



WAGENINGEN UR
For quality of life

wetenschapswinkel



Vitaliteitmonitor voor gezond ouder worden 65+

Op weg naar bevordering van welzijnsbeleving en gezonder ouder
worden in het kader van het levensloopbestendig wonen

Ingrid Bakker
Marjolein Elings

Januari 2009

Rapport 246

Vitaliteitmonitor voor gezond ouder worden 65+

Op weg naar bevordering van welzijnsbeleving en gezonder
ouder worden in het kader van het levensloopbestendig wonen

Ingrid Bakker¹

Marjolein Elings²

¹Gezondheid en Maatschappij

²Plant Research International

Colofon

TITEL

Vitaliteitmonitor voor gezond ouder worden 65+

Op weg naar bevordering van welzijnsbeleving en gezonder ouder worden in het kader van het levensloopbestendig wonen

OPDRACHTGEVER

Stichting Coördinatie Wonen Welzijn Zorg Noordwijk (CON)

PROJECTUITVOERING

Dr. Ingrid Bakker, leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij

PROJECTCOÖRDINATIE

Ir. Marjolein Elings (Plant Research International)

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Drs. Marjan Mulder-Schmitz Wickermann	Directeur Stichting CON
Drs. Sjaak de Gouw	Directeur GGD Hollands Midden
Henny Meeuwenberg	Voorzitter ANBO Noordwijk
Bets van Wetten	Ouderenadviseur Valent
Gerard Straver	Coördinator Wetenschapswinkel Wageningen UR

FOTO'S

De foto's in dit rapport zijn ter beschikking gesteld door Stichting CON.

LAY-OUT

Hildebrand DTP, Wageningen

DRUK

Grafisch Service Centrum Van Gils B.V., Wageningen

ISBN

90-8585-070-3

WETENSCHAPSWINKEL WAGENINGEN UR

Rapportnummer 246, januari 2009, www.wetenschapswinkel.wur.nl

Vitaliteitmonitor voor gezond ouder worden 65+

Op weg naar bevordering van welzijnsbeleving en gezonder ouder worden in het kader van het levensloopbestendig wonen

Rapportnummer 246

Ingrid Bakker en Marjolein Elings, Wageningen, januari 2009

Leerstoelgroep Sociologie van consumenten en huishoudens, Opleiding Gezondheid en Maatschappij

Postbus 8060
6700 DA Wageningen
(0317) 48 60 69
www.bgm.wur.nl

De opleiding Gezondheid en Maatschappij richt zich op de sociaal-wetenschappelijke aspecten van gezondheid. Daarbij komt bijvoorbeeld de invloed van leefstijl op gezondheid aan de orde maar ook de invloed van de sociale en fysieke leefomgeving (onder andere woonomgeving, werkplek, school, organisatie van de zorg en natuur).

Plant Research International Business Unit Agrosysteemkunde

Postbus 16
6700 AA Wageningen
(0317) 48 05 49
www.pri.wur.nl

Plant Research International is een onderzoeksinstituut voor strategisch en toepassingsgericht onderzoek. Het werkterrein loopt van DNA-niveau tot concepten voor productiesystemen. Agrosysteemkunde doet onderzoek naar o.a. multifunctioneel landgebruik, zorglandbouw en duurzaam land- en watergebruik met respect voor mens, milieu en natuur.

Wetenschapswinkel Wageningen UR

Postbus 9101
6700 HB Wageningen
(0317) 48 39 08
e-mail: wetenschapswinkel@wur.nl
www.wur.nl/wewi
www.wetenschapswinkels.nl

Maatschappelijke organisaties, zoals verenigingen en belangengroepen, die niet over voldoende financiële middelen beschikken, kunnen met onderzoeksvragen terecht bij de Wetenschapswinkel Wageningen UR. Deze biedt ondersteuning bij de realisatie van onderzoeksprojecten. Aanvragen moeten aansluiten bij de werkgebieden van Wageningen UR: duurzame landbouw, voeding en gezondheid, een leefbare groene ruimte en maatschappelijke veranderingsprocessen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	vii
Samenvatting	ix
1 Inleiding	1
2 Speerpunten op het gebied van welzijn en zorg	3
3 Behoeftes van ouderen	5
3.1 Toelichting op de segmenten	5
3.2 Vraaggericht aanbod	6
4 Innovatieve interventie	7
4.1 Een vitaliteitmonitor	7
5 Praktijkonderzoek	9
5.1 Evaluatie praktijkonderzoek	9
6 Voorstel pilot onderzoek	11
6.1 Deelnemers	11
6.2 Werving vrijwilligers	12
6.3 Haalbaarheid	12
6.4 Tijdspad	12
7 Organisatie	15
8 Taakverdeling	16
Geraadpleegde literatuur	17
Bijlage 1. Mogelijk verloop en doelen van de Vitaliteitmonitor	19

Voorwoord

Het zo lang en goed mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen van ouderen in een vertrouwde en veilige woonomgeving – ook wel aangeduid met de term levensloopbestendig wonen – wordt alom in den lande (door o.a. ouderen zelf, overheden, dienstverleners en zorgverzekeraars) van groot belang geacht.

Dit uitgangspunt betekent dat in toenemende mate de dienstverlening aan ouderen extramuraal (d.w.z. buiten de muren van zorginstellingen) zal plaatsvinden. De intramurale instellingen kunnen op die wijze zich meer richten op de specifieke zwaardere zorgtaken.

In verband met de dubbele vergrijzing (het aantal ouderen neemt toe en de ouderen worden ouder) zal de extramurale dienstverlening in intensiteit toenemen. Voorts zal de complexiteit van de vraagstellingen groter worden en dat betekent dat de dienstverlening open zal moeten staan voor meer differentiatie om goed te kunnen voldoen aan de specifieke behoeften van de individuele oudere.

Met het vorenstaande beleid wordt een tweeledig doel beoogd. Enerzijds worden op die wijze zo goed mogelijk aanvullende voorzieningen getroffen ten behoeve van de zelfstandig wonende ouderen. Anderzijds wordt op die wijze zo efficiënt mogelijk omgegaan met de financiële middelen die nodig zijn op de gebieden van wonen, welzijn en zorg voor ouderen.

Hoe eerder in de samenhangende keten van wonen, welzijn en zorg voorzieningen kunnen worden ingezet, des te beter zal in het algemeen één en ander de ouderen zelf ten goede komen en tevens kunnen hogere kosten (cure en care) worden bespaard.

Met andere woorden: er kunnen bij een zorgvuldige uitvoering van dit beleid meerwaarden ontstaan voor zowel de doelgroep als voor overheden, dienstverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Zoals gezegd, het is dan wel van belang dat er sprake zal zijn van een zorgvuldige uitvoering van dit samenhangend beleid.

Weliswaar bestaan er in het algemeen rapporten waaruit blijkt dat bij het aanwezig zijn van goede voorzieningen op de gebieden van wonen en welzijn de behoefte aan dure zorg afneemt, maar specifieke en actuele kennis ontbreekt nog om het levensloopbestendig wonen een stevige basis te geven.

Dit constaterend is de gedachte ontwikkeld in kaart te brengen op welke wijze extramurale diensten kunnen worden ingezet om te peilen welke aanvullende acties moeten worden ondernomen om de doelgroep zo goed mogelijk te laten functioneren in zelfstandigheid.

Om dit nieuwe idee verder te kunnen ontwikkelen via een pilot-onderzoek heeft de CON contact gelegd met verschillende partijen, waaronder Wageningen Universiteit.

Het contact heeft geleid tot intensief overleg.

Het is dan ook bijzonder verheugend dat de Wetenschapswinkel van Wageningen Universiteit thans heeft uitgebracht bijgaande rapportage “Vitaliteitmonitor voor gezond ouder worden 65+, met als subtitel “Op weg naar bevordering van welzijnsbeleving en gezonder ouder worden in het kader van het levensloopbestendig wonen”.

drs. M.J.E. Mulder- Schmitz Wickermann
directeur
Stichting Coördinatie Wonen Welzijn Zorg Ouderen Noordwijk (CON)



30 minuten bewegen (Foto: Gemeente Noordwijk)



Bewegingsactiviteit voor 55-plussers (Foto: Stichting CON)

Samenvatting

Stichting Coördinatie Wonen, Welzijn en Zorg Ouderen Noordwijk (CON) werkt vanuit de vraag en het perspectief van ouderen aan een samenhangend pakket van voorzieningen dat de oudere in staat stelt zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren en de regie over het eigen bestaan te behouden. Om dit te realiseren wordt er samengewerkt met instellingen en organisaties op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Voor dit project heeft Stichting CON samenwerking gezocht met de Wetenschapswinkel van Wageningen Universiteit en Researchcentrum. De Wetenschapswinkel heeft voor Stichting CON uitgezocht op welke wijze zij welzijnsdiensten en producten kan inzetten, om de kans op ziekte en de behoefte aan zorg en ondersteuning bij ouderen te reduceren. Bovendien is onderzocht welke interventies mogelijk geschikt zijn voor de doelgroep. In dit project is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en interviews met sleutelfiguren.

De toename van het aantal ouderen heeft verstrekken gevolgen voor de vraag naar zorg, de behoefte aan ondersteuning en daarbij de kosten van gezondheidszorg. In het huidige zorgstelsel zitten een aantal hardnekkige knelpunten. Deze is nog te veel en eenzijdig gericht op cure en care, terwijl handelingen buiten zorginstellingen vaker invloed hebben op gezondheid dan men zich in eerste instantie realiseert. Door het stimuleren en ondersteunen van een gezonde levenswijze, preventie en vroegsignalering van fysieke en psychische gezondheidsproblemen valt er veel winst te behalen. Daarnaast worden diensten vaak zeer gefragmenteerd aangeboden, terwijl er een duidelijk link is tussen wonen, welzijn en zorg.

Er is echter nog geen bewezen geschikte combinatie van interventies voor ouderen in het algemeen beschikbaar, terwijl deze wel degelijk een meerwaarde zal hebben in het reduceren van de gezondheidszorgkosten voor deze groeiende groep.

Dit project levert als resultaat een onderzoeksvoorstel dat zich richt op het combineren van bewezen geschikte interventies, met de aanvulling dat er in een vroeg stadium wordt begonnen om zoveel mogelijk zorgkosten te besparen. Op deze manier is voor de doelgroep 'ouderen in het algemeen' een zo optimaal mogelijk interventiepakket samengesteld. De combinatie van een huisbezoek met het inventariseren van de behoeftes op het terrein van wonen, zorg en welzijn richt zich op de lacune die ontstaat doordat diensten vaak zeer gefragmenteerd aangeboden worden. Met een minimale frequentie van één bezoek per jaar wordt de continuïteit gewaarborgd en de kans op vroegsignalering en primaire of secundaire preventie gemaximaliseerd. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de zorgbehoefte zal afnemen wanneer goede voorzieningen op het gebied van wonen en algeheel welzijn zijn getroffen.

De conclusie van dit project is dat stimuleren van een gezonde leefwijze, preventie en vroegsignalering van fysieke en psychische gezondheidsproblemen bij ouderen, een reductie van de kosten van zorg zeer aannemelijk maakt. Speerpunten op het gebied van welzijn en zorg, die zorgkosten besparend zijn, kunnen -samen met de diversiteit van behoeftes van ouderen in het algemeen- gecombineerd worden in een 'Vitaliteitmonitor' voor ouderen. De Vitaliteitmonitor staat voor een continue en integraal pakket aan welzijnsdiensten, dat dicht bij huis beschikbaar is. Om de Vitaliteitmonitor en bijbehorende interventie verder te ontwikkelen en in praktijk te brengen, is een pilot- onderzoek nodig.



Het Trefpunt in Noordwijk (Foto: Stichting CON)

1 Inleiding

De komende decennia zal het aantal ouderen in Nederland toenemen. In 2020 zal ongeveer één- vijfde van de totale bevolking ouder zijn dan 65 jaar (CBS, 2007). Met het toenemen van het aantal ouderen zal de behoefte aan zorg en ondersteuning eveneens stijgen. Om dit op te vangen en daarbij de totale kosten van gezondheidszorg in te perken is een innovatieve aanpak nodig. Door middel van verschillende initiatieven zijn zowel de overheid als dienstverleners op zoek naar manieren om vernieuwingen en verbeteringen in het aanbod door te voeren. Een moeilijkheid hierbij is dat het huidige zorgstelsel een aantal hardnekkige knelpunten heeft. Deze is onder meer nog te veel en eenzijdig gericht op *cure* en *care*, terwijl handelingen buiten zorginstellingen vaker invloed hebben op welzijn en gezondheid dan men zich in eerste instantie realiseert. Er valt veel winst te behalen door het stimuleren en ondersteunen van een gezonde levenswijze, preventie en vroegsignalering van fysieke en psychische gezondheidsproblemen. Dit vraagt om een andere manier van werken, waarbij er meer multidisciplinair wordt samengewerkt en er over beleidsterreinen heen wordt gekeken. Om daadwerkelijk tot innovaties in het aanbod te komen, zal een nieuwe, veel bredere en integrale opzet van zorg- en welzijnsdiensten nodig zijn. Stichting Coördinatie Wonen, Welzijn en Zorg Ouderen Noordwijk (CON) heeft met haar welzijnsdiensten een voorname plek in de brede en integrale zorg- en welzijnsketen, en kan hier in een behoefte voorzien. In dit project is onderzocht op welke wijze Stichting CON welzijnsdiensten en producten kan inzetten, om de behoefte aan zorg en ondersteuning bij ouderen vroeg op te vangen en daarmee de kans op gezondheidsproblemen en ziekte te reduceren.

De hoofddoelstelling in dit project is :

- Het identificeren van specifieke speerpunten op het gebied van wonen, welzijn en zorg die nog beter aansluiten bij de behoeftes van ouderen in het algemeen, en bovendien mogelijk kostenbesparend zijn.

Het in kaart brengen van speerpunten en daadwerkelijke behoeftes van ouderen is gedaan met literatuuronderzoek en interviews met sleutelfiguren. De speerpunten en behoeftes zijn vervolgens gekoppeld in een innovatieve interventie ter bevordering van welzijnsbeleving en gezonder ouder worden. Deze 'Vitaliteitmonitor' beoogt door een minimale investering, gericht op preventie en vroegsignalering, op termijn (kosten)effectief te zijn voor deze doelgroep.

Levensbestendig wonen?



2 Speerpunten op het gebied van welzijn en zorg

Over het algemeen is er nog vrij weinig onderzoek verricht naar ouderen als aparte doelgroep. In de jaren negentig van de vorige eeuw zijn daarom grote onderzoeken, zoals de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) en het Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderen onderzoek (NESTOR) opgezet. Om meer kennis en inzicht te verwerven in het proces van ouder worden zijn veranderingen in lichamelijk, cognitief, sociaal en emotioneel functioneren van ouderen uitgebreid bestudeerd en gevolgd in de tijd.

Deze onderzoeken leverden een schat aan informatie op over de lichamelijke en psychische gesteldheid en het zorggebruik van ouderen in Nederland. En daarnaast over het ontstaan en beloop van ziekte of stoornissen. Verder zijn er risicofactoren en risicogroepen geïdentificeerd in deze onderzoeken.

Groepen die minder functioneren, en daardoor inleveren op kwaliteit van leven en zelfredzaamheid, zijn bijvoorbeeld 'oude' ouderen (75+), alleenstaanden, lichamelijk beperkten, mensen die moeite hebben met rondkomen en mensen met een klein sociaal netwerk. Daarnaast is bekend dat lager opgeleiden, oudere vrouwen en chronisch zieken relatief weinig bewegen. Een duidelijke risicogroep voor een depressie zijn vrouwen (65+), van wie de man recent gestorven is, met een klein sociaal netwerk, die bovendien te maken hebben met lichamelijke beperkingen en hun eigen gezondheid als slecht ervaren (Smit, 2006).

Vroege herkenning van signalen die wijzen op ziekte bij zogenaamde 'risicogroepen' zorgen voor gezondheidswinst en kostenbesparing. Door de veelal complexe problematiek (interacties, causaliteit, dynamiek) rondom welzijn en gezondheid lijken brede preventieprogramma's waarbij verschillende sectoren, zorgverleners en instanties betrokken zijn, zinvol. Echter, in de praktijk ontbreekt gedegen onderzoek naar de effectiviteit van preventieve interventies nog vaak, met name over de kosteneffectiviteit is weinig bekend. Meestal is het onduidelijk welk aantal 'cases' bij ouderen in Nederland met de preventieprogramma's voorkomen zou kunnen worden.

Naast de traditionele biomedische en op leefstijlen gerichte benadering van gezondheid is er een verschuiving in onderzoek, uitgangspunten en doelen merkbaar, namelijk naar gezondheidsbevordering toe. Ten grondslag aan deze nieuwe benadering ligt The Ottawa Charter for Health Promotion (World Health Organization, 1986). Gezondheidsbevordering wordt hierin omschreven als: mensen ondersteunen bij het verkrijgen van controle over hun gezondheid en de factoren die daarop van invloed zijn (Jacobs e.a., 2005). Gezondheid overstijgt daarmee het niveau van psychische, sociale en fysieke gezondheid, omdat ook aandacht wordt besteed aan omgevingsfactoren die de gezondheid van de mens beïnvloeden. Bovendien worden mensen aangezet tot kritische bewustwording en inzicht in de (risico)factoren die hun situatie mede bepalen (Jacobs e.a., 2005).

Dat veel ouderen met gezondheidsproblemen kampen is een feit. Er is echter ruimte voor gezondheidswinst, óók op oudere leeftijd. Gezonde ouderdom begint met een zo gezond mogelijke levenswijze en leefomgeving. Naast het beïnvloeden van risicofactoren, en daardoor preventie van specifieke klachten en symptomen, zal er eveneens aandacht moeten zijn voor ziekte overstijgende thema's (welzijn, vitaliteit, zelfredzaamheid, mobiliteit, sociaal netwerk) die de gezondheid op een positieve manier beïnvloeden.

Een aantal onderzoeksprojecten waarbij gebruik wordt gemaakt van ziekte- overstijgende thema's zijn vrij recent opgezet. De eerste resultaten lijken helaas wat tegen te vallen. Uit een procesevaluatie van 17 onderzoeken met het thema 'eenzaamheid' komt naar voren dat hulpverleners te veel focussen op een interventie die de sociale participatie verhoogd, terwijl dat maar één van de oplossingsrichtingen is (Fokkema en van Tilburg, 2005). Aan andere mogelijkheden, zoals het bijstellen van verwachtingen en leren hanteren van emotionele veranderingen ten gevolge van het ouder worden, een veranderd perspectief en het bijstellen van doelen wordt te weinig aandacht gegeven. Verder is een gemotiveerde beroepskracht of vrijwilliger onmisbaar in het slagen van een project.

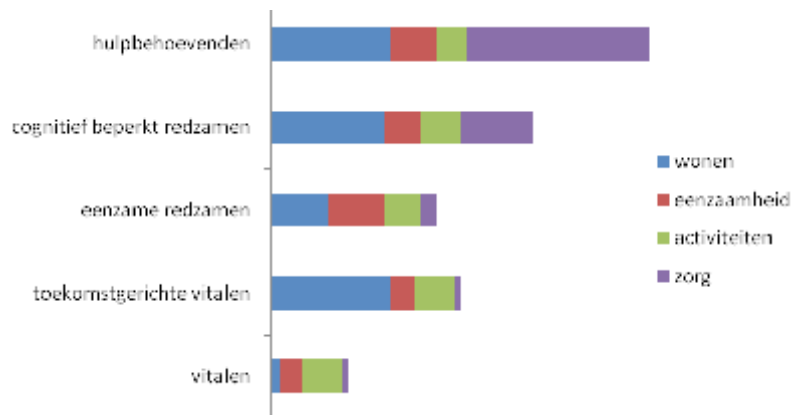
Om prioriteiten te kunnen stellen binnen de lange termijn ambitie van bevordering van welzijnsbeleving en gezonder ouder worden, is het belangrijk om trends in beeld te hebben. Aangezien de meeste gezondheidswinst te behalen is rondom risicofactoren, spelen de domeinen veilige woon-

omgeving, gezonde voeding, adequaat geneesmiddelengebruik, sociale contacten en voldoende bewegen een belangrijke rol (zie bijlage 1). Door deze aan elkaar gerelateerde domeinen te combineren, ontstaat er een generiek pakket dat de mogelijkheid biedt om de huidige gefragmenteerde diensten in de zorg- en welzijnssectoren aan elkaar te koppelen.

3 Behoeftes van ouderen

Naast het verbeteren van het huidige zorgaanbod, wordt er meer invloed en keuzevrijheid van burgers nagestreefd in de zorgsector. Daarom is in dit project expliciet gekeken naar de verschillende behoeftes van ouderen.

Om het aanbod van diensten zo goed mogelijk af te kunnen stemmen op de wensen en behoeftes van ouderen, zijn op basis van gezondheid, leefstijl, (in)formele zorgbehoefte en persoonlijke kenmerken vijf ouderensegmenten onderscheiden door Luijckx en Pardoel (zie figuur 1). Er bestaat een zekere gradatie in deze segmenten, de behoeftes worden steeds omvangrijker en complexer, naarmate een oudere minder vitaal is. De segmenten zijn: vitale ouderen (ruim 25% van de 65 plussers), toekomstgerichte vitale ouderen (ruim 25%), eenzame redzame ouderen (20%), cognitief beperkt redzamen (ongeveer 20%), en hulpbehoevende ouderen (10%).



Uit: K. Luijckx. Ouderensegmenten. Behoeften wonen, welzijn en zorg in de wijk. 2005.
IVA Beleidsonderzoek en advies.

Figuur 1. Ouderensegmenten en hun behoeftes in wonen, welzijn en zorg vergeleken.

3.1 Toelichting op de segmenten

1. Vitale ouderen &

2. Toekomstgerichte vitale ouderen

Beide groepen zijn relatief jong (gemiddeld 63 jaar), gezond, mobiel en hebben nauwelijks behoefte aan hulp en zorg, hooguit aan enige ondersteuning bij zware huishoudelijke taken en bij de administratie. Ze zijn overwegend gehuwd, hoog opgeleid en hebben een goed inkomen. Verder zijn ze actief, doen vrijwilligerswerk en zorgen voor anderen. Het verschil tussen vitalen en toekomstgerichte vitalen is dat deze laatste groep er meer rekening mee lijkt te houden dat ouderdom vaak gepaard gaat met gebreken. Zij lijken zich bewust voor te bereiden op de toekomst en hebben behoefte aan aanpassingen in hun woning (douche, toilet, drempels).

3. Eenzame redzamen

Deze groep is gemiddeld 65 jaar oud en een aanzienlijk deel van hen leeft alleen. Ze zijn lichamelijk redelijk gezond, maar hebben een negatieve psychosociale gesteldheid en ervaren eenzaamheidsgevoelens. Ze kunnen zichzelf redelijk redden, maar hebben daar wel enige hulp bij nodig. Een deel van hen heeft behoefte aan aanpassingen, zorg en hulp, een deel niet. Daarnaast hebben zij een beperktere interesse dan de twee groepen vitale ouderen, ze zijn qua leefstijl voor het merendeel behoudend. Uiteraard kan dat ook ingegeven zijn door een laag energieniveau door lichamelijke of psychosociale beperkingen. Als ze behoefte hebben aan activiteiten, dan zijn dit veelal activiteiten waarbij er op uit getrokken wordt.

4. Cognitief beperkte redzamen

Deze groep is gemiddeld ouder (70 jaar) en bestaat uit meer vrouwen dan mannen. Zij hebben behoefte aan ondersteuning op cognitief vlak: voeding- en dieetadvies, informatie en advies van een (ouderen)adviseur en geheugentraining. Zij ervaren wel eenzaamheidsgevoelens, maar minder dan de eenzame redzamen. Deze groep heeft redelijk wat lichamelijke beperkingen en veel behoefte aan aanpassingen, zorg en hulp.

5. Hulpbehoevenden zijn gemiddeld het oudste (75 jaar) hebben een slechte gezondheid, zowel lichamelijk als psychosociaal. Daarnaast voelen zij zich behoorlijk eenzaam. Ze zijn wat leefstijl betreft vooral behoudend. Deze groep ouderen ontvangt de meeste zorg.

3.2 Vraaggericht aanbod

Zorg- en welzijnsdiensten behoren tegemoet te komen aan de wensen en behoeftes van de ouderen en tegelijkertijd te voldoen aan professionele standaarden. Door een onderscheid te maken tussen de verschillende segmenten kan het aanbod van diverse zorg- en welzijnsdiensten in een meer concreet proces vormgegeven worden, en is er tegelijkertijd in een vroeg stadium interactie tussen de ouderen en aanbieders van diensten. Op deze manier kunnen zorg- en welzijnsdiensten op een innovatieve manier, vraaggericht, integraal en op wijkniveau, worden aangeboden (Luijkx e.a., 2005).

In de loop van de tijd kan de behoefte van een oudere veranderen, en zorg- en welzijnsdiensten kunnen daar op worden aangepast. Inspringen op de wensen en behoeftes van zowel de vitale ouderen als de meer hulpbehoevende ouderen betekent vroeg beginnen met het ondervangen van de behoefte aan zorg en ondersteuning, en tegelijkertijd zorgkosten besparing doordat iemand met de juiste ondersteuning en aandacht langer in een meer vitaal segment zal blijven.

4 Innovatieve interventie

Mede door de jarenlange focus op cure en care, en de onderschatting van het belang van handelingen buiten de zorginstellingen, is er nog geen geschikt combinatiepakket van interventies voor ouderen in het algemeen beschikbaar, terwijl deze wel degelijk een meerwaarde zal hebben in het reduceren van de gezondheidszorgkosten voor deze groeiende groep. Dit project richt zich op het combineren van bewezen geschikte interventies, met de aanvulling dat er in een vroeg stadium wordt begonnen om zoveel mogelijk zorgkosten te besparen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de zorgbehoefte zal afnemen wanneer goede voorzieningen op het gebied van wonen en algeheel welzijn zijn getroffen.

Effectieve programma's ter bevordering van de gezondheid zouden moeten motiveren, mogelijkheden tot verandering bieden, verbeteringen in leefstijl ondersteunen en autonomie bevorderen. Al jaren wordt preventie als veelbelovende benadering voor reduceren van kosten genoemd, alleen blijven de uitkomsten achter bij de hooggespannen verwachtingen. Dit ligt voornamelijk aan de manier waarop projecten vorm krijgen. Om tot een effectief aanbod van welzijnsinterventies te komen is een aanpak nodig die rekening houdt met de verschillende gezondheidsdimensies, de mogelijkheid biedt om in toenemende behoeftes te voorzien en meerdere modules als startpunt kan nemen. Alleen dan zal een preventieve werking zijn vruchten af kunnen werpen. Een passende interventie om zowel knelpunten te signaleren als een analyse van de mogelijkheden te maken is om de oudere op te zoeken in zijn eigen omgeving. Hierbij kunnen getrainde vrijwilligers ingezet worden, aangezien zij zonder grote tijdsdruk eveneens informatie en voorlichting kunnen geven over allerlei mogelijke regelingen, voorzieningen en diensten. In de voorgestelde interventie zal de ondersteuning grotendeels in handen van Stichting CON zijn. De kern is dat knelpunten tijdig in beeld komen en dat ouderen gebruik kunnen maken van een voor hen passend aanbod, met korte lijnen en een breed maar overzichtelijk aanbod. De oudere hoeft niet steeds opnieuw naar een loket om informatie te krijgen, omdat de verschillende domeinen geïntegreerd zijn in één instrument. Bovendien kunnen naar aanleiding van het gesprek vervolgstappen worden afgesproken en is er een jaarlijkse evaluatie mogelijk.

Door middel van inventarisatie, signalering en het geven van praktische adviezen en informatie kan het functioneren van ouderen in de dagelijkse praktijk geoptimaliseerd worden. Naast educatieve activiteiten, gericht op het bevorderen van gezonde leefstijlen, zullen ouderen eveneens moeten worden aangezet tot bewustwording en inzicht in de (risico)factoren die hun situatie mede bepalen en tot sociale actie, gericht op gezonder maken van hun leefomgeving.

4.1 Een Vitaliteitmonitor

Speerpunten op het gebied van wonen, welzijn en zorg die mogelijk kosten besparend zijn, en de diversiteit van behoeftes van ouderen in het algemeen, kunnen samengebracht worden in een 'Vitaliteitmonitor' voor ouderen. Deze Vitaliteitmonitor heeft tot doel om door middel van het stimuleren van een gezonde leefwijze, preventie en vroegsignalering van fysieke en psychische gezondheidsproblemen bij ouderen, tot een reductie van de kosten van zorg te komen.

De Vitaliteitmonitor past bij uitstek in een integraal pakket van welzijnsdiensten dat dicht bij huis beschikbaar is. In de uitwerking van de interventie rondom de Vitaliteitmonitor liggen ook kansen voor de verdere ontwikkeling en uitwerking van samenwerkingsvormen in de uitgebreide zorg- en welzijnketen. Het is van belang dat verschillende instanties, belangengroepen en hulpverleners rondom ouderen elkaar kennen, soepel naar elkaar doorverwijzen, overleggen en elkaar op de hoogte houden.

De Vitaliteitmonitor zal er als volgt uit gaan zien. De oudere wordt thuis bezocht door een getrainde vrijwilliger, op een van te voren afgesproken tijdstip. De vrijwilliger stelt vragen, signaleert en luistert naar de wensen en ideeën van de oudere, en brengt informatie in ten behoeve van vervolgstappen. De vrijwilliger gaat na of de oudere in de nabije toekomst hulp nodig heeft. Aanhaken bij een thema waar iemand zelf gemotiveerd voor is om iets mee te doen is belangrijk, dit verhoogt de kans op succes. In het gesprek zal zonodig ook aandacht zijn voor het bijstellen van verwachtingen en het leren hanteren van (emotionele) veranderingen als gevolg van het ouder worden.

De Vitaliteitmonitor omvat:

- Signalerende functie van algemeen gezondheid en welzijnsniveau en mogelijke bedreigingen hiervoor in de leefomgeving van de betrokkene;
- Informatieverstrekking over allerlei mogelijke voorzieningen, regelingen en diensten;
- Ondersteuning bieden en zonodig maatregelen nemen ten behoeve van een gezonde levenswijze en een veilige woonomgeving;
- Educatieve activiteiten, gericht op het bevorderen van gezonde levenswijze (voeding, geneesmiddelengebruik, sociale contacten, beweging);
- Eventueel gerichte doorverwijzing naar welzijnsinterventies;
- Afspraken voor een bezoek in de toekomst (monitoren, continuïteit in het aanbod)

Om de Vitaliteitmonitor en bijbehorende interventie verder te ontwikkelen en in praktijk te brengen, is een praktijkonderzoek nodig.

5 Praktijkonderzoek

We doen een concreet voorstel om in de vorm van een praktijkonderzoek de Vitaliteitmonitor in de gemeente Noordwijk in te vullen en vorm te gaan geven. Dit praktijkonderzoek heeft tot doel om een geïntegreerd serviceplatform te realiseren, zodat daadwerkelijk een versterking en vernieuwing in het aanbod tot stand komt. Via alle regionale stichtingen welzijn en zorg voor ouderen en met behulp van vrijwilligers willen we op termijn een effectieve Vitaliteitmonitor invoeren in de gehele regio.

Het praktijkonderzoek zal het volgende kunnen opleveren:

- Een vragenlijst die op systematische wijze de wensen en behoeftes van ouderen op het gebied van wonen, welzijn en zorg analyseert
- Een passend interventie pakket, ingebed in het publieke gemeentebestuur, om in te spelen op de specifieke behoeftes
- Verspreiding en implementatie van de conclusies uit het onderzoek

Het praktijkonderzoek haakt aan op het landelijke en regionale initiatief voor innovatie in het aanbod van de zorg en begint vroeg in de keten om zorgkosten te besparen. Het is de bedoeling om het aanbod dicht bij huis te verbeteren en efficiënter te maken door monitoring en vroeg-signalering. Het praktijkonderzoek levert op korte termijn een bijdrage aan vroegsignalering bij ouderen in het algemeen. Tevens is het een eerste stap om de zorgbehoefte in de toekomst te ondervangen, doordat er eerder en sneller een preventieve of gezondheidsbevorderende interventie ingezet kan worden. Stichtingen die werken op het gebied van gemeentelijk ouderenbeleid kunnen met het invoeren van de Vitaliteitmonitor aansluiting zoeken bij de integrale welzijns- en zorgketen. Daarnaast kunnen zorginstellingen en hun partners hun focus verleggen, van *cure* en *care* naar meer oorzakelijke factoren. In een integrale welzijns- en zorgketen versterkt deze verschuivingen in focus de ketenstructuur, zodat professionele ondersteuning, het 'eindpunt' van de zorg en welzijn keten, zo min mogelijk nodig is.

5.1 Evaluatie praktijkonderzoek

Om het effect van de Vitaliteitmonitor te kunnen onderzoeken, zal de tevredenheid over de interventie, de kwaliteit van leven en zorggebruik in de tijd worden bijgehouden. Daarbij moet rekening gehouden worden met de leeftijd van de deelnemers: hoe jonger de groep die je betreft in de Vitaliteitmonitor, hoe meer preventief resultaat er te verwachten valt, maar hoe langer het duurt voor je resultaat gaat zien (kosten gaat besparen). Het is namelijk bekend dat het zorggebruik pas op hoge leeftijd fors toeneemt.

Ten tweede wordt het onderzoek uitgevoerd om effectiviteit van de interventie te optimaliseren. De evaluatie zal zich deels richten op de processen en structuren die effectiviteit belemmeren of bevorderen. Een belangrijk deel van de werkzaamheden in dit onderzoek zullen direct in dienst staan van de verbetering van de welzijns- en zorgpraktijk. Dit maakt de opzet anders dan traditioneel biomedisch academisch onderzoek. Er is een duidelijke wisselwerking tussen praktijk en wetenschap. Ontwikkeling en implementatie van evidence-based praktijken vereist een zodanige inrichting van praktijken, dat betrouwbare gegevensverzameling plaats kan vinden. Aan de andere kant moeten wetenschappers hun evaluatie-onderzoeken zodanig organiseren en invullen dat de kennis die wordt geproduceerd, bruikbaar is voor de verbetering van de praktijk. Onderweg zal bijsturing nodig zijn, het proces zal continue gevolgd worden. Er worden regelmatig terugkoppelmomenten ingevoerd: wat gaat er goed, wat zijn werkzame bestandsdelen, hoe vaak wordt een module uitgevraagd en leidt dit tot vervolgstappen, en wat kan beter, wordt nog niet optimaal benut ten behoeve van een vervolg. Belangrijk is om aan te tonen welke stappen rechtstreeks het resultaat zijn van het huisbezoek (bijv. preventieve maatregelen in en om het huis, deelname aan activiteiten die gezondheid bevorderen, meer sociale contacten, deelname aan bewegingsactiviteiten (MBVO), aantallen monitoring en vroegtijdige signaleringen). Elke drie maanden zal er gerapporteerd worden over de voortgang, en zal waar mogelijk de Vitaliteitmonitor, de interventie en de training aangepast en verbeterd worden.



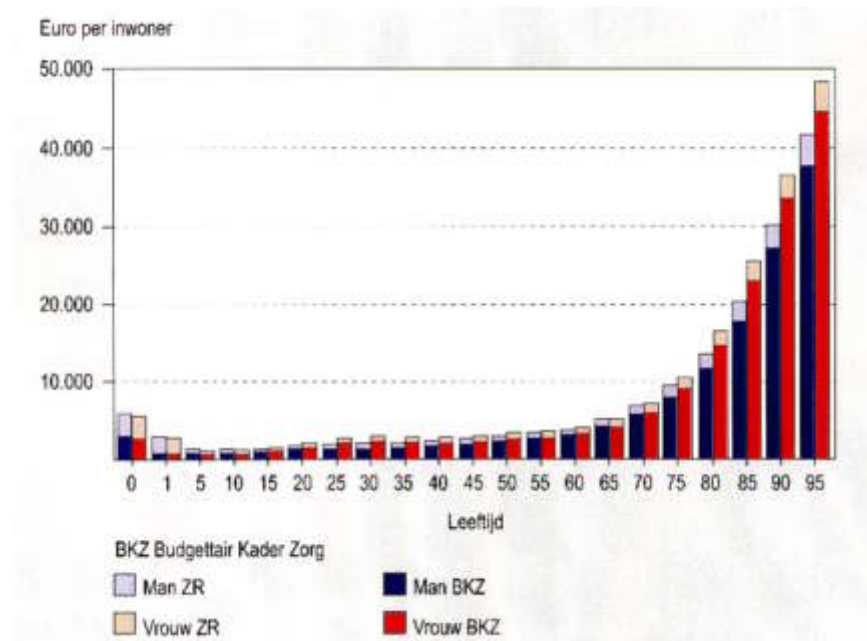
Noordwijk in de zomer (Foto: Stichting CON)

6 Voorstel pilot onderzoek

Er wordt gestart met een pilot van 1 jaar in de gemeente Noordwijk. Gedurende de pilot zal er bekendheid gegeven worden aan de het onderzoek. Er is een breed netwerk aanwezig, dat ingezet kan worden als verdere verspreiding na een succesvolle pilot periode gewenst is.

6.1 Deelnemers

Iedereen uit de gemeente Noordwijk, in de leeftijdscategorie van 65- 70 jaar, kan deelnemen aan de interventie en krijgt bezoek van een vrijwilliger. Voor deze categorie is gekozen omdat hier ogenschijnlijk de meeste preventieve winst valt te behalen (zie figuur 2). In een vroeg stadium signaleren kan mogelijke problemen in de toekomst voor een aanzienlijk deel vertragen of onder- vangen.



Figuur 2: Gemiddelde kosten van de gezondheidszorg per inwoner van Nederland naar leeftijd en geslacht in 2003, en de mate waarin de kosten zijn opgenomen in het Budgettair Kader Zorg 2003 (euro) (Van den Berg Jeths, et al., 2004).

De monitor wordt jaarlijks herhaald op initiatief van Stichting CON. Ook kan een oudere, of iemand uit zijn of haar omgeving, desgewenst zelf een bezoek aanvragen. Daarnaast is het bekend dat een ingrijpende levensgebeurtenis, zoals een verhuizing, overlijden van partner, of ziekenhuisopname risicovolle gebeurtenissen zijn. Van het geven van gerichte informatie en advies kan dan een gerichte preventieve werking uitgaan.

Voor sommige ouderen zal de Vitaliteitmonitor geen uitkomst bieden. Niet iedereen zal positief tegenover een huisbezoek staan. Bovendien is niet iedereen zelf in staat om hulp te vragen. Dit proberen we te ondervangen door jaarlijks de monitor te herhalen en eveneens in te spelen op risicovolle gebeurtenissen. Daarnaast is er een groep ouderen die chronisch ziek en hulpbehoevend is. Juist óók voor hen zal de Vitaliteitmonitor van toegevoegde waarde kunnen zijn, omdat het vaak ontbreekt aan coördinatie in de zorg. Gerichte informatie en advies kan er voor zorgen dat de oudere zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen en opname voorkomen.

Er zal enkel op populatie niveau gerapporteerd worden.

6.2 Werving vrijwilligers

De werving van vrijwilligers kan plaatsvinden via het bestaande netwerk van Stichting CON. Dit kan ondersteund worden door informatiebijeenkomsten, folders en affiches. De vrijwilliger heeft een spilfunctie, hij of zij legt persoonlijk contact met de oudere, rapporteert over het bezoek, werkt samen met de CON ouderenadviseur en heeft kennis van de sociale kaart in Noordwijk. Daarnaast heeft iedere vrijwilliger waarschijnlijk een persoonlijk voorkeur voor bepaalde domeinen (bijvoorbeeld voeding, bewegen, woonomgeving). Dit gegeven kan ingezet worden om de samenwerking onderling te verstevigen. Bijkomend voordeel van het inzetten van senioren als vrijwilligers is dat hierdoor ook hun eigen maatschappelijke en sociale participatie wordt bevorderd. Bovendien is er op deze manier sprake van voorlichting door en voor dezelfde doelgroep.

De vrijwilliger zal een training krijgen (twee dagdelen, twee terugkombijeenkomsten van +/- twee uur). In de training zullen alle domeinen, alle ouderensegmenten en de daaruit volgende verschillen in behoeftes en wensen worden besproken. Dit zal gebeuren aan de hand van scenario's en praktijkvoorbeelden. De groepsgrootte voor training is bij voorkeur maximaal tien, zodat er ruimte is voor individuele vragen en rollenspellen.

6.3 Haalbaarheid

Als een vrijwilliger gedurende veertig weken per jaar twee bezoeken per week aflegt (=één dagdeel tijdsinvestering), dan kan een vrijwilliger tachtig bezoeken per jaar afleggen. In de gemeente Noordwijk wonen 1500 inwoners, met een leeftijd tussen de 65 en 70 jaar (bron: Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek). Als tussen de 70 en 80% van hen deel willen nemen (tussen de 1050 en 1200 personen), zijn er in totaal ongeveer 15 vrijwilligers nodig om de pilot uit te voeren. Deze vrijwilligers zullen in 2 groepen, met een maximale grootte van tien personen, getraind worden. Er zijn dus 2 trainingen nodig. Bij het inzetten van de diverse vrijwilligers zal er rekening gehouden worden met de wensen en behoeftes van ouderen.

Nadat de vrijwilligers getraind zijn, kunnen zij starten met het bezoeken van ouderen. De pilot heeft een voorgestelde looptijd van één jaar. In dit tijdspad moet expliciet rekening worden gehouden met de training van vrijwilligers en het uitbreiden van dit project in de regio. Om partners te interesseren zal er regelmatig gerapporteerd moeten worden.

6.4 Tijdspad

Nadat de vrijwilligers geworven (1 maand tijd) en getraind zijn (2 maanden tijd), zal begonnen worden met het in de praktijk brengen van de Vitaliteitmonitor. Als de eerste groep in Noordwijk klaar is met de training starten zij gelijk met het benaderen van ouderen voor deelname. Daarnaast zullen er terugkombijeenkomsten zijn en zal er driemaandelijks een terugkommiddag zijn, gekoppeld aan een evaluatiemoment. Wanneer alle stappen doorlopen zijn zal er een eindevaluatie kunnen plaatsvinden over de effectiviteit van de Vitaliteitmonitor.

Deelproject	Werving en training vrijwilligers in gemeente(s)	Start project nieuwe gemeente(s), afhankelijk van de evaluatie	Gegevens verzameling Vitaliteitmonitor	Terugkoppeling en evaluatie Moment
Maand 1	1 ^e groep	Noordwijk		
Maand 2	2 ^e groep			
Maand 3			X	
Maand 4			X	X
Maand 5			X	
Maand 6			X	
Maand 7			X	X
Maand 8			X	Start actief verkennen mogelijkheden in de rest van de regio
Maand 9			X	
Maand 10			X	X
Maand 11			X	
Maand 12	3 ^e groep?	?	X	
Maand 13			X	X
Maand 14		X	X	

7 Organisatie

Bij het organiseren van de huisbezoeken zijn betrokken:

- Stichting CON voor het bieden van ondersteuning en faciliteiten
- Een coördinator van de huisbezoeken, bijvoorbeeld de ouderenadviseur
- Stichting CON en eventuele partners voor het aanleveren van de namen en adressen + reden (verjaardag 65 t/m 70, partner overleden, verhuist, ziekenhuisopname)
- Trainer en expert voor de vrijwilligers, bijvoorbeeld de ouderenadviseur
- Vrijwilligers

Bij het evalueren en verzamelen van de onderzoeksgegevens zijn betrokken:

- Wageningen Universiteit
- Coördinator van de huisbezoeken
- Datamanager

8 Taakverdeling

1. Stichting CON
 - Penvoerder en leiding van het project
 - Het werven van de vrijwilligers
 - Mede ontwikkelen van de handleiding
 - Het regelen van een ruimte voor de trainingen
 - Het regelen van het trainingsmateriaal
 - Contacten met ondersteunende instanties (gemeente, ambtenaren betrokken bij ouderenbeleid en wet WMO, huisarts, GGD)
 - Terugkoppeling door vrijwilligers bij de professional. Vrijwilligers kunnen signalen doorgeven, zodat er daadwerkelijk iets mee gedaan wordt.
 - Ruggeleuning voor de vrijwilligers
2. Coördinator van de huisbezoeken, bijv de ouderenadviseur
 - Kennis aanleveren van de sociale kaart en verwijzingsmogelijkheden
 - Coördineren van de huisbezoeken, gegevens verstrekken aan de vrijwilligers
 - Vraagbaak voor de vrijwilligers
3. Trainer en expert (kan ouderenadviseur zijn)
 - Trainen van de vrijwilligers
 - Mede ontwikkelen van de handleiding
4. Vrijwilligers
 - Training bijwonen
 - Bijdragen in optimaliseren van de handleiding
 - Bezoeken plannen
 - Educatie en advies geven op basis van de 5 domeinen
 - Kennis van de sociale kaart en verwijzingsmogelijkheden
 - Tijdsinvestering van ongeveer ½ dag per week gedurende 40 weken per jaar
5. WUR
 - Wetenschappelijke inbedding
 - Evaluatie project

Geraadpleegde literatuur

Agren, G. en Berensson, K. 2007. *Gezond ouder worden. Een uitdaging voor Europa* (In het Nederlands vertaald, originele titel: Healthy ageing project. The Swedish National Institute for Public Health. www.healthyageing.nu).

Berg Jeths, A. van den, 2004. *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Bogers, R.P., Tijhuis, M.A.R., Gelder, B.M. van en Kromhout, D., 2005. *Final report of the HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe) Project*. RIVM.

Cuijpers, P., Beekman, A., Smit, F., Deeg, D. 2006. *Predicting the onset of major depressive disorder and dysthymia in older adults with subthreshold depression: a community based study*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 811-818.

Faber, M. von, 2002. *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. De Leiden 85+ studie. Proefschrift, UvA.

Fokkema, T. & Tilburg, T. van. 2005. *Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen. Eindrapportage aan de Stichting Sluyterman van Loo van een vergelijkend effect- en procesevaluatie-onderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag/Amsterdam: NIDI/VU.

Jacobs, G., Braakman, M. en Houweling, J. 2005. *Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden*. Utrecht, Universiteit voor Humanistiek.

Koelen, M., Vaandrager, L. & Colomer, C. 2001. *Health promotion research: dilemmas and challenges*. Journal of epidemiological community health, 55: 257-262.

Loog, A. en Overbeek, R. van, 2007. *Zorgmanagement bij ouderen*. Factsheet. Vilans.

Luijkx, K. en Blok, C. de. *Diversity among the elderly, diversity in approach*, 2007. In: Moerbeek, H., Niehof, A., Ophem, J. van (ed.) *Changing families and their lifestyles*. Mansholt publication series – Volume 5. Wageningen Academic Publishers.

Luijkx, K. en Pardoel, K., 2005. *Ouderensegmenten. Behoeften wonen, welzijn en zorg in de wijk*. IVA beleidsonderzoek en advies.

Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. 2004. *Self-management interventions for chronic illness*. The Lancet; 364: 1523-37.

Overbeek, R. van en Schippers, A., 2005. *Vergrijzing in Nederland. Naar een toekomstgericht ouderenbeleid*. Lemma BV.

Saan, H. & Haes, W. de. 2005. *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden, NIGZ. 0

Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meeding, W.J., Polder, J.J., 2006. *Kosten van ziekten in Nederland 2003, Zorg voor euro's-1*. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P., Beekman, A. 2006. *Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients*. British Journal of Psychiatry, 188, 330-336.

Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. en Beaglehole, R., 2005. *Preventing chronic diseases: how many lives can we save?* The Lancet; 366: 1578-82.

Themacommissie ouderenbeleid, 2006. Verslag startbijeenkomst Zilveren Kracht 13 april 2006.

World Health Organisation. 1986. *Ottawa charter for health promotion*. Copenhagen, WHO.

Zouwe, N. van der, 2006. *Eenzame ouderen over de drempel. Een inventarisatie van knelpunten in Zuid- Holland Noord*. GGD Hollands Midden.

www.kenniscentrum-ouderen.nl, website van het Kenniscentrum Ouderen, NIZW Zorg (tegenwoordig Vilans).

www.vilans.nl, website van het kenniscentrum dat de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen verbetert.

www.nigz.nl, de website van het nationaal gezondheidsinstituut NIGZ.

www.lasa-vu.nl , de website van de Longitudinal Aging Study Amsterdam

Bijlage 1. Mogelijk verloop en doelen van de Vitaliteitmonitor

Onderwerp	Gesprekspunten, Inventarisatie en advisering	Mogelijke vervolgstappen	Doel
A) Veilige woonomgeving	1) Fysieke omgeving, hulpmiddelen 2) Regelingen en financiën	1) Ondersteuning: eenmalige hulp aan huis voor klussen in fysieke omgeving 2) Ondersteuning: eenmalige of terugkerende hulp aan huis voor klussen in administratie 3) Educatieve cursus / gesprek (1 op 1 of in groepsverband)	1) Minder fracturen en andere ongevaltrauma's 2) Aansluitingen op diensten (gas, water, licht, telefoon, belasting, sociale regelingen) op orde, randvoorwaarden gezond leven
B) Goede voeding	1) Verzorging van maaltijden 2) Evenwichtig voedingspatroon, daadwerkelijke inname van nutriënten	1) Aanmelden bezorgen maaltijden aan huis 2) Educatieve cursus / gesprek (kookcursus, cursus over osteoporose, 1 op 1 over belang van gezonde voeding)	1) Voorkomen ondervoeding 2) Afname osteoporose 3) Verbetering motoriek 4) Afname CVA's
C) Adequaat geneesmiddelengebruik	1) Ervaren gezondheid 2) Welke en dosis medicatie	1) Educatieve cursus / gesprek (1 op 1) over het belang van therapietrouw 2) Adviseren van bezoek aan apotheek, huisarts, ziekenhuis voor informatie en aankaarten dilemma's	1) Minder vergiftigingen 2) Tijdig signaleren van bijwerkingen
D) Sociale contacten	1) Zelfredzaamheid (sociaal) 2) Zinnvolle contacten 3) Interesses	1) Educatief gesprek zinvolheid van sociale contacten 2) Aanmelden ontmoetingsactiviteit 3) Vriendschapskursus 4) Ondersteuning bij ingrijpende veranderingen 5) Wijzen op mogelijkheid verwijzing huisarts, AMW voor behandeling psychosociale problemen	1) Afname depressies, voorkómen eenzaamheid 2) Opbouwen steviger netwerk
E) Voldoende beweging	1) Zelfredzaamheid (fysiek) 2) Evenwichtig beweegpatroon 3) Voorkeuren	1) Educatief gesprek belang van bewegen 2) Aanmelden recreatieve activiteit 3) Wijzen op mogelijkheid verwijzing beweegtherapeut, fysiotherapeut	1) Voorkomen gewrichtsaandoeningen 2) Verbetering motoriek 3) Afname osteoporose 4) Afname hart- en vaatziekten

Wetenschapswinkel Wageningen UR

Wetenschapswinkel Wageningen UR

De Wetenschapswinkel is een onderdeel van Wageningen Universiteit en Researchcentrum. Allerlei maatschappelijke organisaties, actiegroepen of verenigingen kunnen hier terecht met een vraag of probleem op het werkterrein van Wageningen UR.

Wetenschapswinkel Wageningen UR

Postbus 9101
6700 HB Wageningen
tel. (0317) 48 39 08
e-mail: wetenschapswinkel@wur.nl
www.wetenschapswinkel.wur.nl