit van interventies is mogelijk hoger als interventies samen met ouderen of door ouderen zelf ontwikkeld worden. Het is hierbij van belang dat ook ouderen uit risicogroepen en moeilijk bereikbare groepen worden betrokken. De gemeente kan hierin ondersteunen, bijvoorbeeld door een ontmoetingsruimte in de wijk beschikbaar te stellen. E-health kan ingezet worden, maar vooral als toevoeging en niet als vervanging van reguliere zorg en ondersteuning. Bovendien zal niet iedere oudere van e-health gebruik kunnen of willen maken, dus hiermee moet bij de ontwikkeling en het aanbieden rekening gehouden worden.

Integrale werkwijze is noodzakelijk

Goede preventieve ouderenzorg (voor alle groepen ouderen) begint met een integrale werkwijze die ontwikkeld wordt door gemeenten en alle andere partijen die betrokken zijn bij preventieve ouderenzorg. Dit zijn de ouderen zelf, de GGD, de huisartsen, het welzijnswerk, de sociale wijkteams, de wijkverpleegkundigen, de thuiszorg, de ouderenorganisaties, de paramedici, woningcorporaties, etc. Voor de integrale werkwijze is het van belang dat alle betrokkenen ook oog hebben voor zaken die niet in hun

vakgebied liggen, en daarvoor contact leggen met professionals met de juiste expertise. Het vastleggen van de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen draagt ook bij aan de integrale werkwijze. Als aanvulling en ter ondersteuning van de eerstelijns zorgprofessionals wordt aanbevolen de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg in iedere gemeente in te zetten. Ook samenwerking binnen de gemeente tussen de afdelingen volksgezondheid en ruimtelijke ordening en bijvoorbeeld woningcorporaties is een belangrijk onderdeel van de integrale werkwijze. Het is van belang om samen naar de inrichting van de woonomgeving en ontsluiting van diensten zoals het openbaar vervoer te kijken, zodat ouderen ondersteund worden om gezond te leven, sociale contacten op te doen en zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De gemeente en GGD kunnen voor de realisatie van de integrale werkwijze meer gebruik maken van de gegevens van de diverse gemeentelijke gezondheidsmonitors en aan hun oudere inwoners vragen aan welk aanbod van preventieve interventies de meeste behoefte bestaat. Daarvoor is het zaak om eerst een goed beeld te krijgen van welke preventieve interventies binnen gemeenten op de domeinen van de individuele lichamelijke en psychische gezondheid, de sociale omgeving en de woonomgeving aanwezig zijn. En ook wat er ontbreekt en wat samen met en door ouderen bedacht en uitgevoerd kan worden, ondersteund door de relevante professionals. De rijksoverheid ondersteunt de ontwikkeling van die integrale werkwijze o.a. door samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars te stimuleren en door het (laten) ontsluiten van relevante informatie voor gemeenten.

Aanbevelingen per groep ouderen

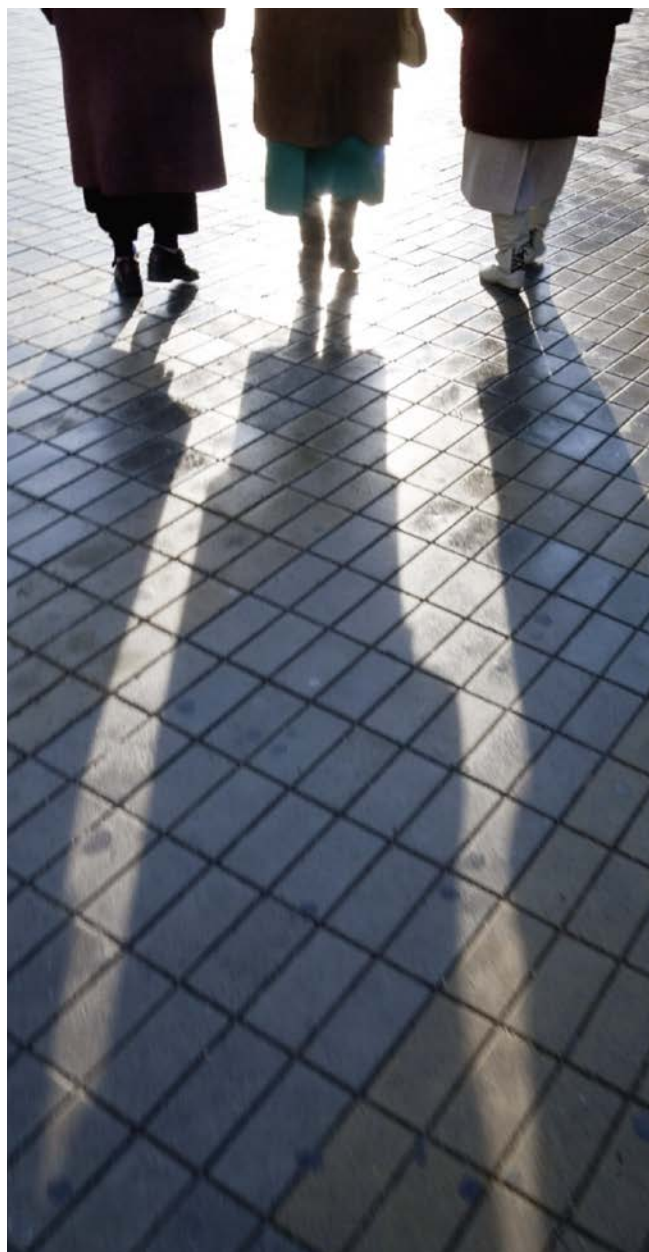
Hieronder hebben we de ideale toekomstige situatie voor preventieve ouderenzorg geschetst voor alle vier groepen ouderen, gericht op de belangrijkste kwesties per groep. Tot slot noemen we in de conclusie die elementen van goede preventieve ouderenzorg die voor alle groepen ouderen essentieel zijn, om in de nabije toekomst preventieve ouderenzorg te optimaliseren.

Vitale ouderen

Voor de vitale ouderen is het van belang dat de rijksoverheid, gemeenten en (zorg)professionals hen tijdig voorzien van informatie over gezond oud worden en levensloopbestendig wonen. Professionals en ouderen zijn er echter nog niet uit wat nu het beste moment is om deze informatie aan te bieden (De Bruin, 2016). Vitale ouderen staan, vanwege hun vitaliteit, namelijk minder open voor preventieve interventies gericht op bijvoorbeeld gezonde leefstijl. Voor een beter bereik van preventieve interventies onder deze groep ouderen is het daarom belangrijk om de ontwikkeling van interventies samen met vitale ouderen te doen of deze aan de vitale ouderen zelf over te laten. In het aanbod wordt dan bijvoorbeeld rekening gehouden met werkverleden, geloof, waarden en normen en de behoefte aan zingeving en sociale contacten. Behoud van het sociale netwerk, ontwikkeling van digitale vaardigheden en voldoende bewegen voor het behoud van mobiliteit zijn belangrijke thema's waarop de interventies voor deze groep zich richten.

Ouderen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid

In deze groep ouderen is het onderhouden van een gezonde leefstijl essentieel om het ontstaan van kwetsbaarheid te vertragen of te voorkomen. Een goede leefstijl heeft namelijk op alle domeinen van kwetsbaarheid een positieve invloed (Van Oostrom, 2015). Voor het bevorderen van de redzaamheid van deze groep ouderen is het van belang dat ze mobiel blijven (o.a. door voldoende beweging) en hun sociale netwerk blijven onderhouden (bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk). Signalering van problemen wordt vanuit een integraal werkend team aangepakt en gecoördineerd, en opgevolgd met een gesprek met de oudere over passende preventieve interventies en ondersteunende diensten. Verkenning van e-health toepassingen en of deze aansluiten bij de behoeften en vaardigheden van de oudere kan worden gestart. Als ouderen in deze categorie nog in een niet levensloopbestendige woning wonen, is het tijd om na te denken over woningaanpassing of verhuizing om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen.



Kwetsbare ouderen zonder complexe problematiek

Voor de redzaamheid van deze groep is niet alleen het onderhouden, maar ook het daadwerkelijk inschakelen van het sociale netwerk van groot belang. Digitale hulpmiddelen, zoals zorgplatforms, kunnen hiervoor geïntroduceerd worden. Meedoen aan (leefstijl) interventies gericht op het verminderen van kwetsbaarheid en het bevorderen van de mobiliteit is voor deze groep ouderen essentieel. Ook woningaanpassingen om het risico op vallen te verminderen zijn belangrijk om te realiseren, evenals het bevorderen van het zelfstandig blijven uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Een professional (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige) kiest samen met de oudere de preventieve interventies, ondersteunende diensten en (mantel)zorg zodanig dat optimaal gebruik gemaakt wordt van wat de kwetsbare oudere zelf nog kan. Deze professional houdt vanuit een integraal werkend team een vinger aan de pols bij deze groep ouderen en kan bij verergering van kwetsbaarheid doorverwijzen naar de casemanager kwetsbare ouderen (zie hieronder), vergelijkbaar met de casemanager dementie.

Kwetsbare ouderen met complexe problematiek

Voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek is de meest urgente kwestie de continuïteit en afstemming van preventie, ondersteuning en (mantel)zorg. Vanuit een integraal werkend team is een casemanager kwetsbaarheid samen met de oudere verantwoordelijk voor de afstemming. Wie deze rol van casemanager invult verschilt per gemeente en per oudere. De huisarts verwijst de oudere door naar de specialist ouderengeneeskunde om de complexe problematiek in kaart te brengen en tot een gezamenlijk behandelplan te komen. Voor het welbevinden en de gezondheid van de mantelzorgers van deze groep ouderen is makkelijk toegankelijke 24-uurs ondersteuning en respijtzorg een voorwaarde. Voor sommige ouderen uit deze groep is verhuizing naar een passend woon/zorgconcept essentieel voor hun kwaliteit van leven.



Conclusie: elementen van goede preventieve ouderenzorg

Voor goede preventieve ouderenzorg zijn de volgende elementen van essentieel belang voor alle groepen ouderen: het eerste element is de integrale visie die gemeenten samen met ouderen en met andere relevante partijen vanuit preventie, zorg, welzijn en wonen ontwikkelen en toepassen door het werken met een integraal team voor preventieve ouderenzorg. Voor de uitvoering van de preventieve ouderenzorg is het vervolgens belangrijk dat elk integraal team een coördinator of 'spil' heeft die signalen bundelt en de benodigde contacten legt tussen ouderen, professionals en informele zorgverleners. Om de redzaamheid te optimaliseren en het gevoel van onafhankelijkheid te bevorderen is de inzet van preventieve interventies, ondersteunende diensten en (mantel)zorg die optimaal gebruik maken van wat de (kwetsbare) oudere zelf nog kan een essentieel element. Voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek is het inzetten van een casemanager kwetsbaarheid en eventueel een specialist ouderengeneeskunde een belangrijk element. Gecoördineerde begeleiding door wijkverpleegkundigen en professionals uit het ziekenhuis van (kwetsbare) ouderen die na een ziekenhuisopname weer thuis komen is tevens een belangrijk onderdeel. Een ander essentieel element is dat gemeenten/GGD-en samen met andere partijen karakteristieken en behoeften van groepen ouderen in kaart brengen. Zo wordt bekeken of het huidige aanbod van preventieve interventies afdoende is of aangevuld moet worden. Een daarop aansluitend element is dat in elke gemeente preventieve interventies op alle domeinen van preventieve ouderenzorg (de individuele lichamelijke en psychische gezondheid, de sociale omgeving en de woonomgeving) aangeboden worden. Idealiter bieden deze interventies ook zingeving aan ouderen die daar behoefte aan hebben. De gemeente of de GGD zorgt ervoor dat de informatie over het hele aanbod van preventieve interventies en ondersteunende diensten via verschillende kanalen wordt ontsloten, bijvoorbeeld via internet, de krant, lokale tv, of de lokale teletekst pagina. Omdat elke groep ouderen andere wensen en behoeften heeft is maatwerk van interventies ook een essentieel element.

Concluderend zijn niet alleen de huidige ouderen en mantelzorgers, maar ook de toekomstige ouderen en hun mantelzorgers gebaat bij goede preventieve ouderenzorg. Voor het optimaliseren van preventieve ouderenzorg zijn een integrale werkwijze, het betrekken van ouderen en maatwerk voor de verschillende groepen ouderen van cruciaal belang.

Referenties

- ANBO, Den Haan NL. Brief aan de tweede kamer over begrotingsbehandeling wonen en rijksdienst 2016. 7 oktober 2016. https://www.anbo.nl/sites/default/files/uploads/brief_wonen_begroting_2017.pdf
- ANBO & Woonz. Verhuizen en Anticiperen. Een peiling van ANBO en Woonz. 24 augustus 2016. https://www.anbo.nl/sites/default/files/uploads/rapportage_woonz_anbo_peiling_woontrends_def.pdf
- Barnhoorn H, Bertholet E. Kernelementen en resultaten van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven* 2015;31:900-14.
- Bertholet E, Barnhoorn H, Kodde H. Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Velp: Praktijk ouderengeneeskunde Bertholet en Stichting 1+ geïntegreerde gezondheidszorg Velp, 2013.
- Beter oud: Tips en instrumenten voor een beweegvriendelijke omgeving. <http://www.beteroud.nl/docs/beteroud/projecten/elane-neighbourhood-scan-english-basic.pdf>, geraadpleegd november 2016
- Boumans J, Swinkels W. Gedeeld Eigenbelang. Een verkennend onderzoek naar werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties. Tilburg: Tranzo, 2015.
- Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, van Deelen BAJ, Moll van Charante EP, de Haan RJ, de Rooij SE. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients. The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 302-309.
- Cammelbeeck CI. Greying cities. Spatial strategies for residential neighbourhoods to promote active ageing. Master thesis. Delft: TU Delft, 2012.
- CBS. Leefstijl en preventie; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication>. CBS: Den Haag, augustus 2016.
- CVZ. Van preventie verzekerd. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2007.
- De Bruin SR, Lemmens L, Lette M, Buist Y, Stoop A, Baan C. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? (factsheet). Bilthoven: RIVM, 2016.
- De Jong Y, Redeker I, Van Der Veen N, Oegema W. Kennisdossier Mantelzorg en de WMO. Overzicht van ontwikkelingen gemeentelijke mantelzorgondersteuning. Utrecht: Aandacht voor iedereen, 2014.
- De Klerk M, De Boer A, Kooiker S, Plaisier I, Schyns P. Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2014.
- De Putter ID, Francke AL, De Veer AJE, Rademakers JJDJM. Kennissynthese De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen. Rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen. Utrecht: Nivel, 2014.
- Doekhie KD, de Veer AJE, Rademakers JJDJM, Schellevis FG, Francke AL. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Utrecht: Nivel, 2014.
- Drubbel I. Frailty screening in older patients in primary care using routine care data. PhD Thesis. Utrecht: University Medical Center Utrecht, 2013.
- Dykstra PA, Van Tilburg TG, De Jong Gierveld J. Changes in older adult loneliness. Results from a seven-year longitudinal study. *Research on ageing* 2005;27(6):725-47.
- Gemeente Rotterdam. Voor mekaar. Actieprogramma gericht op het bestrijden van eenzaamheid. Rotterdam: gemeente Rotterdam, 2014.
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing outlook* 2010;58:76-86.
- Goumans M. Een wijkgerichte aanpak voor kwetsbare ouderen. In: Ploeg van der ES, Gobbens RJJ (red). *Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen*. Hoofdstuk 11. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
- Goumans M, Bonsel G, Rijkevorsel J van. *Toolbox Even Buurten: een integrale wijkaanpak voor kwetsbare ouderen in Rotterdam (interactieve PDF)*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2013.
- Heijnk R, Struijs J. Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? Een eerste inventarisatie op basis van interviews met buitenlandse experts en literatuur. Bilthoven: RIVM, 2015. RIVM rapportnr: 2015-0182.
- Jobsen P, Verheggen PP, Keehnen E. Ouderen en nieuwe technologie. *Mature market monitor 2: rapportage*. Amsterdam en Vreeland: Motivaction en AgeWise, 2015.
- Kaljouw M, Van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.
- Ketelaar P, Verkerk M. *Vitaal Thuis. Samenwerken aan langer thuis wonen*. Utrecht en Arnhem, Actiz en VitaValley, 2015.
- Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, de Jong J, Heijmans M, Beenkens F, Waverijn G, Friele R, van Gennip L. Tussenrapport e-health monitor 2015. Den Haag en Utrecht: Nictiz en Nivel, 2015.
- LHV. *Aanbod huisartsenzorg voor ouderen*. 2013.
- Metzelthin SF, Van Rossum E, De Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, et. al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2013; 347:f5264.
- Ministerie VWS. Kamerbrief over e-health en zorgverbetering. Den Haag, 2 juli 2014. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e_health/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering.

- Ministerie VWS. Kamerbrief over voortgangsrapportage e-health en zorgverbetering. Den Haag, 8 oktober 2015. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e_health/documenten/kamerstukken/2015/10/08/kamerbrief-voortgangsrapportage-ehealth-en-zorgverbetering.
- Ministerie VWS. Kamerbrief over preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten. Den Haag, 25 maart 2016. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/03/25/kamerbrief-over-preventie-in-het-zorgstelsel-van-goede-bedoelingen-naar-het-in-de-praktijk-ontwikkelen-van-resultaten>.
- Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Toekomstvisie en veranderagenda: <http://www.beteroud.nl/ouderen/toekomstvisie-veranderagenda.html>, geraadpleegd maart 2016.
- Peeck C & Vink J. Een leven lang vitaal. Eindrapport project ouderen en preventie. Den Haag: Schuttelaar en partners, 2016.
- RIVM, Loket Gezond Leven. Preventie in het zorgstelsel. <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-in-het-zorgstelsel/>, geraadpleegd november 2016.
- Regionale OndersteuningsStructuur (ROS) netwerk. Data, dialoog, doen. <http://www.ros-netwerk.nl/thema/geintegreerde-gebiedsanalyse>, geraadpleegd november 2016.
- Regionale OndersteuningsStructuur (ROS) netwerk. Wijkscan Ouderenzorg. <http://www.ros-netwerk.nl/wp-content/uploads/2014/09/Informatieblad-ROS-Wijkscan-Ouderenzorg.pdf>, geraadpleegd november 2016.
- Schippers A, Albers B, Kuiper M, Marx T, Van Overbeek R, Spreuwenberg M, Vermaas M, Visser G. Zorg voor morgen. Schets van preventieve zorg voor ouderen. Utrecht: Vilans, 2009.
- Spoorenberg SLW, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BPH, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr.* 2013;13:1-11.
- Sprick Y. Rapport e-health en gemeenten. Stad: Digitale Steden Agenda, 2015. <http://zorgendestad.digitalestedenagenda.nl/wp-content/uploads/sites/3/2015/01/Rapport-eHealth-en-gemeenten1.pdf>
- Van Beest. Inventarisatie zorgcoöperaties 2014. Burgerinitiatieven in wonen-zorg-welzijn in Nederland & omstreken. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2014.
- Van Bockhove M, Tonkens E, Verplanke L. Kunnen we dat (niet) aan vrijwilligers overlaten? Nieuwe verhoudingen tussen vrijwilligers en professionals in zorg en welzijn. Den Haag: Platform 31, 2014.
- Van Campen C (red). Kwetsbare Ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
- Van Oostrom S, Van der A D, Picavet S, Rietman L, de Bruin S, Spijkerman A. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? (factsheet). Bilthoven: RIVM, 2015.
- Van Triest N, Schellekens E. Langer thuis? Toekomstbestendig wonen begint vandaag! Den Haag: Platform 31, 2014.
- Vilans. Infographic Kennisdossier Integrale zorg en ondersteuning in buurt en wijk. Utrecht: Vilans, 2015.
- VenZinfo. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-eezaamheid-naar-leeftijd> RIVM: Bilthoven, geraadpleegd oktober 2016.
- Welnu. Brochure De kanteling van de ouderen zorg-2015: <http://www.welnu.nu/>, geraadpleegd maart 2016.
- World Health Organisation. Global Age-friendly Cities: a Guide. WHO, 2007.
- Zantinge EM, van der Wilk EA, van Wieren S, Schoemaker C. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011. RIVM rapportnr: 270462001/2011.
- Zuidema S. De toekomst van de kwetsbare ouderen. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar Oudergeneeskunde en Dementie. Rijksuniversiteit Groningen: Groningen, 29 september 2015.



Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het RIVM,
Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg:
Annemieke Spijkerman
(annemieke.spijkerman@rivm.nl of 030-2743511)

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

december 2016

Auteurs:

Lidwien Lemmens, Gerrie-Cor Herber,
Barbara Schooneveldt, Liset Rietman, Anneke Blokstra,
Annemieke Spijkerman

RIVM adviseurs:

Sandra van Oostrom, Monique Leijen, Manon Lette,
Marjolein Weda

Beleidsadviseurs:

Alice van Gent, Peter Alders, Pieter Roelfsema

Financier:

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De zorg voor morgen begint vandaag