

---

## Het belang van vroegsignalering bij kwetsbare ouderen

---



*Het steunsysteem als signaleringsfactor bij tekortschietend zelfmanagement van ouderen in relatie tot de participatiesamenleving*

Suzan Schilderman SPV,  
Mentrum Ouderen Ambulant

---

### **Samenvatting**

In een participatiesamenleving wordt uitgegaan van zelfmanagement, waarbij eigen kracht, zelfredzaamheid, zelfregie en participatie kernbegrippen zijn. Van ouderen wordt het zelf aanvragen van hulp en het betrekken van een eigen steunsysteem verwacht. Dit was in het verleden niet noodzakelijk. Voor het steunsysteem is het omgaan met zelfmanagement en participatie ook een hele verandering. De toenemende vraag om ondersteuning wordt zichtbaar in de forse stijging van het aantal mantelzorgers. De doelgroep ervaart verminderde levenskwaliteit, verslechtering van functioneren, bovenmatige sterftcijfers en hogere zorgkosten. Ongeveer 30% van de ouderen ervaart angst- en depressieklachten. Hierbij vindt onderbehandeling plaats, doordat depressieve symptomen bij ouderen niet goed worden opgemerkt of geïnterpreteerd. Ook zoekt de doelgroep vaak geen gerichte hulp voor hun psychische klachten. Aspecten als frailty, eenzaamheid en aangeleerde hulpeloosheid, kunnen leiden tot angst- en depressieklachten, waarbij de zorgprofessional actiever moet zijn in het opsporen van signalen. Dit artikel beschrijft de uitdaging van de zorgprofessional in het signaleren van tekortschietend zelfmanagement en geeft handvatten bij signalering en passende interventies.

---

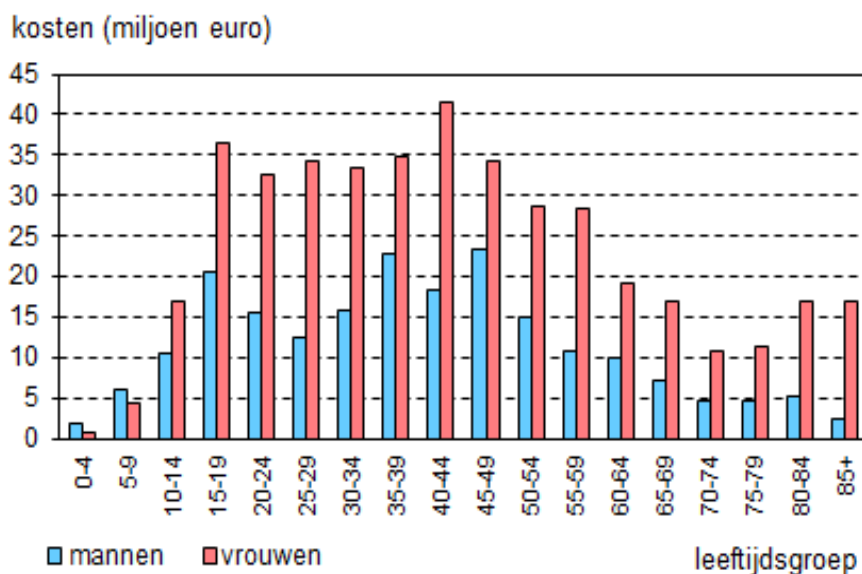
### **Inleiding**

Door maatschappelijke veranderingen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) worden andere eisen gesteld aan burgers. Participatie is een vereiste geworden en meer zelfmanagement wordt verwacht. Met name voor ouderen 75+ met angst- en/of depressieklachten (de doelgroep), is het door veranderde factoren de vraag of en hoe zij zich kunnen handhaven in deze participatiesamenleving en hoe de zorgprofessional in de Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (SGGZ) moet omgaan met het concept zelfmanagement en herstel. De zorgprofessional, zoals bedoeld in dit artikel, beschrijft ik vanuit de context van Mentrum Ouderen ambulant (een GGZ instelling in Amsterdam) en betreft: de psychiater, de gz-psycholoog, de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) en de ambulant verpleegkundige. Dit artikel geeft inzicht om klachten te bekijken en te beoordelen vanuit een sociaal psychiatrisch oogpunt. De SPV is geschoold (Padt & Venneman (red.), 2010); (Derks, Pادت, & Boon, 2014) om klachten in onderlinge samenhang van de vier niveaus van functioneren<sup>1</sup> te bekijken en van hieruit een passende interventie in te zetten in samenspraak met de cliënt en zijn steunsysteem. Onder steunsysteem wordt hier bedoeld: psychiatrische hulpverlening, sociaal netwerk en maatschappelijke steunvoorzieningen (Reitsma, 1995).

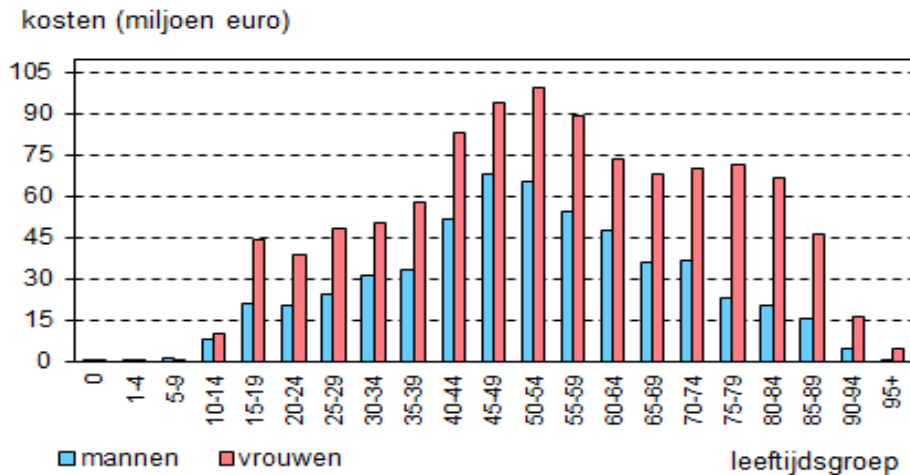
Als SPV i.o. denk ik: "wat is nodig en hoe kan ik gebruik maken van de uitgangspunten van de sociale psychiatrie, om in deze veranderende context goede zorg te kunnen blijven waarborgen"? Daarom neem ik u mee naar het antwoord op de vraag: "Waar moeten zorgprofessionals in de SGGZ zich op richten bij deze kwetsbare doelgroep om tekortschietend zelfmanagement eerder te signaleren en hier adequaat op in te spelen zodat zij goede zorg ontvangen?"

### Probleem en prevalentie in NL, de SGGZ en Mentrum Ouderen ambulant *Transitie naar de WMO*

Volgens Moulijn (2013) is de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving een recente verandering, waarin wij samen naar een nieuwe rolverdeling zoeken tussen overheid, burgers en maatschappelijke instellingen. Veel geleverde zorg is vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgegaan in de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De nieuwe Wmo is aangevuld met AWBZ-taken, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. De gemeente bepaalt nu samen met de oudere welke ondersteuning nodig is, en kan een voorziening leveren of een persoonsgebonden budget (pgb)<sup>2</sup>. Zo zijn er problemen rondom de uitbetaling van het pgb ontstaan doordat er niet meer aan de cliënt zelf uit betaald wordt, maar direct aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB is verantwoordelijk voor uitbetaling aan de zorgverlener<sup>3</sup>. Mensen moeten via een speciale overgangsregeling<sup>4</sup>, zelfstandig hulp of zorg aanvragen. Ouderen met een pgb moeten zelf actie ondernemen<sup>5</sup>, iets wat eerder onnodig was. Tot slot is er door decentralisaties en bezuinigingen in veel gemeenten minder geld beschikbaar.



Figuur 1: Kosten van de zorg voor angststoornissen naar sector en geslacht in 2011



Figuur 2: Kosten van de zorg voor depressiestoornissen naar sector en geslacht in 2011

Sinds de Wmo 2015 ligt er een bredere verantwoordelijkheid bij de gemeenten om mensen met een beperking, of psychische problematiek te laten participeren<sup>6)</sup>. Van ouderen wordt verwacht dat zij werken aan eigen kracht, zelfredzaamheid en zelfregie. Dit wordt in de paragraaf "zelfmanagement in relatie tot goede zorg" nader omschreven.

### Kwetsbare ouderen

De kwetsbaarheid van de doelgroep is gerelateerd aan de levensfase, hun angst- en depressieklachten en de uitvoeringsregels van de Wmo. Deze uitvoeringsregels vragen ander gedrag omtrent zelfmanagement. Volgens Van Veer-Tazelaar et al. (2011, p. 579) worden: "depressieve symptomen en angstklachten bij ouderen gekarakteriseerd door een hoge prevalentie en een ongunstig beloop. Bovendien vormen deze een grote risicofactor voor het ontwikkelen van een volwaardige depressie of angststoornis". Deze angst- en depressieklachten gaan samen met verminderde levenskwaliteit, verslechtering van functioneren, bovenmatige sterftcijfers en aanzienlijke economische consequenties.

Uit onderzoek van LASA<sup>7)</sup> blijkt dat zorggebruik het hoogst is onder ouderen met meer dan twee chronische ziekten en psychische problemen (Comijs, 2012). De hogere zorgconsumptie leidt tot hoge kosten, zoals in bovenstaande figuren te zien is<sup>8)</sup>.

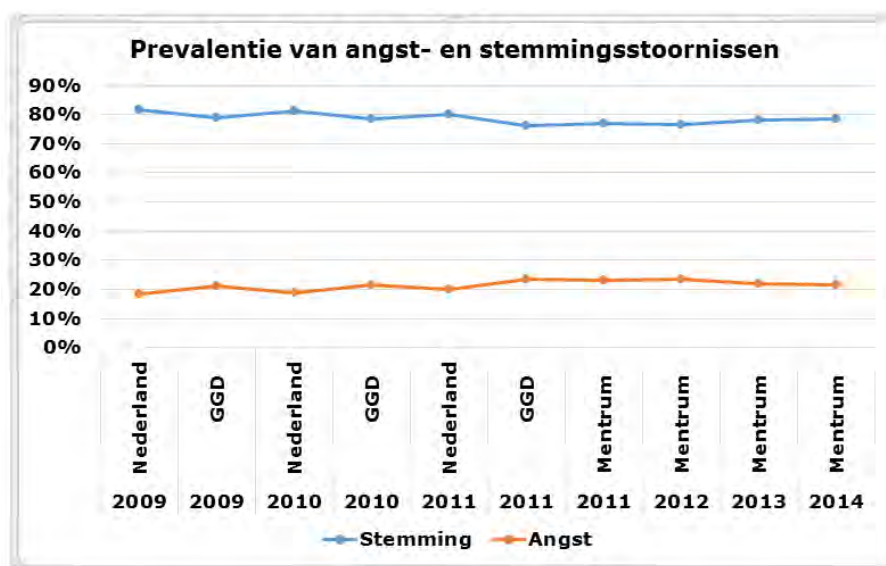
Comijs (2013, p. 26) stelt dat: "depressies bij ouderen vaak een ongunstige prognose hebben in termen van een chronisch of recidiverend beloop, comorbiditeit met somatische ziekten en cognitieve stoornissen en een verhoogde kans op overlijden. Onderbehandeling kan worden veroorzaakt doordat depressieve symptomen bij ouderen niet goed worden opgemerkt. Ouderen zoeken vaak zelf geen gerichte hulp voor hun psychische klachten". Aandoeningen worden soms niet gezien, of zijn vaak lastig te diagnosticeren vanwege de atypische presentatie van symptomen. Daarnaast kan de doelgroep klachten bagatelliseren uit angst voor het verlies van zelfstandigheid<sup>9)</sup>. Dit kan leiden tot onjuist geïnterpreteerde of niet geïdentificeerde klachten, wat weer leidt tot onderbehandeling.

Prevalentie gegevens bij de doelgroep

		Totaal Stemmingsstoornis	Totaal angststoornissen	Stemming %	Angst %
2009	Nederland	27240	6090	82%	18%
	GGD Amsterdam	1560	420	79%	21%
2010	Nederland	28395	6570	81%	19%
	GGD Amsterdam	1660	455	78%	22%
2011	Nederland	27615	6815	80%	20%
	GGD Amsterdam	1760	545	76%	24%
	Mentrum (SGGZ)	608	183	77%	23%
2012	Mentrum (SGGZ)	575	176	77%	23%
2013	Mentrum (SGGZ)	607	171	78%	22%
2014	Mentrum (SGGZ)	628	173	78%	22%

Tabel 1: Prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen<sup>10)</sup>

Tabel 1 geeft inzicht in de prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen. Verschillende bronnen zijn gebruikt, namelijk het CBS (Nederland en GGD Amsterdam) en Mentrum Ouderen ambulant (SGGZ). Een beperking is de beschikbaarheid van gegevens. Vanuit het CBS beschikbaar t/m 2011 en van Mentrum beschikbaar vanaf 2011. Om deze gegevens te kunnen vergelijken, is gekeken naar frequentie en percentage van stemmings- en angststoornissen t.o.v. het totaal in dat jaar. De cijfers blijven ongeveer hetzelfde. Ook het percentage stemmings- en angststoornissen ten opzichte van het totaal, is over de jaren constant. Stemmingsstoornissen liggen gemiddeld rond 78% en angststoornissen rond 22%. Het verloop is te zien in figuur 3<sup>11)</sup>.



Figuur 3: Prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen

## **De ontwikkeling van angst - en depressie**

### ***Risicofactoren***

Volgens de Rijksdienst voor Volksgezondheid en Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is het ontwikkelen van een depressieve stoornis bij ouderen gerelateerd aan meerdere risicofactoren. Deze risicofactoren zijn: meerdere depressieklachten<sup>12)</sup>, een angststoornis, het weduwe/weduwenaar zijn, weinig sociale steun, lichamelijke ziekten en functionele beperkingen, lage opleiding/sociaaleconomische status (SES), het gevoel hebben weinig controle te hebben over het eigen leven en het vrouwelijk geslacht<sup>13)</sup>. De risicofactoren bij angststoornis zijn een lagere opleiding, laag inkomen en alleenstaand zijn. Het is vaak onduidelijk of deze factoren oorzaak of gevolg zijn van het ontwikkelen van angstklachten<sup>14)</sup>. Beschermende factoren voor de ontwikkeling van een depressie zijn participatie, lichamelijke gezondheid, gevoel van controle over het eigen leven en sociale steun in de omgeving<sup>15)</sup>.

Depressieve- en angstklachten komen vaak tegelijkertijd voor. Ongeveer 50% van de mannen en ruim 50% van de vrouwen met een depressie, heeft angstklachten<sup>16)</sup>.

Ouderen zouden terughoudender zijn over persoonlijke problemen; 'de vuile was niet buitenhangen'. Soms ervaren mensen angst als onderdeel van de persoonlijkheid, 'ik ben altijd al een zenuwpees geweest'<sup>17)</sup>.

Van de angststoornissen is 2/3 begonnen voor het 65e levensjaar en 1/3 op latere leeftijd<sup>18)</sup>. Van Veer-Tazelaar (2015, p. 7) stelt: "bij ouderen komen de volwaardige depressie en angststoornis relatief minder voor dan bij jongeren. Daarentegen komt de lichtere vorm van deze stemmingsstoornissen in verhouding juist vaker voor.

Ongeveer 30%(!) van de ouderen populatie kampt met angst- en/of somberheidsklachten. Voor hen zijn de gevolgen van deze stemmings-problematiek net zo ernstig als de enorme invloed van de volwaardige stemmingsstoornissen, maar diagnose, behandeling en preventie laten nog steeds te wensen over".

### ***Stapsgewijze interventie***

Uit het onderzoek van Cuijpers et al., zoals weergegeven in Van Veer-Tazelaar et al (2011), blijkt er de laatste jaren vooruitgang te zitten in de behandeling van angst- en depressieklachten, maar toch blijft er reden voor zorg. Doordat problematiek vaak onopgemerkt blijft en bestaande behandelingen minder effectief blijken dan men wenst, bestaat behoefte aan alternatieve strategieën, zoals effectieve programma's voor verlaging van de ziektelast. Achterberg (2010, p. 82) parafraseert Van 't Veer-Tazelaar en concludeert: "het actief opsporen van angstproblemen bij ouderen is zinvol, omdat er met een relatief simpele (en niet te dure) stapsgewijze interventie veel leed (in ieder geval in de eerste 2 jaar) kan worden voorkomen". Van Veer-Tazelaar et al. (2011, p. 583) benoemen dat: "met de komst van een nieuwe eerstelijnsprofessional, de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ), er een unieke gelegenheid is ontstaan om de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, met depressieve symptomen en angstklachten, te verbeteren".

Het addendum ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (MDR depressie)<sup>19)</sup> en Van Veer-Tazelaar (2015) beschrijven een drietal effectieve stemmingsverbeterende methoden (Cognitieve Gedragstherapie (CGT), Problem Solving en Reminiscentie). Van Veer-Tazelaar (2015, p. 60) stelt dat ouderen deze methoden prefereren boven het gebruik van medicatie. Door het herkennen van stemmingsproblematiek, actiebereidheid en het samen maken van oefeningen, verbetert de stemming bij de doelgroep en dit is essentieel voor vermindering van de klachten.

## **Frailty, eenzaamheid, aangeleerde hulpeloosheid in relatie tot angst- en depressieklachten**

Frailty, eenzaamheid en aangeleerde hulpeloosheid, in combinatie met veranderingen, kunnen leiden tot angst- en depressieklachten bij deze doelgroep. Het onderzoek van Beljouw et al. (2014) toont aan dat eenzaamheid leidt tot angstklachten en depressiviteit en daardoor een verminderde kwaliteit van leven. In dit onderzoek ervaart de doelgroep dat ze weinig invloed heeft op de eigen situatie. De oorzaak van eenzaamheid wordt vaak toegeschreven aan externe factoren, zoals de tekortkomingen in sociale netwerken; de doelgroep wil met name graag gehoord worden (Beljouw, et al., 2014).

### ***Aangeleerde hulpeloosheid***

Aangeleerde hulpeloosheid is een psychologische conditie waarbij mens of dier heeft geleerd om hulpeloos te zijn, zelfs als ze de onplezierige situatie kunnen veranderen (Sherman, 2009). Barder et al. (1994) vatten in hun onderzoek Seligman als volgt samen: aangeleerde hulpeloosheid kan op langere termijn leiden tot psychische stoornissen, zoals depressie. Sherman (2009) stelt dat de meeste zorgprofessionals een rol hebben bij het in stand houden van aangeleerde hulpeloosheid. Aangeleerde hulpeloosheid kan namelijk versterkt worden als de zorgprofessional teveel overneemt. Uit de MDR-depressie, het addendum ouderen, blijkt dat activeren een belangrijke interventie is waar verpleegkundigen een rol in kunnen hebben en dat te veel overnemen kan leiden tot het vergroten van aangeleerde hulpeloosheid<sup>20)</sup>. Barder et al. (1994) parafraseren Solomon, die schrijft dat verpleegkundigen, die ouderen als afhankelijk stereotyperen, de ziekterol en onafhankelijkheid van die ouderen negatief beïnvloeden.

De oudere leert "het spel te spelen", stelt zijn gedrag bij, en profiteert dat hij wordt 'bediend' in plaats van zelfstandig te zijn.

### ***Frailty***

Het begrip frailty wordt door Collard en Oude Voshaar (2012, p. 59) beschouwd als: "een toestand waarbij de reservecapaciteit van verschillende fysiologische systemen tot een kritisch minimum is gedaald, waardoor kleine verstoringen kunnen leiden tot de ontwikkeling van ernstige gezondheidsproblemen". Factoren welke gerelateerd zijn aan frailty zijn bijvoorbeeld: lage grijpkracht, lage energie, vertraagde loopsnelheid, verminderde fysieke activiteit en/of onbewust gewichtsverlies. Een combinatie van deze factoren leidt tot frailty<sup>21)</sup>.

Sherman (2009) benadrukt het belang van zelfstandige activiteiten (zelfstandig eten) en begeleiding, zodat men niet volledig afhankelijk raakt. Frailty kan toenemen door sociale veranderingen, samenhangend met latere levensfasen zoals eenzaamheid, verlieservaringen en armoede (Mast, et al., 2014).

### ***Eenzaamheid***

Volgens Peplau en Perlman, zoals gesteld in Beljouw et al. (2014), is eenzaamheid een subjectieve ervaring, die zich onderscheidt van sociaal isolement dat gerelateerd is aan sociale variabelen zoals getrouwd zijn, alleen leven en contacten vanuit vrienden en familie. Gevoelens van eenzaamheid worden het beste weergegeven als een discrepantie in de gewenste en werkelijke sociale interacties van een persoon (Beljouw, et al., 2014). In dit onderzoek wordt de uitspraak van de de Jong Gierveld en Havens aangehaald: gevoelens van eenzaamheid zijn niet gelijkwaardig aan sociaal isolement; sociaal geïsoleerde mensen voelen zich niet altijd eenzaam en eenzame mensen voelen zich niet altijd geïsoleerd.

Uit het onderzoek blijkt dat ernstig eenzame mensen met depressieve klachten het gevoel hebben weinig invloed op hun situatie te kunnen uitoefenen en ze lijken daarnaast emotioneel wanhopig te zijn. Eenzaamheid wordt toegeschreven aan de tekortkomingen van hun sociale netwerk door o.a. het verlies van dierbaren en beperkt contact met naasten, in het bijzonder de kinderen. Een depressieve, niet eenzame oudere, blijkt weerbaar voor beperkt contact met naaste familie te zijn door sociale relaties buiten de familiekring aan te gaan en te onderhouden (Beljouw, et al., 2014). Indien een oudere met depressieve klachten zich meldt bij het steunsysteem voor hulp, dan is het van belang dat wordt doorgevraagd naar gevoelens van eenzaamheid. Het onderzoek van Beljouw et al. (2014) suggereert dat ernstig eenzame mensen met depressieklachten, minder snel geneigd zijn om hulp te zoeken en te accepteren. De groep met lichtere eenzaamheidsgevoelens, zou eerder behandeling accepteren. In het onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat problemen bij ouderen die lijden aan ernstige eenzaamheids- en depressieve klachten, veelal geëxternaliseerd worden naar hun naasten. Deze ouderen uiten hun eenzaamheidsklachten als bijvoorbeeld stress, hoofdpijn en benauwdheid, welke vaker voorkomen bij recent verweduwd ouderen, ongehuwden en ouderen met een laag zelfbeeld<sup>22)</sup>, door veelal bij hun naasten aan te geven dat zij bijvoorbeeld te weinig langskomen. Mijns inziens wordt het externaliseren versterkt, indien er daarnaast ook sprake is van aangeleerde hulpeloosheid.

### ***Signalering***

Eerder beschreven onderzoeken tonen aan dat onderbehandeling onder de doelgroep plaatsvindt en dat aspecten als frailty, eenzaamheid en aangeleerde hulpeloosheid niet bijdragen aan zelfmanagement en participatie. Het is voor de zorgverlener lastig om angst- en depressieklachten te signaleren. Zo stelt Van Veer-Tazelaar (2015, p. 7) dat: "veel ouderen denken ten onrechte dat somberheid en angst als vanzelfsprekend horen bij het ouder worden, waardoor zij minder geneigd zijn om hulp te zoeken of te verwachten. Ouderen zijn ook niet altijd goed op de hoogte van hulpmogelijkheden, met name op psychologisch terrein". De prevalentie is mogelijk een stuk hoger dan de cijfers in de paragraaf 'prevalentie' aangeven vanwege bovenstaande. De zorgprofessionals die geleerd heeft om verbanden te leggen tussen psychische, psychosociale en lichamelijke klachten, dient dus een actieve rol in te nemen, bij het opsporen van klachten. Ook het steunsysteem zal moeten anticiperen op signalen van eenzaamheid, angst- en depressieklachten om te voorkomen dat dit stoornissen worden. Dit kan de zorgprofessional bewaken door laagdrempelig en toegankelijk contact met het steunsysteem en het geven van psychoeducatie. Daarnaast moet de zorgprofessional over een helicopterview beschikken om op deze manier overzicht over het gehele proces te behouden en zodoende een kritische blik werpen op het leveren van goede zorg, via de stepped-care (Padt & Venneman (red.), 2010) methodiek.

## **Zelfmanagement in relatie tot goede zorg**

### ***Zelfmanagement***

Grady en Gough (2014, p. 26) definiëren zelfmanagement op hoofdlijn als "het dagelijks beheer van chronische aandoeningen door individuen, gedurende het beloop van een ziekte". Veer en Franke (2013, p. 10) citeren Wagner et al., waarbij zelfmanagement breder wordt gedefinieerd als: "het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, de behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de chronische aandoening en de daarbij behorende aanpassingen in leefstijl, zodat men in staat is om zelf de eigen gezondheidstoestand te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven".

Om participatie in de samenleving te (blijven) garanderen zetten overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners in op meer zelfmanagement waardoor de cliënt steeds meer verantwoordelijkheden krijgt (Heijmans, Waverijn, & Houtum, 2014). Goed zelfmanagement draagt bij aan grip op eigen leven en ziekte. Samen met de zorgprofessional een goede balans zoeken tussen wat de ziekte van iemand vraagt en hoe diens leven wordt geleid, waarborgt goede zorg<sup>23</sup>.

### ***Goede zorg***

Er zijn nogal wat criteria van goede zorg beschreven. Kievit (2013) beschrijft dat goede zorg een gelaagd systeem is van standaarden, die de zorgprofessional houvast bieden bij de vraag hoe te handelen.

Kievit benoemt vier fundamentele met elkaar samenwerkende lagen voor het leveren van goede zorg. De eerste laag, is de medische ethiek van de zorgprofessional. De tweede laag: het naleven van professionele standaarden, zoals richtlijnen. De derde laag is juridisch van aard en beroept zich op de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De vierde laag is die van geleverde kwaliteit met behulp van indicatoren, zoals het bewaken, het beheersen en verbeteren van de zorgkwaliteit.

Verplegingswetenschapper Walma stelt dat goede zorg per definitie verantwoorde zorg is, veilig en voor zover mogelijk evidence based. Ook vereist goede zorg deskundige professionals die indien nodig de regie van de cliënt overnemen, maar deze op het juiste moment ook weer teruggeven<sup>24</sup>. Posthouwer (2009, p. 9) stelt in haar richtlijn voor goede zorg: "Goede zorg is afgestemd op de wens van de cliënt om te willen veranderen".

### ***Goede zorg in relatie tot zelfregie en zelfmanagement***

Zelfregie over het eigen leven is essentieel om zelfredzaamheid te bewaren. Bij afnemende gezondheid en optredende beperkingen, moet de regie worden aangepast aan de gewijzigde omstandigheden (Schuijt-Lucassen & Deeg, 2006).

Als de cliënt een actieve houding kan aannemen en een goede balans (eigen kracht / professionele zorg) gevonden wordt, kan goede zorg worden bewerkstelligd.

### ***Rol van het steunsysteem, de doelgroep en het concept zelfmanagement***

Bredewold en Malda (2014) gaan uit van een methode om een sociaal netwerk te creëren. Hierin wordt het principe van weerbare en kwetsbare burgers gehanteerd. Via een website en een 'sociaal makelaar' kunnen buurtbewoners elkaar informeren en helpen.

Bredewold en Malda (2014, p. 18) stellen hierbij dat: "iedereen wel iets kan, wat een ander nodig heeft en iedereen kan wel eens hulp van een ander gebruiken". Op deze manier ontstaan duurzame contacten tussen wijk- en buurtbewoners.

### ***Rol van het steunsysteem en de participatiesamenleving***

Behalve zelfmanagement van de eigen psychische of psychiatrische aandoening, wordt in de huidige participatiesamenleving van de doelgroep ook verwacht dat zij zowel aanvragen van hulp regelt als het eigen steunsysteem betreft bij zorgvragen.

Kooijker en Hoeymans (2014) stellen dat er kwetsbare groepen in de samenleving zijn, zoals ouderen en mensen uit lagere milieus, die geen vaardigheden voor zelfregie hebben. Deze groepen zouden ondersteuning op maat moeten krijgen. Daarnaast stelt Schiller (2013, p. 21) dat: "De overheid zich wel moet bekommeren om de 5 à 10% meest kwetsbaren".

De discrepantie tussen ideaal en praktijk blijkt uit groeps gesprekken die het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) organiseerde rondom het thema 'eigen verantwoordelijkheid', zoals blijkt uit het onderzoek van Dekker & Den Ridder en geparafraseerd in het onderzoek van Kooijker en Hoeymans (2014). 48% vindt dat de overheid wel verantwoordelijk is, maar een beroep moet doen op familie om de kosten te drukken. De overheid mag vrijwillige zorg stimuleren, maar niet verplicht stellen (Kooijker & Hoeymans, 2014).

Kooijker en Hoeymans (2014) beschrijven verder dat verschillende onderzoeken aantonen dat Nederland veel mantelzorgers telt. Uit onderzoek van De Klerk et al. (2015) blijkt dat het aantal mantelzorgers in 2014, 3,8 miljoen was. In verband met de vergrijzing zal dit aantal alleen maar toenemen, zoals ook geldt voor huishoudelijke hulp, verzorging en begeleiding.

### ***Steunsysteem en goede zorg in relatie tot de doelgroep***

Tonkens (2013) beschrijft, dat de burger de verantwoordelijkheid heeft om de regels van de overheid na te leven. De overheid bepaalt randvoorwaarden en controleert of de burger hieraan voldoet. Volgens Tonkens heeft de overheid meer een controlerende rol, dan een hulpgevende. "Kwetsbare mensen kunnen terugvallen op óf hun portemonnee, óf hun familie. Maar het eerste kan niet iedereen en dit vergroot de sociale ongelijkheid. Daarnaast maakt het terugvallen op familie de sekseongelijkheid groter, want het zijn doorgaans vrouwen die de mantelzorg op zich nemen" (Tonkens, 2013, p. 25).

### ***Eigen kracht vanuit de samenleving***

Volgens Tonkens (2013) hebben de meeste mensen grote behoefte een betekenisvolle rol te spelen. De overheid zou meer kunnen doen om deze "energie te mobiliseren en te kanaliseren." Ook Heinz Schiller, directeur van Stichting Maatschappelijke Ontwikkeling Leidsche Rijn (SMOL Groep) benadrukt in een interview, dat er nog rek zit in de hoeveelheid mantelzorg die mensen kunnen geven. Mensen worden namelijk steeds creatiever, bijvoorbeeld zorgruil via internet. Ook is hij enthousiast over de Eigen Kracht Centrales<sup>25)</sup>, waarbij het eigen netwerk van mensen wordt gemobiliseerd voor probleemoplossing. Dit past beter bij een moderne samenleving, dan het steeds maar in stelling brengen van zorgprofessionals. Dit laat volgens Schiller (2013) zien dat er voldoende kracht is in de samenleving om onderling solidair te zijn.

### ***Steunsysteem***

Er lijken voldoende initiatieven voorhanden die het steunsysteem in staat stellen om bij een zorgvraag van de doelgroep, laagdrempelig te participeren. De rol van de zorgprofessional is hier, met het oog op de sociaal epidemiologische context, verkenning van de probleemgroep en versterking van een steunsysteem rondom deze groep. Alle deelnemers moeten actief zijn voor een leefbare positie en goede zorg voor de cliënt.

Een steunsysteem ontstaat echter niet zomaar. Een vriendenkring of een kring van naasten wordt pas een steunsysteem genoemd, indien ze zich als een gecoördineerd netwerk gedragen. Diensten en voorzieningen vormen pas een steunsysteem, wanneer er samengewerkt wordt met betrouwbare mensen. Deze mensen stemmen hun optreden af en werken samen met naasten of familieleden van psychisch kwetsbare mensen (Dröes zoals geparafraseerd in Verschelling & Lindt (2010)). Daarnaast beschrijven zij dat er zo een netwerk ontstaat dat de cliënt tot steun is (Verschelling & Lindt, 2010).

## **Signalen bij tekortschietend zelfmanagement**

### ***Signalen en risicofactoren***

Kromhout (2009) beschrijft belangrijke determinanten voor het ontwikkelen van niet beïnvloedbare beperkingen zoals sekse, leeftijd en genetische aanleg. Andere beperkingen zijn van sociodemografische aard en tonen dat ouderen, alleenstaande vrouwen en mensen met lagere inkomens en opleidingsniveaus doorgaans een slechtere gezondheid, meer beperkingen en een hoger zorggebruik hebben.

Kromhout (2009, p. 49) stelt in zijn rapport: "de sociale omstandigheden zijn niet de enige facts of life die invloed hebben op de kans op beperkingen en verlies van zelfredzaamheid. Er zijn meer gebeurtenissen, omstandigheden en noodzakelijkheden die de kwetsbaarheid voor functieverlies duidelijk vergroten, en maar zeer gedeeltelijk zijn te voorkomen".

Het proces van functionele achteruitgang verloopt stapsgewijs en komt vaak op gang door een samenloop van (negatieve) omstandigheden als het chronisch ziek worden of het ontstaan van comorbiditeit, cognitieve achteruitgang, depressief worden, verlies van partner, verhuizen en functioneel beperkt worden. Deze factoren zijn signalen voor een verhoogde kans op functionele achteruitgang en beperkingen (Kromhout, 2009).

Kromhout (2009) schrijft dat als op individueel niveau het evenwicht verstoord raakt (door het verouderingsproces, specifieke functiestoornissen of chronische ziekte), elke verandering zal bijdragen aan frailty. Dit is een risicofactor voor verdere functionele beperkingen en verlies van zelfredzaamheid en zoals eerder beschreven hangt dit samen met sociale veranderingen uit de latere levensfasen zoals eenzaamheid, verlieservaringen en armoede.

In het 21 jaar durende onderzoek van Katja et al. (2014, pp. 127-128) is gezocht naar een relatie tussen mobiliteit, cognitief functioneren en depressieve symptomen en of deze in verband staan met sociale activiteiten en, mortaliteitsrisico bij Finse oudere mannen en vrouwen.

De onderzoekers stellen dat door mobiliteit de sociale activiteiten kunnen worden onderhouden en daarmee het mortaliteitsrisico vermindert.

Een van de onderzoeksbevindingen was dat mobiliteit de verbindende factor is tussen sociale activiteiten en de dood. Mobiliteit is een goede gezondheidsindicator omdat vermindering hiervan leidt tot psychologische- en leefstijlveranderingen en impact heeft op chronische aandoeningen. Lagere deelname aan sociale activiteiten is direct gerelateerd aan versnelde vermindering van het motorisch functioneren, dat ook weer gerelateerd is aan een verhoogd mortaliteitsrisico (Katja et al., 2014).

Daarnaast wordt gesteld dat goed cognitief functioneren een vereiste is voor deelname aan sociale activiteiten. Het is daarom aannemelijk dat vermindering van deelname aan sociale activiteiten, één van de eerste signalen van verslechtering van cognitief functioneren is. Ook werd aangetoond dat lichte depressieve klachten een proactieve sociale interactie niet verhinderen, maar het is denkbaar dat cliënten met zwaardere depressieve klachten, niet geneigd zijn tot deelname aan verschillende sociale interacties buitenshuis, en dat deze cliënten extra hulp moeten krijgen om hen aansprekende activiteiten te vinden.

Door deze groep te blijven betrekken in het vinden van een voor hen geschikte activiteit, zal zij gemotiveerd blijven en kunnen ernstige eenzaamheids- en depressieve klachten worden voorkomen. Eerder is benoemd dat een signaal voor beide klachten het externaliseren van problemen naar hun directe naasten is. Ouderen, welke problemen externaliseren, kunnen daarnaast lijden aan aangeleerde hulpeloosheid, hetgeen onbehandeld tot een depressie kan leiden. De zorgprofessional welke de oudere als afhankelijk stereotipeert en hierdoor teveel activiteiten overneemt, versterkt aangeleerde hulpeloosheid. Beide signalen (externalisatie en stereotypering) moeten dus tussen de zorgprofessionals en het steunsysteem in de gaten worden gehouden.

## Conclusie

*"Waar moeten zorgprofessionals in de SGGZ zich op richten bij deze kwetsbare doelgroep om tekortschietend zelfmanagement eerder te signaleren en hier adequaat op in te spelen zodat zij goede zorg ontvangen?"*

De zorgprofessional heeft een belangrijke rol als het gaat om het verminderen van frailty: verpleegkundigen, maar ook anderen in het steunsysteem, die de doelgroep als afhankelijk stereotyperen, kunnen de ziekterol en aangeleerde hulpeloosheid versterken en daarmee de onafhankelijkheid negatief beïnvloeden. Daarom is het essentieel dat de zorgprofessional niet in de valkuil van het activeren van de aangeleerde hulpeloosheid valt, want bij het uitblijven van een actieve houding kan er geen sprake zijn van goede zorg. Het verlies van mobiliteit van de doelgroep is een sterke gezondheidsindicator, omdat verlies hiervan leidt tot psychologische- en leefstijlveranderingen en hierbij een directe verbindende factor is tussen sociale activiteiten en de uiteindelijke dood. Zorgprofessionals moeten daarom adequaat handelen op signalen als: het externaliseren van problemen naar hun naasten, ernstige eenzaamheidsklachten, vermindering van sociale activiteiten, verminderde cognitie, verlies van mobiliteit en depressieve klachten. Deze dragen namelijk direct bij aan frailty en aangeleerde hulpeloosheid en resulteren in tekortschietend zelfmanagement. Daarom is de alertheid van de zorgprofessional belangrijk, als het gaat om atypische klachtenpresentatie van psychiatrische en somatische comorbiditeit. De zorgprofessional handelt hierbij niet klachtgericht, maar onderzoekend vanuit de vier niveaus van functioneren, bij het bewerkstelligen van goede zorg.

Voor de huisarts en de POH-GGZ (eerstelijnsprofessional) is een grote rol weggelegd voor deze vroegsignalering van de genoemde aspecten die leiden tot een tekortschietend zelfmanagement. Zij zijn betrokken, kennen de cliënt en zijn steunsysteem en kunnen de drie effectieve stemmingsverbeterende methoden zelf inzetten (of verwijzen) en hierop inspelen door psychoeducatie te geven aan de cliënt en zijn steunsysteem. Zij zijn een belangrijke factor voor de inzet van de stemmingsverbeterende methoden, welke gezamenlijk met de cliënt kunnen worden opgestart. De zorgprofessional uit de SGGZ kan via consultatie of deskundigheidsbevordering bewustwording creëren voor het belang van vroegsignalering om tekortschietend zelfmanagement van de doelgroep tegen te gaan.

Dit literatuuronderzoek vat samen dat goede zorg een gelaagd systeem van standaarden is, dat houvast biedt bij de vraag hoe te handelen. Zo vereist goede zorg deskundige professionals die indien nodig de regie van de cliënt overnemen, maar deze op het juiste moment ook weer teruggeven. Goede zorg is afgestemd op de wens van de cliënt om te willen veranderen. Alleen als de cliënt een actieve houding aanneemt, door zelfregie, eigen kracht en professionele zorg, kan goede zorg worden bewerkstelligd in samenwerking met zijn steunsysteem.

---

### Noten:

- 01) Vanuit lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk niveau
- 02) <http://www.ouderen-thuis.nl/overheidsbeleid/overheidsplannen-2015.html>
- 03) <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/grote-problemen-rondom-uitbetalen-pgb.9460997.lynkx>
- 04) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- 05) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/pgb-verantwoorden.html>
- 06) <http://www.aandachtvooriedereen.nl/aandacht-voor-iedereen/nieuwsbrief-avi-extra-wmo-2015-3971.html>
- 07) Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
- 08) <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/angststoornissen/welke-zorg-gebruiken-patienten-en-kosten/>
- 09) <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/60810-ouderenzorg-de-geriatrie-patient-kwetsbare-oudere.html>
- 10) Bron: CBS Statline ouderen va. 65 jaar in curatieve GGZ, Mentrum Ouderen Ambulant
- 11) Weergave van prevalentiegegevens uit tabel 1

- 12) Zoals sombere stemming, problemen met slapen, piekeren, problemen met concentratie
- 13) <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/depressie/cijfers-en-feiten-depressie/de-risicogroepen-leeftijdscategorie>
- 14) <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/angst#Begrippen>
- 15) <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/depressie/cijfers-en-feiten-depressie/de-risicogroepen-leeftijdscategorie#ref3>
- 16) <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/depressie/cijfers-en-feiten-depressie/samenhang-depressie-en-andere-themas>
- 17) <http://www.ggzcentraal.nl/binaries/content/assets/website/folders/riebeekhof/algemene-folders/angststoornissen-bij-ouderen.doc>
- 18) <http://www.ggzcentraal.nl/binaries/content/assets/website/folders/riebeekhof/algemene-folders/angststoornissen-bij-ouderen.doc>
- 19) Addendum Ouderen bij de MDR Depressie - <http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/doc/download.php?id=62&bijlage=1>
- 20) Addendum Ouderen bij de MDR Depressie - <http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/doc/download.php?id=62&bijlage=1> - p 57.
- 21) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028599/>
- 22) <http://www.btsg.nl/infobulletin/eenzaamheid.html>
- 23) <http://www.zelfmanagement.com/patienten>
- 24) <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Verdieping/2011/12/Op-zoek-naar-goede-zorg-ZVS012969W/>
- 25) <http://www.eigen-kracht.nl/>

---

### Bibliografie

- Achterberg, W. (2010). Depressie op latere leeftijd. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2010(2), 80-81.
- Barder, L., Slimmer, L., & J. LeSage. (1994). Depression and issues of control among elderly people in health care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 597-604. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040597.x>
- Beljouw, I. v., Exel, E. v., Jong-Gierveld, J. d., Comijs, H., Heerings, M., Stek, M., & Marwijk, H. v. (2014). "Being all alone makes me sad": Loneliness in older adults with depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*, 26(9), 1541-1551. doi:<http://rps.hva.nl:2851/10.1017/S1041610214000581>
- Bredewold, F., & Malda, I. (2014). Het belang van TijdvoorElkaar. Movisie. Opgeroepen op 12 20, 2015, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Het-belang-van-Tijd-voor-elkaar%20\[MOV-3091356-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Het-belang-van-Tijd-voor-elkaar%20[MOV-3091356-1.0].pdf)
- Collard, R., & Oude Voshaar, R. (2012). Frailty: een kwetsbaar begrip. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(1), 59-69. doi:<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-01-p59-69.pdf>
- Comijs, H. (2012). Somatische en psychische problematiek bij ouderen: samenhang en zorggebruik. Amsterdam: Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Opgehaald van <http://ap.lc/9MVNz>
- Comijs, H. (2013, februari 15). De diagnostiek van depressie bij ouderen. *Psychopraktijk*, pp. 26-29. Opgehaald van <http://link.springer.com/article/10.1007/s13170-013-0009-8>
- Derks, J., Padt, I. v., & Boon, J. (2014). Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Eindhoven: V&VN-SPV.
- Grady, P., & Gough, L. (2014, 08). Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), 25-31. doi:[http://rps.hva.nl:2488/docview/1549549196?rfr\\_id=info%3Aaxri%2Fsid%3Aprimo](http://rps.hva.nl:2488/docview/1549549196?rfr_id=info%3Aaxri%2Fsid%3Aprimo)
- Heijmans, M., Waverijn, G., & Houtum, L. v. (2014). Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt? Utrecht: Nivel. Opgehaald van [http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zelfmanagement\\_wat\\_betekent\\_het\\_voor\\_het\\_patient.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zelfmanagement_wat_betekent_het_voor_het_patient.pdf)
- Katja, P., Timo, T., Taina, R., & Tiina-Mari, R. (2014). Do mobility, cognitive functioning, and depressive symptoms mediate the association between social activity and mortality risk among older men and women? *European Journal of Ageing*, 11(2), 121-130. doi:<http://rps.hva.nl:2851/10.1007/s10433-013-0295-3>
- Kievit, P. d. (2013). Kwaliteit van zorg: over het "Wat? en het "Hoe?". Leiden: Universiteit Leiden. doi:<https://www.lumc.nl/sub/2050/att/1312170110435212.pdf>
- Klerk, M. d., Boer, A. d., Plaisier, I., Schyns, P., & S. Kooijker. (2015). informele hulp: wie doet er wat ? kerncijfers. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Opgehaald van [http://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend Onderzoek/A\\_Z\\_alle\\_lopende Onderzoek/Evaluatie\\_Hervorming\\_Langdurige\\_Zorg\\_HLZ/Informeel\\_hulp\\_enqu%C3%Aates\\_onder\\_potenti%C3%ABle\\_mantelzorgers\\_en\\_vrijwilligers](http://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend Onderzoek/A_Z_alle_lopende Onderzoek/Evaluatie_Hervorming_Langdurige_Zorg_HLZ/Informeel_hulp_enqu%C3%Aates_onder_potenti%C3%ABle_mantelzorgers_en_vrijwilligers)
- Kooiker, S., & Hoeymans, N. (2014). Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Opgehaald van [http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2014/maart/Burgers\\_en\\_gezondheid\\_Themaport\\_Volksgezondheid\\_Toekomst\\_Verkenning\\_2014](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2014/maart/Burgers_en_gezondheid_Themaport_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014)
- Kromhout, P. d. (2009). Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Opgeroepen op 12 23, 2015, van <http://wqd.nl/6dMa>
- Mast, R. v., Heeren, T., Kat, M., Stek, M., Vandenbulcke, M., & F. Verhey. (2014). Handboek Ouderenpsychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.
- Mouljn, M. W. (2013). Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving? Een zoektocht naar een andere rolverdeling tussen overheid, burgers, zorg- en welzijnsinstellingen. Stichting Arcon. Opgehaald van [http://www.arcon.nl/uploads/pdf/publicaties/2013\\_08Literatuurstudie\\_van\\_verzorgingsstaat\\_naar\\_participatiesamenleving.pdf](http://www.arcon.nl/uploads/pdf/publicaties/2013_08Literatuurstudie_van_verzorgingsstaat_naar_participatiesamenleving.pdf)

- Padt, I. v., & Venneman (red.), B. (2010). Sociale psychiatrie. Den Haag: Boom|Lemma.
- Posthouwer, M. (2009). Richtlijn voor goede zorg. Utrecht: SBWU.  
doi:[http://www.lister.nl/wp-content/uploads/2010/03/sbwu\\_binnenwerk\\_richtlijnen\\_herdruk.pdf](http://www.lister.nl/wp-content/uploads/2010/03/sbwu_binnenwerk_richtlijnen_herdruk.pdf)
- Reitsma, B. (1995, Oktober). Steunsysteem chronische psychiatrie. SP, pp. 27-36. Opgehaald van [http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp44/sp44\\_hoofd03.pdf](http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp44/sp44_hoofd03.pdf)
- Schiller, H. (2013, October). Burgers kunnen veel Zelf. Zelf, 20-21. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Sociaal Cultureel Planbureau. Opgehaald van <http://wqd.nl/zsJH>
- Schuijt-Lucassen, N., & Deeg, D. (2006). Verlies van regie over het leven. Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie, 37(6), 243-253. doi:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214421>
- Sherman, F. (2009, Februari). Learned helplessness in the elderly: stop fostering frailty. Geriatrics, 64(2), 6-7. doi:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19256580>
- Tonkens, E. (2013, October). Grote behoefte bij mensen aan betekenisvolle rol in maatschappij. Zelf Burgers en gezondheid, 24-25. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Sociaal Cultureel Planbureau. Opgehaald van <http://wqd.nl/zsJH>
- Veer, A. d., & Francke, A. (2013). Preventie en het bevorderen van zelfmanagement. Visies en ervaringen van zorgprofessionals. Utrecht: Nivel. Opgehaald van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Preventie-en-zelfmanagement.pdf>
- Veer-Tazelaar, P. v. (2015). Goed gestemd ouder worden. Arnhem: CCD Uitgevers. Opgeroepen op 12 22, 2015
- Veer-Tazelaar, P. v., Cuijpers, P., & Beekman, A. (2011, september). Preventie van depressie bij angst bij ouderen. tijdschrift voor psychiatrie, pp. 579-584. Opgehaald van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP11-09-p579-584.pdf>
- Verschelling, M., & Lindt, S. v. (2010). Handreiking maatschappelijke steunsystemen. Utrecht: Movisie / Trimbos instituut.