



Anders Oud 2030

DE STEM VAN OUDEREN

INHOUD

Inleiding , terugblik naar de toekomst	4
Betty Meyboom-de Jong , de balans opmaken en vooruitkijken	6
Karin Kalverboer en Mirjam Valk , samenwerken ook als het schuurt	10
Akkie Hofstee, Wil Bosman-Asselman, Gerard Nordkamp, een kritische noot verbetert de kwaliteit	16
Joris Slaets , afvinklijsten zeggen niets over welbevinden	24
NPO-projecten Noord-Nederland	28
Sabine Otten , oud en ziek zijn niet hetzelfde	30
Nardi Steverink , de motor achter meer glans	34
Marian Verkerk , echt kijken zonder aannames	38
Sophia de Rooij , oud worden is ook je voorbereiden op het rafelrandje	42
Anne Hilderink , Kloosterburen brengt zorg terug naar de basis	46

TERUGBLIK NAAR DE TOEKOMST

Als afsluiting van het Nationaal Programma Ouderenzorg hebben we mensen die hier vanuit diverse rollen bij betrokken zijn geweest gevraagd hun verhaal te doen. Het resultaat daarvan ligt voor u.

In de eerste periode lag het accent in dit programma op ontwikkeling van projecten en programma's waarvoor ZonMW middelen beschikbaar had gesteld. In de tweede periode op het implementeren van succesprojecten zoals Samen-Oud, Transmurale Zorgbrug, Delfgoud, GRIP&GLANS en nog vele andere.

Echt nieuw in dit programma was dat ouderen zelf betrokken werden bij de beoordeling van projecten die over ouderenzorg gingen. Daardoor werd meteen al duidelijk dat niet zozeer behandeling van ziekten centraal moet staan, maar dat het veel meer om welzijn en welbevinden gaat. Dat vraagt om samenwerking met andere organisaties. Zorg verlegt zich steeds meer naar de thuissituatie, waarbij het onderdeel is van het totale dagelijks leven. Daarin heb je vaak te maken met mantelzorgers, familieleden en vrienden. En dat vraagt dus ook een andere houding en rol van professionals. Het vraagt om 'aandachtig luisteren', 'echt kijken' en je blijven verbazen, Marian Verkerk noemt dit getrainde waarneming, en op basis daarvan de juiste dingen doen.

In de regiotafels die we in de vier noordelijke provincies organiseerden, hebben ouderen zelf een nadrukkelijke stem gekregen in wat zij belangrijk vinden. Dat leidde tot andere thema's die vaak gericht zijn op het zelfstandig kunnen blijven functioneren. Dat leverde veel nieuwe inzichten op over hoe we elkaar nodig hebben om zorg voor en met elkaar anders te organiseren. Onder de titel Anders Oud 2030 willen we de regiotafels met ouderen in de regio voortzetten. Daarnaast zullen we naar andere wegen zoeken om hun inbreng te vergroten.

We staan aan het begin van een tijdperk waarin we nog veel meer stemmen van ouderen willen horen, om zorg weer terug te brengen naar de basis, als vanzelfsprekend onderdeel van de gemeenschap. De coöperatie Klooster&Buren laat zien dat dit geen utopie is, maar dat het echt anders kan.

Karin Kalverboer

directeur Zorg Innovatie Forum

DE BALANS OPMAKEN EN VOORUITKIJKEN

Betty Meyboom-de Jong

Betty Meyboom-de Jong is voorzitter van de ZonMw-programmacommissie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). De programmacommissie is verantwoordelijk voor de uitvoering van het NPO.

Betty Meyboom is voormalig huisarts en de eerste vrouwelijke hoogleraar huisartsgeneeskunde (Rijksuniversiteit Groningen). Zij is 77 jaar, en heeft twee kinderen en drie kleinkinderen.

Terugkijkend op het NPO, waar bent u trots op?

Allereerst hebben we kennis kunnen vermeerderen en aannames kunnen ontkrachten. Maar ik ben vooral trots op de manier waarop we ouderenparticipatie hebben georganiseerd: We hebben ouderenpanels opgezet en de leden daarvan training gegeven. Zij hebben stevige inspraak in de keuze van projecten. Wat er gebeurt hangt dus niet alleen af van hoogleraren en zorgprofessionals.

Ik heb wel zorgen over de borging van de organisatie van de ouderenparticipatie: straks hebben we geen coördinatoren meer die dat praktisch organiseren. Als je het over ouderenorganisaties hebt, dan spreek je niet over één club: ze zijn nog steeds verspreid in katholieken, protestanten, migranten, de ANBO. Dat betekent dat er niet een centraal aanspreekpunt is.

We hebben een handboek gemaakt, waarin duidelijk beschreven staat wat er praktisch nodig is om ouderen georganiseerde zeggenschap te geven. Maar je hebt meer nodig dan een handboek: die praktische organisatie - denk dan bijvoorbeeld aan reiskosten - moet wel door iemand worden geregeld. Ze zien allemaal het belang van ouderenparticipatie, maar niemand heeft budget. De praktische borging hebben we voorgelegd aan VWS, maar hoe dat gaat lopen is nog een zorg voor ons.

Welke projecten springen er wat u betreft uit?

Van een uitgebreid researchproject is het NPO een beweging geworden. Dat zie je terug in de projecten. Er zijn er een paar die er voor mij uitspringen: Delfgoud in Delfzijl bijvoorbeeld. We zijn daar vijf jaar geleden begonnen met

een beweegprogramma in combinatie met voorlichting over voeding en voel je goed voor ouderen in een wijk met een lage economische status. De grote issues van ouderen in dergelijke wijken zijn eenzaamheid en het gebrek aan beweging. Wat blijkt in Delfzijl? Ze hebben meer sociale contacten opgedaan en ze bewegen meer. Inmiddels draait Delfgoud al vier jaar zelfstandig. En het wordt in andere gemeenten geïmplementeerd.

Nog zo'n voorbeeld is Even Buurten in Rotterdam. Dat project draait om de inzet van vrijwilligers en het matchen van vraag en aanbod. Ouderen hebben een hulpvraag, maar kunnen vaak ook iets bieden, een kop koffie, een belangstellend telefoontje of een gesprek. Een betaalde kracht is de spil van Even Buurten: een getrainde professional die de wijk goed kent. Ouderen en buurtgenoten worden met elkaar in contact gebracht. En voor je het weet vinden ze samen op vrijwilligersniveau oplossingen in de vorm van iemand naar de dokter brengen, een kopje koffie drinken of dat gesprek voeren. Ook daar zagen we dat de eenzaamheid van kwetsbare ouderen is verminderd. En het bewegen is toegenomen.

SamenOud in Oost Groningen: ook zo'n voorbeeld. Alle aspecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg komen daarin aan bod. Een Ouderenzorgteam onder leiding van de huisarts deelt ouderen in naar zorgbehoefte. Jaarlijks screent het team de ouderen door het invullen van een vragenlijst. Dat resulteert in een indeling in één van de drie risicoprofielen: robuust, kwetsbaar of complex. De lijnen tussen team en oudere zijn kort, waardoor die laatste meer welzijn ervaart en minder zorg nodig heeft.

Het mooie van dit soort projecten is het nauwe contact ook tussen buurtbewoners. Je haalt de schroom weg om contact met elkaar te zoeken. Zo durfde een oudere heer niet bij zijn eenzame buurvrouw op bezoek te gaan. 'Daar komt maar praat van.' Onder de vlag van zo'n project durft hij wel. Dat is een geleitimeerd excuus om contacten aan te gaan.

 **VAN EEN RESEARCH-PROJECT IS HET NPO EEN BEWEGING GEWORDEN. DAT ZIE JE TERUG IN DE PROJECTEN.**

En als laatste de Transmurale zorgbrug: de wijkverpleegkundige die de spreekwoordelijke brug vormt tussen thuis en ziekenhuis als een oudere na een opname naar huis wordt gestuurd. Die begeleiding door de wijkverpleegkundige blijkt kosteneffectief. Belangrijker nog: ook blijkt dat minder ouderen na thuiskomst overlijden en dat ze minder zorg nodig hebben.

Voor andere projecten geldt dan weer dat (nog) niet is aan te tonen dat er minder kosten mee zijn gemoeid, maar wel dat ouderen tevredener zijn over de geboden zorg. Of dat er goed wordt samengewerkt in de zorgketen.

Met welke maatschappelijke veranderingen had het NPO te maken gedurende de looptijd?

Toen we in 2008 begonnen, was er vooral veel somberheid over de vergrijzing. Ik merk dat er inmiddels een optimistischer elan is ontstaan.

Dat is bijzonder, want in de participatiemaatschappij van nu is het lastiger voor ouderen om daarin hun plek te vinden. Zeker voor kwetsbare mensen van hoge leeftijd, want de 'jongere' oudere weet zich wel goed te redden in die participatiemaatschappij. En dat maakt dit vraagstuk ook lastig: Je kan natuurlijk niet over 'de oudere' spreken; die bestaat niet. In die acht jaar is veel zorg overgeheveld van het rijk naar de gemeentes. Dat is een goede zaak geweest, alleen was het lastig dat die transitie gepaard ging met grote bezuinigingen. Gemeentes gingen bovenop het geld zitten en gaven veel te weinig uit.

Ook zij zouden hun inwoners veel meer moeten voorbereiden op de oude dag. Dan heb ik het niet over preventie, want oud word je nou eenmaal, dat kan je niet voorkomen. Maar in de voorbereiding op die oude dag, in het denken over een flexibele pensionering of de mogelijkheden van de digitale wereld, ligt een lacune.

De maatschappij doet weinig aan voorbereiding op ouderdom. Eigenlijk zou je de dag na je verjaardag, aan het begin van je eigen nieuwe jaar, de balans moeten opmaken: 'Wat wil ik voor de toekomst?' 'Kan ik hier blijven wonen als mijn partner wegvalt of als ik een handicap krijg?'

Wat ziet u als dossier voor de toekomst?

Als NPO hebben we weinig aan vraagstukken rondom 'wonen' gedaan. Waar en hoe je woont, heeft grote invloed heeft op zorg en welzijn. Dat realiseerden we ons gedurende de looptijd van het project. Achteraf had ik heel graag iemand uit de bouwwereld bij het NPO betrokken. Versnipperd zijn er wel allerlei mensen uit die sector bezig. Een architect vertelde me trots dat hij een drempelloze wijk

heeft ontworpen. Ik zou heel graag willen onderzoeken of ouderen in die wijk minder vallen bijvoorbeeld: welke gezondheidswinst levert zo'n wijk op?

Ik zie dat ouderen in de toekomst aan co-housing gaan doen; gezellig samen met andere ouderen in een huis of complex wonen en gezamenlijk zorg inkopen zo nodig. Goed en bereikbaar wonen wordt dus een belangrijk thema, maar dat moet je als oudere wel zelf organiseren.

 **EIGENLIJK ZOU JE DE DAG NA JE VERJAARDAG DE BALANS MOETEN OPMAKEN: WAT WIL IK VOOR DE TOEKOMST? KAN IK HIER BLIJVEN WONEN ALS MIJN PARTNER WEGVALT OF ALS IK EEN HANDICAP KRIJG?**

En verder: hoe ziet de toekomst er uit, als het gaat om de zorg voor ouderen?

De zorg in Nederland is in principe goed geregeld. Iedereen heeft een huisarts en kan bij een specialist terecht. Er is specialistische ouderenzorg. Welzijn is al veel lastiger te regelen. We proberen ouderen te stimuleren tot actief ouder worden. Zie ouder worden als een nieuwe fase in je leven. Begin een nieuwe studie of hobby. Onderhoud je contacten: dat is je sociale kapitaal. En blijf als oudere in beweging: lichamelijk, geestelijk en sociaal. Daarnaast valt in de bejegening van ouderen

ook nog wat te winnen: zet het woord 'oud' voor een scheldwoord, en het is meteen een stuk erger.

En nu houdt het NPO ook nog op eind 2016. Hoe nu verder?

Een aantal projecten is nog niet afgerond, daar moeten we mee verder. We willen ook zorgen dat de praktische uitvoering van de ouderenparticipatie is geborgd. Met BeterOud worden de projecten die bewezen effectief zijn gebleken, voortgezet. In de coöperatie BeterOud die we aan het opzetten zijn, willen we het erfgoed van het NPO bewaren door bijvoorbeeld bestaande projecten op andere plekken uit te rollen: Even Buurten uit Rotterdam wordt nu ook uitgevoerd in Groningen en kun je eveneens in Amsterdam opzetten. En er is ook ruimte voor projecten van buiten het NPO.

Hoe kijkt u terug op die acht jaar NPO?

Bij de start hadden we een hele korte tijd om veel geld om te zetten in verstandige projecten. Door de verlenging na vijf jaar, heeft het NPO acht jaar gelopen. Dat gaf lucht. We hebben flink geïnvesteerd in onderwijs in de geriatrie, ook voor laaggeschoolde professionals in de zorg. Ik had nog wel meer willen doen aan onderzoek naar vragen rondom het levenseinde.

Ons doel was om kwetsbare ouderen op te sporen. Dat hebben we veel gedaan. In iedere regio hebben we ouderparticipatie gerealiseerd. En soms is het lastig om dat praktisch te regelen: het is allemaal vrijwilligerswerk. Maar je hebt maar een paar voorlopers nodig om tot resultaat te komen. Zoals overal: Ouderen zijn gewone mensen.



Karin Kalverboer

SAMENWERKEN OOK ALS HET SCHUURT

Karin Kalverboer en Mirjam Valk zijn vanuit het Zorg Innovatie Forum (ZIF) betrokken geweest bij de uitvoering van de tweede fase van het Nationaal Programma Ouderenzorg regio Noord. In die tweede fase werden eerder verworven inzichten breed gedeeld en goede projecten op meer plekken uitgerold. Het geld was inmiddels verdeeld. Dat betekent dat ze in de loop van het programma veel hebben zien veranderen: Projecten zijn gestart en afgerond, onderzoek is naar de praktijk vertaald, er zijn partners bijgekomen (vooral uit het sociale domein en kennisinstellingen), de focus van het programma is veranderd en de stem van de oudere klinkt luider dan aan het begin van het NPO.

In het vervolg op het NPO, Anders Oud 2030, is een grote rol weggelegd voor de Regiotafels: bijeenkomsten waar ouderen en netwerkpartners zich samen buigen over thema's. Onderwerpen waarvan ouderen vinden dat het beter kan, of waar ze last van hebben met het ouder worden. Mirjam Valk richt zich als projectleider op Groningen en Friesland, Karin Kalverboer op Drenthe en Overijssel.

Wat is de achtergrond van de Regiotafels?

Karin Kalverboer: Na de eerste periode van het NPO, hebben we gepeild hoe de partners in het noordelijk netwerk verder wilden. In die tijd werden de decentralisaties doorgevoerd en kwamen de gemeenten als partij in beeld. Het was dus logisch dat de partners aansluiting zochten bij wat er lokaal gebeurde. Men zocht daarvoor meer de samenwerking met gemeenten. Bovendien is 'ons' gebied erg groot en verschilt het krachtenveld per provincie. Zorgnetwerken zijn vaak regionaal of zelfs lokaal georganiseerd. Het overleg moet je dus op dat niveau organiseren.

Daarnaast gaven ouderen aan dat ze te weinig

betrokken waren: tot dat moment hadden ze vooral gereageerd op voorstellen van anderen, vonden ze. In de eerste programmaperiode waren het centrale bijeenkomsten in het UMCG waar ouderen aanschoven. In het tweede deel wilden we hun stem leidend laten zijn in het bepalen van de agenda. Dat is de reden geweest voor de Regiotafels.

Hoe zorg je ervoor dat aan de Regiotafels meer gebeurt dan alleen meedenken en ideeën dropen?

Mirjam Valk: Een goede vraag, want dat blijkt helemaal niet zo makkelijk te zijn. Echte invloed hebben vanuit een eigen visie is een ander verhaal dan aanschuiven aan een vergadertafel. We zeggen steeds dat die stem van de oudere bepalend moet zijn, maar ik vind het nog niet duidelijk genoeg terug te zien: pas nu - aan het eind van het NPO - begint de rol van ouderen aan de tafels te groeien. In Drenthe en Overijssel was dat vanaf het begin al zo. Dat heeft te maken met hoe ouderen daar al actief deelnamen aan eerdere initiatieven. In Anders-Oud 2030 moet het echt nog veel duidelijker worden. Het is nog te veel afhankelijk geweest van een paar personen. Je wil meer achterban betrekken. Daar moeten we misschien ook nog andere manieren dan de vergadertafel voor bedenken.

Kalverboer: Gemeenten en zorgpartners willen wel graag toetsen of het goed valt waar ze mee bezig zijn, bijvoorbeeld over wat het betekent om ouder te worden in een thuissituatie. Dat kan aan zo'n tafel. Maar inderdaad gaat het nu nog om een voorhoedegroep van ouderen die meepraat en meedenkt. Uiteindelijk wil je het van veel meer ouderen zelf horen.

Valk: Vaak blijken ouderen andere vragen te hebben dan je vooraf bedenkt. De vragen zijn

meestal niet vanuit een mogelijke behoefte aan zorg ingegeven. Ze gaan meer over welzijn, maar vooral over wonen en leven.

Hoe bereik je een bredere groep ouderen?

Kalverboer: Het vraagt veel van ouderen om actief aanwezig te zijn, zelfs van de voorhoede.



HET IS MOOI OM TE ZIEN

DAT DE ONDERWIJSINSTELLINGEN
DAAR IN HUN OPLEIDINGSMODU-
LES AL REKENING MEE HOUDEN:
DE NIEUWE ZORGPROFESSIONAL
HEEFT ANDERE COMPETENTIES
NODIG. DAT SNAPPEN DE ONDER-
WIJSINSTELLINGEN AL.

Karin Kalverboer

Want ook de traditionele ouderenbonden hebben een klein kader. Je ziet dat de groep die de meeste zorgkosten maakt, nog niet wordt bereikt door de Regiotafels. Dat zijn de mensen met een lagere opleiding met andere leefstijlpatronen, niet de 'professionele praters'. Burgerinitiatieven ontstaan meestal vanuit de groep hoger opgeleiden. Zij hebben vaak andere vragen dan lager opgeleide ouderen, die meestal wat praktischer zijn.
Valk: Gelukkig zie je de samenstelling van de Regiotafels veranderen. In Friesland zitten we de volgende keer met twintig ouderen om tafel

in plaats van twee. Dat is een substantieel verschil. En we zien meer gemeenten aan tafel komen, omdat zij de transitie doorvoeren. Ze willen weten hoe sociale wijkteams in andere gemeenten lopen, hoe anderen omgaan met inwoners die buiten de boot dreigen te vallen. Zorgverzekeraars trekken zich wat meer terug. Ze vinden het mooi wat er in het sociale domein gebeurt, maar zien dat vooral als taak van de gemeente.

Kalverboer: De verschillen tussen wat ouderen bezig houdt en hoe gemeenten er in staan zijn zó groot. Dat zagen we bij de Regiotafel over overbelaste mantelzorg. Gemeenten vragen aan ouderen wat ze nog méér kunnen doen, terwijl ze al overbelast zijn. Ze hebben eigenlijk geen idee wat ze vragen. Zelfs een gemeente die goed bezig is met mantelzorg, biedt dan een 'Compliment' aan - een wellnessarrangement, een geldbedrag of een dagje uit - om mantelzorgers te ontlasten. Die mantelzorger wil vaak de zorg helemaal niet afgeven, heeft geen behoefte aan een uitje, maar aan wat meer huishoudelijke hulp. En dat mag dan niet omdat dat buiten de regels valt.

Laat dat dagje wellness maar, want voor dat bedrag kan ik ook uren huishoudelijke hulp inhuren?

Kalverboer: Dat is veel ontlastender inderdaad. Je wil je partner niet loslaten als hij op z'n kwetsbaarst is. Het voelt voor hen ook als falen.
Valk: Je gaat niet even lekker wellnessen dan.

Welke rol kan Anders Oud 2030 daarin spelen?

Kalverboer: De ouderen geven de thema's aan en wij zoeken de verbinding met het systeem er om heen. Een systeempartner (denk aan ziekenhuizen, kennisinstellingen, verzekeraars, zorginstellingen, apotheken, gemeenten)



Mirjam Valk

vraagt zich meteen af of zo'n thema in de taakomschrijving past of in het beschikbare budget. Voor ouderen geldt dat ze graag een oplossing willen voor een probleem. Het maakt niet uit van wie. Je wil geen last hebben van het systeem. Wij proberen de partners ook tot dat inzicht te laten komen. Dat is wat er gebeurt aan zo'n Regiotafel. De afstand tussen de ervaringen van ouderen en de rol die de zorgpartners hebben, proberen we te overbruggen.

Valk: Dat kost heel veel tijd. Voordat partners door hebben dat ook zij een belang hebben bij het doorbreken van schotten, ben je een paar jaar verder. Terwijl zij een belangrijke schakel zijn vanwege hun kennis en voor de financiering. Want ouderen investeren al heel veel zelf in tijd en het reizen.

Kalverboer: Soms schuurt een eigen initiatief, zoals de zorgcoöperatie in Kloosterburen, met de bestaande structuren van de zorg. We zoeken dus naar manieren om iedereen in gesprek te laten raken. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg anders te organiseren.

Dreigt anders het gevaar dat de partners niet enthousiast zijn over eigen initiatief?

Kalverboer: Ze zijn vaak bang voor risico's. Stel dat het niet goed gaat, wie is dan verantwoordelijk? In instellingen gelden andere regels, strenger vaak dan daarbuiten. Zij mogen niet doen wat buiten de muren gewoon wel gebeurt. Denk aan regels over veiligheid of zelf koken. Dat schuurt ook.

Valk: Ze willen graag meteen praktisch naar een model toe, terwijl dat vaak nog te vroeg is.

Kalverboer: Ze zijn gewend om te werken aan de hand van een beleidsplan met behoorlijk bindende richtlijnen. Het is dus moeilijk om in

een project te stappen dat van onderop wordt georganiseerd en waarvan dus van tevoren niet vaststaat wat de uitkomst gaat zijn.

Valk: Daar zie je wel een kanteling, zelfs voorzichtig bij zorgverzekeraars. Zorg wordt steeds meer op kwaliteit beoordeeld.

Als we terugkijken op het NPO, waar zijn jullie trots op?

Valk: De partners zien dat ze elkaar nodig hebben, ook door die Regiotafels. Ze durven in een veilige sfeer zaken ter discussie te stellen, te delen wat er intern gebeurt, samen te werken. Die drempel was een paar jaar geleden nog hoger.



OUDEREN HEBBEN DOOR
DAT MEEPRATEN ZIN HEEFT, DAT
HET LEUK IS, DAT ZE GEHOORD
WORDEN. DAT ZE DUS INVLOED
HEBBEN OP DE INVULLING VAN
ANDERE ZORG. BOVENDIEN ZIJN
ZE MET HUN ACHTERBAN EEN
BELANGRIJK KLANKBORD.

Mirjam Valk

Kalverboer: Ook grote kennisinstellingen, zoals het UMCG, hebben de andere partners nodig om daar kennis te halen of mensen te vinden die ze graag willen betrekken bij onderzoek. Voor hen verandert het zorgland-

schap namelijk ook: mensen blijven langer thuis wonen en dat heeft gevolgen voor de zorg. Gevolgen ook voor de manier waarop je de zorg buiten de muren van de instelling organiseert. Ze hebben ineens met familieleden te maken, mantelzorgers, met thuissituaties en minder met de geordende omgeving van een zorginstelling.

Het is mooi om te zien dat de ROC's, de onderwijsinstellingen, daar in hun opleidingsmodules al rekening mee houden. De nieuwe zorgprofessional heeft andere competenties nodig. Dat snappen de onderwijsinstellingen al. Er zal meer behoefte zijn aan een seniorvriendelijke woonomgeving. Niet iedereen wil met een beweegcoach van de gemeente naar de speeltuin voor ouderen. Ouderen hebben gewoon behoefte aan goede stoeptegels, zodat ze met hun rollator naar de winkel kunnen.

Waar heeft het NPO het verschil gemaakt?

Valk: Door actief partijen samen te brengen, ontstaat een versnelling. Misschien hadden ze elkaar uiteindelijk wel gevonden, maar we hebben op deze manier sneller resultaat geboekt. Ouderen hebben bovendien door dat meepraten zin heeft, dat het leuk is, dat ze gehoord worden. Dat ze dus invloed hebben op de invulling van andere zorg. Bovendien zijn ze met hun achterban een belangrijk klankbord.

Het zou mooi zijn als de succesvolle projecten uit het NPO geborgd zouden worden voor de toekomst. Het zou doodzonde zijn als die projecten blijven hangen omdat de verzekeraar of gemeente er niet mee uit de voeten kan omdat zij blijven denken in de eigen kaders.

Kalverboer: Dat is inderdaad wel een zorg: je ziet bij partners een terugtrekkende bewe-

ging als niet helemaal helder is wie waarvoor verantwoordelijk is. En dat is juist waar het steeds om gaat. Dan bakenen ze liever hun domein af.

Dat is een somber beeld, want als ze zich terugtrekken dan is het maar de vraag of er geld voor blijft.

Kalverboer: Ik zie gelukkig ook dat men gevoelig is voor stemmen van burgers. Die zijn zich steeds meer aan het organiseren, bijvoorbeeld in coöperaties. Met het NPO hebben ouderen veel meer een stem gekregen in beleid dat over hen gaat. We staan aan het begin van een tijdperk waarin actieve betrokkenheid van ouderen, over zorg die hen betreft, vanzelfsprekend gaat worden.

Valk: Om echte betrokkenheid te organiseren moeten we nog veel meer ouderen bereiken. Niet alleen de voortrekkers. Je moet beginnen bij de vraag van de burger en daar de systeempartners bij halen. Je krijgt echt een ander gesprek als er twintig ouderen aan tafel zitten en een paar partners die mogen meedenken, in plaats van andersom.

Kalverboer: Mijn motivatie zit ook in het ouderen een stem willen geven, naar ze luisteren, en daar ook tijd voor nemen. Misschien zijn daar meer tafels per provincie voor nodig, want in de Veenkoloniën spelen andere kwesties dan in de steden. De Regiotafels zijn een vehikel om verandering in te zetten. Je moet met elkaar in gesprek blijven om eerst te zorgen dat iedereen aan tafel dezelfde taal spreekt. Zo kun je daarna samen concrete oplossingen bedenken die je ook gaat uitvoeren.



EEN KRITISCHE NOOT VERBETERT DE KWALITEIT

Akkie Hofstee

Praten OVER ouderen in plaats van te praten MET ouderen. Dat is een valkuil. 'De stem van de oudere' betekent niets als er geen ouderen aan de Regiotafels aanschuiven.

Akkie Hofstee, Wil Bosman-Asselman en Gerard Nordkamp laten hun stem horen. Akkie Hofstee vanuit Groningen Plus, Wil Bosman-Akkerman als vertegenwoordiger van de Stichting Friese Ouderenbonden/ Fries Platform Ouderen en Gerard Nordkamp vanuit de Denktank 60+ (onder andere als gemeentelijk ambtenaar gezondheid, chronisch zieken en ouderen en als ervaringsdeskundige mantelzorg).

De Regiotafels gaan in AndersOud 2030 een centrale rol spelen. De lessen uit het NP02 worden daarin natuurlijk meegenomen.

Hoe gaan de bijeenkomsten van de Regiotafels eigenlijk in zijn werk?

Akkie Hofstee: Ik heb er bij verschillende gezeten in Groningen. Dan merk ik dat er vrij veel deelnemers zijn, iedereen met eigen belangen. Er zitten gerieters bij, thuiszorg, soms ook de zorgverzekeraar: allemaal aanbieders. Vanuit de ouderen zijn we met z'n tweeën en dat is veel te weinig. Die verhouding klopt van geen kanten.

Je wil aan zo'n tafel bespreken waar de zorg heen gaat, maar vervelend genoeg komt dat bijna niet aan de orde. Iedereen is erg bezig met de eigen toko. Sinds ik met pensioen ben heb ik geen zin meer om de hele tijd te moeten roepen 'Jongens, om wie gaat het nou!? Hoe weten jullie nou wat ouderen zien als kwaliteit van hun leven?'

Gerard Nordkamp: Ouderen moeten zelf hun stem laten horen. Ik heb wel het idee dat ik dat

duidelijk heb kunnen doen aan de Regiotafels. De andere deelnemers zijn daar ook gevoelig voor, merk ik. Als reactie op mijn ervaringsverhalen erkenden de anderen dat er een spanningsveld is tussen protocollen en empathie, tussen wat verzorgenden zouden willen doen en de regeltjes waaraan zij zijn gebonden. Een stem van een oudere kan meer impact hebben dan vijftien instellingen bij elkaar. Als je maar een goed verhaal hebt.

Maar daar zijn die tafels toch juist voor in het leven geroepen?

Wil Bosman-Asselman: Ik ben al vaker bij de Regiotafels in Friesland geweest en het is heel herkenbaar: de verhoudingen tussen betaalde krachten en vrijwilligers zijn scheef. Drie tot



OP HET GEBIED VAN
MEDISCHE ZORG IS MEN VEEL
BETER GAAN SAMENWERKEN.
KWALITEIT VAN LEVEN IS MEER
AAN DE ORDE GEKOMEN. DAT
ZIJN GOEDE VERWORVENHEDEN
DIE PASSEN IN DE TREND VAN
PARTICIPATIE.

Akkie hofstee

vier vrijwilligers (ouderen) en zestien betaalde krachten (organisaties). Als je me een methode aan de hand kan doen, hoe ik daar tegenop

kan boksen, graag. Terwijl ik toch redelijk mondig ben. De belangen van de groepen die aan ons geld kunnen verdienen, zijn groot. En ze oordelen me net te vaak wat goed voor ons is.

Dat is geen opwekkend beeld: als er érgens een kruisbestuiving van ideeën plaats moet vinden, is het aan de tafels.

Akkie Hofstee: Ik denk ook dat het goed is dat alle partijen om tafel zitten. Als je wil weten hoe de samenwerking tussen alle partijen verbeterd kan worden, dan heb je de juiste mensen aan tafel zitten. Maar als het echt om de zorg gaat die ouderen nu en in de toekomst nodig hebben, moeten de verhoudingen anders.

Wil Bosman-Asselman: Er zijn nog wel wat omissies: Er is in het Noorden een behoorlijke differentiatie tussen platteland en steden, maar ook tussen plaatsen onderling, op het gebied van emancipatie of scholing. Daar wordt nog geen rekening mee gehouden. Maar ook mantelzorg, burgerzorg, het is een ketting waarvan de ene kraal groter is dan de andere, maar je hebt ze wel allemaal nodig.

Akkie Hofstee: De stem van de zorgcoöperaties ontbreekt ook nog te veel. Er zijn zo veel burgerinitiatieven en die zijn in die hele gemeenschap zo geweldig bezig in hun regio, dorp of wijk. Maar die zorgen voor zichzelf, dus de aanbieders hebben er geen belang bij om ze te horen.

Hoe zorg je ervoor dat ouderen zich wel gehoord voelen, of dat nou aan de Regio-tafels is of binnen organisaties?

Gerard Nordkamp: Je moet de veiligheid bieden dat ouderen iets durven te zeggen. Het zou helpen als ouderen een plaats zouden hebben in de Raad van Toezicht van instel-

lingen of de thuiszorg. Een goed mondige oudere kan best wat teweeg brengen. Want de oudere spreekt vanuit de praktijk. En dat moet je voortdurend duidelijk maken. Het vraagt een actieve houding van het verzorgings- of verpleeghuis om die mensen te vragen: Een kritische noot binnenhalen om de kwaliteit beter te maken.

Akkie Hofstee: We hebben heel veel kennis die je bijna gratis overal kan inzetten. Maak daar gebruik van! Maar hoe zorg je dat organisaties gaan omdenken? Dat ze beseffen dat ze



MANTELZORG, BURGER-
ZORG; HET IS EEN KETTING
WAARVAN DE ENE KRAAL
GROTER IS DAN DE ANDERE,
MAAR JE HEBT ZE WEL ALLEMAAL
NODIG.

Wil Bosman-Asselman

ook veel aan de inbreng van ouderen kunnen hebben?

Wil Bosman-Asselman: De kennis die je hebt, wordt helaas niet altijd serieus genomen. Ik kan gerust zeggen dat ik alle cursussen heb gedaan die ik aangeboden kreeg door mijn bond. Ik heb allerlei pasjes met foto's, nummers, logo's om bij ouderen thuis te komen. Maar als ik bij de gemeente aan tafel zit met allerlei partijen, dan krijg ik wéér een cursus



Wil Bosman-Asselman



Gerard Nordkamp

aangeboden. Misschien uit protest, maar ik volg geen enkele cursus meer. Maak maar gebruik van mijn kennis en vaardigheden die ik al heb. Ik chargeer natuurlijk, maar de gemeente vraagt aan de welzijnsorganisatie om een cursus op te zetten zodat ze kunnen aantonen dat ze hun best doen voor de inwoners. *Akkie Hofstee*: Het zit in het systeem, want de welzijnswerkers moeten werk hebben. Terwijl wij als ouderen zelf veel goedkoper zijn. Als je het echt hebt over burgerparticipatie, dan zitten daar consequenties aan: dan moet je budgetten verbinden aan burgerinitiatieven. Niet voor menskracht, maar voor kosten die je maakt voor exploitatie van ruimtes en activiteiten.

De enigen aan tafel met ervaring in ouderdom, zijn de ouderen. Kunnen jullie daarin het verschil maken?

Gerard Nordkamp: Ik heb als ervaringsdeskundige anderen bewust gemaakt van wat de invloed is van protocollen op patiënt en mantelzorger. Mijn vrouw had een hersentumor en kon niet meer naar boven. Dus werd een eenpersoonsbed binnen gereden. Dan vraag je je af wat normaal is: ik heb 43 jaar naast mijn vrouw gelegen! Mentaal was dat een knik. Hetzelfde met de tillift, die al heel snel het huis binnenkwam, blijkbaar omdat dat protocol was. Toen ik vroeg waarom die nodig was, zei de verzorgende dat die gebruikelijk was bij dit ziekteproces. Maar mijn vrouw kon toen nog een been gebruiken en ik begeleidde haar het liefst zelf naar bed.

Waarschijnlijk dachten zij dat het te zwaar voor u was?

Gerard Nordkamp: Maar daar wordt niet over gecommuniceerd. Hetzelfde met douchen.

Mijn vrouw werd op bed gewassen. Zij is liefhebber van douchen en we hadden geen traplift. Terwijl buitenshuis zoveel plekken zijn waar dat kan. Ik dacht: we hebben een busje, we hebben een toilettaas, we kunnen er zo met een verpleegkundige naar toe. De huisarts had die vraag in 20 jaar niet gehad. 'Je hebt groot gelijk', zei die. Mijn vrouw kon buitenshuis een paar keer douchen. Totdat het formeel moest worden aangekaart bij het management. Want dan gaat het mis.



EEN STEM VAN EEN OUDERE
KAN MEER IMPACT HEBBEN
DAN VIJFTIEN INSTELLINGEN BIJ
ELKAAR. ALS JE MAAR EEN GOED
VERHAAL HEBT.

Gerard Nordkamp

We mochten wel blijven douchen, maar dan moesten ze ook de hele thuiszorg overnemen van de andere instelling. Natuurlijk stemden we hier niet mee in omdat er al een goede band was opgebouwd met de thuiszorg. Gelukkig vonden we een alternatief adres.

Dus, wat kunnen ouderen zelf doen?

Akkie Hofstee: Vanuit Groningen Plus zeggen wij: neem het heft in eigen hand. Laat je niet weerhouden. Laat je maar zien.

Wil Bosman-Akkerman: De vrijwilligers geloven daar niet meer altijd in. Politieke beslissingen

zoals het sluiten van verzorgingshuizen of de afbouw van thuiszorg, hebben grote gevolgen gehad voor vrijwilligers. Zij zagen de zorg achteruit gaan tot een onaanvaardbaar niveau: één betaalde kracht die twintig mensen naar bed moet brengen. En de vrijwilligers zijn er niet voor om aan de laatste in de rij uit te leggen dat die best een paar uur kan wachten in zijn rolstoel.

Gerard Nordkamp: De inbreng van ervaringsverhalen heb je nodig als zorgorganisatie. Ook hoger in Raden van Toezicht. Ouderen zouden een schouw kunnen doen in het verpleeghuis: geef je ogen de kost en vertel wat je tegenkomt. Dan zie je snel genoeg of ouderen standaard een luier om krijgen in het verpleeghuis. Als dat nog gebeurt.

Hoe bereik je de ouderen die niet al maatschappelijk actief zijn?

Akkie Hofstee: Met Groningen Plus zijn we nu een paar weken echt met ouderen in gesprek. Zonder lijstjes met vragen. We hebben daarvoor eerst contact gelegd met allerlei informele groepen ouderen: een damesgymclubje, een damclub, een winkelcentrum waar ouderen op een bankje zitten. Ga er naast zitten.

Wil Bosman-Asselman: Als een gemeente van alle ouderen daar wil weten hoe het met hen gaat, gebruiken ze lijsten van inwoners om hen te benaderen. Wij krijgen dat in Friesland als vrijwilligers niet voor elkaar, vanwege privacy-wetgeving. Alles moet zo bevochten worden!

Akkie Hofstee: Ook voor ons is het moeilijk om die mensen te vinden die niet automatisch willen meedoen aan activiteiten. Misschien omdat ze niet gevonden willen worden. Dus

ik vraag me af of dat lukt bij een project als GRIP&GLANS. Ik denk dat een huisarts die zijn patiënten afloopt als hij ze een tijdje niet heeft gezien, die mensen WEL kent.

Gooi de bestaande methodes maar op de schop. Ik moet eerlijk bekennen dat ik ook niet in het systeem wil, hoor. We organiseren met veel succes koffiebijeenkomsten. En mobiele ouderen kunnen zelf ook activiteiten, fietstochtjes en lezingen organiseren, los van welke subsidie dan ook.

Hoe doe je dat dan?

Akkie Hofstee: Hou het micro en drempelloos voor ouderen. Dat kan echt. Je kan projecten flexibeler maken.

Het NPO loopt af. Hebben jullie tips voor Anders Oud 2030?

Gerard Nordkamp: Ik constateer dat men in de praktijk vaak voorbij gaat aan het boerenverstand. Je moet het niet moeilijker maken dan het is, de oplossing ligt vaak dichtbij. *Akkie Hofstee:* Ik zou meer aandacht willen voor zorgcoöperaties en burgerinitiatieven zoals de tien Odensehuizen (inloophuis voor mensen met beginnende dementie). Het kost bijna niks en mensen kunnen langer thuis blijven wonen omdat ze daar welkom zijn zodat hun partner dan even adem kan halen.

Gerard Nordkamp: Ik vrees voor een grote kloof als gevolg van de technologie, daar zou meer aandacht voor kunnen zijn. Ouderen kunnen appen met kleinkinderen, ze moeten leren de OV-chipkaart te gebruiken, draadloos afrekenen bij de winkel. Je moet voorkomen dat ouderen geïsoleerd raken omdat ze de techniek niet beheersen.

Wat is er veranderd in de looptijd van het NPO?

Gerard Nordkamp: Er is een bredere kijk op ouderen en op ouderenzorg gekomen. Bijvoorbeeld een apotheker die naar welzijn kijkt en niet alleen naar medicijnen. Via het NPO heb ik verschillende inleidingen en lezingen gevolgd en gegeven, waarin allerlei verschillende invalshoeken aan de orde kwamen. Ik had graag gezien dat er een project gestart werd over empathie. En volgens mij gaat dat uiteindelijk ook gebeuren in samenwerking met Espria en Windesheim.

Akkie Hofstee: Op het gebied van medische zorg is men veel beter gaan samenwerken, kwaliteit van leven is meer aan de orde gekomen. Dat zijn goede verworvenheden die passen in de trend van participatie. Maar de transitie moet niet alleen beleid zijn. Geef ouderen meer ruimte daarin. De technologie helpt daarbij, je hoeft niet meer met je dossier onder je arm van de ene zorgaanbieder naar de andere. Je kan switchen naar alle niveaus. Als je maar zelf beslist wie er in je dossier mag kijken.

Waar ben je trots op de afgelopen jaren?

Wil Bosman-Asselman: Het feit dat we nu praten. Dat we binnen alle versnippering die er binnen de zorg is, worden gehoord. Het is wel duidelijk geworden dat de ouderen graag betrokken willen zijn. Wij zijn er wel!

Akkie Hofstee: Ik ben trots op die grote groep ouderen die bereid is steeds weer die aandacht te vragen. Of we nou altijd gehoord worden of niet; we weten wel wat we willen. Het leuke van het NPO is dat we weten bij wie we terecht kunnen binnen de instanties.

We vertellen hen waar ze rekening mee moeten houden en met wie zij volgens ons moeten praten. De organisaties binnen de Regiotafels kennen ons nu.



Joris Slaets is directeur van Leyden Academy on Vitality and Ageing en hoogleraar Ouderengeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hij was inhoudelijk boegbeeld van het netwerk ouderenzorg (UMCG-Menzis-Evean: 2004-2010) en coördinator van het NPO Netwerk Ouderenzorg in de Regio Noord van 2008 - 2014.

AFVINKLIJSTEN ZEGGEN NIETS OVER WELBEVINDEN

Joris Slaets

Thema van dit boekje is de stem van de oudere. Wordt die wat u betreft genoeg gehoord?

Nee. Er is nauwelijks ruimte om door de ogen van de oudere zelf te kijken. We werken met vragenlijsten waarbij professionals zelf hebben ingevuld wat het goede is voor ouderen. Ze zijn vooral aanbod gedreven. En we hebben aanbod aan van alles: programma's om ouderen meer te laten bewegen, om overgewicht terug te dringen, om mensen te laten stoppen met roken. Al die aanbod gedreven programma's werken niet.

Alle systemen in zorg en welzijn zijn normatief ingericht. We werken met voorafgenomen standpunten en oplossingen. Je kan niet met een afvinklijst bepalen of iemand eenzaam is. Dat hangt helemaal af van de beleving van die specifieke oudere.

Keukentafelgesprekken in de huidige vorm zijn daar niet geschikt voor. Dat zijn eenmalige intakes, niet noodzakelijkerwijs door mensen die er de nodige vaardigheden voor beschikken. De vraag achter de vraag zullen ze niet snel herkennen.

Als we dus iets hebben geleerd uit het NPO dan is het dat we onze systemen nog steeds niet goed hebben ingericht.

Benader ouderen nou eens zonder vragenlijsten. Vraag hen als eerste 'wat is belangrijk in uw leven?' We moeten aan mensen vragen wat hun verlangen is. Wat blijkt dan: men hecht enorm aan het behoud van identiteit. Gezien worden als de volwaardige persoon die je altijd bent geweest, dat is de basis van alle verlangen. Mag ik de persoon zijn die ik nu ben, inclusief mijn slechte geheugen? Mag ik de naam van mijn bureau zijn vergeten? Mag ik

mijn sleutels bij de kassa laten liggen? Mag ik in de war raken als ik moet afrekenen? Of ben ik volgens de vragenlijst dan hulpbehoevend of ziek?

Als jongere generatie moet je er voor waken een oordeel te hebben over hoe het is om oud te zijn. De narigheid van ouder worden hoeft je niet weg te moffelen, dat willen ouderen zelf zeker niet; verdriet en plezier zijn beide dimensies van geluk.

Wat betekent dat voor de zorg?

Voor de geneeskunde betekent dat bijvoorbeeld dat artsen moeten kijken naar wat het beste is voor deze specifieke persoon in plaats van voor dit ene orgaan. Er kan heel veel op medisch gebied en bij jongeren is het evident dat je als arts alles doet aan ingrijpende behandelingen om het hart of andere organen aan de praat te houden. Maar voor kwetsbare ouderen is het niet altijd het beste.

Wat kunnen ouderen zelf doen om hun stem te laten horen?

De generatie 'jonge' ouderen, de babyboomers, zijn mondiger dan de vorige generatie ouderen. Zij stellen andere eisen aan de zorg. Ik ga er van uit dat zij de afvinklijsten niet meer pikken. Alle kwaliteitskaders van overheid en inspectie hebben betrekking op normatieve waarden. Maar goede zorg gaat niet over het plakje kaas dat een dag te lang in de koelkast blijft liggen. Zorg-professionals worden daar wel op afgerekend. En ze worden er gek van. Alle politieke partijen hebben daar in het verleden ook aan meegedaan. Ik ga er van uit dat de nieuwe generatie ouderen daar iets aan gaat doen. Bij hen zie je ook de nieuwe initiatieven van coöperatieve woonvormen ontstaan.

Die nieuwe generatie ouderen zal moeten wennen aan het idee dat ze moeten sparen voor de oude dag. Natuurlijk zal er een vangnet zijn voor hen die dat niet kunnen en dat zal uit publieke middelen moeten komen. Maar in de toekomst zal ouderenzorg niet per definitie van bovenaf geregeld zijn.

Laten we kijken naar het prille begin van het NPO. Waar te beginnen als je zo'n opdracht krijgt?

Ik had al meteen bedacht dat ik de aandacht niet alleen zou richten op kwetsbare ouderen (zoals was bedacht) maar ik was benieuwd naar het ervaren van welbevinden van alle ouderen. Dus zowel bewoners van verpleeghuizen als ouderen die thuis wonen en bezoekers van het zorgloket: we zijn op meer dan dertig locaties geweest om te vragen naar hoe ouderen zich voelen en naar hun behoeftes en verlangens. De basiszorg in Nederland behoort tot de wereldtop, dus daar is nauwelijks meer iets

ARTSEN MOETEN KIJKEN NAAR WAT HET BESTE IS VOOR DEZE SPECIFIEKE PERSOON IN PLAATS VAN VOOR DIT ENE ORGAAN.

te verbeteren. De echte winst voor ouderen is te halen uit welzijn, een verbeterde sociale cohesie. Ook in bijvoorbeeld de psychogeriatric is de situatie van ernstig dementeren te verbeteren door de zorg minder medisch

en meer menselijk te maken, hoe slecht hun gezondheid ook is. Die visie om ons breed te richten op het welbevinden van alle ouderen in een gemeenschap, was destijds niet gebruikelijk. Sterker nog: ik werd weggehoond want het moest gaan over *zorg voor kwetsbare ouderen*.

Is dat wel gaan schuiven de afgelopen jaren? Gelukkig wel. Er zijn mooie initiatieven ontstaan, hoewel ze nog niet altijd worden gewaardeerd en gehonoreerd door zorgverzekeraars of Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zeker in het begin niet. Jammer, want de initiatiefnemers staken echt hun nek uit. 'Zorg Zonder Regels' van Stichting De Hoven in de provincie Groningen is daar een mooi voorbeeld van. Ze hebben destijds alle klassieke zorgplannen in de prullenbak gekieperd en zijn opnieuw begonnen vanuit de vraag wat hun cliënten zelf willen. Dat betekent voor de een dat hij graag weer een borrel wil drinken of zelfs een prostitutie wil bezoeken, en voor de ander dat hij graag buiten wandelt omdat hij dat in zijn werkende leven als postbode ook de hele dag deed. Het leidde tot veel dilemma's en gedoe, maar het is op een aantal afdelingen wel gelukt.

Wat zijn wat u betreft de grote thema's van de toekomst? Er moet meer aandacht komen voor de naaste verwanten en de rol die zij spelen in de informele zorg. Je ziet dat er een groter beroep op de familie wordt gedaan om zorg te verlenen. Daarmee vertroebelt de relatie die bijvoorbeeld een moeder en dochter hebben. Kinderen zijn erg belangrijk in hoe hun oudere vader of moeder zich voelt. Als zij geacht worden primaire zorg te verlenen krijg je een rare

MAG IK DE PERSOON ZIJN DIE IK NU BEN, INCLUSIEF MIJN SLECHTE GEHEUGEN? MAG IK DE NAAM VAN MIJN BUREN ZIJN VERGETEN? MAG IK MIJN SLEUTELS BIJ DE KASSA LATEN LIGGEN? MAG IK IN DE WAR RAKEN ALS IK MOET AFREKENEN? OF BEN IK VOLGENS DE VRAGENLIJST DAN HULPBEHOEVEND OF ZIEK?

vermenging van rollen. De belangrijkste rol van informele zorg is er te zijn als persoon, dat moeten we faciliteren. In Zweden heeft informele zorg een wettelijke status. De lokale overheden hebben de plicht om familieleden niet alleen te helpen met informatie, maar ook heel concreet met bijscholing, regelingen voor werkenden, vervanging in vakantieperiodes en budget. Dat werkt goed om het onderscheid tussen formele zorg en informele zorg te bewaken.

Niemand heeft een universeel werkbare oplossing voor de ouderenzorg in Nederland. Wat je wel kan doen is een leerbaar systeem inrichten zoals we dat in Appingedam hebben gedaan. Periodiek vragen alle samenwerkende organisaties daar naar behoeften en het welbevinden van de ouderen in de gemeente.

Ze hebben goed bedacht wat ze van hun oudere burgers zouden willen weten. En ouderen hebben dus ook een stem in dat proces.

Er is nog een lange weg te gaan om de systemen zo in te richten dat die stem van de oudere echt wordt gehoord. Niet doen alsof er wordt geluisterd. Het is van belang dat we begrijpen dat de ruimte van kwetsbare ouderen beperkt is, maar dat zij binnen die ruimte de vrijheid moeten hebben om hun eigen identiteit te behouden. En dat geldt dus voor dat 'risicovolle' ommetje als dat bijdraagt aan het welbevinden van de voormalige postbezorger.

NPO-PROJECTEN NOORD-NEDERLAND



Meer zelfredzaamheid met SamenOud

Preventief, proactief, vraaggestuurd en samenhangende zorg en ondersteuning zijn de kernwoorden van SamenOud. Dit vraagt om een compleet andere werkwijze voor de hulpverleners. Ze moeten 'anders denken en anders doen'. De verbindende aanpak van SamenOud geeft ouderen een veilig gevoel en het vergroot hun zelfredzaamheid. SamenOud wordt uitgevoerd in Oost Groningen en in Zuid Oost Drenthe bij in totaal plm. 4000 75-plussers. In beide regio's zijn stuurgroepen verantwoordelijk voor de realisatie en borging. In deze stuurgroepen zijn vertegenwoordigd huisartsen, Zorggroep Meander (Groningen), Zorggroep Tangenborgh, Icare en Treant Zorggroep (Drenthe), Tinten welzijns-groep en SamenOud-team UMCG (in beide regio's).

www.samenoud.nl

De Verzoamelstee vergroot met ict sociale redzaamheid van ouderen op het platte-land

In de Verzoamelstee ('plek waar alles samenkomt') leren ouderen in drie Groninger dorpen omgaan met tablets. Hierdoor kunnen zij meer sociale contacten onderhouden, gebruik maken van ICT-toepassingen in de zorg en dienstverlening en beter op de hoogte blijven van de wereld om hen heen. Ze kunnen zo langer zelfstandig wonen. Bovendien vergroot het de samenredzaamheid en gaat het eenzaamheid tegen. Dit vergroot hun zelfvertrouwen: 'Ik doe weer mee!' Bekijk het YouTube filmpje hierover: [youtube/IxRhPuo06CY](https://youtube.com/IxRhPuo06CY)

Transmurale Zorgbrug tussen eerste en tweede lijn

De Transmurale Zorgbrug slaat een brug tussen professionals in ziekenhuizen en professionals in de eerstelijnszorg. Het ondersteunt in de begeleiding van kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname weer thuis komen. Als oudere patiënten na ontslag uit het ziekenhuis nazorg krijgen door een wijkverpleegkundige, daalt de sterfte met een kwart. Dit blijkt uit een studie van

Sophia de Rooij. De Transmurale Zorgbrug wordt in Groningen geïmplementeerd in het Martini Ziekenhuis en het UMCG. hospitalathome.nl

Help, dement! Platform voor online delen van ervaringen met dementie

Op de website Praten Over Gezondheid.nl staan ervaringen van patiënten met dementie en van hun mantelzorgers. De site geeft antwoord op veel gestelde vragen, inzicht en over dementie(problemen) en hoe daarmee om te gaan. De site, een opbrengst van het project 'Help, dement!', is bedoeld voor mensen met dementie, mantelzorgers, de vriendenkring, familie, zorgverleners en het onderwijs. www.pratenovergezondheid.nl

De GRIP & GLANS-cursussen: meer eigen regie en welbevinden voor ouderen

De GRIP & GLANS-cursussen helpen 55-plussers om meer 'GRIP' (eigen regie) en 'GLANS' (welbevinden) te ervaren. Na de cursus houden deelnemers beter de eigen regie, voelen zich ook beter en minder eenzaam. Ook maken ze minder gebruik van eerstelijns GGZ en maatschappelijk werk. www.gripenglans.nl

DELFGOUD: bevorderen van sociale competentie en gezonde leefstijl

DELFGOUD bevordert de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende 70-plussers. Het is een 3-jarig project dat zich richt op ouderen in achterstandswijken. Ouderen krijgen meer sociale contacten, een hogere kwaliteit van leven en de fysieke kwetsbaarheid neemt af. www.delfgoud.nl

Even Buurten: samen naar passende ondersteuning in de buurt

In Even Buurten kijken de 'buurt' en professionals samen met kwetsbare ouderen naar waar de ouderen behoefte aan hebben. De buurt biedt vervolgens passende ondersteuning. Meerdere deelgemeenten in Rotterdam werken met Even Buurten. Er ontstaat meer betrokkenheid en ouderen wonen langer prettig zelfstandig thuis. In Groningen wordt Even Buurten begeleid door CMOSTAMM. www.hannn.eu/projecten/npo-netwerk-ouderenzorg-regio-noord/projecten/even-buurten

www.beteroud.nl



Sabine Otten

Sabine Otten is hoogleraar Intergroepsrelaties en Sociale Integratie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ze doet op dit moment onder andere onderzoek naar ouder worden en diversiteits- en identiteitsvraagstukken op het gebied van ouder worden. Hierbij is ze vooral geïnteresseerd in de vraag hoe ouderen een positieve groepsidentiteit kunnen ontwikkelen. En hoe die kan bijdragen aan zelfredzaamheid en 'happy ageing'

OUD EN ZIEK ZIJN NIET HETZELFDE

Wat hebben het NPO en u met elkaar?

Ik ben natuurlijk een beetje een vreemde eend in de bijt met mijn psychologische achtergrond. Soms valt dat heel goed, dat nieuwe perspectief van mij. Maar bij andere stakeholders worden de sociale wetenschappen niet altijd even serieus genomen als bijdrage in het omgaan met ouderen. Pas als we alle andere zaken opgelost hebben, dan kunnen we nog eens over de psychologie nadenken. Via het NPO kwam ik in contact met allerlei stakeholders, waardoor wij, in mijn veld, een nadrukkelijker stem krijgen.

Het is een lastige vraag of de stem van de oudere genoeg gehoord wordt. Welke beelden hebben ouderen over zichzelf?

Het moeilijke is vooral dat ouderen er zelf aan bijdragen dat de beeldvorming over hun groep niet zo positief is. Want als je hen vraagt hoe ze ouderen zien, dan zeggen ze vaak zelf dat ze nog niet bij die groep horen. Ze lopen nog de marathon of ondernemen veel. Dat is dan het argument om te zeggen dat je nog niet oud bent. Zolang je dat doet kun je afstand nemen van de beeldvorming en hoeft je die niet te bevechten.

Terwijl ze ook zouden kunnen zeggen dat de stereotyperingen niet kloppen. Ouderdom staat niet gelijk aan ziekte of immobiliteit. De huidige generatie ouderen is anders dan vroeger. Toen waren mensen al relatief jong 'op'. Ik zou graag ouderen zien die met rechte rug zeggen dat ze oud zijn.

We hebben ook aan ouderen gevraagd hoe zij denken dat jongeren hen zien. Ze verwachten een sterke stereotiepe beeldvorming. 'Ouderen zijn wel leuk, maar competent zijn ze niet: ze

kunnen bijvoorbeeld niet met de computer overweg.' Dat beeld klopt natuurlijk al lang niet meer. En ik vermoed dat jongeren echt niet zo stereotiep oordelen over ouderen als ouderen zelf denken dat jongeren doen.

Je bent ook zo lang oud: al vanaf je vijftigste.

Dat zeggen ouderen ook zelf: we zijn een veel te heterogene groep om over 'de oudere' te kunnen spreken. 60'ers, de 70'ers, 80'er, de 90'ers zou een eerlijker verdeling zijn. Je hebt inmiddels naast een derde, ook een vierde generatie: de 'echte' ouderen, die hulpbehoevend zijn.

En dan is er nog de onderverdeling van mensen zoals ik die achter een bureau zitten en mensen die zware lichamelijke arbeid hebben verricht. Zij zijn op een gegeven moment écht aan pensioen toe, lichamelijk. Dan wordt werken te zwaar.

Oud worden is een open grens, want wanneer ben je dat? Ouderen zeggen zelf: 'ik ben oud als ik niet meer mobiel ben, als alles te veel is, als ik ziek ben'. Als je dus voldoet aan de negatieve stereotypen, dan ben je oud. Tenminste, dat vinden ze zelf.

Klopt dat met hoe anderen tegen ouderen aankijken?

Als ik mensen vraag 'identificeer je eens met ouderen' dan zie je dat ze zich eerder met ouderen identificeren als ze zich minder gezond voelen. Of anders gezegd, als je minder gezond bent, heb je minder legitimering om afstand te nemen van 'ouderen'.

Ik vind dit jammer. Het moet wat mij betreft veel meer publiekelijk worden wat ouderen allemaal nog doen en kunnen, zonder te ont-

kennen dat ze bij de ouderen horen. Ik denk bijvoorbeeld dat mensen onderschatten hoe lang ouderen nog zelfstandig blijven wonen. De oplossing is niet zeggen: 'Ik ben weliswaar 75, maar ik ben niet oud'. De oplossing is gewoon laten zien wie je bent en waar je voor staat. Oudere werknemers vormen geen economisch probleem of rem op de innovatie. Ze zijn - misschien - bij bepaalde taken iets langzamer, maar ze zijn ook in staat om langer overeind te blijven in stressvolle situaties. Ze laten zich niet zo snel gek maken. En alles bij elkaar leveren ze even goed werk als jongere werknemers.



OUDEREN HEBBEN

ROLMODELLEN NODIG DIE
ZICH NIET VERSTOPPEN VOOR
HUN LEEFTIJD. ZOLANG ZE
GEZOND EN ACTIEF ZIJN,
VOELEN MENSEN ZICH JONGER
DAN ZE ZIJN. EIGENLIJK IS DAT
ONNODIG.

Vergelijk het met de beeldvorming van vrouwen in de vorige eeuw: een vrouwelijke hoogleraar? Dat kon vroeger niet. De kwaliteit van de wetenschap zou afnemen. Inmiddels is het veel meer maatschappelijk geaccepteerd dat vrouwen hoogleraren, CEO's of politici zijn. De vrouwen hebben laten zien dat ze dat kunnen. De beeldvorming heeft zich daaraan aangepast - of is tenminste op een goede weg.

Loopt de praktijk niet al lang voor op de beeldvorming? Ouderen blijven lang zelfstandig wonen, zijn maatschappelijk erg actief.

Je hebt rolmodellen nodig die echt staan voor een bepaalde categorie mensen. Die zich daar niet voor verstoppen, want dan hebben ze minder impact. Bijvoorbeeld als een vrouwelijke leidinggevende bewust mannelijk optreedt omdat ze hoopt zo meer serieus genomen te worden, dan levert ze tegelijkertijd ook minder overtuigend bewijs dat vrouwen veel kunnen bereiken.

Ouderen hebben dus rolmodellen nodig die zich niet verstoppen voor hun leeftijd. Zolang ze gezond en actief zijn, voelen mensen zich jonger dan ze zijn. Eigenlijk is dat onnodig toch? Waarom zeggen ze niet: ik ben gezond en actief en ik ben 65? Ik denk dat we dat nodig hebben om het beeld te kantelen.

We moeten af van het idee dat 'oud zijn' gelijk gezet wordt met 'ziek zijn'. In het Duits zeggen we in straattaal 'du siehst alt aus', en dan bedoelen we: gaat het wel goed met je? Voel je je niet lekker? Er is in het taalgebruik veel wat bevestigt dat oud hetzelfde is als ziek of slecht.

Behalve bij oude kaas.

En oude wijn! Goede oude wijn dan.

Maar niet alle ouderen zijn actief en gezond. Daar schuilt een risico, ook bij Healthy Ageing. Natuurlijk moet je letten op wat je eet en genoeg bewegen. Maar we moeten oppassen dat het als je eigen schuld wordt gezien als je ziek bent. Healthy Ageing betekent niet dat je het kunt voorkomen om oud te zijn. Die veronderstelde correlatie 'oud zijn- ziek zijn'

moet weg, want daarmee zou je zieke ouderen kunnen buitensluiten. Zowel gezonde als zieke ouderen moeten zich onderdeel kunnen voelen van alle leuke projecten die worden bedacht voor hun leeftijdsgroep.

De groep ouderen wordt groter, en de ouderen worden ook in leeftijd ouder. De maatschappij 'moet' dus ook iets met ouderen. De stem van de oudere wordt steeds belangrijker. Gaat daardoor de beeldvorming schuiven?

Misschien, het zou kunnen. Procentueel komen er steeds meer ouderen bij, de pensioenleeftijd schuift op, en raden van bestuur worden bevolkt door invloedrijke ouderen.

Maar waarschijnlijk roepen die allemaal van zichzelf dat ze niet oud zijn, want ze zijn nog zo actief. Je ziet zo langzamerhand wel wat veranderen in de beeldvorming over ouderen, maar het huppelt nog wel achter de realiteit aan.

Is die beeldvorming echt zo slecht? Want ouderen zijn ook niet zo positief over elkaar, zo blijkt uit uw onderzoek.

Ouderen zijn best in staat om met een positieve bril naar ouderdom en te kijken. Maar ze zeggen ook dat de maatschappij nogal negatief over hen is: je verliest aan status en waardering, je hoort bij de 'grijze golf', je bent een last. Maar als ze over hun eigen leven praten, zijn ze weer positief: meer vrijheid, niet meer hoeven werken, langer slapen, meer tijd voor de familie. Daar zit een discrepantie.

De sleutel ligt dus deels bij de ouderen zelf?

Zeker. Maar ook bij de media: vaak zie je die leuke oma die het allemaal niet meer zo goed ziet. Beeldvorming wordt gevoed door de media. Je kunt identiteit van een groep top down



ZORG IS NIET ALLEEN IETS

WAT JE VOOR IEMAND DOET,
MAAR OUDEREN KUNNEN DIE
ZORG OOK ZELF VORMGEVEN.
HET KOMT VAN TWEE KANTEN.

vormen, maar ook bottom up: ouderen die zelf zeggen 'dit is wat we zijn en wat we kunnen'.

Wat is een belangrijk thema voor de toekomst?

Het is een mooie ontwikkeling dat in de zorg meer ruimte komt voor individuele wensen: ouderen die zelf willen blijven koken, ook al gaat er wel eens wat mis. Slimme techniek kan daarbij helpen. En natuurlijk zijn er dan risico's, maar die lopen jongeren ook. Zorg is niet alleen iets wat je voor iemand doet, maar ouderen kunnen die zorg ook zelf vormgeven. Het komt van twee kanten. Ook mensen die behoorlijk wat zorg behoeven, hebben wat te bieden. Maar daar moet je hen wel de ruimte voor geven.



GRIP&GLANS is een praktisch ingerichte cursus waarin (voornamelijk) ouderen concrete handvatten krijgen om meer eigen regie (GRIP) en meer welbevinden (GLANS) te ervaren. Het is geen praatgroep of therapie. Deelnemers worden aan de hand van oefeningen geholpen na te denken over waar ze in het leven staan en hoe ze (weer) kunnen genieten van kleine en grote dingen. En doordat ze verschillende zelfmanagementvaardigheden leren, staan ze steviger in hun schoenen. Hoogleraar Sociologie Nardi Steverink (Rijksuniversiteit Groningen) staat aan de basis van niet alleen de cursus zelf, maar ook de wetenschappelijke onderbouwing er van.

DE MOTOR ACHTER MEER GLANS

Nardi Steverink

Als je vraagt naar de successen van NPO Noord, dan wordt GRIP&GLANS altijd genoemd. Waarin zit dat succes?

GRIP&GLANS is een programma dat bestaat uit een wetenschappelijk deel en een interventieprogramma. Dat laatste is de vertaling naar de praktijk. We willen begrijpen wat eigen regie/zelfmanagementvaardigheden ('Grip') en welbevinden ('Glans') eigenlijk inhouden en wat de relatie tussen die twee is. En we kijken hoe we beide kunnen stimuleren, op basis van wetenschappelijk bewezen effecten, zodat het daadwerkelijk nut heeft voor de mensen voor wie GRIP&GLANS bedoeld is. Dat het gelukt is die concrete interventies te ontwikkelen vind ik mooi.

En daar wordt de stem van de oudere dus gehoord?

Ook al in het wetenschappelijke deel is dat het geval: in het onderzoek naar wat welbevinden is, vragen we dat natuurlijk ook aan de ouderen. Maar ook bij de vertaalslag naar de interventies hebben we altijd een pilot gedaan met ouderen: spreekt jullie dit aan? Moet het anders? Wat vinden jullie?

Wordt die stem van de oudere genoeg gehoord?

Wij streven er in ons onderzoek wel naar en ik weet ook dat men in het NPO daar zo veel mogelijk ruimte voor wil maken: er zijn klankbordgroepen en ouderen kunnen overal over meepraten, ze worden altijd uitgenodigd op bijeenkomsten. We doen er alles aan om ouderen op de hoogte te brengen en te betrekken. Maar hoe goed dat in zijn algemeenheid gelukt is, durf ik niet te zeggen. Onze intentie is om het goed te doen.

Hoe heeft GRIP&GLANS zich ontwikkeld?

Oorspronkelijk was het alleen gericht op individuele ouderen. Ook al wordt de cursus in groepen gegeven, de mensen in de groep geven zich individueel op omdat ze zelf iets willen leren: doelen stellen of actiever worden bijvoorbeeld. Ze kennen elkaar dus niet. Daar hadden we succes mee: mensen worden inderdaad actiever en voelen zich gelukkiger.

Iemand uit de klankbordgroep wees ons er vervolgens op dat de individuele oudere na afloop weer naar zijn wijk of informele netwerk terug gaat. Dat is een netwerk van mensen die de opgedane kennis dan niet hebben. Je zou daarom dat hele netwerk tegelijk moeten empoweren, zei dit lid van de klankbordgroep. Ik vond dat zo'n fantastisch idee dat ik meteen een onderzoeksaanvraag voor ZonMW heb geschreven. Inmiddels hebben we subsidie gekregen om het idee concreet uit te werken: GRIP&GLANS voor een groep mensen die elkaar al kennen. Deze interventie noemen we GRIP&GLANS met elkaar: de groep empoweren als geheel.

Deze interventie is nog in de onderzoeksfase, maar we hebben wel een pilot gedaan met een groep mensen die een keer in de week met elkaar koffie drinken. Met als resultaat dat ze meer met elkaar gingen ondernemen en elkaar beter hebben leren kennen. Ook gingen ze meer voor elkaar zorgen. Als een van de koffiedrinkers naar het ziekenhuis moest, bijvoorbeeld, ging een ander lid van de groep mee.

Hadden ze dat niet gedaan zonder GRIP&GLANS?

Ze worden natuurlijk in de interventie aangesproken om na te denken wat ze nog meer

aan de groep zouden kunnen hebben. Ik denk dat GRIP&GLANS een soort motor is geweest waardoor de leden van de groep op het idee kwamen om dit voor elkaar te doen.

We zijn na deze pilot verder gegaan met andere groepen om te onderzoeken of de interventie leidt tot empoweren van hele groepen. Psychologe Martine Goedendorp voert dit project uit. Binnenkort starten we met een groep die met elkaar in een woongroep gaat wonen. Ze gaan GRIP&GLANS met elkaar gebruiken om nu al een saamhorigheidsgevoel te krijgen.

Dat is ook het achterliggende idee: mensen moeten in de participatiemaatschappij eerst hun netwerk aanspreken voordat ze een beroep kunnen doen op de formele instanties.



**EMPOWERMENT KAN JE
MAKKELIJKER COMMUNICEREN
ALS JE BEGINT MET BEWEGEN.
MAAR DIT WERKT ALLEEN ALS DE
MENSEN IN DE WIJK DIT BOTTOM
UP OPPAKKEN.**

Een netwerk dus dat niet alleen bestaat uit de kinderen en de burens

Zeker. Een netwerk voor en door ouderen zelf. Maar het is niet allemaal positief, want soms zet een actief lid uit zo'n groep de eerste stap, maar lukt het niet om de hele groep mee te krijgen. Ze willen bijvoorbeeld wel gezellig met elkaar koffiedrinken, maar de rest hoeft niet. Niet iedereen is er voor te porren.

Waarom is het in de ene groep wel mogelijk en in de andere niet? Dat willen we graag onderzoeken.

Dat zijn ook geen processen die alleen voor ouderen gelden natuurlijk.

We richten ons ook niet alleen op ouderen. Als er jongere mensen bij zitten is dat natuurlijk ook prima.

Zou GRIP&GLANS zo tot wasdom zijn gekomen zonder NPO?

Ik was al vanaf 2000 bezig met het ontwikkelen van de interventies. Het wetenschappelijke deel was al ver doorontwikkeld, er waren studies met controlegroepen geweest, meerdere proefschriften. Daar zat ik dan als programmaleider met al die mooie producten en mappen in mijn kast: Hoe krijg ik het bij de ouderen? We hebben toen al in 2006 een proef-implementatieproject gedaan met subsidie van het fonds Sluyterman van Loo. Dus toen later het NPO begon had ik alles klaar liggen om GRIP&GLANS breder te implementeren! Wij waren een van de weinige projecten die meteen een implementatie-aanvraag konden doen.

Dat was voor het NPO natuurlijk ook fijn: concrete actie!

Toen we de subsidie kregen hebben we natuurlijk meteen taart gehaald. We hebben een grote startconferentie georganiseerd. Gemeenten, zorgverzekeraars, welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, verzorgingstehuizen: we hebben ze allemaal betrokken. Je zag dat in gemeenten waar al die neuzen dezelfde kant op staan, de GRIP&GLANS interventies goed landden. Door het NPO konden we dat hele proces mooi onderzoeken.

Wat is de toekomst nu het NPO wordt afgerond: wat betekent Anders Oud 2030 voor jullie?

Wij gaan natuurlijk gewoon door, ook met GRIP&GLANS met elkaar. We hebben recent nog een subsidie gekregen van ZonMw in het programma Preventie om het programma te koppelen aan het beweegprogramma Delfgoud. We richten ons op gebieden waar de gezondheidsachterstand relatief groot is, zoals de krimpgebieden. Empowerment kan je makkelijker communiceren als je begint met bewegen. Dat is ons idee. Maar dit werkt alleen als de mensen in de wijk dit bottom up oppakken.



**OUDEREN GINGEN MEER
MET ELKAAR ONDERNEMEN EN
HEBBEN ELKAAR BETER LEREN
KENNEN. OOK GINGEN ZE MEER
VOOR ELKAAR ZORGEN.**

Het sociale stuk van ouder worden is zo belangrijk. Het gaat niet alleen om het fysieke deel. Dat kan ik niet genoeg benadrukken. Want er is een grote relatie tussen hoe het sociaal met mensen gaat en hoe ze zich fysiek voelen. Dat weet men wel, maar dan zie je toch dat projecten vaak weer in hokjes worden gestopt. Je moet het in samenhang blijven bekijken.

A portrait of Marian Verkerk, a woman with short grey hair and glasses, wearing a white lab coat. She is standing in a clinical setting, leaning against a white surface. The background is slightly blurred, showing what appears to be a hospital corridor.

Marian Verkerk is hoogleraar zorgethiek aan het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen. Van huis uit is zij filosoof. En voor NPO Noord is ze misschien het best te omschrijven als 'huisethicus'.

ECHT KIJKEN ZONDER AANNAMES

Marian Verkerk

Wordt er voldoende geluisterd naar de stem van de oudere?

Er spelen twee dingen mee: wat hoor je en hoe begrijp je dat wat wordt gezegd. Ik vermoed dat de gemiddelde leeftijd van een ambtenaar die beslist over ouderen, midden veertig is. Dan heb je geen idee hoe het voelt om oud te zijn. En dus worden er beslissingen genomen op basis van aannames. 'Als je oud bent, dan heb je vast ...' Maar als je dat dan echt aan ouderen gaat vragen, voelen ze misschien heel andere dingen. Je kan je dus afvragen of hun getuigenissen echt worden gehoord of dat er sturende vragenlijsten worden gebruikt.

En als tweede geldt dat ouderen misschien wel worden gehoord, maar dat ze verkeerd worden begrepen. Om een voorbeeld te geven: een oudere meldt dat hij stijf en niet ontspannen is. Niemand staat er bij stil dat veel ouderen, zeker als hun partner is overleden, nauwelijks meer worden aangeraakt. Het antwoord om dan maar naar de fysiotherapeut te gaan, is daarmee niet het antwoord waar de oudere op dat moment naar verlangt.

Hun stem wordt dus, boud gezegd, onvoldoende gehoord en soms zelfs niet begrepen. Wij zijn er als maatschappij erg goed in om vanuit de eigen positie te luisteren. Als je dertig jaar bent, dan weet je niet hoe mensen van zestig zich voelen. En als je zestig bent, heb je geen idee hoe het is om negentig jaar te zijn.

Dat lijkt dan een vrijwel onoplosbaar probleem. Hoe zorg je er voor dat de verschillende leeftijden elkaar WEL verstaan?

Door naïeve vragen te stellen, door echt te willen weten hoe het is en voelt als je een bepaalde leeftijd hebt bereikt. Door echte

aandacht te hebben, want dan hoor je pas wat iemand zegt. Als een oudere opmerkt dat zijn lichaam niet meer voelt als dat van hemzelf, schieten we al snel in de zorgmodus. Omdat we het interpreteren als een zorgvraag: we gaan uit van een bepaald beeld dat we hebben hoe deze oudere dat bedoelt.

Als je dan doorvraagt naar wat een oudere echt bedoelt te zeggen, wordt u dan wel eens verrast door het antwoord?

Ik word vooral verrast door de vitaliteit en de geestelijke rijkdom van ouderen. Je denkt dat mensen van ver in de tachtig vooral bezig zijn met de weg naar de dood. Maar dan blijkt dat ze bijvoorbeeld nog steeds relatieproblemen hebben, zelfs na een huwelijk van vijftig jaar. Je zou denken dat dat soort zaken toch wel opgelost zijn. Misschien zou je het anders willen, maar deze ouderen zijn wel bezig het leven te leven. Niks na het opklimmen naar volwassenheid afdalen van de levensladder richting het graf, zoals men in de Middeleeuwen al dacht. Dat je misschien tobt met je lichaam, betekent niet dat je niet ook een betekenisvolle relatie kan en wil hebben.

Wat kunnen zorgprofessionals die met ouderen te maken hebben veranderen aan hun eigen aannames?

Hetzelfde wat ik ooit van een kunstenaar heb geleerd: getrainde waarneming. Toets of datgene wat jij zelf ziet, ook is wat de ander ziet. Vraag het aan de ander. Dus als in jouw perceptie iemand een zorgvraag heeft, is het verstandig om dat niet zomaar aan te nemen, maar te vragen of dit is wat iemand nodig heeft. Dat is trouwens niet alleen goed om te doen bij ouderen, maar bij iedereen. 'Is deze oplossing een antwoord op jouw vraag?'.

Het is makkelijker voor ouderen om te zeggen dat ze eigenlijk iets anders bedoelen dan om achteraf een - misschien goedbedoelde - actie af te wijzen.

Is er op dit vlak in de bejegening van ouderen iets veranderd in de looptijd van het NPO?

Nee. De ouderenzorg wordt nog steeds bepaald aan de hand van richtlijnen, protocollen, het systeemdenken. Het simpele 'is dit wat je bedoelde?' is nog steeds heel moeilijk. Dat is jammer, want de stem van een oudere kan ook mooie verrassingen opleveren. Ik hoorde laatst van het woord sterfteprotocollen. Gaan we nu ook beslissen hoe het pad naar sterven moet lopen?

Hoe komt het dat we blijkbaar zo graag willen vasthouden aan richtlijnen?

Misschien willen we controle houden op de ongewisse werkelijkheid. De palliatieve zorg, de ouderenzorg is natuurlijk erg ongewis: we leven voor het eerst in een tijd waarin meer mensen erg oud kunnen worden. Daar willen



TOETS OF DATGENE WAT
JE ZELF ZIET, OOK IS WAT DE
ANDER ZIET. VRAAG HET AAN
DE ANDER.

we graag grip op hebben. We hebben er ook geen ervaring mee: nog niet zo lang geleden vertrokken ouderen op hun 65ste naar het bejaardentehuis. Ook is de afrekencultuur in de zorg vrij sterk. We hebben een enorme behoefte om alles

transparant te willen maken met regels. Het gevolg is juist minder transparantie door de hoeveelheid regels.

Het is een treurige constatering dat er niet zoveel is veranderd.

Er zijn wel kleine betekenisvolle stapjes gezet: meer aandacht voor plezier, het beeld wat we van ouderen hebben is ook aan het veranderen. Niet meer net na je pensioen naar een ouderenswoning, maar monter zelfmanagement. Dat laatste is een even grote ergernis van me. Ik wil niet 'net zo jong als je dochter' worden of verteld krijgen dat ik 'nog' iets kan. Sterker nog: ik kan op dit moment een heleboel dingen meer dan dat ik twintig jaar geleden kon. En andere dingen kan ik weer wat minder dan eerst.

Ouderenzorg is een hele business geworden met veel belangen van farmacie, wetenschap, onderzoeksgelden, ondernemers. Dat is ook veranderd.

De filosofische vragen over ouderdom zijn gebleven: wil je wel zo lang mogelijk leven? Of gaat het toch vooral ook om betekenisvol leven, ook als dat korter is. Ik weet niet zeker of ik me verheug op de ouderdom, vooral niet wanneer ik afhankelijk word van anderen. Ik heb geen probleem met afhankelijkheid maar wel wanneer goedwillende professionals zich op een vervelende manier met mij gaan bemoeien. Dan vind ik het nog een hele toer. Wie gaat bepalen wat goed voor mij is? Wat is er fout aan dat ik me als ik oud ben, bij wijze van spreken pas 's middags wil aankleden?

Wat zijn uw voornaamste zorgen?

Dat er wordt ingevuld voor de ander. Goedbedoelend beleid dat is bepaald door een generatie die niet weet wat het betekent om

oud te zijn en die het ook niet direct vragen aan de oudere zelf. In het onderzoek word ik vooral gemotiveerd door de wens ouderen een essentiële rol te geven in de zorg. Daar ontbreekt het nog steeds aan. Een voorbeeld. Een echtpaar, waarvan de vrouw ziek is en de man haar mantelzorger is. Zij slaapt in de woonkamer en haar man mag er geen bed bijplaatsen omdat daar geen indicatie voor is. Ik begrijp de hulpverlening, maar ze gaan voorbij aan de echte behoeftes van dit echtpaar: ze hebben door haar ziekte weinig intimiteit. En dan bedoel ik geen seksuele intimiteit, maar gewoon elkaar kunnen aanraken.



ALS JE DERTIG BENT, DAN
WEET JE NIET HOE MENSEN VAN
ZESTIG ZICH VOELEN. EN ALS JE
ZESTIG BENT, HEB JE GEEN IDEE
HOE HET IS OM NEGENTIG JAAR
TE ZIJN.

Vanwege die behoefte liet de man de nieuwe tillift ongebruikt in de hoek staan. De zorgverleners hamerden er op dat hij de lift moest gebruiken. Dat is te begrijpen omdat de echtgenoot zelf natuurlijk ook oud is. Maar zolang hij zijn vrouw zelf kon tillen, was het zijn wens om dat dan ook zelf te doen

Wat hadden de zorgverleners dan moeten doen?

Vragen naar de reden waarom hij die lift niet gebruikte. Toets je waarneming. Dan had hij gezegd dat hij wil zorgen dat die paar momenten

van intimiteit, haar aanraken, behouden blijven. Die waarneming kan je dus trainen. Echt kijken en je blijven verbazen.

En wat kunnen ouderen zelf doen?

Nieuwsgierig blijven en blijven vragen. Je moet actief aan je eigen zorg blijven werken. Denk niet te veel als patiënt of consument, maar laat zelf zien wat je precies wil. De burger is zelf aan zet en moet zaken voor zichzelf organiseren. Om daarop toegerust te zijn als zorgverlener moet je met je eigen oren leren luisteren en niet die stem van de oudere volgens een protocol willen verwerken.



Sophia de Rooij is hoogleraar ouderengeneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Twee jaar geleden is ze vanuit het AMC in Amsterdam naar Groningen gekomen. Daar heeft ze het tweede deel van het NPO vorm kunnen geven. Ze is een van de acht NPO-‘netwerktrekkers’ van het eerste uur en vervulde die rol in Amsterdam, Noord-Holland en Flevoland.

OUD WORDEN IS OOK JE VOORBEREIDEN OP HET RAFELRANDJE

Sophia de Rooij

Als je als kwetsbare oudere te maken krijgt met acute zorgvragen, is dat ingrijpend. Ik vraag me voortdurend af hoe we die zorg beter kunnen maken. Ouderenzorg gaat meestal niet over heel bijzondere ziekten, als geriater wil ik

ook juist goed zijn in de gewone dingen. Het draait niet om de ziekte maar om wat de zieke belangrijk vindt. Wat is dan de toegevoegde waarde van [acute] ziekenhuisbehandeling voor heel kwetsbare ouderen? We zijn met

ruim 600 ouderen in gesprek geweest over wat zij een wenselijke uitkomst van hun behandeling vinden. Wat en wie zijn voor hen belangrijk in het vervolgtraject, in hun herstel, zodat ze thuis de draad weer op kunnen pakken. Dit project Seniorlines is een direct vervolg op de inzichten uit het NPO.

Het tweede deel van het NPO, hoe hebben jullie dat aangepakt?

We proberen nog beter de verbinding te maken tussen wijk en ziekenhuis en nadrukkelijk de link met welzijn te leggen. We hebben daarom ook het begrip positieve gezondheid van Machteld Huber omarmd. Dat kwam in de Regiotafels ook naar voren, die we met veel enthousiasme zijn begonnen. Ik ontmoet daar veel geïnspireerde ouderen. Ouderen die ideeën hebben en het leuk vinden om over nieuwe projecten in gesprek te gaan.

Ik heb binnen het NPO inzichten die hier in Groningen al eerder waren verkregen, kunnen combineren met activiteiten die we op andere plekken hadden getoetst. Ik ben bijvoorbeeld de hoofdonderzoeker van de Transmurale Zorgbrug. Daar was hier al belangstelling voor toen ik kwam. Nu hebben we deze inzichten ook in een paar ziekenhuizen in het Noorden ingebracht.

We bekijken samen of we de verbinding kunnen leggen met andere succesvolle NPO projecten zoals Samen Oud, Hospital at Home (als nieuw project van het Deltaplan Dementie) en de Transmurale Zorgbrug. Ze kunnen elkaar versterken.

En verder heb ik een sterke voorliefde voor de inzet van games en E-health bij zelfzorg en zelfmanagement. We hebben een aantal serious games gemaakt zoals the Delirium

Experience, bedoeld om verpleegkundigen en artsen voor te bereiden op de specifieke problemen die kwetsbare ouderen in het ziekenhuis kunnen hebben, zoals een delier. De kans dat ouderen dat krijgen is namelijk groter dan dat jongeren een delier ondervinden.

Veel onderzoek doen we multidisciplinair. Zo werken we in Seniorlines samen met een antropoloog, een verplegingswetenschapper en een bewegingswetenschapper. We laten ons inspireren door de ouderen van de Regiotafels. We vragen hen bijvoorbeeld de informatie die we ook aan patiënten geven, door te lezen en nadrukkelijk van kritische feedback te voorzien. Dus geïnspireerd door het NPO willen we van ouderen nog beter horen hoe we de wetenschap beter aan kunnen laten sluiten op de praktijk. Dus willen we ook op basis van vragen uit de praktijk, wetenschap bedrijven.

Ik heb het idee dat het inzicht dat je ouderen bevraagt op wat zij willen, vrij nieuw is. Tien jaar geleden werd nog niet zoveel aan hen gevraagd.

De zorg is ook erg veranderd. We waren als artsen vroeger duidelijk paternalistischer ingesteld. ‘Wij hebben er voor gestudeerd, dus wij vertellen het u wel.’ Dit schoot door in indirecte kwaliteitsindicatoren en lijstjes om zaken te meten. Die kosten veel tijd en ergernis en ze houden ons af van waar het om moet gaan. Inmiddels zien we dat de kwaliteit van de zorg wordt bepaald door de kleinste eenheid: hoe hebben patiënten het contact met de zorgprofessional ervaren en heeft de zorgprofessional het idee dat hij alles heeft gedaan om het maximale te betekenen voor die patiënt? Er is meer plaats voor wederzijds vertrouwen: de patiënt kan zijn verhaal doen en zijn doelen duidelijk maken, en de professional bedenkt

samen met hem hoe ze die doelen kunnen bereiken. Er is toenemend meer sprake van teamgeneeskunde waarbij de patiënt ook in het team zit.

Om een voorbeeld te geven: vorig jaar kwam een patiënt met beginnende Alzheimer bij mij. Hij bleek ook slokdarmkanker te hebben en moest beslissen over de behandeling. Hij vertelde dat hij binnenkort 50 jaar getrouwd was en met kinderen en familie naar een Grieks eiland zou gaan om dat te gaan vieren. Als hij de complete behandeling zou ondergaan, zou dat niet meer kunnen. 'Dat is eigenlijk alles waar ik naar toe leef, daarna maakt het mij niet zoveel meer uit', zei hij. 'Ik wil daar kunnen genieten.' Toen hebben we met de artsen afgesproken dat de behandeling minder intensief ingestoken zou worden zodat de patiënt zijn eigen 'behandeldoel' ging halen.

Merkte u, toen u overstapte naar het Noorden, een verschil in behoeftes tussen ouderen?

Nauwelijks. De behoefte aan ontschotting, betere samenwerking en integrale ouderenzorg is overal dezelfde. Waarom is de zorg zo ingewikkeld geregeld? Waarom kunnen WMO, WLZ en zorgverzekeringswet niet in een hand worden geregeld? We maken het voor onze meest kwetsbare mensen nodeloos ingewikkeld. Met nóg beter samenwerken kunnen we veel mooie dingen doen. Die bereidheid en spirit tref ik hier overal aan.

Heeft het NPO daarin verschil kunnen maken?

Ik denk dat er veel meer uitwisseling is tussen ouderen en onderzoekers als voorheen. De wetenschappelijke vraag is steeds meer de vraag van de oudere zelf en niet alleen maar die van de onderzoeker. Zo vroegen we ons af wat passende zorg

precies is.? Een oudere zei ons toen: je kan me nog veel meer vragenlijsten voorleggen, het zal wel, maar zorg is pas passend als de oudere het passend vindt.' Daar had hij gelijk in. Maar we maakten ons als onderzoekers zorgen dat we dat niet konden meten. Diezelfde oudere opperde dat hij na afloop toch gewoon een rapportcijfer kon geven voor geleverde zorg? Dat kan eigenlijk heel goed, realiseerden we ons!

Ook hanteerden we graag de term 'functie-verlies' als maat om uitkomsten te meten. Dus aan de hand van een vragenlijst bekeken we of er achteruitgang op een of meerdere punten was. Dat kan je heerlijk meten, tellen en turven. Ideaal. Ouderen zeiden: wij willen het juist graag over functiebehoud hebben, niet over verlies. Dus dat hebben we vanaf toen gedaan. Dat klinkt veel vriendelijker. Zo moeilijk is dat niet te regelen en je kan het ook prima meten.

Terugkijkend, waar bent u trots op?

Op de verbinding, die we tot stand hebben gebracht tussen ouderen en professionals en professionals onderling. Dat de Transmurale Zorgbrug en Samen Oud succesnummers zijn van het NPO (en er zijn er heus meer). Het succes ligt in de kracht van de samenwerking. Het is veel makkelijker om een nieuw apparaat uit te vinden of een nieuw medicijn op de markt te brengen. Maar ga maar eens samen communiceren en coördineren, zoals bij de Transmurale Zorgbrug. Er is geen medicijn dat 25% sterftereductie oplevert. Dit project wel. Het kost twee of drie keer een bezoek van de wijkverpleegkundige en het levert een dag minder in het ziekenhuis op. Het kost dus niks, maar het probleem is dat de betaling uit verschillende potjes moet komen. De zorgverzekeraar betaalt bijna nergens rechtstreeks de implementatie van de Transmurale Zorgbrug.

Dus dan vind ik het leuk dat het al 29 ziekenhuizen gelukt is om die samenwerking wel aan te gaan met nog veel meer thuiszorgorganisaties.

Die meetbaarheid is dus belangrijk? Hoe maak je die duidelijk?

Voor de een telt het argument dat het minder kost, voor de ander dat het wetenschappelijk bewezen is of dat je door een project beter samenwerkt. Wat helpt is als je het ingewikkelde iets makkelijker maakt. De vragenlijsten die de wijkverpleegkundige heeft, kun je makkelijk in een ja/nee vragenlijst, in een app of digitale test verwerken. Zo hebben we de Vitaliteitswijzer bedacht waarop ouderen zelf tests kunnen doen om hun vitaliteitsscore te meten. Ze kunnen direct een persoonlijk advies krijgen. Ook als ze niet hebben meegedaan aan eerdere onderzoeken kunnen ze hiermee een bezoek aan een zorgprofessional beter voorbereiden. Meer dan duizend ouderen vulden hem al in. Hij staat overigens gratis in de Appstore en in Android, als je senior bent tenminste. Of op www.ouderenacademie.nl.

Hoe moet het nou verder? Het NPO wordt afgebouwd ...

We gaan gewoon verder. Inzichten als 'welzijn' en 'welbevinden in nauwe samenhang met zorg', zitten ook in nieuwe projecten. Op basis van het NPO weten we wat de goede dingen zijn. Het gaat om het uitstellen, verbeteren en verlichten van het lijden in de laatste levensfase. We willen zorgen dat die zo dicht mogelijk bij de wensen van ouderen aansluit. En dat ze daar zelf de regie over voeren. En voor artsen en andere professionals geldt dat ze samen met de oudere goed bespreken wat het doel van de zorgvraag moet zijn: behandelen, behouden of berusten.

Welke uitdagingen liggen er in de toekomst?

Je kan heel veel regelen en plannen, maar hoe je met elkaar de acute zorg vormgeeft is uiteindelijk de graadmeter. Het einde wordt vaak ingeluid door een acute gebeurtenis: een val, een botbreuk, een longontsteking. Het is belangrijk dat je niet wacht totdat het je overkomt. Je moet jaren daarvoor om je heen kijken en bedenken of je goed bent voorbereid. Dat doe je door gezond te eten en te bewegen, maar ook door het gesprek aan te gaan met de



WE WILLEN VAN OUDEREN
NOG BETER HOREN HOE WE
DE WETENSCHAP AAN KUNNEN
LATEN SLUITEN OP DE PRAKTIJK.

mensen om je heen die voor je zorgen. Dat je oude dag er aan komt en dat die een rafelig randje heeft, dat weet je eigenlijk van tevoren. Ouder worden is namelijk geen ziekte. Ouderdom is het succes van onze gezondheidszorg. Dus bedenk wat je echt wil op het moment dat het niet meer zo goed met je gaat. Schrijf op of je gereanimeerd wil worden en stop het in je portemonnee. Maar schrijf ook op waar je blij van wordt, wat je muziekkeuze is, wat je lekker vindt om te eten. Laat het je huisarts weten, praat er met andere ouderen over. Want wij als artsen in het ziekenhuis leren ouderen pas kennen op het moment dat het echt goed mis is. En dan kan je er vaak niet zo goed meer over praten



Anne Hilderink

KLOOSTERBUREN BRENGT ZORG TERUG NAAR DE BASIS

Anne Hilderink is initiator en ontwikkelaar van de coöperatie Klooster&Buren. De 310 leden van de coöperatie bestaan uit dorpsbewoners van Kloosterburen en omliggende dorpen. Ze zetten zich in om het gebied leefbaar te houden. Klooster&Buren is voortgekomen uit de stichting Sint Jan, die in 2006 een woonvorm voor kinderen met een verstandelijke beperking ontwikkelde. Sindsdien heeft de stichting verder gebouwd aan een eigen visie en werkwijze van en door bewoners, waardoor het dorp bruist van de initiatieven. Zo heeft de coöperatie inmiddels het zorgcentrum 't Olde Heem gekocht om zelf te exploiteren. Zo zorgen de bewoners er voor dat ouderen in het dorp kunnen blijven wonen. Er is een kloostertuin opgezet met groente en fruit die onderhouden wordt door vrijwilligers. Monumenten zoals de Nicolaaskerk krijgen een herbestemming.

Hoe vaak hebben jullie mensen over de vloer in Kloosterburen om te zien hoe jullie het hier met de coöperatie aanpakken?

Heel regelmatig, hoewel ik moet zeggen dat we weinig vertegenwoordigers van zorginstellingen zien. Sommige instellingen hebben misschien moeite met de werkwijze van zo'n samenwerking als we hier hebben. We worden trouwens wel intensief gevolgd en we merken ook dat nu we zorgcentrum 't Olde Heem hebben gekocht, de belangstelling nog meer toeneemt. We horen er meer bij, zo lijkt het.

We zijn al tien jaar bezig met de ontwikkeling om zorg vanuit een heel andere structuur op te bouwen. Eerst de gehandicaptenzorg en nu ook de ouderenzorg. Het Nederlandse zorglandschap is natuurlijk erg verdeeld in schotten en kolommen. En het is erg geïnstitutionaliseerd. Wij brengen de zorg in Kloosterburen terug naar de basis, als vanzelfsprekend onderdeel van de gemeenschap. Ouderen zelf herkennen deze structuur van zorg nog uit hun jeugd. Dus zij kijken er niet van op dat het werkt.

Waarom kan dat bij jullie?

Kloosterburen is natuurlijk een piepklein dorp aan de Waddenkust. De afgelopen decennia is alles teruggeschoefd: de woningcorporatie investeerde niet meer in het dorp, zorgvoorzieningen liepen terug, alles werd schraler. De leefbaarheid stond onder druk, terwijl dit gebied zo de moeite waard is om in te investeren.

We horen bij het werelderfgoed van Unesco, we leven met het Wad, in het dorp ligt het oudste kloosterterrein van de provincie Groningen, we zijn omringd door cultuurlandschap van 2000 jaar oud. We hebben de structuur van

de zorg in Kloosterburen geïnspireerd op de geschiedenis van deze plek: alles is met elkaar verbonden. Zo is de Nicolaaskerk ontmoetingsplek voor iedereen, in de parkachtige tuin hebben we een kloostertuin ontwikkeld waar de ouderen uit 't Olde Heem ook kunnen vertoeven en zelfs kunnen werken. In de tuin krijgen de schoolkinderen les en er worden groenten verbouwd die weer in de keuken van de Nicolaaskerk en het zorgcentrum worden gebruikt.

De bestaande structuren gaan vaak uit van een probleem dat opgelost moet worden binnen bijvoorbeeld het kader van ouderenzorg of gehandicaptenzorg. En die zijn van elkaar gescheiden. Maar als je de bestaande schotten negeert en buiten de gebaande paden gaat kijken, zie je dat ouderen en mensen met een beperking zelf ook heel veel kunnen. Ouderschap is geen kwaal. We gaan uit van vitaliteit. Dat deden we al met de dagbesteding voor mensen met een beperking. Zij zorgen voor de dorpsgemeenschap door het groenonderhoud te doen van kerk, kloosterterrein en 't Olde Heem. Ze zorgen voor houtkap, ze doen huishoudelijk werk, ze zijn betrokken bij de huishouding van het woonzorgcentrum. Ze doen dat betaald, het is echt zorgvuldig geleverd werk.

De ontschotting is ook noodzaak, want Kloosterburen is te klein voor reguliere zorginstellingen om een aparte dagbesteding op te zetten voor mensen met een beperking. Of om een woonzorgvoorziening op te zetten voor ouderen in het dorp. Door beide te combineren kunnen wij dat als coöperatie wel. Ook willen we ons niet beperken tot de zorg. We willen leefbaarheid in het algemeen benaderen,



WE HEBBEN DE STRUC-
TUUR VAN DE ZORG IN KLOOS-
TERBUREN GEÏNSPIREERD OP
DE GESCHIEDENIS VAN DEZE
PLEK: ALLES IS MET ELKAAR
VERBONDEN.

ongeacht leeftijd of zorgvraag. Als er behoefte is aan zorg zijn daar mogelijkheden voor, maar als dat niet het geval is zijn de mensen ook welkom.

Er komen dus nog weinig zorginstellingen kijken. Waarom is dat?

We volgen natuurlijk een nieuwe werkwijze. Dus ik snap dat ze dat eerst eens willen aankijken hoe het uitpakt. We zitten ook voor een deel op hun domein. Dat is ook wennen voor ze. En, misschien wel het opvallendst, ik zie een groot verschil in mensbeeld: zorgorganisaties die al jaren op een bepaalde manier werken en vinden dat zij er dus verstand van hebben tegenover de burgerparticipatie die in hun ogen drijft op vrijwilligers. Dat doen wij dus niet. Bij ons hebben de medewerkers gewoon een baan in dienst van de zorgcoöperatie. Die medewerkers grappen wel eens dat ze 310 bazen hebben. Het vraagt dus een totale cultuuromslag waarvan ik denk dat het een generatie zal duren voordat die omslag is gemaakt.

Welke stem hebben de ouderen gehad in het opzetten van de coöperatie?

De coöperatie bestaat nu een jaar, maar de stichting St. Jan bestaat al tien jaar. De ervaring met een woonvorm voor inwoners met een verstandelijke beperking hadden we dus al. Iedere keer als we als bewoners van Kloosterburen in de stichting een vraag of risico zien opdoemen, betrekken we alle partijen. Zo ook toen we zorginstelling 't Olde Heem hebben gekocht. Die was niet meer rendabel voor de Zonnehuisgroep. We hebben 'ateliers' georganiseerd: studiedagen waarin we heel precies bestuderen wat nodig is om een initiatief te laten slagen. We hebben veel kennis en onderzoek verzameld op die manier, ook om te voorkomen dat we iets doen wat niet levensvatbaar is.

Ouderen hebben een enorm sociaal kapitaal. We hebben hen ervaren als een creatieve, oplossing zoekende groep. Zo gaven ze aan niet 'een oudere' te zijn. Ze willen daarom als individu, en niet als groep, worden benaderd. Dat betekent dat ze wel onderdeel willen zijn van de gemeenschap, maar ieder op zijn eigen manier. Overeenkomsten tussen hen zijn er natuurlijk ook: ze hechten allemaal aan hun autonomie, zelfs als dat bijna niet meer kan. Ook is er behoefte aan een zorgsteunpunt waar ze terecht kunnen met vragen. Geen loket, geen antwoordapparaat, maar een echt mens dat luistert en verantwoordelijkheid draagt voor het antwoord. Ook al is dat antwoord een 'nee'. Ouderen willen dus graag individuele aandacht op een menselijke manier. Als ze maar midden in de samenleving staan. En gek genoeg, gaven onze ouderen aan dat ze nauwelijks behoefte hadden aan klassieke zorg.

Op welke manier is het Nationaal Programma Ouderenzorg betrokken bij jullie coöperatie?

We hebben heel veel kennis nodig, dus het netwerk is erg belangrijk. We zitten aan tafel met wetenschappers uit allerlei vakgebieden waar we veel aan hebben. En de projectleiders maken ons zichtbaar, ze bieden ons een podium. Op die manier voorkomen we dat de zorg voor ouderen en gehandicapten in zo'n dunbevolkt gebied als hier, een marginaal bestaan leidt.

En daar hebben andere, vergelijkbare dorpen ook weer wat aan. Het leefbaar houden van dorpen op het platteland is een wereldwijd probleem. Kennisuitwisseling kan daarbij helpen.



OUDEREN HEBBEN EEN
ENORM SOCIAAL KAPITAAL.
WE HEBBEN HEN ERVAREN
ALS EEN CREATIEVE, OPLOSSING
ZOEKENDE GROEP.

COLOFON

Tekst

Anne Peetoom

Eindredactie

Karin Kalverboer

Fotografie

Hans van Dijk

Vormgeving

Manisch Creatief

Druk

Wm Veenstra

Uitgave

Zorg Innovatie Forum

Postbus 1047 9701 BA Groningen

T 050 - 800 32 45

E info@zifnoord.nl

I www.zorginnovatieforum.nl

www.beteroud.nl

ZonMW heeft deze publicatie financieel mogelijk gemaakt

ONAFHANKELIJK, VERBINDEND, STIMULEREND, VERNIEUWEND

