



Bij het ouder worden kunnen problemen ontstaan op het gebied van gezondheid en welzijn. In Nederland zijn er verschillende initiatieven in gang gezet om risico's en problemen op deze gebieden in een vroeg stadium op te sporen. De achterliggende gedachte hierbij is dat ouderen dan beter ondersteund worden en daardoor mogelijk langer zelfstandig kunnen blijven functioneren en wonen.



Meegaan met je tijd, door Marius van Dokkum ©2005 Art Revisited, Tolbert

Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; *op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen*

Het Nederlandse zorgsysteem staat voor de uitdaging om zorg en ondersteuning te bieden aan een toenevend aantal ouderen (zie Tekstbox 1). Ouderen worden steeds meer gestimuleerd om zo lang mogelijk te participeren in de maatschappij en thuis te blijven wonen met ondersteuning uit het eigen netwerk en voorzieningen in de buurt. Ouderen hebben vaak te maken met meerdere problemen op het gebied van gezondheid en welzijn. Zo heeft tweederde van de 65-plussers meerdere chronische aandoeningen. In de

afgelopen jaren zijn diverse initiatieven in gang gezet om ouderen met risico's en problemen op het gebied van gezondheid en welzijn proactief op te sporen. Deze initiatieven, die vallen onder de noemer "vroegopsporing", zijn opgezet vanuit de gedachte dat een preventief aanbod of proactieve inzet van zorg en ondersteuning (verdere) problemen kan uitstellen of mogelijk zelfs voorkomen, en eraan kan bijdragen dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven functioneren en wonen.

Welke informatie biedt deze factsheet?

Deze factsheet is bestemd voor beleidsmakers, onderzoekers, zorgverleners en andere betrokkenen bij vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen. Met financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderzoek gedaan naar verschillende vormen van vroegtijdige opsporing van risico's en problemen op het gebied van gezondheid en welzijn bij (kwetsbare) ouderen. Daarbij is gekeken naar de volgende vragen: 'Welke vormen van vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen zijn er, en wat zijn hun knelpunten en succesfactoren? In hoeverre sluiten de huidige initiatieven aan bij de daadwerkelijke hulpvraag van ouderen? Hoe verhoudt vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen zich tot regionale populatiegerichte initiatieven? Wat is er nodig om initiatieven voor vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen te verbeteren?' Meer informatie over de respondenten is te vinden in Tekstbox 2.

Bevindingen

Hoofdconclusie: discrepantie tussen vraag en aanbod

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat diverse vormen van vroegopsporing onvoldoende aansluiten bij wat ouderen zelf willen en nodig hebben. Daarnaast lijken vroegopsporing en het daaropvolgende vervolgaanbod naar aanleiding van een signaal uit de omgeving (bijvoorbeeld vroegopsporing door vrijwillige ouderenadviseurs) of bij een selecte groep ouderen in een specifieke setting (bijvoorbeeld vroegopsporing in het ziekenhuis) doeltreffender dan vroegopsporing en het daaropvolgende vervolgaanbod bij een bredere/algemene populatie (bijvoorbeeld consultatiebureau voor ouderen, vroegopsporing vanuit de huisartsenpraktijk). Belangrijke knelpunten bij de uitvoering van initiatieven voor vroegopsporing zijn onvoldoende samenwerking en

Tekstbox 1: Feiten en cijfers

- Er zijn ongeveer 2,8 miljoen 65-plussers in Nederland. De verwachting is dat dit aantal zal stijgen naar 4,7 miljoen in 2050.¹
- Van de 65-plussers is 95% thuiswonend, onder de 80-plussers is dit nog 86%.²
- 33% van de thuiswonende 65-plussers woont alleen.³ Van de alleenwonende 65-plussers is naar schatting 40-50% kwetsbaar.⁴
- Het aantal kwetsbare 65-plussers zal tussen 2010 en 2030 toenemen van ongeveer 700.000 tot ruim 1 miljoen.⁵
- 37% van de 55-plussers is multimorbide. Dit percentage neemt toe met de leeftijd tot 59% bij de 75-plussers.⁶
- Ongeveer een derde van de 65-plussers voelt zich eenzaam⁷ en 16% voelt zich wel eens onveilig in de eigen buurt.⁸
- Ouderen met een groot sociaal netwerk, krijgen minder vaak formele zorg. Als ze wel formele zorg krijgen, geldt: hoe meer formele zorg ze krijgen, hoe meer informele en instrumentele steun ze ook krijgen uit het sociale netwerk.⁹

afstemming tussen de verschillende betrokkenen en het ontbreken van kennis over de effectiviteit van en het vervolg op initiatieven voor vroegopsporing.

Deze hoofdconclusie is een samenvatting van een negental kernbevindingen. Op de volgende pagina's worden deze kernbevindingen nader toegelicht.

1. Grote variëteit aan vormen van vroegopsporing

Er bestaat een grote variëteit aan vormen van vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen (tabel 1). Uitgaande van hun doelstelling, kunnen de verschillende initiatieven grofweg in twee groepen worden opgedeeld: 1. Initiatieven die gericht zijn op het opsporen van ouderen met een risico op achteruitgang, zodat hen een preventief aanbod geboden kan worden (aanpak 1 en 2) en 2. Initiatieven die tot doel hebben om problemen bij kwetsbare ouderen op het spoor te komen, zodat de huidige zorg en ondersteuning verbeterd kunnen worden (aanpak 3 tot en met 8). Binnen deze twee groepen, kunnen de initiatieven weer verder worden ingedeeld in categorieën op basis van een combinatie van kenmerken, zoals de setting waarin ze worden aangeboden en de aandachtsgebieden waarop de initiatieven zich richten.

De initiatieven die binnen deze categorieën vallen, kunnen onderling ook nog verschillen. Afhankelijk van de lokale context waarin de initiatieven worden aangeboden, kunnen er bijvoorbeeld verschillen bestaan in doelgroepen, betrokken partijen en gehanteerde instrumenten.

De meeste initiatieven richten zich op een brede groep ouderen, bijvoorbeeld op alle ouderen vanaf een bepaalde leeftijd of op alle ouderen die van een bepaalde zorgaanbieder (bijvoorbeeld thuiszorgorganisatie) zorg ontvangen. Het uitgangspunt van de meeste initiatieven vanuit professionele hulpverleners is dat risico's en problemen op meerdere domeinen (bijvoorbeeld lichamelijk, psychisch, sociaal) in kaart worden gebracht. Initiatieven vanuit vrijwilligersorganisaties, welzijnsorganisaties en gemeenten richten zich meer op zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen. De vervolgstappen die worden gezet na vroegopsporing variëren van informeren en adviseren (met name bij initiatieven vanuit vrijwilligers) tot het inzetten of verbeteren van zorg en ondersteuning (met name bij initiatieven vanuit professionele hulpverleners).

2. Het is moeilijk om ouderen op te sporen die gebaat zijn bij vroegopsporing

Uit de interviews komt naar voren dat het bij veel initiatieven voor vroegopsporing een uitdaging is de mensen op te sporen die gebaat zijn bij vroegopsporing. Een eerste oorzaak hiervan is dat er nog veel discussie bestaat over het begrip “kwetsbaarheid”, onder andere over wanneer iemand als kwetsbaar kan worden aangemerkt en welke factoren kwetsbaarheid veroorzaken.¹⁰ Een tweede oorzaak is dat er geen consensus is over de afbakening van de doelgroep. De doelgroep ouderen is gemêleerd. In lijn met het doel variëren de huidige initiatieven sterk in de leeftijdsgroepen waarop zij zich richten (bijvoorbeeld 65, 70 of 75 jaar en ouder), in de mate van kwetsbaarheid die bepalend is voor vroegopsporing of in de setting waarbinnen risico's en problemen worden opgespoord (bijvoorbeeld ziekenhuis, thuiszorg). Voornamelijk is onduidelijk bij wie het zinvol is om risico's en problemen in kaart te brengen.

Wat heel belangrijk is om ervan uit te gaan dat dé oudere niet bestaat. Je hebt ook geen standaard oplossing. (VOA)

Een derde oorzaak is dat er geen consensus bestaat over met welk instrument of met welke methode kwetsbare ouderen het beste kunnen worden opgespoord. De aanpak varieert tussen de verschillende initiatieven voor vroegopsporing. Methoden die bijvoorbeeld gehanteerd worden om een eerste selectie te maken, zijn het gebruik van registratiegegevens van de huisarts of het gebruik

Tekstbox 2: Respondenten

De informatie in deze factsheet is gebaseerd op interviews met 17 experts en betrokkenen bij de verschillende vormen van vroegopsporing, onder wie beleidsmedewerkers (n=6), zorgverleners (n=5), managers van welzijnsorganisaties (n=2) en onderzoekers (n=7) (enkele geïnterviewden waren zowel zorgverlener als onderzoeker). Dit onderzoek belicht echter niet alleen het aanbod van vroegopsporing, maar richt zich ook op de vraag naar vroegopsporing. Daarom hebben we daarnaast drie groepsinterviews gehouden met in totaal 21 vrijwillige ouderenadviseurs (VOA's), van wie het merendeel 65 jaar of ouder was. De vrijwillige ouderenadviseurs werden daarom gestimuleerd om zowel namens de kwetsbare ouderen die zij bezoeken als namens zichzelf als oudere te spreken. Tenslotte hebben we een tweetal experts op het terrein van regionale populatiegerichte initiatieven geconsulteerd om na te gaan welke plek vroegopsporing binnen dit soort initiatieven heeft.

van instrumenten die ontwikkeld zijn om kwetsbaarheid te identificeren (zoals de Identifications of Seniors at Risk-Hospitalized patients (ISAR-HP) en de Groningen Frailty Indicator (GFI)). De ervaring van diverse geïnterviewde onderzoekers is echter dat deze verschillende methoden niet altijd specifiek genoeg zijn om de ouderen te identificeren die het meest gebaat zijn bij vroegopsporing.

Er zijn zes grote huisartsenpraktijkexperimenten geweest in het NPO die allemaal hebben geprobeerd een doelgroep van ouderen te vinden om ze betere zorg te kunnen bieden [...]. Wat we willen doen is een soort menukaart maken [...] Als je eenzame ouderen wil vinden dan moet je het misschien wel aan de mensen zelf vragen. Maar als je mensen wil vinden met vijf pillen of meer, dat kun je aan mensen zelf vragen, maar volgens mij kun je beter naar de apotheek gaan. Er zit in die zin een logica in, maar uiteindelijk zullen we toe werken naar proactieve samenhangende zorg voor ouderen in Nederland. Daar zit zowel de screening in als de interventie. (Onderzoeker)

3. Psychische problematiek blijft vaak nog onderbelicht

Hoewel de psychische gezondheid van ouderen in principe een aandachtsgebied is van verschillende

initiatieven voor vroegopsporing vanuit professionele hulpverleners, blijkt uit de interviews dat risico's en problemen in dit domein tijdens gesprekken met ouderen vaak niet aan de orde komen. Psychische problematiek en eenzaamheid blijven daardoor vaak onderbelicht, terwijl uit verschillende interviews naar voren komt dat ouderen dit wel belangrijke onderwerpen vinden. Betrokkenen bij vroegopsporing gaven aan dat zorgverleners het soms lastig vinden dergelijke onderwerpen aan te snijden of de bespreking van het onderwerp te weinig prioriteit te geven. VOA's gaven aan dat ouderen eventuele psychische problemen niet graag bespreken met iemand met wie zij nog geen vertrouwensband hebben. Ook het gebruik van screeningslijsten door hulpverleners kan ouderen afschrikken.

Zo'n screeningslijst is leuk, maar het staat of valt ook wel met het vertrouwen toch wat je in iemand krijgt en de band die je kan opbouwen. Dat je de moeite doet om iemand zijn hele situatie in beeld te krijgen eigenlijk. (Wijkverpleegkundige)

In verschillende interviews met zowel VOA's als zorgverleners, onderzoekers en beleidsmedewerkers werd aangegeven dat zorgverleners en vrijwilligers die bij ouderen thuis komen (zoals wijkverpleegkundigen en VOA's) beter in de positie zijn om psychische problematiek en eenzaamheid te signaleren dan bijvoorbeeld huisartsen of consultatiebureaus voor ouderen, omdat zij meer vertrouwen wekken en de tijd nemen voor een gesprek.

Kijk, en als wij dan binnenkomen, dan heb je een andere sfeer. Dan krijg je die problemen wel op tafel. (VOA)

4. Doordat samenwerking tussen verschillende instanties lastig is, ontstaat versnippering van het aanbod

Er zijn verschillende instanties die risico's en problemen bij (kwetsbare) ouderen vroegtijdig opsporen, waaronder huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties, ouderenbonden, ziekenhuizen, gemeenten en welzijnsorganisaties (Tabel 1). Hoewel deze variatie op zich een manier is om een brede groep ouderen te bereiken en een breed scala aan risico's en problemen aan de orde te laten komen, kleven er ook nadelen aan. Instanties die bij de verschillende initiatieven betrokken zijn, werken veelal niet met elkaar samen en weten daarom niet goed van elkaar wat ze doen. Het gevolg kan zijn dat ouderen door verschillende instanties worden benaderd die allemaal op hun eigen gebied risico's en problemen opsporen.

We worden gewoon overdonderd. Soms kom je bij gevallen waar wel zes, zeven instellingen komen. En iedereen [de verschillende instellingen] moet het dan weten. (VOA)

Samenwerking is lastig omdat instanties vanuit zorg en welzijn elkaar moeilijk weten te vinden, wat eventuele integratie van initiatieven in de weg staat. Daarnaast werd door VOA's ervaren dat de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers lastig is. Sommige geïnterviewde VOA's gaven aan dat professionals volgens hen het gevoel hebben dat vrijwilligers bepaalde (betaalde) taken van hen overnemen. Ook de huidige financiering van de ouderenzorg (Wmo, AWBZ, Zvw) belemmert eventuele samenwerking tussen disciplines of integratie van initiatieven.

Er zitten bij dit soort dingen altijd twee kanten. Eén, inhoudelijk dat het nog niet altijd even makkelijk is voor welke discipline dan ook die moet gaan samenwerken, om ook over de eigen muur heen te kunnen kijken. Twee, hele organisatorische dagelijkse dingetjes: hoe krijg je het voor elkaar om bij elkaar te komen. Wat het niet makkelijker maakt is dat de ene discipline wel betaald krijgt voor overleg en de andere niet. Dat is niet bevorderlijk. (Onderzoeker)

5. Er is nog weinig bekend over de effectiviteit en doelmatigheid van initiatieven voor vroegopsporing

De laatste jaren is veel geïnvesteerd in onderzoek naar vroegopsporing en het daaropvolgende vervolgaanbod, bijvoorbeeld vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), waardoor steeds meer kennis voorhanden komt. De eerste beschikbare resultaten leveren echter nog geen eenduidig beeld op. Zo lijkt vroegopsporing en de daarop volgende inzet van proactieve zorg en ondersteuning door professionele zorgverleners bij hoger opgeleide ouderen bijvoorbeeld te kunnen leiden tot beter behoud van het dagelijks functioneren. In ander onderzoek werd echter geen effect gevonden op dagelijks functioneren en op andere uitkomstmaten zoals depressieve symptomen, angst om te vallen en maatschappelijke participatie.^{11,12} Ook de huidige beschikbare literatuur op het gebied van vroegopsporing laat geen eenduidige resultaten zien. Het is daarom vooralsnog niet duidelijk voor welke ouderen en voor welke aspecten van gezondheid en welzijn vroegopsporing effectief is. Vanuit de interviews met onderzoekers en zorgverleners zijn er aanwijzingen dat initiatieven die zich richten op een meer selecte groep ouderen (bijvoorbeeld 65-plussers met een hoog risico op

functieverlies gedurende hun opname in het ziekenhuis doeltreffender zullen zijn dan initiatieven die zich richten op een bredere populatie (bijvoorbeeld alle 65-plussers; 70-plussers die meerdere geneesmiddelen gebruiken). Daarnaast geeft het screenen op kwetsbaarheid en het opstellen van vervolgstappen huisartsen meer rust en overzicht in de zorg. Ook weten zorgverleners die getraind zijn op het gebied van ouderenzorg elkaar beter te vinden en zijn ze zich beter bewust van de voorzieningen die aanwezig zijn in de buurt.

Wat je wil, is goede evidence. Wij zijn 5 jaar geleden met deze projecten begonnen, omdat ons hart zei: dit zou het goede type zorg moeten zijn. Als je nu aan mij vraagt: ‘is dat goede zorg?’, dan zeg ik ja. Als je de evidence hebt gezien, of ik dan mijn ideaalbeeld moet bijstellen, dat weet ik niet. Iedereen zit nog heel erg in zijn ideaalbeelden, ideologisch zou het zo moeten. (Onderzoeker)

Initiatieven die worden aangeboden door vrijwilligers zijn veelal niet geëvalueerd, het is daarom vooralsnog niet mogelijk om aan te geven hoe hun effectiviteit zich verhoudt tot die van initiatieven door professionele zorgverleners. Verschillende VOA's en (beleids)medewerkers van vrijwilligersorganisaties hebben echter wel aangegeven waarom initiatieven door vrijwilligers mogelijk doeltreffender zijn dan sommige van de initiatieven die door professionele zorgverleners worden aangeboden. Enerzijds omdat vrijwilligers vaak alleen op huisbezoek komen wanneer de oudere zelf (of iemand uit zijn omgeving) aangeeft dat er problemen zijn. Anderzijds omdat vrijwilligers een meer laagdrempelige en praktische insteek hebben, waardoor gekeken wordt naar wat ouderen écht belangrijk vinden en waar zij een ondersteuningsbehoefte hebben.

Binnen zorg, maar ook in het sociaal domein, je moet weten welke interventies zoden aan de dijk zetten. Met een hartoperatie weet je: het werkt of het werkt niet, maar in het sociaal domein is dat doel bereiken lastig, als je echt al je doel goed geformuleerd hebt en dat je ook nog weet: dit doel haal ik omdat ik dit en dit doe. Die causaliteit is ook nog lastig. (Beleidsmedewerker)

6. Er worden vaak risico's en problemen opgespoord waarvoor geen effectieve interventies voorhanden zijn

Geïnterviewde onderzoekers gaven aan dat er onvoldoende wordt nagedacht over voor welke risico's en problemen vroegopsporing zinvol is en wat er met de uitkomsten van de screening gedaan zal worden. Dit is

met name het geval bij initiatieven die tot doel hadden om ouderen met een risico op achteruitgang op te sporen zodat hen preventieve interventies geboden kunnen worden. Het blijkt dat er vaak risico's en problemen worden opgespoord waarvoor geen effectieve interventie voorhanden is. Zo zouden er volgens de onderzoekers maar een aantal risico's en problemen zijn waarvoor effectieve interventies bestaan, waaronder hoge bloeddruk, roken, te weinig bewegen, eenzaamheid en depressie. Daarnaast gaven onderzoekers aan dat er niet altijd wordt nagedacht over de timing en locatie van het aanbod van (mogelijk) effectieve interventies. De ervaring is dat het vervolgaanbod niet altijd in de buurt van de oudere wordt aangeboden of niet genoeg instroommomenten heeft, waardoor de interventie slecht toegankelijk is voor ouderen.

Screenen op iets waar nooit enige effectieve interventie voor bedacht is, dat heeft geen zin en dat is helaas zo voor bijna alles. Er zijn maar weinig uitzonderingen. (Onderzoeker)

Ook de initiatieven die tot doel hadden om problemen op het spoor te komen zodat de huidige zorg en ondersteuning verbeterd kunnen worden, bijvoorbeeld de initiatieven die geëvalueerd zijn binnen het NPO, laten nog geen eenduidig beeld zien ten aanzien van wat een effectief vervolgaanbod is. Wel bieden dit soort experimenten aanknopingspunten voor wie gebaat is bij vroegopsporing en de proactieve zorg en ondersteuning die naar aanleiding hiervan wordt ingezet.

7. Vroegopsporing kan door ouderen worden gezien als “betutteling”

In de interviews met de VOA's kwam naar voren dat diverse vormen van vroegopsporing ouderen onvoldoende aanspreken, en daarmee kunnen worden gezien als betutteling die niet aansluit bij de eigen regie die ouderen vaak nog (willen) voeren. Er wordt te veel vóór de oudere gedacht en gedaan, zonder dat de oudere zelf hierin betrokken wordt. Ouderen ervaren dat ze in de samenleving onterecht worden weggezet als een hulpbehoevende groep die weinig kan. Hoewel ouderen vaak beperkingen en chronische ziektes hebben, zijn ze met de juiste ondersteuning vaak nog tot veel in staat. Hierbij is het belangrijk dat de toegankelijkheid van het eigen huis, de directe leefomgeving en de voorzieningen in de buurt goed is; dit bevordert hun zelfredzaamheid.

Ik bedoel, maar van bovenhand wordt er net gedaan of we allemaal hulpbehoevend gaan worden. Dat is niet waar, daar moeten we vanaf. (VOA)

Over het algemeen lijken ouderen weinig behoefte te hebben aan vroegopsporing door verschillende instanties. Een deel van de ouderen staat echter wel open voor huisbezoeken in laagdrempelige vorm, maar het opsporen van mogelijke risico's en problemen aan de hand van lijsten en screeninginstrumenten wordt door velen niet gewaardeerd. VOA's gaven aan dat hun ervaring is dat ouderen dergelijke screening ook niet altijd nodig hebben en dat ze zelf in staat zijn om naar bijvoorbeeld een huisarts te gaan als er problemen zouden zijn.

De voorstelling van de overheid vind ik zeer onjuist over ons ouderen. Dat vind ik jammer. Dat beeld moet dáár veranderen. We praten ons wat aan. (VOA)

8. Aansluiting van aandachtsgebieden van vroegopsporing bij wat ouderen zelf belangrijk vinden, kan beter

Verschillende initiatieven voor vroegopsporing die door professionele zorgverleners worden aangeboden, richten zich sterk op risico's en problemen in het lichamelijke domein. VOA's gaven echter aan dat ouderen vooral risico's en problemen op het gebied van welzijn, woon- en leefomstandigheden en participatie belangrijk vinden. Zij zouden dan praktische ondersteuning willen hebben om hun zelfredzaamheid te bevorderen; bijvoorbeeld ondersteuning bij administratie, hulp bij financiën en hulp bij de aanvraag van voorzieningen. Daarnaast werd het voorkomen of verminderen van eenzaamheid genoemd, bijvoorbeeld door het wijzen op mogelijkheden om sociale contacten aan te gaan met andere ouderen. Bij voorkeur ontvangen ouderen deze hulp van mensen die zij op een laagdrempelige manier kunnen benaderen, die de tijd voor hen nemen en zich in hun levenswereld kunnen verplaatsen (bijvoorbeeld vrijwilligers van welzijnsorganisaties voor ouderen, VOA's en wijkverpleegkundigen). Het aspect 'voor ouderen door ouderen' is hier een belangrijk onderdeel van, ouderen voelen zich door andere ouderen sneller serieus genomen.

Een grijze kop met haren, daar willen ze nog wel eens naartoe gaan en daardoor zeggen we: voor en door ouderen, dat werkt en niet altijd een professional inzetten. (Beleidsmedewerker)

Ondanks dat vroegopsporing enkel gericht op de lichamelijke gezondheid niet helemaal lijkt aan te sluiten bij de wensen van ouderen, geven VOA's in de interviews aan dat, wanneer vroegopsporing toch aan de orde is, ouderen hiervoor het liefst benaderd willen worden door de huisarts. Deze wordt gezien als autoriteit en wordt als minder bedreigend ervaren dan andere instanties zoals

de gemeente, die voor het gevoel van ouderen met name controleert of ouderen echt de zorg en ondersteuning nodig hebben die zij aanvragen. Ook de wijkverpleegkundige of een vaste thuiszorgmedewerker werden in dit kader genoemd.

9. Regionale populatiegerichte initiatieven bieden aanknopingspunten om belemmeringen omtrent vroegopsporing het hoofd te bieden

Op verschillende plaatsen in Nederland zijn regionale populatiegerichte initiatieven gaande om preventie, zorg en welzijn meer met elkaar te verbinden. Betrokken actoren zoals gemeenten, huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en welzijnsorganisaties bundelen hiertoe hun krachten. Uitgangspunt van de regionale initiatieven is dat ze zich richten op de gehele populatie in een bepaalde regio. Het gezamenlijke doel is om de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg (inclusief preventie en welzijn) te verbeteren en de kostengroei te reduceren. Experts gaven aan dat dergelijke initiatieven diverse aanknopingspunten kunnen bieden voor het oplossen van knelpunten die worden ervaren op het gebied van vroegopsporing. Ten eerste omdat initiatieven op het gebied van vroegopsporing lering kunnen trekken uit de ervaringen die binnen deze regio's worden opgedaan op het terrein van de ontwikkeling van zorg en ondersteuning die aansluit bij onder andere de behoeftes, gezondheid, ervaren kwaliteit van zorg en zorggebruik van een bepaalde populatie. Ook kan geleerd worden van ervaringen met samenwerking op het terrein van preventie, zorg en welzijn die momenteel binnen de regionale initiatieven worden uitgewerkt en uitgetoetst.

Ten tweede kan vroegopsporing mogelijk profiteren van de beweging die binnen de regionale populatiegerichte initiatieven in gang is gezet om het denken vanuit domeinen los te laten. In plaats daarvan is de populatie centraal komen te staan en wordt gekeken naar wat een bepaalde (sub)populatie nodig heeft op het gebied van preventie, zorg en welzijn. De veronderstelling is dat dit zal leiden tot betere samenwerking en afstemming tussen instanties op het gebied van deze domeinen. Voor vroegopsporing kan dit concreet betekenen dat het aanbod minder versnipperd zal zijn, omdat initiatieven niet vanuit de afzonderlijke domeinen (ofwel vanuit het aanbod) worden ingezet maar meer vanuit wat subpopulaties, zoals ouderen, nodig hebben (ofwel vanuit de vraag).

Ten derde omdat binnen regionale populatiegerichte initiatieven verkend wordt hoe (contextuele) factoren die

de samenwerking tussen instanties op het gebied van preventie, zorg en welzijn kunnen belemmeren, het hoofd geboden kunnen worden. Eén van die factoren, zoals ook in dit onderzoek naar voren komt, is de huidige bekostigingssystematiek. Binnen de regionale initiatieven wordt verkend of populatiebekostiging een mogelijke faciliterende factor kan zijn. Populatiebekostiging zou ook aanknopingspunten kunnen bieden om ervaren belemmeringen in het kader van samenwerking omtrent vroegopsporing op te lossen.¹³

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande bevindingen bevelen we het volgende aan:

1. Dit onderzoek heeft laten zien dat ouderen die mogelijk gebaat zijn bij vroegopsporing op het gebied van gezondheid en welzijn bij verschillende zorg- en hulpverleners (bijvoorbeeld huisarts, wijkverpleegkundige, VOA's, welzijnswerkers) in het vizier kunnen komen. Ook het sociale netwerk van ouderen (familie, vrienden, de buurt) kan een belangrijke rol spelen bij het signaleren van ouderen die mogelijk problemen hebben op het gebied van gezondheid en welzijn. Het is echter niet wenselijk dat iedere instantie vanuit zijn eigen gebied risico's en problemen gaat opsporen. Het benoemen van een regievoerder op vroegopsporing is daarom aan te bevelen, zodat professionals, vrijwilligers en mensen uit het sociale netwerk van ouderen op één plek terecht kunnen met de door hen gesignaleerde ouderen die mogelijk gebaat zijn bij vroegopsporing. Vanuit die plek kan dan bepaald worden welke instantie(s) en op welke domeinen risico's en problemen bij de betreffende ouderen verder in beeld gebracht dienen te worden. In de Wet publieke gezondheid (Wpg) is vastgelegd dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de preventieve gezondheidszorg voor ouderen, inclusief vroegopsporing. Gemeenten wordt daarom aanbevolen ervoor zorg te dragen dat de rol van regievoerder wordt opgepakt. Wie deze regievoerder zou moeten zijn, hangt af van de lokale netwerken en de afspraken die door betrokken instanties onderling zijn gemaakt.
2. Gezien de heterogeniteit van de groep (kwetsbare) ouderen is het van belang om meer inzicht te krijgen in bij wie en op welk moment vroegopsporing zinvol is. Huidige preventieve initiatieven, zoals vroegopsporing, richten zich vaak op mensen binnen een bepaalde leeftijdscategorie. Op basis van onze bevindingen bevelen we echter aan om vroegopsporing meer vanuit het levensloopsperspectief te benaderen; hierin staan levensfasen en gebeurtenissen (transities) centraal, en niet alleen de leeftijd.¹⁴ Transities die ertoe kunnen leiden dat ouderen kwetsbaar worden, zijn verwezuiging, verhuizing, toename van het aantal beperkingen, afname van het sociale netwerk en ziekenhuisopname. Kwetsbaarheid als gevolg van dergelijke transities heeft een verhoogd risico op zorggebruik in de Wmo en AWBZ tot gevolg.¹⁵ Het actief benaderen van ouderen met als doel de persoon en zijn context te leren kennen, geeft inzicht in kwetsbaarheid die onafhankelijk is van ziekte.¹⁶ Daarnaast is kwetsbaarheid niet statisch, het kan ook weer afnemen. Daarom is het van belang om ouderen tijdens dergelijke transities weerbaarder te maken, met name omdat mensen tijdens transities meer openstaan voor preventieve activiteiten.¹⁷ Dit biedt aanbieders van vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen belangrijke aanknopingspunten voor op welk moment vroegopsporing zinvol is. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen welke vorm van vroegopsporing en welke aandachtsgebieden het beste aansluiten bij welke levensfasen en transities, zodat een adequaat en gedifferentieerd aanbod ontwikkeld kan worden dat past bij ouderen met verschillende gradaties van kwetsbaarheid.
3. De mate waarin mensen participeren in de samenleving en hoe zij hun kwaliteit van leven ervaren, wordt niet zozeer bepaald door ziekten en aandoeningen die zij hebben, maar vooral door hoe zij hun gezondheid ervaren, de mate waarin zij beperkingen ervaren, hun psychisch welbevinden, en de mogelijkheden die zij hebben om het leven te leiden dat voor hen waardevol is.^{18,19} Andersom wordt de gezondheid van mensen ook weer bevorderd door te participeren in de samenleving.¹⁹ Aanbieders van vroegopsporing wordt daarom aangeraden om na te gaan in hoeverre de risico's en problemen die zij opsporen van invloed zijn op de zelfredzaamheid van ouderen, zodat beperkingen als gevolg van deze risico's en problemen voorkomen of verminderd kunnen worden. Aanbieders wordt daarnaast aangeraden om meer aandacht te besteden aan psychische gezondheid en welzijn van ouderen. In de eerste plaats omdat ouderen zelf aangeven dit belangrijk te vinden, maar ook omdat dit belangrijke factoren zijn voor het behoud van de zelfredzaamheid van ouderen. Hierbij is het verder van belang dat bij het daadwerkelijk opsporen van risico's en problemen rekening wordt gehouden met de wensen van ouderen ten aanzien van laagdrempeligheid en vertrouwen.
4. Aanbieders van vroegopsporing wordt aangeraden om na te gaan op welke wijze zij baat kunnen hebben bij bestaande of nog te ontplooiën regionale populatiegerichte initiatieven, en of zij hier eventueel bij kunnen aansluiten. Aangezien gemeenten door de transities in

de zorg en veranderende verantwoordelijkheden veelal nog zoekende zijn naar hoe zij vroegopsporing in hun beleid kunnen vormgeven²⁰ en zij hierin mogelijk een regievoerende rol op zich kunnen nemen (zie ook aanbeveling 1), wordt ook hen aangeraden de aansluiting bij regionale populatiegerichte initiatieven te zoeken. Hoewel de eerste regionale initiatieven net zijn gestart en verder worden uitgewerkt en uitgerold, bieden zij diverse aanknopingspunten om ervaren knelpunten van de bestaande initiatieven voor vroegopsporing het hoofd te bieden en de initiatieven beter te integreren met het aanwezige preventie-, zorg- en welzijnsaanbod, en daarmee de huidige versnippering het hoofd te bieden (zie kernbevinding 9).

5. Het kunnen bieden van een effectief en toegankelijk vervolgaanbod is voor zowel initiatieven gericht op lichamelijke en psychische problematiek als welzijnsproblematiek een voorwaarde. Naast het aanbieden van individuele interventies (bijvoorbeeld individueel zorgplan, individueel leefstijladvies) wordt, passend bij de uitgangspunten van de Wmo, gemeenten en zorgaanbieders aangeraden om na te gaan welke problemen op het gebied van gezondheid en welzijn collectief zouden kunnen worden aangepakt. Dit zou zowel vanuit het perspectief van kostenbeheersing als vanuit het perspectief van het stimuleren van sociale contacten tussen ouderen aantrekkelijk kunnen zijn (bijvoorbeeld bij het aanbieden van leefstijladviezen in een groep). Ook valt te denken aan aanpassingen in de fysieke omgeving van ouderen zoals meer groen, betere parkeervoorzieningen, lagere stoeranden, meer licht en duidelijkere belijning. Op deze manier kunnen bijvoorbeeld valincidenten voorkomen worden en kan de toegankelijkheid tot bepaalde basisvoorzieningen gewaarborgd worden.
6. Het is van belang om bestaande initiatieven voor vroegopsporing kritisch te beoordelen aan de hand van bijvoorbeeld de criteria voor verantwoorde screening. Om vast te kunnen stellen of een screening verantwoord is, zijn door Wilson en Jungner en de WHO internationale criteria opgesteld²¹ (o.a. dat de op te sporen ziekte een belangrijk gezondheidsprobleem is, dat het doel van de screening moet zijn vastgesteld, dat er een betrouwbare opsporingsmethode moet zijn, dat er een betrouwbare en aanvaardbare behandelingsmethode moet zijn, dat er voldoende voorzieningen moeten zijn voor de behandeling). Hoewel deze criteria met name van toepassing zijn op landelijke screeningsprogramma's, bieden ze ook aanbieders van vroegopsporing diverse aanknopingspunten (zoals het gebruik van een betrouwbaar screeninginstrument of het bieden van een effectief en toegankelijk vervolgaanbod) voor het wegnemen van ervaren



Tweede jeugd, door Marius van Dokkum ©2005 Art Revisited, Tolbert

knelpunten van bestaande initiatieven of voor overwegingen ten aanzien van het al of niet continueren van initiatieven.

7. Er zijn diverse initiatieven gaande op het gebied van vroegopsporing bij ouderen; desondanks is de kennis voor wat betreft de effectiviteit en doelmatigheid van deze initiatieven nog niet toereikend. Daarnaast ontbreekt vaak een effectief of toegankelijk vervolgaanbod. Gezien de ontwikkelingen die gaande zijn als gevolg van verschillende transities in de zorg (o.a. decentralisaties, hervorming langdurige zorg), is het belangrijk om op huidige lacunes in kennis en vraagstukken in te spelen. Relevante thema's in dit kader zijn onder andere hoe ouderen die gebaat zijn bij vroegopsporing het beste kunnen worden opgespoord, welke vorm van vroegopsporing het beste aansluit bij welke groep ouderen en hoe verschillende partijen (onder andere zorgverzekeraars, gemeenten, zorgverleners) het beste met elkaar kunnen samenwerken op het gebied van preventie, zorg en welzijn (zie ook aanbeveling 4). Daarnaast wordt aanbevolen om bestaande kennis beter te delen met de verschillende partijen die betrokken zijn bij vroegopsporing; de rijksoverheid kan hierin een faciliterende rol spelen.

Tabel 1: Overzicht van verschillende vormen van vroegopsporing

Categorie	Doelgroep	Doel	Initiatief-nemer	Betrokken partijen	Aandachtsgebieden	Vervolg-stappen	Financie-ring	Gehanteerde signa- lings-instrumenten
Groep 1: Initiatieven die gericht zijn op het opsporen van ouderen met een risico op achteruitgang, zodat hen een preventief aanbod geboden kan worden^a								
1. Consultatiebureau voor ouderen (Cbo)	Verschilt per initiatief: Verschillende leeftijden en categorieën ouderen (bijv. op basis van SES, locatie, zorggebruik, verzekeraar)	Screenen van kwetsbare ouderen om lichamelijke en/of geestelijke aandoeningen vroegtijdig te herkennen of te voorkomen	Verschilt per initiatief: Thuiszorgorganisatie, GGZ, Zorggroep, POH (via huisarts), wijkverpleegkundigen	Verschilt per initiatief: Wijkverpleegkundigen, gezondheidsvoorlichters, (bedrijfs)arts, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen	Lichamelijk, geestelijk, sociaal functioneren	Voorlichting en adviezen over leefstijl, behoud van zelfstandigheid en regie. Indien nodig doorverwijzing naar bijv. een huisarts	AWBZ, eigen budget van de organisatie (thuiszorg, GGD, GGZ, Verzorging & Verpleging), projectsubsidie, zorgverzekeraar	Verschilt per initiatief. Bijv. 'Behoefte als kompas, de oudere aan het roer'. Dit instrument bestaat uit 3 instrumenten: 1. screenen op kwetsbaarheid (Groningen Frailty Indicator); 2. screenen van zorgcomplexiteit (Intermed) en 3. screenen welbevinden (Groningen Wellbeing Indicator)
2. Informatief huisbezoek / welzijns-bezoek	Mensen van 75 jaar en ouder in verschillende gemeenten in Nederland	Laagdrempelige manier om ouderen te wijzen op voorzieningen in de buurt en eventueel verborgen problematiek in kaart te brengen	Vrijwilliger welzijns-stichting ouderen /vrijwilligers-organisatie	Welzijnsstichting /vrijwilligers-organisatie, beroepsouderennadviseur	Gezondheid, welbevinden, woon- en leefomstandigheden, participatie	Advies over voorzieningen ter ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie	Gemeente in geval van huisbezoek Stichting Welzijn Ouderen	Soms een vragenlijst of topiclijst; een door de stichting zelf opgestelde lijst met onderwerpen op het gebied van interesses, activiteiten, sociale relaties mobiliteit, wonen, financiën, voeding, zingeving

Categorie	Doelgroep	Doel	Initiatief-nemer	Betrokken partijen	Aandachtsgebieden	Vervolg-stappen	Financiering	Gehanteerde signalerings-instrumenten
Groep 2: Initiatieven die tot doel hebben om problemen bij kwetsbare ouderen op het spoor te komen, zodat de huidige zorg en ondersteuning verbeterd kunnen worden^a								
3. Vroegopsporing vanuit de huisartsen-praktijk (bijv. initiatieven als het Geriatrisch Zorgmodel, OmU)	Zelfstandig wonende ouderen vanaf een bepaalde leeftijd (bijv. 65 / 70) met een verhoogd risico op kwetsbaarheid	Kwetsbare groeien zo goed mogelijk in beeld krijgen, en eventueel proactieve zorg en ondersteuning inzetten	Verschilt per initiatief: Praktijkondersteuner (POH), wijkverpleegkundige (via huisarts), huisarts	Huisarts, POH of wijkverpleegkundige. Andere zorgverleners afhankelijk van de precieze zorgvraag	Sociaal, functioneel somatisch, psychisch functies	Opstellen en uitvoeren van een zorgplan	Projectgeld Zon/Mw (NPO). In overleg met zorgverzekeraars wordt gekeken naar structurele financiering	Verschilt per initiatief. Er zijn instrumenten/ methoden voor het opsporen van de doelgroep, bijv. op basis van de mate van kwetsbaarheid (bijv. op basis van informatie uit het Huisartsen Informatie Systeem of scores op bepaalde vragenlijsten (bijv. Groningen Frailty Indicator)). Er zijn ook instrumenten voor het in kaart brengen van behoeften / situatie op gebied van gezondheid, wonen en welzijn (bijv. Resident Assessment Instrument en EASY-Care TOS)
4. Vroegopsporing in het ziekenhuis en bij transfer ziekenhuis (bijv. Zorgprogramma voor Preventie en Herstel, Transmurale Zorgbrug)	65-plussers met een hoog risico op functioneel verlies gedurende hun opname in het ziekenhuis	Voorkomen van functioneel verlies na ziekenhuisopname	(Onderzoeks-) verpleegkundige, casemanager, transitiecoach	Geriatrisch verpleegkundige, verpleegkundige, geriater, casemanager. Andere partijen afhankelijk van de zorgvraag	Funciebehoud, zelfredzaamheid, kwaliteit van leven	Proactieve zorg tijdens de opname, gecombineerd met een gecoördineerd nazorgprogramma	Projectgeld Zon/Mw (NPO)	Verschilt per initiatief: ISAR-HP, VMS (voor screenen op kwetsbaarheid), GAS-plan, geriatrisch assessment (voor het identificeren van risico's)

Categorie	Doelgroep	Doel	Initiatief-nemer	Betrokken partijen	Aandachtsgebieden	Vervolg-stappen	Financiering	Gehanteerde signalerings-instrumenten
5. Vroegtijdig signaleren van psychosociale problematiek	Thuiswonende ouderen met (beginnende) kwetsbaarheid (in den brede) of een verhoogd risico daarop.	Hulpverleners trainen m.b.v. DVD-pakket in het serieus nemen en melden van "niet-pluis-gevoel" bij een opvolger zodat psychosociale problematiek bij ouderen sneller gesignaleerd wordt	Vrijwilliger en medewerker in zorg en welzijn die bij oudere thuis komt (bijv. bezoekrij-williger, huishoudelijke hulpen, verzorgenden, wijk-beheerders)	Organisaties op het gebied van zorg en welzijn (bijv. thuiszorg, vrijwilligers-organisaties, SWO, woningbouwcorporaties). Daarnaast de opvolger met competenties voor de vervolgstappen (bijv. wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, ouderen-adviseur)	Psycho-sociale problematiek (eenzaamheid, depressie, dementie, onverantwoord alcoholgebruik, ouderenmishandeling)	Hulpverlener (de opvolger) faciliteren de stappen te nemen om voor de oudere tot een passend vervolg-aanbod te komen	Projectgeld ZonMw, gemeenten, GGD, regionale samenwerkingsverbanden, Steunpunt Huiselijk Geweld Hollands Midden	"Niet-pluis-gevoel", ofwel een onderbuik-gevoel, het gevoel dat er meer aan de hand is, met mogelijkheid om Niet Pluis signaalkaart in te vullen. De opvolger kan instrumenten gebruiken om depressieve klachten en cognitief functioneren vast te stellen (bijv. Geriatric Depression Scale, MMSE-2)
6. Vroeg-opsporing door sociale wijkteams/wijkverpleegkundige	Inzicht krijgen in hulpvraag van wijkbewoners en ondersteuning bieden bij het behoud van regie over eigen leven	Wijkverpleegkundige (in geval van sociale wijkteams ook in combinatie andere hulpverleners in de wijk)	Dat kunnen diverse zorgverleners zijn afhankelijk van de zorgvraag	Diverse gebieden. Bij ouderen met name gezondheid, veiligheid en wonen	Informereren, praktische hulp bieden, doorverwijzen, betrekken van mantelzorgers en leveren van nazorg	Projectgeld ZonMw	Soms als hulpmiddel (bijv. EASY-Care TOS) maar bij voorkeur een gesprek	
7. Huisbezoek door vrijwillige ouderenadviseur (VOA)	Zelfredzaamheid bevorderen door praktische ondersteuning te bieden en eventueel te adviseren contact op te nemen met andere (professionele) zorgverleners	Eigen initiatief oudere, of op initiatief van iemand uit de eigen sociale omgeving	VOA's, eventueel andere partijen die op advies van VOA door oudere worden ingeschakeld	Gezondheid, welbevinden, woon- en leefomstandigheden, participatie	Advies en praktische ondersteuning	Verschillende potjes voor oude-renbonden: Fonds PGO, VWS, provinciale overheden, ledencontributies	Geen	

Categorie	Doelgroep	Doel	Initiatief-nemer	Betrokken partijen	Aandachtsgebieden	Vervolg-stappen	Financiering	Gehanteerde signalerings-instrumenten
8. Keukentafel-gesprek (gemeente)	Burgers die in aanmerking (denken te) komen voor ondersteuning vanuit de gemeente/Wmo	Bevorderen zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie	Burger vraagt gesprek aan, of dit wordt in overleg gedaan door zorgverlener/welzijn	Verschilt per gemeente: consultant Wmo-loket, medewerker van een door gemeente gefinancierde welzijnsorganisatie, of cliënt-ondersteunende organisatie, maatschappelijk werk of cliënt-ondersteuning GGZ die daartoe opdracht van de gemeente krijgt, hulpverlener in dienst van een zorgorganisatie	Integraal naar alle le-venstereinen (wonen, werken, inkomen en schulden, opleiding, gezondheid, leefstijl, vrijetijdsbesteding, sociale contacten, vervoer, praktische vaardigheden)	Vaststellen wat de burger nog zelf kan, wat door het sociale netwerk kan worden opgevangen en welke zorg en ondersteuning eventueel aanvullend vanuit de Wmo nodig is	Gemeente; Wmo	Verschilt per gemeente, bijv. de Zelfredzaamheid-matrix (ZRM) en de Vitaliteitswijzer

- a Uitgaande van hun doelstelling kunnen de verschillende categorieën van initiatieven grofweg in twee groepen worden opgedeeld: 1. initiatieven gericht op ouderen met een risico op achteruitgang om een preventief aanbod te bieden, en 2. initiatieven gericht op kwetsbare ouders om huidige zorg en ondersteuning te verbeteren. We willen hierbij echter opmerken dat individuele initiatieven uit bepaalde categorieën van bijvoorbeeld groep 2 door variatie in de wijze waarop deze lokaal worden ingevuld in sommige gevallen beter op hun plaats zouden zijn geweest in groep 1 (en andersom).

Referenties

1. CBS. Prognose bevolking kerncijfers, 2012-2060. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81593NED&D1=a&D2=0&D3=0-1,3,8,13,18,23,28,33,38,43,l&HD=130605-0940&HDR=G1,G2&STB=T>. Geraadpleegd april 2014.
2. Giesbers H, Verweij A, De Beer J. Vergrijzing: Wat is de huidige situatie? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>, 2013. Geraadpleegd april 2014.
3. CBS Statline. Personen in huishoudens naar leeftijd en geslacht, 1 januari. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37620&D1=1,3&D2=0&D3=110-116&D4=l&HDR=T&STB=G1,G2,G3&VW=T>, 2013. Geraadpleegd april 2014.
4. Van Campen C. Kwetsbaar alleen. De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
5. Van Campen C (red.). Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
6. Van Oostrom SH, Picavet HSJ, Van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd, 2011; 155:A3193.
7. TNS/NIPO. Samenvatting Eenzaamheidsonderzoek Coalitie Erbij. Amsterdam: TNS/NIPO, 2008.
8. CBS. Veiligheidsmonitor 2013. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013.
9. Plaisier I, Van Tilburg TG, Deeg DJH. Mogelijkheden voor preventie van AWBZ gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen. LASA Rapporten 2010, Wetenschap voor Beleid, maart 2011.
10. Daniels R, Van Rossum E, De Witte L, Van den Heuvel W. Frailty in older age: Concepts and relevance for occupational and physical therapists. Phys Occup Ther Geriatr, 2008; 27(2):91-95.
11. 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.
12. Drubbel I. Frailty screening in older patients in primary care using routine care data. PhD Thesis. Utrecht: University Medical Center Utrecht, 2013.
13. Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Landelijke Monitor Populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen. RIVM Rapport 133001001/2014. Bilthoven: RIVM, 2014.
14. Hamberg-van Reenen HH, Van der Lucht F, Picavet HSJ. Preventie vanuit een levensloopbenadering. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/levensloop/preventie-vanuit-een-levensloopbenadering/>, 2009. Geraadpleegd april 2014.
15. Van Campen C, Broese van Groenou M, Deeg D, Iedema J. Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in 10 jaar. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2013.
16. Slaets JPI. Screening bij ouderen. Veel redenen om het niet te doen, 1 om het wel te doen. Ned Tijdschr Geneeskd, 2012; 156:A4771.
17. Kooiker SE. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
18. Harbers MM, Hoeymans N (red.). Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2013.
19. Nussbaum MC, Sen AK, (eds). The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press, 1993.
20. Van der Kemp S, Poortvliet P. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Zoetermeer: Panteia, 2012.
21. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization, 1968.



Meer informatie

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het RIVM, Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg: Simone de Bruin (simone.de.bruin@rivm.nl of 06 4686 0723).

Auteurs: Simone de Bruin, Manon Lette, Caroline Baan, Matthijs van den Berg.

Financier: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Deze publicatie is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

De zorg voor morgen begint vandaag