

Zelfredzaamheid van ouderen

Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2018/12, Den Haag 13 juni 2018

Gezondheidsraad



inhoud

Samenvatting	3		
01 Inleiding	6		
1.1 Achtergrond en aanleiding	6		
1.2 Adviesvraag	7		
1.3 Commissie en werkwijze	7		
1.4 Afbakening	7		
1.5 Leeswijzer	8		
02 Zelfredzaamheid in NPO en wetenschap	8		
2.1 Resultaten NPO	9		
2.2 Resultaten internationale wetenschappelijke literatuur	12		
2.3 Conclusie	14		
03 Omgaan met heterogeniteit	15		
3.1 Ouderenprofielen	15		
3.2 Drie risicogroepen	17		
3.3 Conclusie	19		
04 Naar bruikbare kennis voor extramurale zorg en ondersteuning	19		
4.1 Focus van het onderzoek naar verbetering van zelfredzaamheid	20		
4.2 Variëteit aan onderzoeksmethoden	20		
4.3 Investeren in lerende systemen	21		
Literatuur	22		
Commissie	28		



samenvatting

Het aandeel ouderen in de bevolking neemt toe. Ook wonen ouderen steeds langer thuis. In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) opgezet, om de zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen te verbeteren en de wetenschappelijke onderbouwing ervan te versterken. Om de groeiende zorgbehoefte van ouderen op te vangen zijn met ingang van 2015 hervormingen doorgevoerd, waarmee burgers een grotere rol hebben gekregen in de organisatie van de zorg voor zichzelf en elkaar. Dat maakt zelfredzaamheid tot een thema met een toenemend belang. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Gezondheidsraad gevraagd de internationale stand van wetenschap op dit terrein in kaart te brengen, die te vergelijken met de uitkomsten van het NPO en op basis hiervan onderzoeksaanbevelingen te doen, vooral gericht op kwetsbare ouderen die behoefte hebben aan ondersteuning en zorg.

Afbakening kwetsbaarheid en zelfredzaamheid

Er is grote diversiteit in de manier waarop zelfredzaamheid en kwetsbaarheid worden gedefinieerd, zowel in de internationale wetenschappelijke literatuur als in het NPO. De commissie hanteert voor beide begrippen een brede benadering. Kwetsbaarheid definieert zij als een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren waardoor de kans wordt vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten. De commissie definieert zelfredzaamheid van ouderen als het vermogen om het (fysieke, psychische en sociale) welbevinden op peil te houden – met of zonder (in) formele zorg en ondersteuning – en de regie over het eigen leven te blijven voeren, in een levensfase waarin veranderingen en verliezen onvermijdelijk zijn. Zelfredzaamheid betekent dus voor ouderen die zelfstandig en voor hen

die niet meer zelfstandig wonen in wezen hetzelfde; alleen de omstandigheden verschillen. Dit advies richt zich op de eerstgenoemde groep.

Resultaten NPO

Het NPO heeft sterk bijgedragen aan het totstandkomen van nieuwe samenwerkingsverbanden op lokaal en regionaal niveau en aan verbeteringen in de organisatie van de extramurale zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen. Ook is de betrokkenheid van ouderen bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek en beleid vergroot. De regionale netwerken die zijn opgezet worden over het algemeen, ondanks lokale verschillen, beschouwd als waardevolle infrastructuur voor kennisontwikkeling en samenwerking. Op wetenschappelijk gebied heeft het NPO slechts beperkt nieuwe inzichten gegeven met betrekking tot de zorg en ondersteuning gericht op zelfredzaamheid.



Wetenschappelijke onderbouwing beperkt

De commissie stelt vast dat het beschikbare wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventies om kwetsbare ouderen zelfredzaam te houden of te maken tot nu toe over het algemeen weinig significante uitkomsten oplevert. Dit geldt zowel voor het onderzoek dat is verricht binnen het NPO als voor de internationale stand van de wetenschap. Zowel het NPO als het internationaal uitgevoerde onderzoek is overwegend medisch georiënteerd en laat veel heterogeniteit en inconsistentie zien. Volgens de commissie komt dit onder meer door onderzoekstechnische redenen. Zo is de studiepopulatie vaak te heterogeen van aard om effecten aan te tonen. Ook hebben veel studies de vorm van randomized controlled trials (RCT) van complexe interventies, zonder uitgebreide procesevaluatie. Daardoor is onduidelijk hoe ouderen en professionals de interventies ervaren, in welke mate de zorg geïmplementeerd is zoals bedoeld en of de interventie elementen omvat die toch werkzaam zouden kunnen zijn. Om complexe interventies in een

dynamische en complexe omgeving te onderzoeken zijn meer onderzoeksvormen nodig dan alleen kwantitatieve methoden zoals RCT's. De medisch georiënteerde interventies die werden onderzocht, waren primair gericht op vroege opsporing van kwetsbaarheid en verbetering van het vermogen om algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren (zoals wassen, kleden, bewegen). Zelfredzaamheid is echter veel breder: het gaat om ervaren welbevinden, een betekenisvol bestaan en de regie over het eigen leven. Ten slotte wijst de commissie op de betrekkelijke meerwaarde van programma's in gezondheidszorgsystemen die al redelijk tot goed zijn toegerust; zij constateert dat een bredere insteek nodig is. De commissie concludeert dat er met name in het sociaal domein nog onbenutte kansen liggen voor de vergroting van zelfredzaamheid. Het aantal studies op dat terrein is beperkt; ze hebben bovendien veelal een matige kwaliteit.

Drie risicogroepen

Ouderen die zelfstandig wonen vormen een heterogene groep, waarbinnen grote verschillen bestaan in mate van kwetsbaarheid en behoefte aan zorg en ondersteuning. Het onderzoek ter vergroting van de zelfredzaamheid van ouderen moet rekening houden met deze heterogeniteit. De commissie identificeert drie groepen ouderen die volgens haar extra risico lopen op verlies van zelfredzaamheid: ouderen met weinig hulpbronnen (waaronder een beperkt sociaal netwerk), ouderen die tijdelijk kwetsbaar zijn (bijvoorbeeld door ziekenhuisopname of verlies van een partner) en zeer kwetsbare ouderen die afhankelijk zijn van intensieve zorg thuis.

Advies

De commissie adviseert de ervaringen en de kennis die in de samenwerkingsverbanden van het NPO zijn opgedaan te behouden, verder uit te bouwen en landelijk te delen. Zij beveelt daarbij het volgende aan:

- Richt het onderzoek vooral op vergroting van zelfredzaamheid via het sociale domein (en



niet zozeer op het verder ontwikkelen van medisch georiënteerde interventies).

- Houd rekening met de heterogeniteit van de doelgroep en kijk met voorrang naar de groepen die extra risico lopen op verlies van zelfredzaamheid.
- Zorg dat het onderzoek aansluit bij vragen uit de praktijk en bij de behoeften van ouderen zelf, onder andere door de participatie van verschillende groepen ouderen te verzekeren.
- Hanteer een ruime variëteit aan onderzoeksmethoden. Onder andere zijn gecombineerde

kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodieken nodig, maar ook procesevaluaties en methodologisch onderzoek. Van belang is om in onderzoek naar effecten van interventies persoonsgerichte uitkomstmaten te hanteren als ervaren welbevinden, het vermogen regie te voeren over het eigen leven en het vermogen een betekenisvol bestaan te leiden.

- Investeer in de ontwikkeling van lerende systemen binnen de extramurale zorg en ondersteuning. Bestaande netwerken verdienen versterking en er zijn betere verbin-

dingen nodig tussen regionale kennis- en zorgnetwerken onderling, met aandacht voor regionale verschillen, en met instellingen op landelijk niveau, om de ontwikkeling van nieuwe kennis te bevorderen en te zorgen voor verspreiding van bestaande kennis.

Intensivering van de samenwerking tussen het medisch en het sociaal domein is essentieel om de zelfredzaamheid van ouderen te behouden of te vergroten.



01 inleiding

Nederland kent relatief en absoluut steeds meer ouderen. In 2050 zal een op de vier inwoners van ons land 65 jaar of ouder zijn, tegen een op de zes nu. Met het huidige beleid dat gericht is op extramuralisering van de zorg neemt het aantal ouderen dat in een verpleeginstelling verblijft naar verwachting verder af, terwijl het aantal ouderen dat zorg behoeft vanwege een chronische ziekte of een combinatie van ziekten groeit.^{1,2} De maatschappij krijgt steeds meer het karakter van een participatiesamenleving, waarin burgers zelf, met hun informele netwerk, verantwoordelijk zijn voor hun eigen leven en omgeving. Bij ouderen wordt gekeken naar mogelijkheden om hen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfredzaam thuis te wonen. In dit advies zet de Gezondheidsraad de stand van wetenschap over zelfredzaamheid van ouderen op een rij en doet zij een aantal onderzoeksaanbevelingen.

1.1 Achtergrond en aanleiding

Met het oog op de toename van het aantal thuiswonende ouderen ging in 2008 onder regie van ZonMw het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van start. Dit programma was gericht op het verbeteren van zorg en welzijn van kwetsbare ouderen en beoogde een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod op maat te ontwikkelen dat leidt tot betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud, minder zorggebruik en een lagere behandellast voor ouderen. Hiertoe hebben de acht universitaire medische

centra (umc's) in Nederland regionale netwerken opgezet waarin partijen die betrokken zijn bij de ouderenzorg op bestuurlijk niveau afspraken hebben gemaakt over een betere organisatie van die zorg. Ook zijn binnen de regio's experimenten opgezet, gericht op het reorganiseren en verbeteren van de medische zorg, langdurige zorg, welzijn, mantelzorg en preventie. Het NPO is inmiddels afgesloten en geëvalueerd.

Ondertussen is sinds 1 januari 2015 de organisatie en financiering van de zorg voor ouderen veranderd met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Huishoudelijke hulp en dagbesteding zijn ondergebracht in de nieuwe Wmo en worden gecoördineerd door gemeenten. Gemeenten hebben de taak ervoor te zorgen dat kwetsbare ouderen en mensen met een beperking zelfstandig kunnen blijven wonen. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning en toerusting van mantelzorgers en vrijwilligers. De geïnstitutionaliseerde zorg (de 24-uurszorg in instellingen) en de 24-uurszorg aan huis (Volledig Pakket Thuis) zijn de verantwoordelijkheid van het Rijk en vallen onder de Wlz. Persoonlijke verzorging en verpleging thuis zijn overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw); deze zorg wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. Een kortdurend verblijf in een instelling voor mensen die om medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen, valt ook onder de Zvw.



Deze transities zijn onderdeel van een overgang van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving waarin van burgers gevraagd wordt verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven en omgeving.³ De hervorming van de langdurige zorg is een poging om de stijgende zorgbehoefte van ouderen op te vangen door burgers en hun informele sociale netwerken een grotere rol te geven en sterker in te zetten op zorgen voor elkaar. De meeste mensen willen zichzelf ook graag zo lang mogelijk blijven redden. Het beleid in Nederland en andere Europese landen is erop gericht dat mensen langer zelfstandig in de eigen woning of buurt kunnen wonen door gebruik te maken van de eigen hulpbronnen en/of ondersteund door zorg- en welzijnsvoorzieningen (*ageing in place*) (SCP, Langer zelfstandig).⁴ Het begrip zelfredzaamheid neemt in deze ontwikkelingen een centrale plaats in.

1.2 Adviesvraag

De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Gezondheidsraad gevraagd meer inzicht te geven in de stand van wetenschap over de zelfredzaamheid van ouderen. Specifiek vraagt hij de Gezondheidsraad om de internationale stand van wetenschap op het terrein van zelfredzaamheid van ouderen vanuit medisch en sociaal-maatschappelijk perspectief in kaart te brengen en die te vergelijken met de resultaten van het NPO. Ook vraagt hij om op basis hiervan aanbevelingen te doen voor implementatie, onderzoek en/of kennisinfrastructuur.

1.3 Commissie en werkwijze

Voor de beantwoording van deze adviesvraag heeft de Gezondheidsraad de Commissie Zelfredzaamheid van ouderen ingesteld, waarin zowel het medische als het sociaal-maatschappelijke perspectief is vertegenwoordigd. De commissie heeft de internationale literatuur bestudeerd op alle gebieden waarop ouderen kwetsbaar en verminderd zelfredzaam kunnen zijn: fysiek, psychisch/cognitief, sociaal en omgeving (wonen). Omdat de wetenschappelijke literatuur op dit terrein weliswaar omvangrijk maar ook zeer heterogeen van aard is, heeft de commissie ook grijze literatuur bij haar advisering betrokken.

Het advies is getoetst in de beraadsgroep Gezondheidszorg. De voorzitter van de raad heeft het advies aangeboden aan de minister van VWS. De adviesvraag en de aanbiedingsbrief zijn te vinden op www.gezondheidsraad.nl.

1.4 Afbakening

De commissie richt zich in dit advies op ouderen die zelfstandig wonen en op de mogelijkheden om hen in staat te stellen langer zelfredzaam te zijn. De ouderen die in een instelling wonen vallen buiten de reikwijdte van het advies. De staatssecretaris vraagt de commissie expliciet te focussen op de zelfredzaamheid van *kwetsbare* ouderen. Er is grote diversiteit in de manier waarop zelfredzaamheid en kwetsbaarheid worden gedefinieerd, zowel in de internationale wetenschappelijke literatuur als in het NPO.



Beide begrippen kennen brede en smalle operationalisaties. In het NPO is over het algemeen een brede visie op kwetsbaarheid gehanteerd. Ook de commissie gaat in dit advies uit van een brede biomedisch-psychosociale visie op kwetsbaarheid, die naast fysieke factoren ook cognitieve en psychosociale aspecten omvat.⁵⁻⁷ Kwetsbaarheid wordt dan gedefinieerd als ‘een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)’.⁸⁻¹⁰

Ook voor zelfredzaamheid hanteert de commissie een brede benadering. Zij definieert zelfredzaamheid van ouderen als het vermogen om het (fysieke, psychische en sociale) welbevinden op peil te houden – met of zonder (in)formele zorg en ondersteuning – en de regie over het eigen leven te blijven voeren in een levensfase waarin veranderingen en verliezen onvermijdelijk zijn. De commissie ziet zelfredzaamheid nadrukkelijk als een gedeelde opgave van de oudere, diens naasten en zorgverleners. Mensen in het algemeen en kwetsbare ouderen in het bijzonder zijn immers ingebed in allerlei afhankelijkheidsrelaties. De aanwezigheid van en ondersteuning door belangrijke anderen (mantelzorgers, professionele verzorgers en ondersteuners, vrijwilligers) vormen een voorwaarde voor ouderen om een betekenisvol bestaan te kunnen leiden.¹¹⁻¹⁴ Formele of informele zorg kan zelfredzaamheid bevorderen.¹⁵⁻¹⁶ Het gaat erom gezamenlijk te zoeken naar haalbare levensdoelen in een levensfase die gekenmerkt wordt door beperkingen en afhankelijkheid.¹⁷ Het gaat bij

zelfredzaamheid dus ook om de beschikbaarheid van hulpbronnen voor (fysiek, psychisch en sociaal) welbevinden en om het vermogen die hulpbronnen aan te boren.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijft de commissie de wetenschappelijke stand van zaken rond zelfredzaamheid van ouderen. Daarbij schetst zij de opbrengsten van het NPO en de stand van de internationale wetenschappelijke literatuur. Vervolgens gaat zij in hoofdstuk 3 in op de heterogeniteit van de groep zelfstandig wonende ouderen en op de drie subgroepen die een verhoogd risico lopen op verlies van zelfredzaamheid. In hoofdstuk 4 formuleert de commissie een aantal aanbevelingen voor onderzoek en de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur.

02 zelfredzaamheid in NPO en wetenschap

Het NPO beoogde niet alleen de zorg en ondersteuning voor ouderen te veranderen en te verbeteren, maar ook de wetenschappelijke onderbouwing van ouderenzorg te versterken. De experimenten die gericht waren op een andere organisatie van zorg en ondersteuning hebben waardevolle resultaten opgeleverd, maar de verankering daarvan in de praktijk



vraagt aandacht. De onderzoeken naar interventies laten over het algemeen geen significante effecten zien op zelfredzaamheid. Ook uit de internationale literatuur valt niet eenduidig af te leiden welke interventies de zelfredzaamheid bevorderen. In dit hoofdstuk beschrijft de commissie kort de uitkomsten van het NPO en de internationale stand van wetenschap.

2.1 Resultaten NPO

Het NPO had als primair doel de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren. Daarbinnen zijn twee subdoelen te onderscheiden: een andere organisatie van de zorg voor kwetsbare ouderen en versterking van de wetenschappelijke onderbouwing van de ouderenzorg.

2.1.1 Organisatie van zorg en ondersteuning

Ten behoeve van een andere organisatie van de zorg voor kwetsbare ouderen is multidisciplinaire samenwerking opgezet en zijn grootschalige transitie-experimenten uitgevoerd. Op regionaal niveau zijn netwerken ontstaan. De betrokken onderzoekers/academici, zorgverleners en ouderen zien de samenwerking in deze netwerken als belangrijke winst. Tal van partners op het gebied van (gezondheids)zorg, welzijn en preventie zijn met elkaar in gesprek geraakt en hebben gezamenlijk initiatieven ontplooid. Dat heeft geleid tot een meer holistische kijk op ouderen en ouderenzorg en tot

de ontwikkeling van nieuwe typen interventies en projecten waarbij verschillende organisaties en disciplines betrokken zijn.^{a 18}

Ook is dankzij het NPO de inbreng van ouderen zelf beter gestructureerd en blijvend verankerd, zowel op bestuurlijk vlak (bijvoorbeeld via deelname aan de regionale netwerken) als inhoudelijk (door ouderen bij individuele projecten te betrekken). Als gevolg hiervan hebben andere thema's prioriteit gekregen, zoals welzijn, bejegening en de verbinding tussen wonen, welzijn en zorg.¹⁸ De ouderenparticipatie heeft daarmee een belangrijke rol gehad in een verschuiving van een overwegend medische insteek van het NPO naar toegenomen aandacht voor de verbinding tussen zorg en welzijn.¹⁸ Uit de evaluatie van het NPO blijkt dat er nog verbetering mogelijk is in het leggen van verbindingen tussen de verschillende aspecten van het leven van kwetsbare ouderen en in het daadwerkelijk centraal stellen van de behoeften van ouderen. In het NPO zijn ouderen met name betrokken geweest vanuit een consultatiemodel, terwijl ouderen graag zien dat zij zelf ideeën kunnen agenderen en die kunnen uitwerken met de juiste ondersteuning (participatiemodel).¹⁸ Uit de evaluatie van het NPO blijkt dat de participatie niet makkelijk te realiseren is, zeker als het gaat om echt kwetsbare ouderen, ouderen met een migratieachtergrond en ouderen met een lage sociaaleconomische status.¹⁸

^a Zie <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/evaluatie-nationaal-programma-ouderenzorg-npo/>.



In de praktijk zijn er nog institutionele barrières te overwinnen om integrale ondersteuning structureel te organiseren.¹⁸ Dit betreft onder meer de gescheiden financieringsstromen, met name tussen de Zvw, Wlz en de Wmo, en de scheidslijnen tussen de medische, paramedische en sociale disciplines in de zorg en ondersteuning. Gemeenten en verzekeraars waren nauwelijks betrokken bij de transitie-experimenten, terwijl zij een belangrijke rol kunnen spelen bij de verankering van de opbrengsten.

2.1.2 Interventie-onderzoek

Uitblijven gemeten effecten op zelfredzaamheid

Met het oog op de versterking van de wetenschappelijke onderbouwing van de ouderenzorg zijn veel experimenten gedaan, gericht op verbetering van de zelfredzaamheid, meer functiebehoud, minder zorggebruik en minder zorg-/behandelbelasting. In termen van statistisch significante of praktisch relevante effecten is de wetenschappelijke waarde van het NPO minder groot dan verwacht. Ook aantoonbare effecten op zelfredzaamheid zijn over het algemeen uitgebleven.¹⁹

Voor het uitblijven van meetbare effecten kunnen verschillende oorzaken worden aangewezen.

- De onderzoekspopulatie betrof vaak een niet scherp afgebakende, heterogene en (soms zeer) kwetsbare groep ouderen die in zijn algemeenheid gekenmerkt werd door een combinatie van verschillende

ziekten of problemen (multimorbiditeit), verhoogde kwetsbaarheid, verlies van vitaliteit en/of verstoring van de zelfredzaamheid en zelfregie. De doelgroep-interventiecombinatie was niet altijd goed doordacht: de selectie van de onderzoekspopulatie en de inhoud van de interventie waren soms onvoldoende op elkaar afgestemd.

- Er was sprake van veel verschillende typen interventies. Heterogeniteit van populaties en diversiteit in interventies bemoeilijkten het aggregeren van onderzoeksresultaten in meta-analyses.
- Het programma had een relatief korte looptijd. Sommige projecten zorgden voor een grote verandering in de structuren van het bestaande gezondheidszorgsysteem. Dit ging gepaard met culturele veranderingen, waarbij het niet ondenkbaar is dat het enkele jaren duurt voordat effecten in zorggebruik meetbaar zijn.²⁰
- Er werd in het NPO gekozen voor standaardisatie van de uitkomstmaten binnen de uitgevoerde onderzoeken. Maatwerk en afstemming op de behoeften en mogelijkheden van de individuele oudere werd daardoor bemoeilijkt, wat mogelijk afbreuk deed aan de meetbaarheid van de effectiviteit van sommige interventies.²¹⁻²²
- Er was onvoldoende aandacht voor psychische factoren, zoals depressie en angstklachten en persoonlijkheidsproblematiek, die leiden tot afhouden van sociaal contact, veel gebruik van somatische zorg en afhouden van meer geëigende zorg.
- Het contrast tussen de onderzoeks- en de controleconditie (meestal 'gebruikelijke zorg') was niet altijd groot genoeg, waardoor er geen



significante verschillen in de uitkomsten gevonden zijn. Dit is deels het gevolg van de reeds hoge kwaliteit van de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen in Nederland.

- Ook hadden veel studies de vorm van *randomized controlled trials* (RCT) van complexe interventies. Over het algemeen gingen deze RCT's niet gepaard met een zodanige procesevaluatie dat achteraf, wanneer geen effect van de interventie kon worden aangetoond, duidelijk was in welke mate de zorg geïmplementeerd was zoals bedoeld.²³ Daardoor was ook niet duidelijk of de interventie elementen bevatte die misschien toch werkzaam zouden kunnen zijn. Ook bleef meestal onduidelijk hoe ouderen en professionals de interventies ervaren hadden.
- Tot slot kunnen veranderingen in de context waarin de complexe interventies zijn uitgevoerd invloed hebben gehad op gemeten effecten. Niet alleen de interventies zelf waren complex, dat gold ook voor het systeem waarin werd geïntervenieerd.²¹

Medische oriëntatie laat sociaal domein onderbelicht

Een beperking van het NPO is dat het van meet af aan sterk medisch georiënteerd was. Dat werd voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat het programma werd gecoördineerd door de umc's die vanzelfsprekend een sterk medische invalshoek hebben. Gaandeweg is het accent enigszins gewijzigd (mede van het advies *Preventie bij Ouderen van de Gezondheidsraad*²⁴ en de inbreng van ouderen zelf), maar een substan-

tieel deel van het programma was toen al gestart. Binnen het NPO is dus relatief weinig aandacht geweest voor preventie, welzijn en vitaliteit en voor het sociaal domein.

De interventies waren over het algemeen medisch van aard en gericht op verbetering van het vermogen zogenoemde algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uit te voeren (zoals bijvoorbeeld wassen, kleden, bewegen). Kwetsbaarheid in bijvoorbeeld het sociale domein is hierdoor onderbelicht gebleven. Het doel van de ouderenzorg reikt echter verder dan behoud van zelfstandig functioneren. Het gaat erom dat ouderen greep hebben op het leven, in staat zijn daar zelf richting aan te geven en kunnen omgaan met de eigen kwetsbaarheid. Multidimensionale begrippen als welzijn en functionele autonomie (eigen regie) laten zich niet meten met een enkelvoudig, kwantitatief instrument zoals aanbevolen binnen het NPO (de TOPICS-MDS)^a maar vragen om een ander type meetinstrumenten.^{12,15,16,21} In sommige gevallen kan de gemeten zelfredzaamheid (in termen van zelfstandig functioneren) zijn verslechterd, maar is het goed denkbaar dat de eigen regie wel wordt versterkt. Ook het gebruik van meerdere primaire en secundaire uitkomstmaten is vaak niet afdoende om het multidimensionale effect dat men beoogt te kunnen omvatten.²¹ Daarnaast hebben Lutomski e.a. aangetoond dat het binnen het NPO gebruikte instrument voor dagelijks functioneren (de zogenoemde KATZ-schaal voor het meten van ADL en iADL) voor met

^a Zie <http://topics-mds.eu/survey-instrument/questionnaires-2/nederlands/>



name zelfstandig wonende ouderen een beperkt differentiërend vermogen heeft.²⁵

2.2 Resultaten internationale wetenschappelijke literatuur

De commissie heeft de internationale stand van wetenschap op het terrein van zelfredzaamheid van ouderen vanuit medisch en sociaal-maatschappelijk perspectief in kaart gebracht. Door de veelheid aan bronnen heeft zij de focus gelegd op reviewartikelen. De commissie heeft systematische reviews bestudeerd over kwetsbaarheid (modellen, determinanten en risicofactoren) en interventies die zich richten op zelfstandig functioneren en op het verbeteren van het sociaal functioneren en participeren van ouderen. Zoektermen hadden zowel betrekking op functionele status, functiebeperking, (i)ADL-functioneren, als op sociaal functioneren, participeren, zelfmanagement, zelfvertrouwen, eigen regie, autonomie en welbevinden in het algemeen.

2.2.1 Medisch domein (zorg)

In de internationale literatuur is dezelfde heterogeniteit terug te zien als bij het NPO in de interventies die kunnen worden ingezet om de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen te verbeteren. Ook de gehanteerde studiedesigns, methodologische kwaliteit van trials en uitkomstmaten variëren in hoge mate. Uniforme terminologie ontbreekt, hetgeen kennisaccumulatie bemoeilijkt.²⁶

De internationale literatuur over integrale zorgprogramma's bijvoorbeeld, laat net als het NPO in het algemeen geen significante effecten zien van de complexe interventies. Het gaat dan om interventies die bestaan uit verschillende onderdelen en disciplines van de eerstelijnszorg en die zijn gericht op het behoud van fysiek functioneren en zelfstandigheid voor thuiswonende ouderen of ouderen die ontslagen worden uit het ziekenhuis. De complexe interventies die betrokken zijn in de reviewstudies verschilden, maar incorporeerden alle een vorm van preventieve huisbezoeken of een geriatrisch assessment, gevolgd door gepersonaliseerde medische of sociale zorg.

Als er wel sprake is van een effect is dat over het geheel genomen beperkt van omvang.^{26,27,30,32} Een van de oorzaken van de beperkte effectiviteit is dat het lastig blijkt om in een heterogene groep effect te bereiken.^{28,29} Over het algemeen gaat het over multifactoriële interventies, waarbij moeilijk te duiden is wat de werkzame elementen zijn. Doordat er bij sommige interventies sprake was van onvoldoende 'therapietrouw' kunnen de gemeten verbeteringen een onderschatting zijn.^{26,27,30} Verder speelt mee dat de gezondheidszorg in Nederland en de ons omringende landen zich de afgelopen decennia heeft ontwikkeld tot een dusdanig hoog niveau, dat het moeilijker wordt voor zorginterventies om significante of klinisch relevante verbeteringen te laten zien.^{27,31} Dat studies van na het jaar 2000 weinig of geen effecten op de uitkomstmaten tonen, ondersteunt deze veronderstelling.²⁷



De internationale literatuur biedt ook geen eenduidig beeld van de doelgroep waarop multifactoriële interventies zich zouden moeten richten. Volgens sommige studies is de meeste winst te halen bij laagrisicogroepen: jongere ouderen.³² Andere auteurs betogen juist dat interventies het meeste effect zouden sorteren bij oudere ouderen.³³

Dat medisch georiënteerde interventies weinig effect laten zien, kan verband houden met de gekozen uitkomstmaten. Daarnaast zijn door de internationale verschillen in politiek-sociale context resultaten uit onderzoek in andere landen lastig te extrapoleren naar de Nederlandse situatie, hetgeen vraagt om systeem- of landspecifiek onderzoek (zie kader).

2.2.2 Sociaal domein (ondersteuning)

Interventies in het sociaal domein waren gericht op verschillende aspecten, zoals sociale participatie, sociaal isolement en eenzaamheid. Bij interventies gericht op sociale participatie krijgen ouderen sociale rollen toebedeeld, bijvoorbeeld helpen in scholen in de buurt, om ervoor te zorgen dat ze deel blijven uitmaken van de samenleving.³⁷ De studies naar de effecten van dergelijke interventies laten een heterogeen beeld zien en tonen geen robuust bewijs. Hetzelfde geldt voor de meerderheid van verschillende eenzaamheidsinterventies uitgevoerd in Nederland: deze laten niet de gewenste eenzaamheidsreductie zien. Uit een procesevaluatie komt naar voren dat het van belang is voldoende tijd te nemen voor de implementatie van deze interventies en het eenzaamheids-

Effectiviteit van CDSMP bij Nederlandse ouderen: details kunnen ertoe doen

Onderzoek naar de effectiviteit van interventies om kwetsbare ouderen zelfredzaam te houden of te maken heeft over het algemeen weinig significante uitkomsten opgeleverd. Tegelijk zijn er aanwijzingen dat resultaten afhankelijk kunnen zijn van de onderzoeksopzet of onderzochte groep ouderen. Ter illustratie, op hoofdlijnen en zonder naar volledigheid te streven, enkele bevindingen over Nederlandse toepassingen van het zelfmanagementprogramma CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program), waarmee in het buitenland goede ervaringen zijn opgedaan. In dat programma gaat het, onder meer, om vertrouwen in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op persoonlijke omstandigheden en gebeurtenissen (self-efficacy), zelfmanagementvaardigheden (zoals omgaan met frustratie, pijn, vermoeidheid en eenzaamheid; oefenen om kracht, lenigheid en uithoudingsvermogen op peil te houden of te verbeteren) en de gezondheidstoestand. Alles wordt aan de hand van vragenlijsten in kaart gebracht.

Een eerste Nederlandse RCT onder chronisch zieke ouderen kon de buitenlandse ervaringen niet bevestigen: CDSMP bleek geen effect te hebben op hun self-efficacy, zelfmanagementgedrag en gezondheidstoestand.³⁴ Evenmin leidde CDSMP tot een verminderd gebruik van zorgvoorzieningen. Deze ouderen hadden bij aanvang misschien al een relatief hoog niveau van self-efficacy en gezondheid, aldus een mogelijke verklaring.³⁵ Dat CDSMP ontwikkeld en vooral toegepast is in de Verenigde Staten zou bovendien een rol kunnen spelen: de Amerikaanse cultuur en gezondheidszorg verschillen in menig opzicht van de Nederlandse.

In een latere Nederlands RCT onder meer kwetsbare ouderen die deelnamen aan een dagopvangprogramma in een zorginstelling, werd opnieuw geen effect gevonden van CDSMP op self-efficacy. Wel waren er dit keer gunstige bevindingen op een ander vlak. Besef van eigen regie (mastery) over situaties verbeterde, met name onder ouderen met een lagere opleiding. Wat het leven nog waard werd geacht, werd ook onderzocht. Bij de groep ouderen die CDSMP kregen bleef de score stabiel, bij de groep zonder deze interventie was er sprake van een afname.³⁶



probleem te verkennen in een smallere doelgroep voordat met de interventie wordt gestart.³⁸ Ook het onderzoek naar interventies om sociaal isolement tegen te gaan, laat een heterogeen beeld zien en is over het algemeen van lage kwaliteit.^{39,40} Over het geheel genomen toont ook de internationale literatuur over interventies in het sociaal domein veel heterogeniteit.

Binnen een aandachtsgebied (bijvoorbeeld eenzaamheid) worden uiteenlopende interventies onderzocht en betrokken in de systematische reviews. Vaak worden studies geïnccludeerd op basis van een specifieke uitkomstmaat en is de kwaliteit van de onderzoeken laag. Zo is slechts bij een beperkt aantal geïnccludeerde interventies gebruikgemaakt van randomisatie, wat het moeilijk maakt te bepalen wat de effecten zijn. Interventies in het sociale domein zijn niet los te zien van hun context, doelgroep en bijbehorend implementatieproces. Soms worden interventies gestandaardiseerd om effectiviteit aan te tonen, terwijl de kracht van een interventie veelal zit in de persoonsgerichtheid ervan.

De commissie constateert dat het gebrek aan eenduidig bewijs voor effectieve interventies in het sociaal domein veroorzaakt wordt door de complexiteit en heterogeniteit van de doelgroep en de complexiteit van interventies. Dat van complexe interventies het effect (nog) niet is aangetoond in RCT's betekent volgens de commissie echter niet noodzakelijkerwijs dat deze complexe interventies niet effectief kunnen zijn op deelgebieden.

2.3 Conclusie

De commissie stelt vast dat in het NPO op lokaal en regionaal niveau voor de duur van het programma tal van verbeteringen in de organisatie en samenhang van extramuraal zorg en ondersteuning zijn gerealiseerd, die door alle betrokkenen, de ouderen zelf voorop, werden gewaardeerd. De nieuwe samenwerkingsverbanden die zijn ontstaan en de grotere betrokkenheid van ouderen zijn waardevolle resultaten van het NPO. De regionale netwerken die zijn opgezet worden beschouwd als nuttige infrastructuur voor kennisontwikkeling en samenwerking. De mate waarin deze netwerken zijn bestendig na het NPO verschilt echter per regio.

Wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van zorg en ondersteuning gericht op zelfredzaamheid in engere zin heeft het programma echter nauwelijks opgeleverd. De commissie stelt vast dat in het NPO het onderzoeksdesign van de RCT, zonder adequate procesevaluatie, de boventoon heeft gevoerd. Daarbij werd veelal het effect onderzocht van medisch georiënteerde interventies, die primair gericht waren op verbetering van het vermogen om algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren (zoals wassen, kleden, bewegen). Ook in het onderzoek dat de afgelopen jaren internationaal verricht werd ziet de commissie eenzelfde oriëntatie op experimentele en daarvan afgeleide niet-experimentele, maar wel kwantitatief-epidemiologische onderzoeksdesigns en een streven naar medisch getinte uitkomstmaten. De opbrengst van dat internationaal verrichte onderzoek is eveneens bescheiden geweest.



Volgens de commissie komt dit onder meer door onderzoekstechnische redenen. Zo is voor onderzoek naar complexe interventies in een dynamische en complexe omgeving meer nodig dan alleen RCT's; dit vraagt een mix van kwantitatieve én kwalitatieve onderzoeksmethoden. Ook kunnen de gekozen uitkomstmaten verantwoordelijk zijn voor het uitblijven van gemeten effectiviteit. Tenslotte zijn de onderzoekspopulaties vaak te heterogeen van aard om effecten aan te tonen (geen geschikte doelgroep-interventiecombinatie). Dat er nauwelijks effecten zijn aangetoond op de gekozen uitkomstmaten, in de gekozen populaties en binnen de onderzochte periode betekent dan ook niet noodzakelijkerwijs dat de interventies helemaal niet effectief zouden zijn.

Terugkijkend meent de commissie dat het NPO voor de praktijk van zorg en ondersteuning meer had kunnen opleveren als het van meet af aan meer was uitgegaan van vragen die voortkomen uit de praktijk zoals ouderen zelf die ervaren. Dan was er waarschijnlijk al eerder aandacht geweest voor kwaliteit van leven, voor psychische factoren en voor het sociaal domein, bijvoorbeeld voor de bevordering van zelfredzaamheid in brede zin en van welzijn en ondersteuning in de wijk. Het had mogelijk geleid tot onderzoek naar interventies die beter afgestemd waren geweest op de behoeften en doelen van ouderen en die daardoor wellicht ook een grotere effectiviteit te zien hadden gegeven.⁴¹⁻⁴⁴

De commissie wijst tenslotte op de betrekkelijke meerwaarde van medisch georiënteerde programma's in gezondheidszorgsystemen die al redelijk tot goed zijn toegerust. Zij constateert dat een bredere insteek nodig is. Er

liggen met name in het sociaal domein nog onbenutte kansen voor de vergroting van zelfredzaamheid. Niet alleen is het aantal studies op dat terrein beperkt, veel hebben ook een betrekkelijk matige kwaliteit. Het toekomstige onderzoek ter verbetering van de extramurale zorg en ondersteuning zal lering moeten trekken uit de ervaringen die de afgelopen jaren nationaal en internationaal zijn opgedaan.

03 omgaan met heterogeniteit

Ouderen die zelfstandig wonen vormen een heterogene groep, waarbinnen grote verschillen bestaan in de mate van zelfredzaamheid. Het is van belang dat het onderzoek naar interventies ter verbetering van de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen hiermee rekening houdt. Een indeling in ouderenprofielen kan daarbij behulpzaam zijn. Het onderzoek zou zich met voorrang moeten richten op drie groepen ouderen die volgens de commissie extra risico lopen op verlies van zelfredzaamheid: ouderen met beperkte hulpbronnen, ouderen die kampen met tijdelijke kwetsbaarheid en zeer kwetsbare ouderen.

3.1 Ouderenprofielen

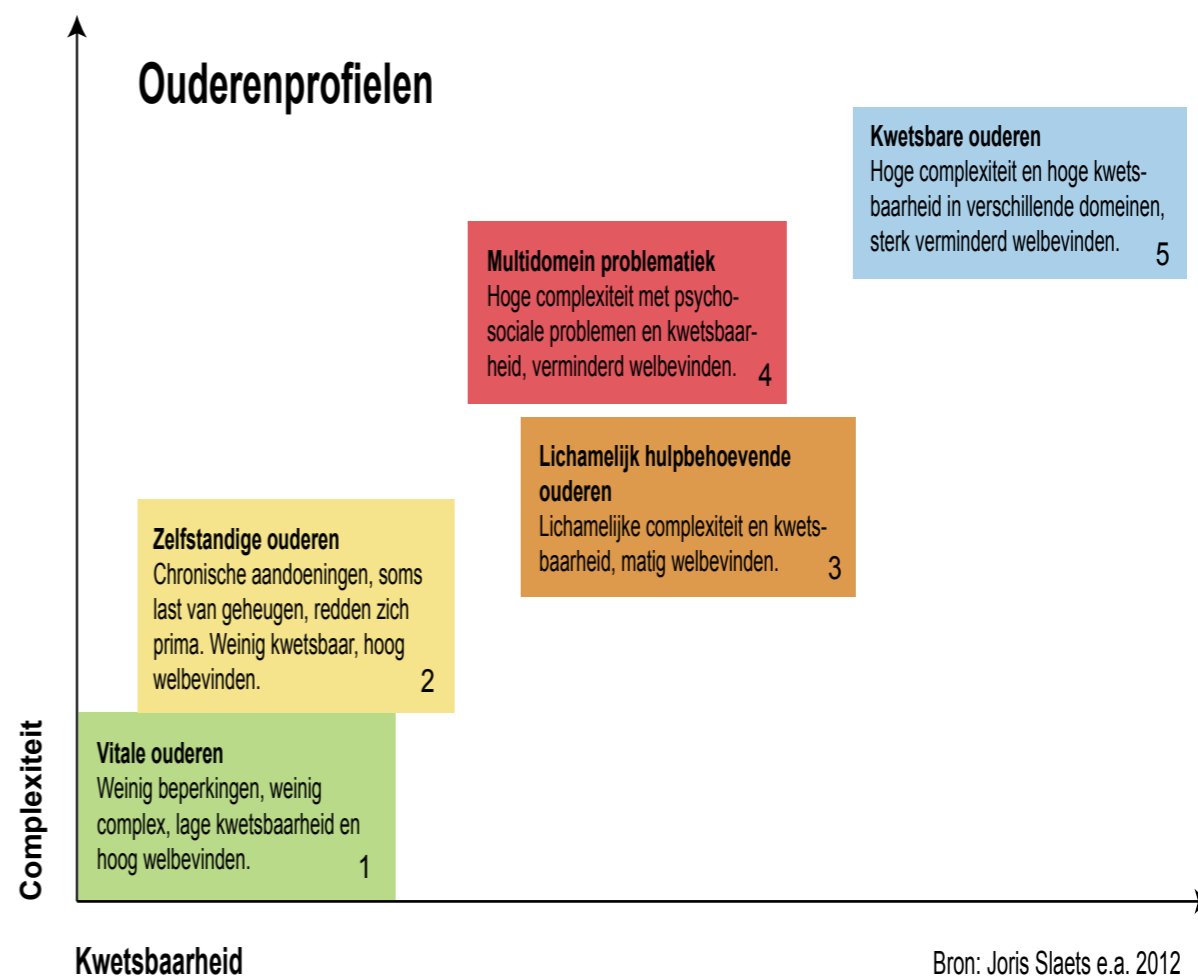
Hoewel in de internationale wetenschappelijke literatuur geen eenduidige definitie van het begrip kwetsbaarheid bestaat⁴⁵, is er consensus over het feit dat sommige ouderen een grotere kans hebben op nadelige gezond-



heidsuitkomsten dan anderen van dezelfde leeftijd⁴⁶. Gezondheid en welzijn worden echter niet alleen bepaald door kwetsbaarheid, maar ook door de mate waarin mensen kunnen beschikken over hulpbronnen als inkomen, opleiding, oplossingsvaardigheden, zelfmanagementvaardigheden en sociaal netwerk.⁴⁷ En ook hun behoefte aan zorg en ondersteuning wordt niet alleen beïnvloed door kwetsbaarheidskenmerken van de persoon, zoals lichamelijk en psychisch functioneren, maar ook door intern en extern, in de fysieke en sociale omgeving, aanwezige hulpbronnen en sociaaleconomische status.

Gedurende het leven gaan mensen door verschillende stadia van kwetsbaarheid heen. In sommige situaties is de kwetsbaarheid nog omkeerbaar door hetzij de persoon te versterken danwel de hulpbronnen te verbeteren.⁴⁸⁻⁵⁰ Ouderen kunnen zich echter ook bevinden in een kwetsbaarheidsfase die niet meer omkeerbaar is. Hoe groter de kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgbehoefte, des te groter de kans op een slechtere kwaliteit van leven en het gevaar dat zorg en ondersteuning niet beantwoorden aan de complexe zorgbehoefte.⁵¹

De indeling in profielen kan helpen om de situatie en behoeften van ouderen vanuit hun eigen perspectief in kaart te brengen en geeft inzicht in de grote clusters van vraagpatronen zoals deze zich bij hen voordoen. De verschillende profielen vragen om verschillende zorg- en welzijnsarrangementen. Naarmate de kwetsbaarheid verder gevorderd is, neemt de kans af dat deze nog omkeerbaar is. Bij de vitalere ouderen (profielen 1



Figuur 1. Ouderenprofielen

en 2) kunnen leefstijl-, psychologische en sociale interventies kansen bieden op behoud van zelfredzaamheid. De zelfredzaamheid van de groepen ouderen die zich in een verder gevorderd stadium van kwetsbaarheid bevinden (de 3 profielen rechts in de figuur 1) kan sterk variëren. De blijvend kwetsbare ouderen staan voor de uitdaging om te leren leven met hun beperkingen en zorgafhankelijkheid en om samen met naasten en zorgverleners levensdoelen bij te stellen en invulling te geven aan het leven op een wijze die ze zelf zinvol achten.^{11,17} De verbetering van zelf-



redzaamheid moet bij hen vooral gezocht worden in het behouden van eigen regie en het vermogen om het eigen welbevinden op peil te houden. De kennisvragen die zich voordoen bij deze groepen ouderen met hun verschillen in kwetsbaarheid en zorgbehoefte zijn navenant verschillend.

3.2 Drie risicogroepen

Op basis van zowel wetenschappelijke kennis als haar eigen kennis van de praktijk signaleert de commissie drie groepen zelfstandig wonende ouderen die extra risico lopen op verlies van zelfredzaamheid. Zij meent dat nieuwe kennisontwikkeling zich met voorrang op deze groepen zou moeten richten.

3.2.1 Ouderen met beperkte hulpbronnen (de *cannot's*)

Sociale kwetsbaarheid (sociaal isolement of een beperkt sociaal netwerk, alleen wonen, minder naar buiten gaan, et cetera) heeft een negatieve impact op het functioneren van thuiswonende ouderen.⁵² Vaak betreft het ouderen met een lage sociaaleconomische status, een dimensie die de problematiek versterkt. Onderzoek laat zien dat ouderen met een sterker sociaal netwerk over het algemeen zelfredzamer zijn als het gaat om zelfstandig functioneren (ADL) en meer zelf de regie in de organisatie van zorg hebben.⁵³ Dat is uiteraard afhankelijk van de kwaliteit en beschikbaarheid van het netwerk^a. Ook de omvang van het sociale netwerk is een

^a Overigens leiden sterke sociale netwerken, met name familienetwerken, niet altijd tot verbeteringen in het functioneren. Soms leidt met name instrumentele steun vanuit het netwerk tot een afname van zelfredzaamheid

factor.^{55,56} Mensen met veel vrienden en goede familiebanden kunnen vaak langer zelfstandig blijven wonen dan mensen met een klein sociaal netwerk.⁵⁵ Het aantal 75-plussers dat eenzaam is zal toenemen tot 700.000, volgens het trendscenario van de Volksgezondheidstoekomstverkenning 2018.⁵⁷ Nu al heeft een op de vijf 65-plussers niemand in het sociale netwerk die informele hulp zou kunnen bieden.^{58,59}

Om regie te kunnen voeren over het leven en het eigen welbevinden en ondersteuning te kunnen regelen, zijn daarnaast bepaalde vaardigheden vereist. Niet alle ouderen beschikken echter over afdoende (gezondheids) vaardigheden^b om dit te kunnen.^{51,60,61} Ook psychische klachten kunnen het aanboren van sociale hulpbronnen in de weg staan.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau verwacht dat er een scheidslijn zal ontstaan tussen de *can's* en de *cannot's*: tussen de mensen die wel en niet voldoende in staat zijn om zorg en hulpverlening te regelen.^{59,62} De groep *cannot's* heeft vaak niet alleen een gebrek aan middelen en gezondheidsvaardigheden, maar beschikt ook over (te) weinig vaardigheden om goed voor hun eigen welbevinden te zorgen (brede zelfmanagementvaardigheden).^{63,64}

Ook het RIVM denkt dat de verschillen tussen bevolkingsgroepen in de beschikbaarheid van hulpbronnen (inkomen, opleiding, gezondheid,

en functionele mobiliteit, omdat de frequentie waarmee ouderen zelf functies moeten uitvoeren omlaag gaat doordat mantelzorgers dit overnemen.⁵⁴

^b Gezondheidsvaardigheden is een breed begrip. In meer beperkte definities ligt de nadruk op functionele lees-en rekenvaardigheden en het vermogen om informatie te vinden en te verwerken. Bredere definities omvatten ook psychologische kenmerken, zoals zelfvertrouwen, motivatie en kritisch vermogen, en sociale vaardigheden.⁶⁰



woonomstandigheden en sociale netwerken) zullen toenemen, hetgeen zal leiden tot grote verschillen in levenskansen en zelfredzaamheid. Kortom, verschillen in vaardigheden en hulpbronnen leiden tot (grote) verschillen in kansen van mensen op redzaamheid.^{62,65} Ouderen met minder hulpbronnen en vaardigheden lopen een hoog risico op een overgang naar een ouderenprofiel met een mindere kwaliteit van leven en complexere zorgbehoefte.

3.2.2 Ouderen die kampen met tijdelijke kwetsbaarheid

Daarnaast is er een groep ouderen die te kampen heeft met een tijdelijke en snel verlopende verschuiving in hun niveau van kwetsbaarheid. Ouderen met een *tijdelijke* kwetsbaarheid zijn vooral te vinden in de ouderenprofielen met lage kwetsbaarheid (1 en 2). Als gevolg van een trauma of ziekte, waarvoor opname in ziekenhuis of eerstelijnsbed nodig is, kunnen deze ouderen heel snel in een toestand van hogere kwetsbaarheid terechtkomen. Ook een ingrijpende gebeurtenis in de thuissituatie kan leiden tot een toename van kwetsbaarheid, zoals het verlies van een partner of een verhuizing naar een andere woning. Na een acute ziekenhuisopname heeft 30% van de ouderen te maken met blijvende beperkingen in hun functioneren, waardoor ze vaker thuiszorg nodig hebben en een grote kans lopen op heropname. De mogelijkheid om zelfstandig thuis te wonen komt daarmee in het gedrang.⁶⁶ Dergelijke plotselinge toename van kwetsbaarheid is in principe omkeerbaar, mits tijdig en adequaat wordt ingegrepen. De commissie acht een focus op deze doelgroep niet alleen

van belang vanwege de gevolgen voor de individuele ouderen, maar onder meer ook vanwege het maatschappelijke probleem van verstopping van de afdelingen spoedeisende hulp door ouderen.⁶⁷⁻⁶⁹

Er is nog een andere relevante groep tijdelijk kwetsbare ouderen. Dat zijn ouderen die na een ziekenhuisopname niet direct naar huis ontslagen kunnen worden, maar na triage in het ziekenhuis tijdelijk naar een voorziening voor geriatrische revalidatiezorg gaan. Daar ontvangen zij multidisciplinaire zorg op maat, passend bij hun leeftijd en klinisch zorgprofiel. Na hun revalidatiebehandeling keren ze terug naar huis, waar ze nog een afsluitende nabehandeling ontvangen, totdat ze de draad van het eigen leven weer hebben opgepakt. Toch blijft deze groep vaak kwetsbaar en (deels) blijvende beperkingen in het functioneren houden.^{70,71}

3.2.3 Zeer kwetsbare ouderen

De zelfredzaamheid van ouderen die zich in een verder gevorderd stadium van kwetsbaarheid bevinden kan sterk variëren. De blijvend kwetsbare ouderen staan voor de uitdaging om te leren leven met hun beperkingen en zorgafhankelijkheid en samen met naasten en zorgverleners levensdoelen bij te stellen en invulling te geven aan het leven op een wijze die zij zelf zinvol achten.¹⁷ Ziekenhuisinterventies zullen deze groep in het algemeen weinig meer baten. Ook voor deze groep geldt dat er nog winst te boeken is met betrekking tot zelfredzaamheid. Hierbij gaat het vooral om het vermogen het eigen welbevinden op peil te houden en om



het versterken van externe hulpbronnen, zoals mantelzorg en hulpbronnen in de fysieke omgeving. De winst die nog geboekt kan worden in het ADL-functioneren is veelal beperkt. Interventies en onderzoek zullen zich bij hen meer moeten richten op persoonlijke behoeften en doelen en het ervaren welbevinden daarbij.⁴¹⁻⁴⁴

3.3 Conclusie

Het is van belang dat onderzoekers zich bij het opzetten van onderzoek naar de zelfredzaamheid van zelfstandig wonende ouderen rekenschap geven van de grote heterogeniteit die deze doelgroep kenmerkt. De indeling in ouderenprofielen is een bruikbaar instrument om groepen ouderen te onderscheiden met een verschillende mate van kwetsbaarheid en een uiteenlopende complexiteit van zorgbehoeften, waarbij ook verschillende kennisvragen rijzen. De commissie meent dat het onderzoek in de komende jaren zich vooral zou moeten richten op ouderen met beperkte hulpbronnen (onder andere een beperkt sociaal netwerk) of beperkte mogelijkheden die hulpbronnen aan te boren (bijvoorbeeld door psychische klachten), op ouderen die kampen met tijdelijke kwetsbaarheid door bijvoorbeeld opname in het ziekenhuis of verlies van een partner, en op de zeer kwetsbare ouderen die zelfstandig wonen en sterk afhankelijk zijn van (formele en informele) zorg en ondersteuning.

04 naar bruikbare kennis voor extramurale zorg en ondersteuning

Het NPO heeft geleid tot nieuwe samenwerkingsverbanden op lokaal en regionaal niveau en tot verbeteringen in de organisatie van zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen. Ook is de betrokkenheid van ouderen bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek en beleid vergroot. De commissie adviseert om de ervaringen en de kennis die in de samenwerkingsverbanden van het NPO zijn opgedaan te behouden, verder uit te bouwen en landelijk te delen. Het onderzoek naar zelfredzaamheid van ouderen zou zich volgens de commissie vooral moeten richten op het sociaal domein, rekening moeten houden met de heterogeniteit van de doelgroep en nauw moeten aansluiten bij de vragen uit de praktijk en de behoeften van ouderen. Dit vraagt om een brede variëteit aan onderzoeksmethoden. Om daadwerkelijk voortgang te boeken binnen dit domein is het volgens de commissie nodig het onderzoek in te bedden in een kennisinfrastructuur voor de extramurale zorg en ondersteuning en hierin duurzaam te investeren.



4.1 Focus van het onderzoek naar verbetering van zelfredzaamheid

De commissie adviseert het onderzoek de komende jaren vooral te richten op de verbetering van zelfredzaamheid via het sociale domein – met interventies die zich richten op bijvoorbeeld zelfmanagement of mobilisering en versteviging van hulpbronnen – en minder op het verder ontwikkelen van medisch georiënteerde interventies. Het is van belang in het onderzoek rekening te houden met de heterogeniteit binnen de groep ouderen. De commissie beveelt aan het primair te richten op groepen die een extra risico lopen op verlies van zelfredzaamheid: ouderen met beperkte hulpbronnen, ouderen die kampen met tijdelijke kwetsbaarheid en zeer kwetsbare ouderen die afhankelijk zijn van zorg thuis.

De commissie beveelt verder aan het onderzoek te richten op vragen die voortkomen uit de praktijk en aansluiten bij de behoeften en problemen van ouderen zelf. Uit de evaluatie van het NPO blijkt dat ouderen graag actief participeren in de formulering van onderzoeksvragen en in het ontwerpen van onderzoek, maar dat die participatie niet altijd makkelijk te realiseren is. De commissie beveelt aan om te blijven zoeken naar geschikte participatiemethoden waarmee ook moeilijk bereikbare groepen ouderen betrokken kunnen worden.

Het formuleren van onderzoeksvragen is de belangrijke eerste fase van het onderzoeksproces. Narratieve methoden kunnen helpen om de daad-

werkelijke wensen, behoeften en vermogens van ouderen boven tafel te krijgen en om de problemen die professionals in de praktijk ervaren op het spoor te komen.

4.2 Variëteit aan onderzoeksmethoden

In het onderzoek dat de komende jaren ten behoeve van de extramurale zorg en ondersteuning nodig is zal volgens de commissie een ruime variëteit aan onderzoeksmethoden gewenst zijn. Eerder signaleerde de Gezondheidsraad dat de onderzoeksportefeuilles van het zorgonderzoek binnen umc's gedomineerd worden door kwantitatieve onderzoeksmethoden.⁷² De commissie constateert dat dat ook geldt voor het (internationale) onderzoek op het terrein van de ouderenzorg. Kwantitatieve methoden alleen zijn echter onvoldoende om goed zicht te krijgen op de effecten van de veelal complexe interventies gericht op (kwetsbare) ouderen en om vast te stellen hoe deze effecten tot stand komen. De commissie beveelt dan ook aan om meer ruimte vrij te maken voor kwalitatief onderzoek en voor gemengd kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksdesigns die passen bij complexe (praktijk)vraagstukken. Ook benadrukt ze het belang van procesevaluaties. De *new guidance* van de *Medical Research Council* voor de ontwikkeling en evaluatie van complexe interventies biedt volgens haar een goed houvast.⁷³

De commissie constateert dat daarnaast methodologisch onderzoek nodig is, naar de meeste geschikte onderzoeksmethoden en technieken om het



complexe en dynamische veld van de zorg voor ouderen adequaat te kunnen bestuderen. Ook is meer onderzoek nodig naar de doelgroepen waarop interventies zich het beste kunnen richten (onderzoek naar doelgroep-interventie-uitkomst combinaties) en naar de uitkomstmaten die in dat interventie-onderzoek gehanteerd zouden moeten worden.

Over het algemeen, zo meent de commissie, is het van belang om in het onderzoek naar interventies ter vergroting van de zelfredzaamheid meer dan voorheen te werken met persoonsgerichte uitkomstmaten. Zeker als het gaat om de groep ouderen van wie de kwetsbaarheid niet meer omkeerbaar is, zouden uitkomsten als ervaren welbevinden, het vermogen een betekenisvol bestaan te leiden en de regie over het eigen leven te voeren, en de ervaren continuïteit van zorg en overeenstemming van zorg met levensdoelen centraal moeten staan.

4.3 Investeren in lerende systemen

De regionale netwerken die zijn opgezet in het NPO kunnen naar de mening van de commissie een belangrijke rol spelen in de aansluiting bij ontwikkelingen in het bredere sociaal domein, onder andere door samenwerking met gemeenten en Wmo-raden. De commissie beveelt aan de succesvolle netwerken in staat te stellen om hun voortbestaan te verzekeren en hun onderlinge samenwerking en die met het sociaal domein te verstevigen. Om fragmentatie, bijvoorbeeld op het gebied van ouderen-

zorg, geriatrische zorg, geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg en dementiezorg, te voorkomen beveelt de commissie aan de verbindingen tussen de verschillende netwerken te versterken en raadt zij organisaties aan zich aan te sluiten bij bestaande (regionale) netwerken die zijn ontwikkeld in het veld of in eerdere programma's en het aantal netwerken niet verder uit te breiden.

In 2014 constateerde de Gezondheidsraad dat samenhang en synergie ontbreken in de kennisinfrastructuur van het sociale domein.⁷⁴ Met de overheveling van verantwoordelijkheden van Rijk naar gemeenten is sindsdien de situatie er niet overzichtelijker op geworden. De beperkte beschikbare middelen zijn versnipperd over proeftuinen, werkplaatsen, broedplaatsen, netwerken en projecten met een beperkte looptijd, en het gevaar is groot dat kennisaccumulatie en -verspreiding uitblijven. Recentelijk signaleerde het Rathenau Instituut dat er ook op het regionale en gemeentelijke kennisterrein van de publieke gezondheid veel verschillende kennisaanbieders actief zijn. Het kennisaanbod voor professionals en beleidsmakers in de gezondheidszorg is heterogener, versnipperd en daarmee ook onoverzichtelijker geworden.⁷⁵ De commissie beveelt aan te zorgen voor een betere aansluiting tussen de regionale kennisnetwerken en de landelijke kennisinstellingen, ten behoeve van kennisdeling, -accumulatie en -verspreiding.



Cruciaal voor de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen die veelal kampen met chronische complexe problematiek is de samenwerking van zorgprofessionals, sociale professionals, vrijwilligers, informele zorgverleners en de ouderen zelf, ook in de ontwikkeling en toepassing van nieuwe kennis. Met name de samenwerking tussen professionals uit het medisch en het sociaal domein behoeft verbetering. Intensivering van de samenwerking tussen medisch en sociaal domein, in alle sectoren van beleid, onderwijs, onderzoek en handelingspraktijk, en structurele samenwerking tussen universiteiten, umc's, hogescholen en regionale beroepspraktijk zijn hiervoor onontbeerlijk (van Vliet, Grotendorst & Roodbol, 2016⁷⁶).

Al met al stelt de commissie vast dat nog veel werk verzet moeten worden voor er in de extramurale zorg en ondersteuning sprake is van een lerend systeem dat de vergelijking met het kennissysteem voor de intramurale medische zorg – met zijn acht, overwegend intramuraal gerichte umc's – ook maar enigszins kan doorstaan. De opgaven waarvoor extramurale zorg en ondersteuning staan zijn de afgelopen decennia gegroeid in omvang en complexiteit. De investeringen in de ontwikkeling van kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld in extramurale (academische) werkplaatsen, en in verspreiding en toepassing daarvan, hebben met deze groei geen gelijke tred gehouden en zijn ver achtergebleven bij die in de intramurale *cure* en *care*. Met een verdere groei van de extramurale zorg- en ondersteuningsopgaven in het verschiet, is een gezamenlijke inspanning van Rijk, gemeenten en zorgverzekeraars nodig om de duurzame,

lerende samenwerkingsverbanden tot stand te brengen die in de extramurale sector nodig zijn.

literatuur

- ¹ Broek A van den, van campen C, de Haan J, Roeters a, Turkenburg M, Vermeij L. *De toekomst tegemoet*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2016.
- ² RIVM. *Een gezonder Nederland. Kernboodschappen vand e Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014* Bilthoven: RIVM, 2014.
- ³ Kromhout M, Feijten P, Vonk F, de Klerk M, Marangos AM, Mensink W, e.a. *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.
- ⁴ Groot C de, van Dam F, Daalhuizen F. *Vergrijzing en woningmarkt. Beleidsstudies*. Den Haag: Planbureau voor de leefomgeving, 2013.
- ⁵ Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. *Frailty in elderly people: an evolving concept*. CMAJ 1994; 150(4): 489-95.
- ⁶ Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, e.a. *Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007; 62(7): 731-7.
- ⁷ Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. *Towards an integral conceptual model of frailty*. J Nutr Health Aging 2010; 14(3): 175-81.



- ⁸ Sociaal en Cultureel Planbureau. *Kwetsbare Ouderen*. Den Haag, 2011.
- ⁹ Vries NM de, Staal JB, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW. *Outcome instruments to measure frailty: a systematic review*. *Ageing Res Rev* 2011; 10(1): 104-14.
- ¹⁰ Deeg DJH, Puts MTE. *Het kwetsbare succes van ouder worden. Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen*. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2007; 32: 147-51.
- ¹¹ Machielse A. *Oratie: Afgezonderd of ingesloten? Over sociale kwetsbaarheid van ouderen*: Universiteit voor Humanistiek; 2016.
- ¹² Verkerk MA. *The care perspective and autonomy*. *Med Health Care Philos* 2001; 4(3): 289-94.
- ¹³ Regenmortel T van. *Zwanger van empowerment*. Eindhoven, 2008.
- ¹⁴ Boumans J, Omlo J, Rensen P. *Voorbij zelfredzaamheid, tijd voor empowerment*. Sociale Vraagstukken 21 mei 2016:
- ¹⁵ Duijs S, Groot B, Peterman M, van Zuylen R, Werner A, Flipsen I. *Zelfredzaam, dankzij de zorg! Een responsief onderzoek naar de betekenis van en mogelijkheden voor zelfredzaamheid vanuit het perspectief van cliënten*. Centrum voor cliëntetervaringen, 2016.
- ¹⁶ Mol A. *De logica van het zorgen. Actieve patienten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam, 2006.
- ¹⁷ Hertogh CPM. *De Senectute: ethiek en kwetsbaarheid*. VU Medisch Centrum, 2010.
- ¹⁸ Wehrens R, Oldenhof L, Verweij L, Francke A, Bal R. Nivel Erasmus Universiteit Rotterdam. *Experimenteel sturen in netwerken: een evaluatie van proces en structuur van het Nationaal Programma Ouderenzorg*. Eras2017.
- ¹⁹ Blom JW, van den Hout WB, den Elzen WP, e.a. *Effectiveness and cost-effectiveness of proactive and multidisciplinary integrated care for older people with complex problems in general practice: an individual participant data meta-analysis*. *Age and Ageing*, accepted for publication.
- ²⁰ Uittenbroek RJ, Spoorenberg SL, Brans R, Middel B, Kremer BP, Reijneveld SA, e.a. *[Embrace, a model for integrated elderly care]*. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2014; 45(2): 92-104.
- ²¹ Koffeman A. *Ter discussie: Complexe interventies bij ouderen. Hoe bepaal je het effect?* *Ned Tijdschr Geneesk* 2016; 160: D816.
- ²² Hasson H. *Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care*. *Implementation Science* 2010; 5(67): 1-9.
- ²³ Smit LC, Schuurmans MJ, Blom JW, Fabbriotti IN, Jansen APD, Kempen G, e.a. *Unravelling complex primary-care programs to maintain independent living in older people: a systematic overview*. *J Clin Epidemiol* 2018; 96: 110-9.
- ²⁴ Gezondheidsraad. *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*., 2009; publicatienr. 2009/07.
- ²⁵ Lutomski JE, Krabbe PF, den Elzen WP, Olde-Rikkert MG, Steyerberg EW, Muntinga ME, e.a. *Rasch analysis reveals comparative analyses*



of activities of daily living/instrumental activities of daily living summary scores from different residential settings is inappropriate. J Clin Epidemiol 2016; 74: 207-17.

- ²⁶ Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. *Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008; 63(3): 298-307.
- ²⁷ Beswick AD, Gooberman-Hill R, Smith A, Wyld V, Ebrahim S. *Maintaining independence in older people.* Reviews in Clinical Gerontology 2010; 20(2): 128-53.
- ²⁸ Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. *Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings.* Cochrane Database Syst Rev 2016; 3: CD006560.
- ²⁹ Eklund K, Wilhelmson K. *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials.* Health Soc Care Community 2009; 17(5): 447-58.
- ³⁰ Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, e.a. *Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis.* BMJ 2001; 323(7315): 719-25.
- ³¹ Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. *Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review.* BMC Health Serv Res 2008; 8: 74.

- ³² Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. *Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis.* JAMA 2002; 287(8): 1022-8.
- ³³ Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, Wynia K. *Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace.* J Gen Intern Med 2017; 32(5): 516-23.
- ³⁴ Elzen H, Slaets JP, Snijders TA, Steverink N. *Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands.* Soc Sci Med 2007; 64(9): 1832-41.
- ³⁵ Elzen H, Slaets JP, Snijders TA, Steverink N. *The effect of a self-management intervention on health care utilization in a sample of chronically ill older patients in the Netherlands.* J Eval Clin Pract 2008; 14(1): 159-61.
- ³⁶ Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DJ. *Benefits for elders with vulnerable health from the Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) at short and longer term.* BMC Geriatr 2015; 15: 101.
- ³⁷ Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. *Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies.* Milbank Q 2013; 91(2): 222-87.



- ³⁸ Fokkema CM, van Tilburg TG. *[Loneliness interventions among older adults: sense or nonsense?]*. Tijdschr Gerontol Geriatr 2007; 38(4): 185-203.
- ³⁹ Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. *Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review*. BMC Public Health 2011; 11: 647.
- ⁴⁰ Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. *Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review*. Health Soc Care Community 2018; 26(2): 147-57.
- ⁴¹ Hopman P, de Bruin SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC, e.a. *Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review*. Health Policy 2016; 120(7): 818-32.
- ⁴² Rockwood K, Howlett S, Stadnyk K, Carver D, Powell C, Stolee P. *Responsiveness of goal attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment*. J Clin Epidemiol 2003; 56(8): 736-43.
- ⁴³ Toto PE, Skidmore ER, Terhorst L, Rosen J, Weiner DK. *Goal Attainment Scaling (GAS) in geriatric primary care: a feasibility study*. Arch Gerontol Geriatr 2015; 60(1): 16-21.
- ⁴⁴ Seben R van, Reichardt L, Smorenburg S, Buurman B. *Goal-Setting Instruments in Geriatric Rehabilitation: A Systematic Review*. J Frailty Aging 2017; 6(1): 37-45.
- ⁴⁵ Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. *Frailty measurement in research and clinical practice: A review*. Eur J Intern Med 2016; 31: 3-10.
- ⁴⁶ Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. *Frailty in elderly people*. Lancet 2013; 381(9868): 752-62.
- ⁴⁷ Steverink N. *[Happy and healthy aging: well-being, resources and self-management abilities]*. Tijdschr Gerontol Geriatr 2009; 40: 244-52.
- ⁴⁸ Gill TM, Gahbauer EA FAU - Allore H, Allore HG FAU - Han L, Han L. *Transitions between frailty states among community-living older persons*. 2006; (0003-9926 (Print)):
- ⁴⁹ Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. *Trajectories of disability in the last year of life*. N Engl J Med 2010; 362(13): 1173-80.
- ⁵⁰ Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. *The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2011; 66(11): 1238-43.
- ⁵¹ Slaets JPJ. *Screening bij ouderen*. Ned Tijdschr Geneesk 2012; 156: A4771.
- ⁵² Makizako H, Shimada H, Doi T, Tsutsumimoto K, Hotta R, Nakakubo S, e.a. *Comorbid Mild Cognitive Impairment and Depressive Symptoms Predict Future Dementia in Community Older Adults: A 24-Month Follow-Up Longitudinal Study*. J Alzheimers Dis 2016; 54(4): 1473-82.
- ⁵³ Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr., Bandura A, Ritter P, e.a. *Evidence suggesting that a chronic disease self-management*



program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care 1999; 37(1): 5-14.

- ⁵⁴ Litwin H, Stoeckel KJ. *Social network and mobility improvement among older Europeans: the ambiguous role of family ties.* Eur J Ageing 2013; 10(3): 159-69.
- ⁵⁵ Campen C van, Iedema J, Broese van Groenou MT, N., Deeg D. Sociaal en Cultureel Planbureau. *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg.* Den Haag, 2017.
- ⁵⁶ Bredewold F, Kampen T, Verplanke L, Tonkens E, Duyvendak JW. *Een mooie gedachte Wat professionals denken over zelfredzaamheid en wat ze vervolgens (niet) doen.* Universiteit van Amsterdam/ Universiteit voor Humanistiek, 2016.
- ⁵⁷ RIVM. *Trendscenario.* <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>. Geraadpleegd op 15-05-2018.
- ⁵⁸ Putman L, Verbeek-Oudijk D, de Klerk M, Eggink E. *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2016.
- ⁵⁹ Broek A van den, van Campen C, de Haan J, Roeters A, Turkenburg M, Vermeij L. *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Planbureau Rapport.* Den Haag, 2016.
- ⁶⁰ Rademakers J. *Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend.* Utrecht: NIVEL, 2014.
- ⁶¹ Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf.* Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011. Publicatienummer Gezondheidsraad: 2011/17.
- ⁶² Putters K. *Was getekend. Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg.* Erasmus University Rotterdam; 2017.
- ⁶³ Schuurmans JEHM. *Promoting well-being in frail elderly people.* Groningen, 2004.
- ⁶⁴ Cramm JM, Nieboer AP. *Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people.* Geriatr Gerontol Int 2013; 13(3): 759-63.
- ⁶⁵ WRR. *Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 2017.
- ⁶⁶ Buurman B, Rooij, SE de. *Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis.* Ned Tijdschr Geneesk 2015; (159): A8185.
- ⁶⁷ Nederlandse Zorgautoriteit. *Marktscan Acute Zorg.* Utrecht: 2017.
- ⁶⁸ Winkel E, de Kousemaeker G. *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg.* Fluent, 2017.
- ⁶⁹ Buijs M. *Overspoelen kwetsbare thuiswonende ouderen de spoedeisende hulp? Nieuwe cijfers maken duidelijk dat het niet zo simpel ligt.*



Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) 2017; 161(C3646): 1-5.

⁷⁰ Zorginstituut Nederland. *Geriatrische revalidatiezorg*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-zvw> Geraadpleegd op 15-05-2018.

⁷¹ Actiz. *Feiten en cijfers over de GRZ*. <https://www.actiz.nl/ouderenzorg/zorg/geriatrische-revalidatiezorg/feiten-en-cijfers-over-de-grz> Geraadpleegd op 15-05-2018.

⁷² Gezondheidsraad. *Onderzoek waarvan je beter wordt. Een heroriëntatie op umc-onderzoek*. Den Haag, Gezondheidsraad, 2016; publicatienr. 2016/14.

⁷³ Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, e.a. *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ 2008; 337: a1655.

⁷⁴ Gezondheidsraad. *Sociaal werk op solide basis*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/21.

⁷⁵ Faasse P, Koens L. *Gezond verstand. Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg*. Den Haag: Rathenau Instituut, 2017.

⁷⁶ Vliet K van, Grotendorst, A, Roodbol, P. *Anders kijken, anders leren, anders doen*. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2016.



commissie

Samenstelling Commissie Zelfredzaamheid van ouderen

Voorzitter:

- prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus MC Rotterdam

Leden:

- prof. dr. B.M. Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg, AMC, Amsterdam; lector transmurale ouderenzorg, Hogeschool van Amsterdam
- prof. dr. D.J.H. Deeg, hoogleraar epidemiologie van de veroudering, VUmc, Amsterdam
- prof. dr. G.I.J.M. Kempen, hoogleraar sociale gerontologie, Maastricht University
- dr. ir. M.H. Kwekkeboom, lector community care, Hogeschool van Amsterdam
- prof. dr. R.C. Oude Voshaar, hoogleraar ouderenpsychiatrie, UMCG, Groningen
- prof. dr. F.G. Schellevis, bijzonder hoogleraar huisartsgeneeskunde, VUmc, Amsterdam; senior onderzoeker, NIVEL, Utrecht

- prof. dr. J.M.G.A. Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde, Maastricht University
- prof. dr. J.P.J. Slaets, hoogleraar ouderengeneeskunde, UMCG, Groningen; directeur Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden
- prof. dr. B.J.M. Steverink, adj. hoogleraar sociologie, Rijksuniversiteit Groningen en UMCG, Groningen

Waarnemers:

- dr. K. Jonkers, NPO, ZonMw, Den Haag
- drs. P. Roelfsema, VWS, Den Haag

Secretarissen:

- dr. J.E. Baars, Gezondheidsraad, Den Haag (secretaris tot 17 april 2017)
- dr. I. Mutsaers, Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, Gezondheidsraad, Den Haag



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van www.gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Zelfredzaamheid van ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2018;
publicatienr. 2018/12.

Auteursrecht voorbehouden

