

SOH

2 11 (2)

TNO-rapport

GEZONDE STEDEN BELEID ALMELO

IBISSTAMBOEKNUMMER

10296

NIPG-publikatienummer
92.100

Februari 1993

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de 'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeksopdrachten aan TNO', dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© TNO

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

15 MRT 1993

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

K. Zaal
W.T.M. Ooijendijk

Nederlandse organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek

TNO-Gezondheidsonderzoek stelt zich ten doel bij te dragen aan de verbetering van preventie en behandeling van ziekten en afwijkingen door het toepasbaar maken van kennis op medisch biologisch, psychosociaal en epidemiologisch gebied ten behoeve van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.



Op opdrachten aan TNO zijn van toepassing de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, zoals gedeponeerd bij de Arrondissementsrechtbank en de Kamer van Koophandel te 's-Gravenhage.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Zaal, K.

Gezonde stedenbeleid Almelo / K. Zaal, W.T.M. Ooijendijk

Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

NIPG-publikatienr. 92.100. - Met lit. opg.

ISBN 90-6743-233-4

Trefw.: gezondheidszorg; Almelo

RODY TUUTTZA ZONJAEZEN KEHTOUHO
DIT DRUSZONHONDELO ZVITREZVANH
1 APRIL 1993
KOSTEN VAN 200 AC LEIDEN

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 34,65 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-Gezondheidsonderzoek te Leiden onder vermelding van bestelnummer 92.100.

| INHOUD | pagina |
|---|---------------|
| VOORWOORD | i |
| 1. INLEIDING | 1 |
| 1.1 Het Gezonde Steden Beleid van de WHO | 1 |
| 1.2 Gezonde Steden Beleid Almelo | 3 |
| 1.3 Opbouw van het rapport | 4 |
| 2. LITERATUUR | 5 |
| 2.1 Veiligheid in de privé-sfeer bij ouderen | 5 |
| 2.1.1 Achtergrondgegevens ongevallen in de privé-sfeer | 5 |
| 2.1.2 Risicofactoren en risicogroepen | 8 |
| 2.1.3 Preventieve maatregelen | 12 |
| 2.2 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) | 13 |
| 2.2.1 Community-benadering | 15 |
| 2.2.2 Voorlichting aan ouderen | 16 |
| 3. DOEL, VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET | 18 |
| 3.1 Doel van het onderzoek | 18 |
| 3.2 Vraagstellingen van het onderzoek | 18 |
| 3.3 Onderzoeksopzet | 20 |
| 4. PROCES-EVALUATIE EN STAPPENPLAN | 22 |
| 4.1 Inleiding | 22 |
| 4.2 De structuur en het functioneren van het GSB Almelo | 22 |
| 4.2.1 Samenstelling en functioneren van de Stuurgroep | 24 |
| 4.2.2 Samenstelling en functioneren van de deelgroepen | 27 |

| vervolg inhoud | pagina |
|---|--------|
| 4.3 De invoering van het GSB in de gemeentelijke organisatie | 29 |
| 4.4 De invoering van het GSB in de GGD | 33 |
| 4.5 De invoering van het GSB in de Stichting Welzijn Ouderen Almelo | 36 |
| 4.6 Eindbalans en stappenplan | 39 |
| | |
| 5. RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE | 47 |
| 5.1 Opzet van de metingen | 47 |
| 5.2 Veldwerk en respons | 48 |
| 5.3 Beschrijving van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 | 48 |
| 5.4 Valgeschiedenis en maatregelen van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 | 52 |
| 5.4.1 Valgeschiedenis van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 | 52 |
| 5.4.2 Maatregelen en kennis van maatregelen van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 | 55 |
| 5.5 Het bereik van de campagne | 58 |
| 5.5.1 Het feitelijk bereik van de doelgroep | 59 |
| 5.5.2 Kenmerken van de bereikte en niet-bereikte doelgroep | 61 |
| 5.6 Conclusies en beschouwing | 67 |
| | |
| 6. HET OMBUDSTEAM | 69 |
| 6.1 Opzet en doelstelling van het Ombudsteam | 69 |
| 6.2 Procesevaluatie Ombudsteam | 70 |
| 6.2.1 De leden van het Ombudsteam | 71 |
| 6.2.2 Werkzaamheden van het Ombudsteam | 72 |
| 6.2.3 Ondersteuning van het Ombudsteam | 76 |
| 6.2.4 Resultaat van het Ombudsteam volgens de leden | 77 |
| 6.2.5 Resultaat van het Ombudsteam volgens de SWOA | 78 |
| 6.2.6 Knelpunten | 79 |
| 6.2.7 Conclusie | 80 |

| Vervolg inhoud | pagina |
|---|--------|
| 6.3 Het signaleringssysteem | 80 |
| 6.3.1 Opzet van het signaleringssysteem | 81 |
| 6.3.2 Werken met het signaleringssysteem | 81 |
| 6.3.3 De resultaten van het signaleringssysteem | 82 |
| 6.3.4 Conclusie | 83 |
| 6.4 Enquête-vragen over het Ombudsteam | 83 |
| 6.4.1 Resultaten | 83 |
| 6.4.2 Conclusie | 84 |
| 7. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN DISCUSSIE | 85 |
| 7.1 Samenvatting | 85 |
| 7.2 Conclusies | 88 |
| 7.3 Discussie | 90 |
| LITERATUUR | 91 |
| LIJST VAN AFKORTINGEN | 95 |
| BIJLAGEN | 97 |

VOORWOORD

Onder de noemer Gezonde Steden vinden in Nederland tal van initiatieven plaats om systematisch en doelgericht te werken aan het voorkomen van gezondheidsproblemen. Niet alleen door gezondheid te benaderen vanuit de gezondheidszorg, maar vanuit alle te onderscheiden determinanten van gezondheid.

In Almelo bestaat, vanaf het begin van het denken over Gezonde Steden in Nederland, belangstelling om hieraan mede vorm te geven. Daarbij staat voorop dat het project zo concreet mogelijk gestalte dient te krijgen, zodat naar het bestuur van de gemeente en de bevolking de verdiensten van de Gezonde Steden filosofie duidelijk kunnen worden gemaakt.

Het thema waarvoor in Almelo in eerste instantie werd gekozen is 'een veilig thuis voor oud en jong; ouderen en veiligheid'.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg is vooral in verband met een evaluatie van het project betrokken geweest bij het Gezonde Steden Beleid Almelo. Deze evaluatie werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur.

De evaluatie was ook mogelijk door de immateriële bijdragen van een groot aantal mensen en organisaties die betrokken zijn bij het Gezonde Steden Beleid Almelo. Speciaal willen wij daarvoor bedanken:

- Gijs Peterman van de Gemeente Almelo, de trekker van het project;
- Jan Vreeling en Tom Koorn van de GGD Gemeentekring Almelo, met name voor wat betreft hun bijdrage aan het onderzoek onder Almelose ouderen;
- Niels Hartlief van de Stichting Consument en Veiligheid voor zijn commentaar en adviezen;
- Reinier van Broekhoven en Anita Delsing van de Stichting Welzijn Ouderen Almelo de trekkers van het Ombudsteam en de leden van het Ombudsteam.

Ook alle overige deelnemers aan het Gezonde Steden Beleid Almelo willen wij bedanken voor hun bijdrage die zij hebben geleverd: in de vorm van een interview, het enquêteren van Almelose ouderen en het becommentariëren van concept onderdelen van het rapport.

Wij hopen dat het evaluatierapport aanleiding geeft om het Almelose voorbeeld op bredere schaal te volgen. Dat de ervaringen in Almelo daartoe aanleiding geven moge blijken bij lezing van het rapport.

1. INLEIDING

In dit inleidende hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergronden en inhoud van het Gezonde Steden Beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization: WHO) en de uitwerking hiervan in het Gezonde Steden Beleid in Almelo. Daarna wordt de opbouw van het rapport aangegeven.

1.1 Het Gezonde Steden Beleid van de WHO

De WHO is het onderdeel van de Verenigde Naties dat zich bezighoudt met volksgezondheid. De definitie van gezondheid, die binnen de WHO al sinds 1948 gehanteerd wordt luidt: " een toestand van algeheel lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek" (Cosijn, 1992, p. 4). De WHO neemt initiatieven om wereldwijd de volksgezondheid te bevorderen. De Leeuw (1991) geeft aan dat al in de eerste helft van de zeventiger jaren door onder andere Laframboise (1973), Blum (1974) en Lalonde (1974) is gesteld dat volksgezondheid zich niet alleen op gezondheidszorgvoorzieningen moet richten, maar met name op andere factoren die de gezondheid beïnvloeden zoals individuele leefstijl, biologische factoren en sociale en fysieke omgeving. Deze benadering wordt het Health Field Concept van Lalonde genoemd, naar aanleiding van het rapport van Lalonde uit 1974. Ook uit onderzoek (o.a. O'Neill, 1983; Gunning-Schepers, 1988; Janssen, 1989) blijkt dat gezondheid in Europa wordt bepaald door zaken als werkgelegenheid, huisvesting, opleiding etc..

De strategie die de WHO gebruikt om haar doelstelling te verwezenlijken heeft de naam "Health for all by the Year 2000" gekregen. Het uitgangspunt daarbij is dat gezondheid bevorderd moet worden en dat de volksgezondheid zich niet alleen moet richten op het bestrijden van ziekten. De doelstellingen van het Health for All-beleid zijn als volgt samengevat:

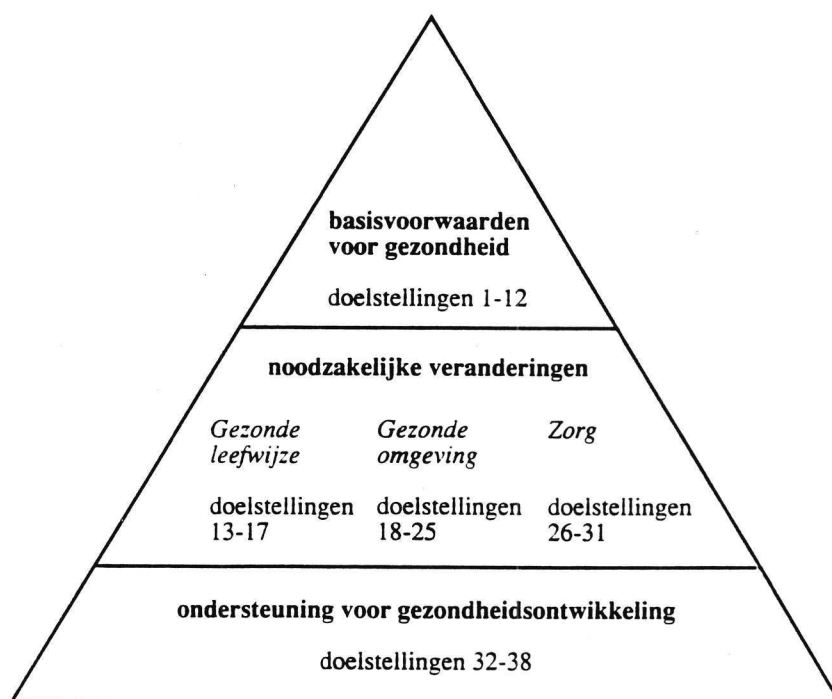
- meer nadruk op preventie naast alleen curatie;
- meer aandacht voor primaire gezondheidszorg en minder voor technologisch hoog-gespecialiseerde zorg;
- meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van het individu voor het in stand houden en verbeteren van zijn gezondheid en
- uitdrukkelijke aandacht voor sociale en fysieke factoren die de gezondheid beïnvloeden (Ketting en de Leeuw, 1989 in: Cosijn, 1992).

Het idee van Healthy Cities werd geboren in Toronto, tijdens een conferentie 'Beyond Health Care' in 1984. Men erkende het belang van de stad als leefgemeenschap voor mensen en als omgeving die van grote invloed is op gezondheid (Ashton, Grey & Barnard, 1986; Ashton, 1987). De WHO heeft daarop in 1986 het initiatief genomen tot het opzetten van het Healthy Cities Project, ofwel het Gezonde Steden Beleid. Het project behelst het invoeren van nieuwe inzichten in het gezondheidsbeleid met betrekking tot Gezondheidsbevordering (Health Promotion). Het is ingesteld om in steden een ontwikkelingsprogramma op te stellen en uit te voeren om te voorzien in optimale condities voor de 'gezondheid voor allen in het jaar 2000'. Het Healthy Cities Project Office (HCPO) definieert een gezonde stad als:

"een stad die doorlopend de sociale en fysieke milieus en de hulpbronnen in de gemeenschap creëert en verbetert waardoor mensen in staat gesteld worden om elkaar wederzijds te ondersteunen zodat zij een volwaardig leven kunnen leiden naar hun maximale potentieel "(Cosijn, 1992, p. 26).

De WHO speelt in het Healthy Cities-project voornamelijk een ondersteunende rol. Deze gedachtegang is voor Nederland verwerkt in de Nota 2000 (WVC, 1986) en in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid (WVC, 1989), waarin een aantal gezondheidsdoelen is geformuleerd. In figuur 1.1 zijn de 38 doelstellingen van de WHO gegroepeerd. De onderwerpen van de 38 doelstellingen, zoals verwoord in de rapportage van het ministerie van WVC (1991) zijn opgenomen in bijlage 5.

Figuur 1.1 De 38 Health for All - doelstellingen



In Nederland was Eindhoven de eerste 'gezonde stad', later gevolgd door Rotterdam. Beide steden maken deel uit van het internationale Netwerk van Gezonde steden. Om als stad geselecteerd te kunnen worden tot 'gezonde stad' moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. Zo moet een 'gezonde stad':

- de doelstellingen van Health for All onderschrijven;
- op top-niveau een politieke keuze maken waarin ontwikkeling en implementatie van de Gezonde Stad-strategie wordt vastgelegd;
- de noodzakelijke middelen vrijmaken en
- bereid zijn deel te nemen aan een Europees netwerk en zich in te zetten voor de ontwikkeling van een nationaal netwerk van gezonde steden (Cosijn, 1992).

De gemeente Almelo behoort tot het nationale netwerk van gezonde steden. Het Gezonde Steden Beleid Almelo hanteert, met betrekking tot gezondheid en veiligheid meerdere doelstellingen:

- nr. 4: terugdringen van ziekte en invaliditeit;
- nr. 11: ongevallen doen afnemen;
- nr. 15: kennis en motivatie voor gezond gedrag en
- nr. 24: woongebieden en huisvesting.

In het onderzoek naar het Gezonde Steden Beleid in Almelo wordt vooral ingegaan op doelstelling 11:

"Omstreeks het jaar 2000 dient de sterfte ten gevolge van ongevallen in de Regio met ten minste 25% te zijn verminderd door grotere inspanningen ter vermindering van verkeers- en arbeidsongevallen en ongevallen in de privésfeer" (WVC, 1991).

Het ministerie van WVC verwacht dat, als de trend zich doorzet deze doelstelling zal worden behaald. Het GSB gaat er van uit dat de reductie van ongevallen in de privésfeer met tenminste 20% dient te worden verminderd (Koom, 1989). De manier waarop de gemeente Almelo haar 'Gezonde Steden Project' heeft opgezet en heeft ontwikkeld komt in hoofdstuk 4 uitgebreid aan de orde. Hieronder volgt een zeer beknopte beschrijving van het project.

1.2 Gezonde Steden Beleid Almelo

In het kader van het GSB van de WHO heeft de gemeente Almelo het project 'Almelo, een veilig thuis voor oud en jong' opgezet. Dit project is officieel gestart op 13 maart 1990 met een openingsmanifestatie. Het project richt zich, in eerste instantie, op de preventie van ongevallen in

de privé-sfeer van ouderen (Ooijendijk e.a., 1990). Andere doelen van het project zijn het stimuleren van het nemen van preventieve maatregelen in het algemeen en het bewust maken van het nut van aanpassingen in de woning en woonomgeving van andere partijen zoals woningbouwcorporaties en de gemeente. In het kader van het project Gezonde Steden Beleid Almelo, eerste fase 'Almelo, een veilig thuis voor oud en jong' hebben vanaf maart 1990 tot eind 1991 voorlichtingsactiviteiten plaatsgevonden ten behoeve van de veiligheid van ouderen. Het doel van deze activiteiten is om ouderen meer preventieve maatregelen te laten nemen teneinde (letsel van) valongevallen te verminderen. Voorlichting aan ouderen is gegeven door multimediale activiteiten. Enerzijds is voorlichting gegeven via de massamedia, zoals kranten, radio, wijkbladen en dergelijke, anderzijds via interpersoonlijke kanalen, zoals individuele en groepsvoorlichting door professionele krachten en door het zogenaamde Ombudsteam.

1.3 Opbouw van het rapport

Na de inleiding over de achtergronden en inhoud van het GSB van de WHO en de uitwerking daarvan in Almelo, wordt in het tweede hoofdstuk enige relevante literatuur met betrekking tot het onderwerp - veiligheid in de privé-sfeer - en de gevolgde methode - GezondheidsVoorlichting- en Opvoeding (GVO) - behandeld. Het derde hoofdstuk bevat het doel, de vraagstelling en de onderzoeksopzet van het onderzoek. In het vierde hoofdstuk wordt de procesevaluatie weergegeven en het stappenplan behandeld. Het vijfde hoofdstuk gaat in op de resultaten van de enquête, waarbij aan de orde komen een beschrijving van de onderzoeksgroep(en), de valgeschiedenis van de ouderen en het bereik van de voorlichtingscampagne. Vervolgens gaat het zesde hoofdstuk over het functioneren van het Ombudsteam. Tenslotte wordt in het zevende en laatste hoofdstuk een samenvatting gegeven, alsmede de conclusies en discussie.

2. LITERATUUR

In dit hoofdstuk wordt enige relevante literatuur behandeld. Het betreft voornamelijk literatuur ten aanzien van (maatregelen ter voorkoming van) ongevallen in de privé-sfeer bij ouderen en literatuur ten aanzien van de methoden die bij GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding gehanteerd worden.

2.1 Veiligheid in de privé-sfeer bij ouderen

Veiligheid is een belangrijk aspect in het dagelijks leven. Men kan te maken krijgen met onveilige situaties in de privé-sfeer, in de arbeidssituatie en in het verkeer. In navolging van Wijlhuizen (1989) wordt onder veiligheid in de privé-sfeer verstaan de veiligheid in en om huis, tijdens recreatie en (al dan niet georganiseerde) sportbeoefening en tijdens het bezoek aan openbare gebouwen, zoals scholen, e.d. (p. 2). In dit rapport wordt uitgegaan van de privé-sfeer in engere zin. Gezien het onderwerp van het onderzoek - de evaluatie van de campagne: "Een veilig thuis voor oud en jong" wordt in dit rapport de privé-sfeer beperkt tot de woning en de directe woonomgeving. Met directe woonomgeving wordt dan bedoeld de tuin en de ruimte die men gebruikt om het eigen huis te bereiken, zoals een trappenhuis in een flat.

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op enkele achtergrondgegevens met betrekking tot ongevallen in de privé-sfeer, op de risico's en risicogroepen en op preventieve maatregelen ten aanzien van valongevallen.

2.1.1 Achtergrondgegevens ongevallen in de privé-sfeer

De Stichting Consument en Veiligheid heeft een schatting gemaakt omtrent het aantal ongevallen in en om de woning van ouderen van 65 jaar en ouder. Zij vonden dat 125.000 personen per jaar een dergelijk ongeval meemaken. Daarvan worden 45.000 personen in een ziekenhuis behandeld en overlijden er 1500 door het ongeval (WVC, 1990). In Nederland worden ongevallen in de privé-sfeer geregistreerd via het Privé Ongevallen Registratie Systeem (PORS). Via het PORS zijn schattingen gemaakt, gebaseerd op gegevens verzameld bij 14 ziekenhuizen door de Stichting Consument en Veiligheid (SCV). Deze 14 ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef uit 150 ziekenhuizen die een 24-uurs Eerste-hulpafdeling hebben (Thien, 1987). In de periode van 1984 tot en met 1989 hebben er zich in totaal 545.000 ongevallen voorgedaan (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Aantal ongevallen (x 1000) in de privé-sfeer bij ouderen

| Leeftijd | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 55-59 jaar | 16 | 18 | 18 | 18 | 20 | 21 |
| 60-64 jaar | 16 | 17 | 17 | 16 | 18 | 19 |
| 65-69 jaar | 12 | 13 | 13 | 14 | 15 | 17 |
| 70-74 jaar | 10 | 12 | 13 | 12 | 14 | 14 |
| 75+ jaar | <u>23</u> | <u>24</u> | <u>28</u> | <u>28</u> | <u>32</u> | <u>37</u> |
| Totaal | 77 | 84 | 89 | 88 | 99 | 108 |

in: WVC 1991*

De PORS-registratie over het jaar 1990 geeft, na toepassing van enig rekenwerk, inzicht in de verdeling van het aantal ongevallen tussen mannen en vrouwen van 60 jaar en ouder (tabel 2.2). Verder geeft de PORS 1990 inzicht in de activiteit van de oudere op het moment van het ongeval (tabel 2.3), het type ongeval (tabel 2.4) en de bij het ongeval betrokken producten (tabel 2.5). De gegevens met betrekking tot de plaats van het ongeval zijn in de PORS-registratie onvoldoende uitgesplitst om inzicht te kunnen geven in de precieze ongevalsplek in en om het huis. Wijkhuizen (1989) concludeert dat ca. 60% van de valongevallen in en om het huis plaatsvindt. Daarbij vallen ouderen met name in de huiskamer. Op straat vallen ouderen met name op het trottoir.

Tabel 2.2 Aantal ongevallen in de privé-sfeer van 60-jarigen en ouder naar geslacht (percentages)

| Leeftijd | man (n = 2448) | vrouw (n = 6035) | totaal (n = 8483) |
|------------------|-------------------|---------------------|----------------------|
| 60-64 jaar | 25 | 17 | 19 |
| 65-69 jaar | 23 | 18 | 20 |
| 70-74 jaar | 18 | 18 | 18 |
| 75 jaar en ouder | 33 | 47 | 43 |

bron: PORS 1990, berekening op tabel 8, p. 53.

Opvallend is dat terwijl bij mannen de frequentie van ongevallen redelijk gelijk over de leeftijdsgroepen verdeeld is, bij de vrouwen duidelijk sprake is van een verhoogd risico boven de 75 jaar. Voor vrouwen jonger dan 75 jaar is het risico op een ongeval, vergeleken met mannen relatief klein.

* De oorspronkelijke tabel bevat ook gegevens over de leeftijdscategorie 0 - 54 jaar.

Tabel 2.3 Aantal ongevallen van 60-jarigen en ouder naar activiteit van en geslacht (percentages)

| Activiteit | man (n = 2530) | vrouw (n = 6120) | totaal (n = 8650) |
|-------------------------|-------------------|---------------------|----------------------|
| doe het zelf | 10 | – | 3 |
| huishouding | 4 | 6 | 5 |
| winkelen | 1 | 3 | 2 |
| persoonl. verzorging | 8 | 10 | 9 |
| tuinieren | 3 | 1 | 2 |
| wandelen/hond uitlaten | 6 | 7 | 7 |
| fietsen | 9 | 6 | 7 |
| openbaar vervoer | 1 | 2 | 2 |
| overige activ./onbekend | 58 | 65 | 63 |

bron: PORS 1990, berekening op tabel 4, p. 49.

Met betrekking tot de activiteit waar de oudere mee bezig was op het moment van het ongeval moet geconstateerd worden dat dit voor een groot deel van de ongevallen onbekend is. Verder lijkt de gebruikte categorie-indeling vrij grof. De categorie 'huishouding' herbergt immers een grote diversiteit aan activiteiten in zich. De eerste resultaten van een onderzoek van Wijlhuizen en Den Hertog (1992, t.p.) naar determinanten van ongevallen in de privé-sfeer bij ouderen van 55 jaar en ouder laten zien dat veel valongevallen van ouderen plaatsvinden tijdens het transport van objecten of tijdens het verplaatsen van zichzelf zonder dat een nadere taakaanduiding mogelijk is. Een uitzondering wordt gevormd door de categorie nycturie ((nachtelijk) toiletbezoek vanuit bed)(p. 15). Ongevallen, meestal een val, tijdens nycturie komen relatief veel voor omdat veel ouderen geen licht aandoen en geen bril opzetten. Bovendien gebruiken veel ouderen zeer regelmatig slaapmiddelen wat een verminderd concentratie- en reactievermogen met zich mee brengt (p. 20/21).

Tabel 2.4 Aantal ongevallen van 60-jarigen en ouder naar type ongeval en geslacht (percentages)

| type ongeval | man (n = 2448) | vrouw (n = 6034) | totaal (n = 8482) |
|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------------|
| struikelen | 6 | 10 | 9 |
| uitglijden | 2 | 3 | 3 |
| verstappen | 3 | 4 | 4 |
| val gelijk niveau/overig | 29 | 49 | 43 |
| val van vaste trap | 6 | 6 | 6 |
| val van losse trap | 2 | 1 | 1 |
| val van (brom-)fiets | 9 | 5 | 6 |
| val van hoogte/overig | 5 | 5 | 5 |
| snijdend/stekend object | 13 | 2 | 5 |
| dier | 6 | 3 | 4 |
| overig/onbekend | 19 | 11 | 13 |

bron: PORS 1990, berekening op tabel 9, p. 54.

Het vallen op gelijk niveau is duidelijk het meest voorkomende type ongeval, vooral bij vrouwen, waar het de helft van het aantal ongevallen betreft. Vallen blijkt het meest voorkomende ongeval in de privé-sfeer onder ouderen te zijn. In 1984 zijn er 1548 ouderen overleden ten gevolge van een

ongeval in de privé-sfeer, 89% als gevolg van een val in de woning (Thien, 1987). De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn niet groot. Naast de val op gelijk niveau is echter een ongeval waar een snijdend of stekend object bij betrokken een uitzondering. Mannen maken meer ongevallen met dergelijke objecten mee dan vrouwen. Gezien het verschil tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de ongevallen bij het doe-het-zelven lijkt dit niet verwonderlijk.

Tabel 2.5 Aantallen producten die betrokken waren bij een privé-ongeval van 65-jarigen en ouder naar produktgroep (percentages)

| Produktgroep | % (n = 18742) |
|-----------------------------|------------------|
| deur en attributen | 1 |
| constructies in en om huis | 1 |
| trap of treden | 3 |
| vloer | 17 |
| woninginrichting/sanitair | 4 |
| serviesgoed/keukenartikelen | 1 |
| bestrating | 12 |
| (huis-)dieren | 2 |
| vervoer | 5 |
| onbekend/overig | 54 |

bron: PORS 1990, berekening op tabel 13, p. 66.

Van een groot aantal ongevallen is onbekend welke produktgroepen bij het ongeval betrokken waren. Relatief vaak betrokken zijn de produktgroepen 'vloer' en 'bestrating'. Dit is niet verwonderlijk indien bedacht wordt dat de valpartij de grootste binnen de categorie ongevallen is en dat bij een val binnenshuis uiteraard de vloer en buitenshuis de bestrating betrokken is.

Verschillen in de mate waaraan men blootgesteld is aan de diverse risico's spelen een rol bij de mate waarin men ongevallen meemaakt. In de volgende paragraaf wordt hierop dieper ingegaan.

2.1.2 Risicofactoren en risicogroepen

Om de risicofactoren en daarmee de risicogroepen ten aanzien van ongevallen in de privé-sfeer te kunnen traceren dient eerst inzicht verkregen te worden in de determinanten die aan het voorkomen van ongevallen ten grondslag liggen. Vaak wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen interne factoren, bijvoorbeeld lichamelijke klachten zoals duizeligheid en gewrichts- en spieraandoeningen, en externe factoren, zoals bijvoorbeeld een losliggende stoeptegel of een gladde vloer (Omée, 1987).

Interne risicofactoren

Een interne risicofactor is de **veroudering van het individu**. Het ouder worden brengt met zich mee dat men minder snel reageert op informatie die via het zenuwstelsel binnenkomt. Door een gebrek aan beweging worden de spieren slapper en is men niet zo snel meer als vroeger. Bij vrouwen, maar in toenemende mate ook bij mannen, speelt daarnaast botontkalking (osteoporose) een rol (Svanström, 1990). Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten (1985) geven in hun "Achtergrondstudie Vergrijzing" aan dat reuma (33%), kortademigheid (21%), verhoogde bloeddruk (20%) en duizeligheid (15%) de meest voorkomende aandoeningen zijn bij zelfstandig wonende mensen van 55 jaar en ouder (p. 47). Bij het ouder worden heeft men meer moeite om zich aan te passen aan zijn omgeving en wordt daardoor kwetsbaarder. Risicofactoren uit de medische sfeer spelen vooral een rol bij ouderen van 75 jaar en ouder (Askham et al., 1990). Een andere factor die bijdraagt aan de kans op een ongeval is medicijngebruik (WHO, 1989). Hoewel medicijngebruik in principe is bedoeld om de gezondheid te verbeteren of om nadelige gevolgen van een aandoening te verminderen kan het gebruik van (bepaalde) medicijnen vervelende bijwerkingen hebben. Dit geldt met name wanneer een oudere meer medicijnen naast elkaar gebruikt (polyfarmacie). Dit komt vooral voor bij oudere ouderen. Geneesmiddelen die op het centrale zenuwstelsel werken hebben soms als bijwerking dat de gebruiker suf wordt. Door deze verminderde alertheid kan het gebeuren dat een oudere valt en iets oploopt (Van Bezooijen, 1991). Hetzelfde geldt voor het gebruik van benzodiazepinen (slaapmiddelen en tranquillizers). Op oudere leeftijd komt psychische en sociale problematiek drie maal vaker voor dan op jongere leeftijd. Voor slapeloosheid geldt dat het zelfs 10 maal vaker voorkomt op ouderen leeftijd dan op jongere leeftijd (Haayer-Ruskamp, 1991). Het risico op vallen van ouderen blijkt samen te hangen met de mate waarin men medicijnen gebruikt (Askham et al., 1990).

Een andere interne, gedragsmatige risicofactor is de **psychologische gesteldheid** van de oudere. Eenzaamheid, bijvoorbeeld door een gebrek aan sociale contacten, kan van invloed zijn op het ongevalsrisico. Volgens Askham et al. (1990) bestaat er (nog) geen bewijs dat dit het geval is, maar zou onderzoek hierover uitsluitsel moeten geven. Dergelijk onderzoek heeft tot op heden niet of nauwelijks plaatsgevonden. Wel is onderzoek gedaan naar de relatie tussen angst om te vallen bij ouderen die wel en bij ouderen die niet gevallen zijn en dagelijkse activiteiten. Het bleek dat angstige ouderen minder actief zijn dan niet-angstige ouderen (Tinetti et al., 1986). Askham et al. halen een citaat van Vetter en Ford (1989) aan waarin gesuggereerd wordt dat er misschien wel sprake is van een vicieuze cirkel waarin ouderen terecht kunnen komen. In deze vicieuze cirkel ontstaat angst bij ouderen naar aanleiding van het hebben van fysieke beperkingen. De medicijnen die de ouderen slikken om deze angst tegen te gaan kunnen, op hun beurt, weer een extra

risicofactor vormen voor vallen, wat de ouderen vervolgens weer angstig maakt en zo is de cirkel rond.

Externe risicofactoren

Een belangrijke externe risicofactor is de huisvesting van ouderen. Hiermee wordt bedoeld de huisvesting in ruime zin, dat wil zeggen het huis zelf, de woonomgeving alsmede de bereikbaarheid van de noodzakelijk voorzieningen. Immers een slechte bereikbaarheid van bijvoorbeeld levensmiddelenwinkels vergroot de tijdsduur waarin mensen blootstaan aan omgevingsrisico's (expositieduur). Uit het literatuuroverzicht van Askham et al. (1990) naar onderzoek naar veiligheid in de privé-sfeer blijkt dat er een gebrek bestaat aan onderzoek naar het verband tussen huisvesting, de woonomgeving en valongevallen, hoewel bepaalde factoren wel degelijk invloed lijken te hebben. Daarmee doelen de auteurs op het feit dat ouderen vaak in relatief oude, slecht onderhouden woningen wonen die vaak moeilijk toegankelijk zijn. De toegankelijkheid van de woningen is, volgens Thijssen (1987), het slechtst voor alleenstaanden, ouderen in de grote steden en ouderen uit de lagere milieus. Opvallend is dat er nauwelijks literatuur is met betrekking tot de specifieke onveilige situaties in woningen van ouderen. De Stichting Consument en Veiligheid brengt daar enige verandering in. Zij werkt momenteel aan een rapport waarin per ruimte in de woning wordt nagegaan waar zich onveilige situaties voordoen.

Combinatie van interne en externe risicofactoren

Een ongeval wordt in veel gevallen veroorzaakt door een combinatie van interne en externe factoren. Burger (1986) haalt een onderzoek van Rogmans en Klasens (1983) aan waaruit blijkt dat de ouderen die een ongeval hadden meegemaakt als oorzaak noemden de aanwezigheid van drempels, gladde vloerbedekking, een trap en meubilair dat in de weg stond. De medici in dit onderzoek wezen veelal op oorzaken als, onder andere, verminderde gezichtssterkte, stoornissen in hart- en bloedvaatstelsel, centraal zenuwstelsel, bewegingsapparaat, medicijngebruik en psychosociale factoren. Er lijkt dus vaak sprake te zijn van gecombineerde risico's. Het zijn enerzijds de interne factoren (bijvoorbeeld duizeligheid) gecombineerd met anderzijds de externe factoren (bijvoorbeeld een losliggend kleedje) die bijdragen aan het risico op een valongeval. De laatste tijd is er meer onderzoek gaande naar "features of the environment that can interact with specific neuropsychological difficulties common among older people" (WHO, 1989, p. 37). Een voorbeeld hiervan is onderzoek naar de gevolgen van hypothermie. Als gevolg van koud weer buiten wordt het binnenshuis ook iets kouder. Dit kan "neuromuscular slowing and incoordination" tot gevolg hebben. Hiervoor is echter alleen nog indirect bewijs beschikbaar (WHO, 1989).

In het kader van een interventie die gericht is op de preventie van ongevallen bij ouderen in de privésfeer lijkt een tweedeling van risico-factoren (intern vs. extern) toch wat beperkingen te hebben. De tweedeling zou in feite een driedeling moeten zijn. Deze indeling ziet er dan als volgt uit:

- de medische factor;
- de omgevingsfactor;
- de gedragsfactor;

De medische factor refereert aan interne risicofactoren, zoals verminderde gezichtssterkte, stoomissen in het centraal zenuwstelsel etcetera. De omgevingsfactor refereert aan externe risicofactoren zoals de scheve stoeptegels en de hoge drempel. De gedragsfactor refereert aan het 'onveilige' gedrag dat ouderen vertonen, zoals het lappen van ramen terwijl men op een wankel krukje staat.

De medische factor en de omgevingsfactor zijn factoren die zich vaak min of meer onttrekken aan de directe invloedssfeer van een oudere. Hoewel een oudere medicijnen kan slikken tegen duizeligheid, kan hij de duizeligheid op zich niet voorkomen. Wel kan een oudere trachten om ongezondheid zoveel mogelijk te voorkomen door gezond te eten en mee te doen aan bewegingsprogramma's. Ook ten aanzien van de omgeving zijn er veel onveilige situaties waar een individuele oudere zelf niet veel aan kan doen, zoals bijvoorbeeld aan de steilheid van een voetgangersonderdoorgang). Aan onveilige situaties binnenshuis kan een oudere zelf makkelijker iets veranderen dan aan onveilige situaties buitenshuis. Deze gedragsfactor is wel door de individuele oudere zelf te beïnvloeden. De oudere kan, op eigen initiatief of gestimuleerd door anderen, veilig gedrag gaan vertonen om zodoende het risico op een ongeval te verkleinen. Daarbij kan gedacht worden aan het veilig maken van de omgeving door middel van, bijvoorbeeld, het laten plaatsen van beugels, maar ook het kopen (en gebruiken) van een veilige trap. Ook de WHO lijkt de gedragscomponent van belang te vinden en dringt er in haar publicatie op aan om meer aandacht te geven aan onderzoek gericht op interventies in plaats van het doen van beschrijvende studies (WHO, 1989). In preventieve campagnes wordt dan ook vaak de nadruk gelegd op de gedragsfactor. Immers, als iemand zijn gedrag verandert (verbetert) en veiliger gedrag gaat vertonen, zal daardoor ook de omgevingsfactor in positieve zin beïnvloedt worden.

Risicogroepen

Met name ouderen bij wie een combinatie van risicofactoren aanwezig is vormen een risicogroep. Ouderen - met name vrouwen van 75 jaar en ouder - hebben een grotere kans op ongevallen in de privé-sfeer dan mensen in de jongere leeftijdsgroepen. Hoewel de directe oorzaak hiervan vaak gelegen is in de oudere zelf, gaat de omgeving een steeds belangrijker wordende rol spelen.

Wijlhuizen en Güttinger (1991) vonden dat de kans op een ongeval relatief groot is voor ouderen met een chronische aandoening, ouderen die last hebben van duizeligheid en plotselinge slapté, alleenstaande ouderen, ouderen die onzeker zijn en bang om te vallen, ouderen die al een keer gevallen zijn en ouderen die te veel alcohol hebben gebruikt. Met name oudere vrouwen en ouderen ouder dan 80 jaar lopen een relatief groot risico (Thien, 1987). Na bovenstaande beschrijving van de risico's en de risicogroepen zal worden gekeken naar de maatregelen die getroffen kunnen worden om de risico's te verkleinen.

2.1.3 Preventieve maatregelen

De preventieve maatregelen die men kan treffen kunnen analoog aan de verdeling van risicofactoren worden ingedeeld. Er bestaan maatregelen gericht op het beïnvloeden van medische risico's, en voor het beïnvloeden van omgevingsrisico's en gedragsmatige risico's.

Veel onderzoek naar de veiligheid van de fysieke omgeving van ouderen is nog niet voorhanden, hoewel het onderwerp een stijgende belangstelling geniet. Preventie van ongevallen in de privé-sfeer kan zich richten op het individu en op de sociale en fysieke omgeving van het individu. Daarbij kan getracht worden om de lichamelijke en geestelijke constitutie van ouderen zodanig te verbeteren dat er een vermindering van het aantal ongevallen optreedt (*beïnvloeding van de medische factor*). Deze vorm van preventie zal echter in veel gevallen niet realiseerbaar zijn. De medische wereld is nog niet in staat om bijvoorbeeld reuma of dementie te voorkomen. Wel kan getracht worden om de gesteldheid van oudere te verbeteren. Daarbij kan gedacht worden aan programma's ter bevordering van het bewegen van ouderen. De Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) coördineert dergelijke programma's voor ouderen. Daarin schenkt men, onder andere, aandacht aan het optillen van sloffende voeten, het kijken waar je loopt en het alert blijven op de bewegingsruimte en wat daarin gebeurt. Daarnaast hebben de programma's tot doel de algemene redzaamheid van de ouderen te bevorderen en de ouderen zelf te laten ontdekken van wat zij met betrekking tot beweging (nog) wel en niet (meer) kunnen (Rijsdorp, 1987). Of aan voorlichtingsprogramma's over gezonde voeding. Hoewel deze programma's niet direct dienen om ongevallen te voorkomen kan een gezonde voeding daar wel aan bijdragen.

Een andere vorm van preventie is ouderen voor te lichten over het voorkomen van ongevallen in en om de woning (*beïnvloeding van de gedragsmatige factor*). Ouderen kunnen voorgelicht worden over producten die aan hun veiligheid kunnen bijdragen, zoals nachtlampjes, badzitjes, anti-slip-tegels etc.. Deze vorm is veel beter realiseerbaar en wordt ook veel toegepast.

Een derde vorm van preventie is (het geven van voorlichting over) het aanpassen van de omgeving zodanig dat het risico op ongevallen afneemt (*beïnvloeding van de omgevingsfactor*).

Ten aanzien van het voorkomen van de valongevallen hebben Wijlhuizen en Den Hertog (1992, t.p.) gekeken naar de preventiemaatregelen die de betreffende ongevallen hadden kunnen beïnvloeden. Zij vonden dat door de bereikbaarheid van voorzieningen te verbeteren, door het gebruiken van een stok en door het vrijhouden van voldoende loopruimte veel van de ongevallen voorkomen hadden kunnen worden. Er blijft echter ook een aanzienlijk aantal ongevallen die niet met een preventiemaatregel voorkomen had kunnen worden (p. 19).

2.2 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)

In de Nota 2000 wordt preventie omschreven als "gezondheidsbevordering en het voorkomen of beperken van schade aan de volksgezondheid door middel van activiteiten waarvan het karakter bepaald wordt door gezondheidsrisico's die gemeenschappelijk gelden voor de bevolking of voor groepen daarvan" (WVC, 1986, p. 207). Een belangrijk deel van preventie wordt op educatieve wijze uitgevoerd binnen de GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding (GVO). GVO is een vertaling van het engelse begrip Health Education (Jonkers et al., 1988). GVO richt zich op het bevorderen van gezondheid door het beïnvloeden van gedrag van mensen. Volgens Van de Brake (1987) kan voorlichting een bijdrage leveren aan:

- het verspreiden van informatie over een bepaald thema;
- de bewustmaking van de 'problematiek';
- de bekendheid met voorzieningen en hulpmiddelen vergroten;
- het stimuleren van een goed gebruik van voorzieningen en hulpmiddelen en
- het bevorderen van gezond gedrag c.q. een veilige leefstijl (p. 65).

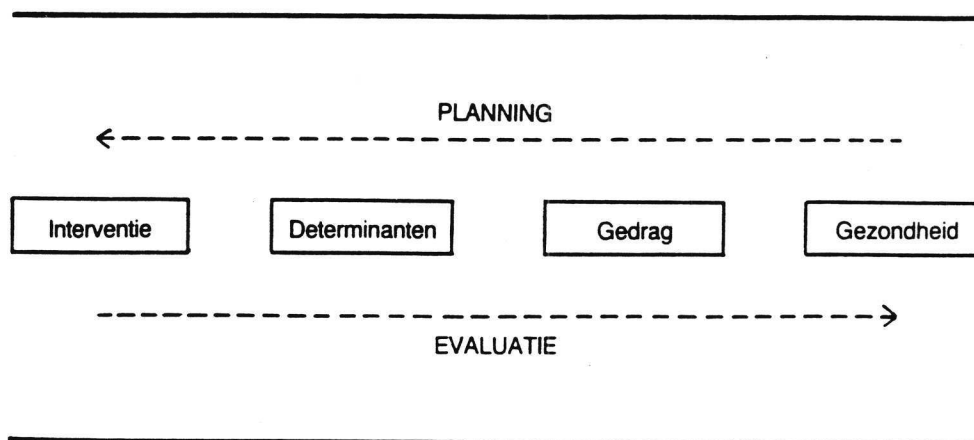
Binnen de GVO kent men verschillende invalshoeken die vaak in combinatie worden gehanteerd:

- GVO als preventie-instrument (GVO gericht op kennis-overdracht)
- Gezondheid als eigen verantwoordelijkheid (GVO gericht op het bevorderen van keuzemogelijkheden van het individu) en
- GVO als deel van het gezondheidsbeleid (GVO mede gericht op gedragsomstandigheden: gezond gedrag moet mogelijk zijn).

Door middel van GVO tracht men de individuele vaardigheden te vergroten die er op gericht zijn de eigen gezondheidssituatie te hanteren en zo mogelijk te verbeteren. Het GVO-proces bestaat uit vier samenhangende elementen: "**interventies**, gericht op **determinanten**, met een zodanige invloed

op het **gedrag**, dat daarmee de **gezondheid** wordt verbeterd" (Jonkers et al., 1988, p. 24-25). Figuur 2.1 geeft dit proces schematisch weer.

Figuur 2.1 Het GVO - proces



Als de vier elementen van het GVO-proces vertaald worden naar een veiligheidsvoorlichtingsproject zou het GVO-proces er als volgt uit kunnen zien. De **interventie** is het geven van veiligheidsvoorlichting aan een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld ouderen. Dit kan door middel van massamediale kanalen, zoals (lokale) kranten, radio en televisie, maar ook via interpersoonlijke voorlichting door sociale netwerken binnen de doelgroep zelf. De **determinanten** van (veilig) gedrag zijn, analoog aan Oostveen en Kok (1987):

- de voor- en nadelen die iemand aan veilig gedrag verbonden ziet (minder risico, maar hogere kosten);
- de druk van de sociale omgeving om al dan niet veilig gedrag te vertonen en
- (on)mogelijkheden om veilig gedrag te vertonen (veilige of veiligheidsverhogende produkten moeten eenvoudig en tegen een redelijke prijs verkrijgbaar zijn).

Het **gedrag** dat, door middel van het GVO-proces, bevordert wordt is het vertonen van veilig gedrag (niet meer op krukjes klimmen) en het aanbrengen van aanpassingen in de woning ter verhoging van de veiligheid (bijvoorbeeld beugels en steunen). Tenslotte kan men het niet vallen als (determinant van) de 'verbeterde' **gezondheid** omschrijven.

2.2.1 Community-benadering

Willemsen en Hoekstra (1990) menen dat GVO zich in de afgelopen jaren teveel richtte op individuele kennisvermeerdering, omdat men er van uit ging dat een hoger kennisniveau zou leiden tot gedragsverandering. Zij halen Damoiseaux et al. (1987) aan, om aan te geven dat om ongezond gedrag te kunnen veranderen en om het gewenste gedrag te kunnen behouden ook de attitudes van de mensen moeten veranderen. Daarnaast moet de eigen effectiviteit ingeschat kunnen worden en spelen ook sociale invloeden een rol. Zij constateren dat er een tendens is binnen GVO om zich niet alleen te richten op het individu, maar ook op zijn of haar sociale netwerken en op de hele gemeenschap. Deze bredere visie op gezondheidsvoorlichting wordt 'health promotion' genoemd. De praktische invulling van 'health promotion' is de 'community-benadering' ofwel de sociale netwerk-benadering. Deze benadering staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Kenmerken van de sociale netwerk benadering zijn:

1. De aanname dat gedragsverandering van de bevolking wordt beïnvloedt door personen die in de gemeenschap een leidende rol vervullen.
2. De inschakeling van vrijwilligers.
3. Interventies zijn niet alleen gericht op het individu en de sociale omgeving, maar ook op veranderingen in de fysieke omgeving.
4. De multimediale aanpak.
5. Gericht zijn op de hele leefstijl van de doelgroep (De Vrie, 1990).

Jonkers, Koopman en Steenbrink (1990) geven aan waarom de community-benadering momenteel zo'n belangstelling geniet. Ten eerste is er de overtuiging dat de betrokkenheid van de mensen zelf de beste garantie vormt voor een daadwerkelijke gedragsverandering. Ten tweede onderkent men dat gezondheid, naast gezond gedrag en gezonde leefstijl, ook afhankelijk is van de sociale en fysieke omgeving. En tot slot beseft men dat GVO haar grenzen heeft in het bereiken van doelgroepen. Men is daarom op zoek naar nieuwe manieren om moeilijk bereikbare groepen toch te kunnen bereiken. Overleg met de doelgroep is een essentieel onderdeel van het opzetten van een GVO-project. Weenig (1990) geeft aan dat een voorlichtingscampagne die volgens de community-benadering is opgezet, in overleg met vertegenwoordigers van de doelgroep of van instanties die werkzaam zijn binnen de doelgroep tot stand moeten komen. Daarbij wordt expliciet gebruik gemaakt van het bestaande netwerk van sociale contacten in de doelgroep. Vrijwilligers spelen in de community-benadering een belangrijke rol. Weenig geeft aan dat het opbouwen van een netwerk van contacten met de doelgroep een nuttige, maar tijdrovende bezigheid is. Indien vrijwilligers voor het geven van voorlichting geworven moeten worden, blijkt het bevorderlijk te zijn voor het goed

overbrengen van de boodschap wanneer de doelgroep deze vrijwilligers persoonlijk kennen. Van de Brake (1989) geeft, naar aanleiding van haar ervaringen met het geven van trainingen groepsvoorlichting aan ouderen, aan dat voorlichting door eigen mensen in het algemeen beter werkt dan voorlichting door een 'vreemde'.

2.2.2 Voorlichting aan ouderen

Ook de ouderen zelf onderschrijven het belang van gezondheidsvoorlichting. In 1989 heeft het Centraal Orgaan samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO) een nota over gezondheidszorg geschreven waarin zijn het belang van gezondheidsvoorlichting aan ouderen benadrukken. Medewerkers van de ouderenbond verwoorden dit als volgt: "Gezondheidsvoorlichting kan de draagkracht van ouderen versterken. Factoren als bewustwording, mondigheid, maatschappelijke activiteit en voldoende informatie over organisaties voor maatschappelijke dienstverlening en gezondheidsvoorzieningen zijn medebepalend voor het tot op hoge leeftijd zelfstandig en gezond blijven" (Van den Boom & van Oostrom, 1990, p.19). Daarbij moet wel voorkomen worden dat de informatie de ouderen ontmoedigt in plaats van stimuleert. Volgens Egas (1987) is de discriminatie van ouderen en de slechte passieve leefwijze van mensen een even belangrijke oorzaak van het te veel voorkomen van ongelukken als de leeftijd van de betrokkenen. Ongeacht of deze veronderstelling juist is, geeft het wel duidelijk aan dat betrokkenheid van ouderen bij veiligheidsvoorlichting alleen maar ten goede kan komen aan een veiligheidsproject. Op die manier wordt voorkomen dat er methoden gehanteerd gaan worden die bij de ouderen niet aanslaan of zelfs averechts werken.

Het geven van voorlichting aan ouderen brengt een aantal specifieke problemen met zich mee (Rauwerda, 1987). Met de doelgroep ouderen wordt vaak bedoeld de leeftijdscategorie van 55 jaar en ouder. De doelgroep ouderen is dus heel divers en er bestaat relatief weinig kennis over de doelgroep: vrouwen van 80 jaar verschillen in vele opzichten van mannen van 55 jaar. Er blijkt, met betrekking tot gezondheidsvoorlichting verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen. Zo blijkt uit een onderzoek van Van der Rijt (1990) dat vrouwen en personen die geneigd zijn schade voor de gezondheid te vermijden relatief veel behoefte aan gezondheidsinformatie hebben. Van der Rijt vraagt zich daarbij af in hoeverre de grotere informatiebehoefte bij vrouwen te maken heeft met de taak en rol opvattingen die in de samenleving aan vrouwen toegeschreven wordt (zoals zorg voor gezondheid van de gezinsleden). Bij een behoeftepeiling in Rotterdam bleek dat 21% van de ondervraagde ouderen een voorlichtingsbijeenkomst over veiligheid op prijs zou stellen (Van de Brake, 1987). Ondanks een soms grote behoefte aan informatie kan de bereikbaarheid van de doel-

groep een probleem vormen. Rauwerda (1987) acht de hoeveelheid kennis over de achtergronden van ongevallen nog onvoldoende. Er is te weinig kennis om die informatie te kunnen geven die relevant is. Met betrekking tot het bereiken van de doelgroep gaat men in het Gezonde Steden Beleid in Rotterdam uit van een wijkgerichte benadering. Daarbij maakt men gebruik van de relaties die opbouwwerkers in de wijk hebben. Op deze wijze hoopt men de doelgroep eerder te bereiken. Men maakt tevens gebruik van massamediale voorlichtingskanalen zoals lokale radio en televisie, de gratis huis-aan-huisbladen, de wijkblaadjes etc.. Deze voorlichtingskanalen acht men het meest effectief wanneer men in een wijk gedurende langere tijd aandacht kan geven (samen met o.a. bewonersorganisaties) aan specifieke gezondheidsproblemen in een wijk (Voorham, 1990).

Er blijken echter toch GVO-interventies te zijn die, ondanks voornoemde problemen, als succesvol mogen worden beschouwd. In Falköping in Zweden heeft in 1978 een 'community-interventie' plaatsgevonden waarbij enerzijds de bevolking en professionele hulpverleners voorgelicht werden over het voorkomen van valongevallen in de privé-sfeer en in de arbeidssfeer en anderzijds veranderingen werden aangebracht in de fysieke omgeving. Dit resulteerde, met betrekking tot de ongevallen in de privé-sfeer, in een aanzienlijke afname van het aantal ongevallen bij 65-jarigen en ouder in drie jaar in vergelijking met een controle-gebied (Schelp, 1987). Dit onderzoek geeft aan dat een community-interventie preventief lijkt te kunnen werken ten aanzien van het voorkomen van valongevallen in de privé-sfeer bij ouderen.

3. DOEL, VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk wordt het doel van het evaluatie-onderzoek omschreven, worden de vraagstellingen geformuleerd en wordt de onderzoeksopzet weergegeven.

3.1 Doel van het onderzoek

Het doel van het evaluatie-onderzoek naar het Gezonde Steden Beleid Almelo is driedelig:

1. Het beschrijven en analyseren van de eerste fase van het Gezonde Steden Beleid in Almelo
2. Het verkrijgen van inzicht in het bereiken van de doelgroep, dat wil zeggen inzicht in:
 - a. het percentage ouderen dat via de diverse kanalen bereikt wordt
 - b. de kenmerken van de wel en niet bereikte ouderen
 - c. de factoren die een rol spelen bij het niet bereiken van de diverse onderscheiden groepen ouderen.
3. Het verkrijgen van inzicht in het functioneren van het Ombudsteam.

De evaluatie levert daarnaast een stappenplan op dat door andere gemeenten gebruikt kan worden als voorbeeld bij het ontwikkelen van een lokaal gezondheidsbeleid. In de evaluatie wordt aangegeven welke kosten een dergelijk project voor een andere gemeente met zich mee gaat brengen.

3.2 Vraagstellingen van het onderzoek

Analoog aan de hierboven omschreven doelstelling is de vraagstelling van het onderzoek als volgt geformuleerd:

A. *Gezonde Steden Beleid Almelo*

1. In welke mate vindt er in het GSB een bottom-up benadering plaats, hoe is hieraan gestalte gegeven en wat zijn hierbij de ervaringen?
2. Is gebruik gemaakt van de bestaande sociale netwerken, hoe kunnen die netwerken worden getypeerd? Welke netwerken zijn (on)voldoende in het project betrokken?

3. Bestond er tijdens het project een adequate horizontale informatie-uitwisseling tussen de participanten in het project? Hoe was dit gestructureerd?
4. Welke andere sectoren (verkeer en vervoer, volkshuisvesting, sociale zaken, justitie) zijn op nationaal en lokaal niveau bij het project betrokken. Hoe verloopt de samenwerking/afstemming?

B. Bereik van de doelgroep

1. Feitelijk bereik van de doelgroep:
 - hoeveel procent van de doelgroep wordt alleen bereikt via massamediale kanalen;
 - hoeveel procent van de doelgroep wordt alleen bereikt via interpersoonlijke kanalen;
 - hoeveel procent van de doelgroep wordt bereikt door een combinatie van massamediale en interpersoonlijke kanalen;
2. Kenmerken van de bereikte en niet bereikte doelgroep:
 - leeftijd, sexe, samenlevingsvorm;
 - inkomen (sociaal-economische status)*;
 - mobiliteit, gezondheidstoestand.
3. Redenen om niet bereikt te worden door de voorlichting op doelgroep niveau:
 - motivationele bezwaren;
 - lichamelijke en financiële omstandigheden;
 - bereidheid zich open te stellen voor de voorlichting.

C. Functioneren Ombudsteam

Bij de evaluatie van dit onderdeel van het project zullen systematisch de volgende aspecten in beeld worden gebracht:

1. ervaringen van de coördinator van het project, de Stichting Welzijn Ouderen Almelo (intake procedure, registratie, aard van de vragen, benodigde menskracht en financiële middelen);
2. ervaringen van de leden van het Ombudsteam (voldoende toegerust zijn, bijscholingsvragen, visie op gevolgde werkwijze);
3. beschrijving van de hulpvragers (beschrijving ouderen die bereikt zijn, aard van de vragen).

* Ervaring met de kinderveiligheids campagne 'Nijmegen staat op veilig' leert dat voornamelijk hoger opgeleide ouders participeren in gespreksgroepen over veiligheid (Wortel, Stompedissel & Ooijendijk, 1989).

3.3 Onderzoeksopzet

Ten behoeve van het beantwoorden van de bovenstaande vraagstelling is gekozen voor een onderzoeksopzet, die uit drie delen bestaat:

- a. een procesbeschrijving cq. stappenplan
- b. een enquête onder Almelose ouderen
- c. evaluatie van het Ombudsteam.

ad a. Procesbeschrijving

Het doel van de procesevaluatie door het NIPG-TNO is om:

bij te dragen aan de overdraagbaarheid van het project naar andere gemeenten/regio's, door het ontwikkelen van een stappenplan op basis van de ervaringen in het GSB Almelo.

Om het stappenplan op te kunnen stellen is gebruik gemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden:

1. participerende observatie van de stuurgroepvergaderingen;
2. analyse van documenten en verslagen;
3. interviews met sleutelpersonen;
4. uitvoeren van een nameting onder de Almelose ouderen.

ad 1. Om praktische redenen is er voor gekozen om uitsluitend de vergaderingen van de stuurgroep gezonde steden bij te wonen. Deze stuurgroep bestond uit vertegenwoordigers van de Gemeente Almelo, Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Dienst (GGD) van de gemeentekring Almelo, Regionale Consulent van de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) en de Stichting Welzijn Ouderen Almelo (SWOA). Op de structuur en het functioneren van de stuurgroep zal in § xx nader worden ingegaan.

ad 2. Door de stuurgroep en de deelgroepen die bezig waren met de ontwikkeling van de deelplannen werden documenten en verslagen opgesteld. Deze zijn geanalyseerd met het doel om inzicht te krijgen in:

- a. de voortgang van de diverse activiteiten en
- b. mogelijke knelpunten die zich bij de ontwikkeling van de diverse deelplannen voordeden.

ad 3. Interviews met sleutelfiguren werden gehouden om de beschikbare informatie zoals genoemd onder 1 en 2 aan te vullen. De interviews betroffen onder meer de volgende aspecten:

- de algemene visie op het project "Almelo een veilig thuis", namelijk de reductie van het aantal ongevallen bij ouderen in en om huis en de uitwerking in deelplannen;
- de inbreng van de eigen organisatie en de discrepantie met de als wenselijk geziene inbreng;
- de samenwerkingsrelaties met andere organisaties op het terrein van de veiligheidsvoorlichting;
- de nog bij het project te betrekken organisaties;
- de sterke en zwakke punten van het project en onderdelen daarvan.

ad b. Enquête

Onder een steekproef van 800 Almelse ouderen in de leeftijdsgroep van 60-80 jaar worden interviews gehouden door enquêteurs van de gemeente Almelo aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. In 1989 heeft de GGD Gemeentekring Almelo reeds eerder een dergelijke vragenlijst bij een steekproef van 405 ouderen uit dezelfde populatie. De steekproef van onderhavig onderzoek is, in verband met een zo groot mogelijke vergelijkbaarheid, op dezelfde wijze getrokken als in 1989. In verband met de leeftijdsopbouw van de bevolking is de steekproefgrootte vastgesteld op 4% van de categorie 60-69-jarigen en 5% van de categorie 70-80-jarigen. Er is dus sprake van een gewogen steekproef (Koom, 1989). Waar dit relevante informatie oplevert zullen de resultaten van deze meting gepresenteerd worden naast de resultaten van deze meting. Een directe vergelijking van de twee metingen blijkt te stuiten op onoverkomelijke technische problemen. De vragen van de meting in het onderhavige onderzoek zijn zo gesteld dat de resultaten zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn met de resultaten van het onderzoek uit 1989.

ad c. Evaluatie van het Ombudsteam

De evaluatie van het Ombudsteam zal zich vooral richten op het houden van (groeps-)gesprekken met de betrokkenen en het meelopen gedurende enkele dagen met één of meer leden van het Ombudsteam. Daarnaast zal een analyse plaatsvinden van de ingevulde formulieren in een bepaalde periode van het te ontwikkelen signaleringssysteem.

4. PROCES-EVALUATIE EN STAPPENPLAN

4.1 Inleiding

In de gemeente Almelo is in de afgelopen jaren in het kader van het Gezonde Steden Beleid zoals verwoord door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) gestalte gegeven aan het project 'Almelo een veilig thuis voor jong en oud'. In dit hoofdstuk wordt in aanvulling op het rapport over de voorbereidingsfase (Ooijendijk e.a. 1990) verslag gedaan over de daadwerkelijke uitvoering van het project. Doel daarbij is om het project en de daarvan deelsluitmakende elementen overdraagbaar te maken naar andere gemeenten.

Met name zal worden ingegaan op de structuur van het Gezonde Steden Beleid Almelo en de implementatie van het GSB in de drie organisaties die in het GSB Almelo de hoofdrol heeft gespeeld, namelijk de gemeente Almelo, de GGD gemeentekring Almelo en de Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo. Naast de drie genoemde organisaties was een belangrijke rol weggelegd voor de regionaal consulent van de Stichting Consument en Veiligheid. Omdat dit echter een categoriale instelling is met als hoofdthema veiligheid in de privé-sfeer zal diens rol primair worden belicht vanuit de drie eerdergenoemde organisaties.

In de slotparagraaf zal aan de hand van een aantal criteria voor het Gezonde Steden Beleid een eindbalans voor het project worden opgemaakt en wordt het gevolgde stappenplan weergegeven.

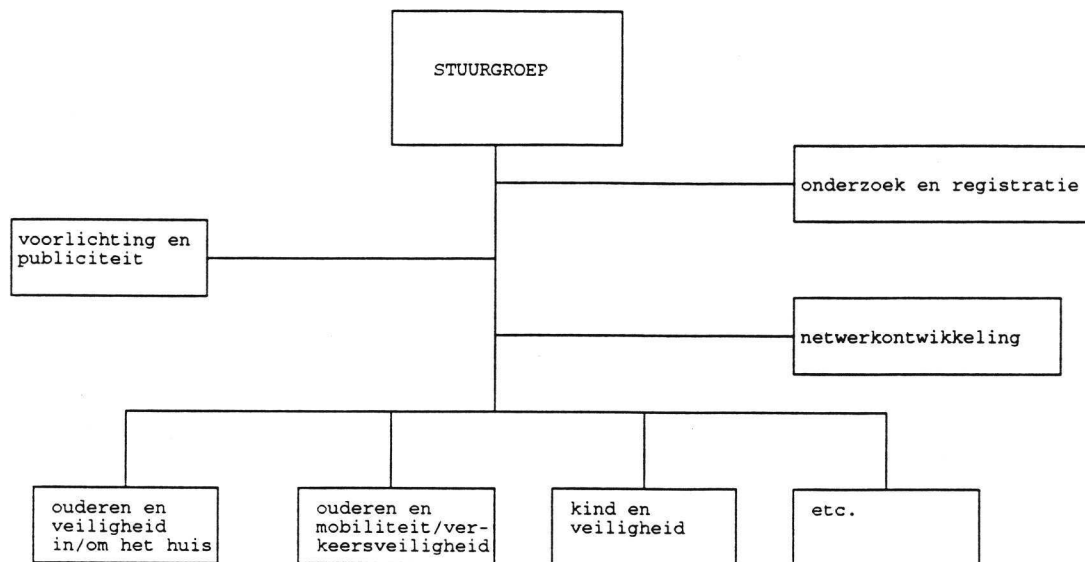
Zoals in 3.3 is beschreven is de procesevaluatie gebaseerd op: participatie in de stuurgroep, analyse van de documenten en het houden van interviews met sleutelpersonen in Almelo.

4.2 De structuur en het functioneren van het GSB Almelo

In Almelo is het van belang gebleken voor het GSB een zo duidelijk mogelijke structuur op te bouwen. Daarbij zijn te onderscheiden de coördinator, de stuurgroep en de deelgroepen.

Een schets van de structuur zoals die zich aan het uitkristalliseren is, wordt hieronder in figuur 4.1 weergegeven:

Figuur 4.1 De organisatorische vormgeving van het GSB Almelo.



Toelichting

Naast/onder de stuurgroep kunnen worden onderscheiden:

- deelgroepen die zich bezig houden met het scheppen van randvoorwaarden ten behoeve van de 'in principe' meer uitvoerend gerichte deelgroepen. In deze deelgroepen is expertise geconcentreerd (onderzoek en registratie, voorlichting en publiciteit en netwerkontwikkeling) die van essentieel belang is voor de te ondernemen activiteiten.
- de deelgroepen waarin inhoudelijke activiteiten voorop staan (veiligheid in en om huis, mobiliteit en verkeersveiligheid en kind en veiligheid) zijn in principe uitvoerend gericht. Ten aanzien van de deelgroep ouderen en mobiliteit/verkeersveiligheid komt dit echter momenteel niet overeen met de feitelijke situatie. Op het functioneren van de onderscheiden deelgroepen wordt later ingegaan.

De structuur wat betreft de deelgroepen is eveneens te schetsen zoals hieronder weergegeven, waarbij wordt uitgegaan van een matrixstructuur (figuur 4.2).

Figuur 4.2 Schets van de structuur van het GSB Almelo als matrixstructuur

| | onderzoek en registratie | voortlichting en publiciteit | netwerk ontwikkeling | relevante anderen |
|--|--------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|
| ouderen en veiligheid in/om huis | | | | |
| ouderen en mobiliteit/ verkeersveiligheid | | | | |
| kind en veiligheid | | | | |
| | | | | |

In het kader van het GSB zijn voor het functioneren van de Stuurgroep en haar deelgroepen huishoudelijke regels opgesteld. Hierin worden onder meer behandeld: taken van de Stuurgroep, criteria voor het functioneren als Gezonde Steden project, taken van de voorzitter, taken van de secretaris/coördinator, taken deelgroepen, planning en uitvoering activiteiten deelgroepen, verantwoording van de activiteiten van de deelgroepen, plenaire bijeenkomsten en de bevoorschotting.

Het huishoudelijke reglement is als bijlage 4.1 toegevoegd.

De samenstelling en het functioneren van de stuurgroep en de deelgroepen zullen hieronder worden besproken.

4.2.1 Samenstelling en functioneren van de Stuurgroep

In het onderstaande schema 4.1 wordt een overzicht gepresenteerd van de in de stuurgroep en de deelgroepen deelnemende organisaties/afdelingen.

Schema 4.1 Overzicht van betrokken organisaties bij het GSB Almelo (verdeeld naar participatie in stuurgroep en deelgroepen) en intensiteit van de betrokkenheid

| Gemeentelijke afdelingen | stuurgroep | deelgroepen |
|--|--|---|
| Dienst Sociale zaken Welzijn Onderwijs Werkgelegenheid afdeling zorgbeleid | *** | *** |
| Dienst Ruimtelijke en economische ontwikkeling volkshuisvesting verkeer en vervoer bestuurlijke en juridische zaken | * * * | * ** ** |
| Stafgroep Bestuursinformatie en ondersteuning onderzoek & statistiek communicatie/voorzichting | * | ** ** |
| Overige (gemeentelijke) organisaties GGD gemeentekring Almelo Gemeentepolitie Almelo Stichting Welzijn Ouderen Almelo Stichting Consument en Veiligheid Steunpunt volwasseneneducatie Almelo Woningbouwverenigingen Gezinsverzorging (SMD regio Almelo) Wijkverpleging Huisartsen | *** *** *** Uitsluitend betrokken geweest | *** * *** *** in voorbereidingsfase * * |

toelichting: * = weinig betrokken ** = betrokken met name bij beleidsvoorbereiding *** = sterke betrokkenheid bij beleid & uitvoering

De dienst waarbij het zwaartepunt ligt van het Gezonde Steden Beleid Almelo is de dienst Sociale Zaken, Welzijn, Onderwijs en Werkgelegenheid. Deze dienst levert zowel de voorzitter als de trekker/secretaris van de stuurgroep. Andere gemeentelijke diensten die betrokken zijn bij het GSB zijn: Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling (volkshuisvesting, verkeer en vervoer, bestuurlijke en juridische zaken) en de stafgroep Bestuursinformatie en Ondersteuning (communicatie, onderzoek en statistiek). De genoemde diensten zijn eveneens vertegenwoordigd in de stuurgroep. Daarnaast hebben in de stuurgroep ook zitting de GGD, de SWOA, de SCV en het NIPG-TNO. Vertegenwoordiging van andere sectoren vindt overwegend speerpuntsgewijs plaats (zie § 4.5). Zo zijn de ministeries van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne (VROM) en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Stichting Experimenten Volkshuisvesting (SEV) betrokken bij projecten betreffende de veiligheid in en om de woning en het stimuleren van het zelfstandig functioneren. Het ministerie van Verkeer en Waterstaat (VenW), het Regionaal Overleg Verkeersveiligheid Overijssel en de Gemeentepolitie Almelo zijn betrokken bij het thema 'mobiliteit en veiligheid'.

Over de wenselijke samenstelling van de stuurgroep zijn de meningen verdeeld. De opvattingen verschillen met name wat betreft het betrekken in de stuurgroep van zorginstellingen. Geconstateerd kan worden dat de zorginstellingen op beleidsniveau vrij slecht bekend zijn met de

(on)mogelijkheden van het GSB. Op uitvoerend niveau lijkt dat wat beter te zijn. Hoewel ook van die kant kritische kanttekeningen worden geplaatst bij het GSB omdat het GSB de instellingen te weinig bij de projecten betreft.

Een vraag die feitelijk door de stuurgroep beantwoord zou moeten worden is of zij primair aan gemeentelijke strategische beleidsvoorbereiding wil werken (dan hoeft de stuurgroep niet verbreed te worden) of dat intersectoraal beleid ook niet-gemeentelijke instellingen dient te omvatten. In dat laatste geval zou de stuurgroep verbreed dienen te worden met bijvoorbeeld vertegenwoordigers vanuit de wijkverpleging, de gezinszorg en de huisartsenzorg. Afhankelijk van toekomstige thema's zou ook aan een vertegenwoordiging vanuit het onderwijs kunnen worden gedacht.

De voorkeur van de meerderheid van de stuurgroep lijkt uit te gaan naar een verbreding van de stuurgroep, waarbij gekozen zou kunnen worden voor een wat beperktere gemeentelijke vertegenwoordiging, echter met vertegenwoordigers die wat hoger in de ambtelijke hiërarchie werkzaam zijn. Afdelingen van de gemeente zouden dan wat meer uitvoerend kunnen worden ingeschakeld bij het GSB.

Mening van de onderzoekers

Naar de mening van de onderzoekers is een van de belemmeringen bij het betrekken van andere organisaties bij het project het ontbreken van die organisaties in de stuurgroep waardoor men te weinig op de hoogte is van de plannen die worden gemaakt. Contacten op uitvoerend niveau zijn in de loop van het project wel ontstaan, maar contacten op beleidsniveau zijn noodzakelijk om het GSB bij die andere organisaties meer structureel in te bedden.

Is men van mening dat het GSB bij andere organisaties meer moet gaan leven dan is het betrekken van die organisaties op een tijdstip waarin kan worden meegedacht en beslist over prioriteitenstelling wat betreft te kiezen thema's e.d. (zoals in de stuurgroep plaats vindt) noodzakelijk.

Een 'ideale' stuurgroep zou moeten voldoen aan de volgende wenselijkheden: vertegenwoordiging van gemeentelijke diensten vanuit verschillende sectoren (facetbeleid), betrekken van organisaties van buiten de gemeente en het beperkt houden van de omvang van de stuurgroep. Het is duidelijk dat deze 'wensen' niet zonder meer met elkaar verenigbaar zijn. Om dit op te lossen zou te overwogen zijn om de stuurgroep breder samen te stellen dan momenteel het geval is en daarmee het aantal leden te vergroten. De stuurgroep zou vervolgens een onderscheid kunnen maken in een kerngroep waarin de dagelijkse gang van zaken wordt geregeld (vergaderfrequentie elke 4 - 6 weken) en de plenaire groep ter vaststelling van plannen, te kiezen thema's etc. (vergaderfrequentie elke 6 maanden).

4.2.2 Samenstelling en functioneren van de deelgroepen

Voorlichting en educatie

Samenstelling: 5 leden + 1 waarnemer + relevante anderen, te weten:

- GVO functionaris van de GGD;
- regionaal consulent van de SCV;
- medewerker van de afdeling voorlichting en communicatie van de gemeente Almelo;
- SWOA coördinator Ombudsteam;
- SWOA projectleider (voorzitter);
- secretaris van de stuurgroep (waarnemer);
- relevante anderen, afhankelijk van speerpunt.

De groep wordt algemeen gekarakteriseerd als een doe-groep. Plannen worden gemaakt, besproken en uitgevoerd. Waarbij de uitvoering met name nog wel eens problematisch is in verband met de beperkte capaciteit. Vanuit de groep wordt naar voren gebracht dat overwogen zou kunnen worden de deelgroep structureel wat te verbreden (woningbouwverenigingen, kruiswerk, gezinszorg).

De vergaderfrequentie van 1 x per 6 weken wordt als voldoende ervaren.

Algehele conclusie: een enthousiaste kerngroep die in het GSB een belangrijke rol speelt.

Onderzoek en registratie

Samenstelling: GGD

Deze deelgroep bestaat in hoofdzaak uit de beide medewerkers van de GGD Gemeentekring Almelo die het epidemiologisch onderzoek uitvoeren. Per onderwerp worden anderen geconsulteerd, concept vragenlijsten e.d. zijn in de stuurgroep besproken. De mening van de meeste participanten in het GSB is dat er nog te weinig met de onderzoeksresultaten gebeurt.

Netwerkontwikkeling

Hierbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen:

- a. de ontwikkeling van een vrijwilligersnetwerk van ouderen (Ombudsteam) en
- b. de ontwikkeling van een netwerk van personen en instellingen die in het GSB een bijdrage zouden kunnen leveren.

Vanaf het begin van het project is onderkend dat een zekere netwerkontwikkeling plaats zou moeten vinden, dit deel van de netwerkontwikkeling is echter niet systematisch aangepakt. De deelgroep netwerkontwikkeling heeft zich beperkt tot het onder a genoemde vrijwilligersnetwerk van ouderen.

Samenstelling: SWOA

De deelgroep bestaat uit twee medewerkers van de SWOA, afhankelijk van de definitie kan men tot deze deelgroep eveneens de leden van het Ombudsteam rekenen (bestaande uit 6 - 8 leden). Een omvang van het Ombudsteam van ± 8 leden wordt als haalbaar en optimaal gezien.

Veiligheid in en om het huis

De samenstelling van deze deelgroep bestaat uit de leden van de deelgroep voorlichting en educatie als kern, uitgebreid met functionarissen die werken op het terrein van de volkshuisvesting en woningaanpassing (woningbouwcorporaties, afdeling volkshuisvesting van de gemeente). De groep is sterk uitvoerend gericht.

Mobiliteit en verkeersveiligheid

Samenstelling: ± 8 leden, te weten:

- Gemeentepolitie Almelo;
- SWOA;
- Veilig Verkeer Nederland (2x);
- Gemeente Almelo (3x)
- GGD gemeentekring Almelo;
- Rijkswaterstaat Overijssel.

De groep wordt gekarakteriseerd als een brainstorm- en praatgroep. Hetgeen ook bij het opzetten van de groep als zodanig is bedoeld. Het ligt in de bedoeling dat de groep toegroeit naar een sterkere betrokkenheid bij de planontwikkeling en -uitvoering. De accent van de uitvoering lag nu nog sterk bij het Ombudsteam en de gemeente.

Deze scheiding tussen planning en uitvoering levert fricties op. Enerzijds vinden leden van de andere deelgroepen in het project dat de uitvoering telkens weer op hen neerkomt, anderzijds vinden de leden van de deelgroep dat zij te weinig terugkoppeling krijgen over de uitvoering.

Positief punt van de deelgroep is dat er een begin is gemaakt met het bij elkaar halen van mensen uit verschillende organisaties om samen te denken over verkeersveiligheid en mobiliteit van ouderen. Als zodanig is het een eerste stap om via facetbeleid te kunnen werken aan verbeteringen. De aanzet tot een verkeersveiligheidsplan en het bankenplan vormen hiervan het tastbare resultaat. Zowel een aantal leden van de stuurgroep en als desbetreffende deelgroep zijn van mening dat explicieter het traject na de planvoorbereiding - de uitvoering - aandacht zou moeten krijgen.

Kind en veiligheid

Hoewel dit onderwerp verder buiten de evaluatie valt wordt de samenstelling en het functioneren van deze deelgroep ook kort besproken.

Samenstelling: 4 leden + relevante anderen per speerpunt, te weten:

- SCV
- GGD
- Gemeente (2x).

Bovenstaande kern zoekt afhankelijk van een te kiezen speerpunt versterking, bijvoorbeeld bij brandweer en politie (thema veilige feestdagen) en sportraad/sportorganisaties (preventie blessures). Probleem ook bij deze deelgroep is de uitvoering van ontwikkelde plannen. Vooral in verband met dit laatste ervaart de kerngroep de samenstelling als (te) beperkt, het ligt echter in de bedoeling tot een uitbreiding en verbreding van de kerngroep te komen.

4.3 De invoering van het GSB in de gemeentelijke organisatie

De eerste voorwaarde waaraan voldaan dient te zijn om het Gezonde Steden Beleid daadwerkelijk aan te pakken is de acceptatie van de ideeën en uitgangspunten die ten grondslag liggen aan het Gezonde Steden Beleid. Daarom zal allereerst worden ingegaan op het gezondheidsbeleid van de gemeente Almelo.

De basis voor het GSB werd in het voorjaar van 1987 door de gemeente Almelo op ambtelijk niveau gelegd door de notitie 'Met het oog op onze gezondheid....', de nota vormde feitelijk een 'vertaling' naar de lokale situatie van de Nota 2000 van het Ministerie van WVC voor de gemeente Almelo.

Een belangrijk motief van de gemeente om betrokken te willen zijn bij de uitvoering van de in de Nota 2000 geformuleerde uitgangspunten betrof de mogelijkheid om een integrale aanpak van gezondheidsproblemen te stimuleren. Kortom, het erbij betrekken van beleidsterreinen buiten het specifieke volksgezondheidsterrein om gezondheidsproblemen aan te pakken.

De eerste stap van de gemeente bestond uit het zoeken van aansluitingsmogelijkheden op het landelijk ingezette beleid op het terrein van de volksgezondheid.

De doelstellingen van het gemeentelijk gezondheidsbeleid: het Gezonde Steden Beleid

In samenwerking met de GGD van de Gemeentekring Almelo, de Stichting Consument en Veiligheid en de Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo is als volgende stap het document 'Almelo, een veilig thuis voor jong en oud' opgesteld (Almelo, 1988).

Primaire doelstelling van het hierin genoemde gezondheidsbeleid is de reductie van het aantal ongevallen bij ouderen en jonge kinderen, daarbij aansluitend bij de doelstellingen van de WHO zoals geformuleerd door de WHO in 'Health For All by the year 2000'. Daarbij werd, op basis van een bestudering van literatuur over interventiemogelijkheden en in afstemming met andere projecten in Nederland, ervoor gekozen om te starten met ongevallen bij ouderen.

Subdoelen bij het veiligheidsbeleid voor ouderen waren: creëren van een veiliger omgeving, verbeteren van de gezondheidstoestand en de leefstijl en het tot stand brengen van een grotere beschikbaarheid van hulpmiddelen voor communicatie en mobiliteit.

Bij de formulering van het beleid werden de volgende uitgangspunten vastgelegd:

1. verminderen van ongevallen thuis door individuele benadering van ouderen door bij voorkeur vrijwilligers;
2. ontwikkelen van bij voorkeur herhaalbare educatieve programma's;
3. opzetten en ontwikkelen van een registratie- en communicatiesysteem tussen hulpverlenende instanties onderling en tussen deze instanties en de hulpvrager;
4. ontwikkelen van expert-systemen alsmede een sociale kaart ten behoeve van de ombudsfunctie voor ouderen.

Bij de hiervoor genoemde uitgangspunten is aangesloten bij het algemene beleid van de gemeente Almelo. Dit komt naar voren in de gekozen strategie van het GSB, waarin twee rode draden zijn te onderkennen:

1. het betrekken van andere organisaties (GGD Gemeentekring Almelo, Stichting Consument en Veiligheid, Stichting Welzijn Ouderen Almelo, Steunpunt Volwassenen Educatie Almelo, stafafdeling beleidsontwikkeling van WVC, plaatselijke instellingen voor maatschappelijke- en gezondheidszorg en vrijwilligersorganisaties);
2. de gerichtheid op concrete projecten.

Algemene overwegingen (beleidsnota's gemeente Almelo) om te kiezen voor de Gezonde Steden strategie:

1. De gemeente Almelo werkt aan het ontwikkelen van een nieuwe en eigentijdse visie op het gemeentelijk welzijnsbeleid;
2. Een taakstellend beleid gericht op resultaat op korte termijn waarbij een concreet appèl op de burger wordt gedaan, met als doel dat hij langer gezond blijft sluit aan op de visie van het gemeentebestuur;

3. Een middelgrote stad is vrij overzichtelijk om een dergelijk concreet taakstellend project van de grond te tillen en om elkaar te houden aan de gemaakte afspraken;
4. In het beleid van de gemeente Almelo wordt veel aandacht besteed aan het terugdringen van werkeloosheid en achterstand. De filosofie van de nieuwe gezondheidszorg voegt daar wezenlijke elementen aan toe. Het gaat om het opnieuw motiveren van mensen, om geloofwaardige en begrijpelijke projecten.

Het GSB sluit eveneens aan op het door de gemeente geformuleerde ouderenbeleid. De algemene doelen die Almelo beoogde te bereiken op het terrein van het ouderenbeleid waren:

- a. versterken van de persoonlijke zelfredzaamheid;
- b. langer zelfstandig kunnen functioneren;
- c. voorkomen van (nieuw) isolement en achterstand.

Realisatie van een politiek draagvlak

Door aansluiting te zoeken bij het algemene beleid van de gemeente Almelo en op beleidsontwikkelingen zoals verwoord door het ministerie van WVC viel het project bij het college van BenW en vervolgens de gemeenteraad, via de commissie volksgezondheid, in goede aarde. In het collegeprogramma is het GSB uitdrukkelijk als beleidspunt opgenomen. Het GSB is als één van de kerntaken van de gemeente Almelo gekwalificeerd. Het Gezonde Steden Beleid maakt in Almelo integraal deel uit van het beleid op het terrein van de sociale vernieuwing; in het convenant Sociale Vernieuwing is het GSB opgenomen.

Ondanks het gerealiseerde politieke draagvlak spreekt een aantal participanten uit dat de betrokkenheid van het gemeentebestuur voor hen vanaf het begin niet duidelijk was. Met name de bereidheid inhoudelijk met het GSB mee te denken (bijvoorbeeld in de commissie volksgezondheid) en om het GSB financieel te steunen werden als onduidelijk ervaren.

Voorwaarden voor het slagen van intersectoraal beleid

Het GSB Almelo is expliciet opgezet als intersectoraal beleid. Het omvat onder meer:

volksgezondheid/zorgbeleid, maatschappelijke dienstverlening, ouderenbeleid, bouwen en wonen, verkeersveiligheid, politie & justitie en onderwijs/welzijn.

In de afgelopen twee jaar is nadrukkelijk via de diverse speerpunten uitwerking gegeven aan intersectoraal beleid. Juist de keuze van de speerpunten heeft hieraan een belangrijke bijdrage geleverd. Per speerpunt is een aantal organisaties via stuurgroep en deelgroepen betrokken bij de voorbereiding en uitvoering. Beleidsterreinen waarop een start is gemaakt met facetbeleid zijn:

- volkshuisvesting, aanpassingen woningen, veiligheid in en om de woning;

- mobiliteit en verkeersveiligheid.

In een aantal afsluitende gesprekken met andere betrokken afdelingen van de gemeente Almelo is de indruk naar voren gekomen dat deze erg hechten aan een zekere afscherming van het 'eigen' beleidsterrein. De verantwoordelijkheden/taken dienen te liggen bij de vakinhoudelijke afdelingen. Het GSB kan die niet overnemen. Door participatie in het GSB ontstaan nieuwe ideeën en gezichtspunten.

Als belangrijke 'voorwaarden' om intersectoraal beleid gerealiseerd te krijgen zijn in de interviews genoemd:

- het werken met concrete en tastbare projecten;
- het expliciet verkrijgen van een politiek draagvlak;
- personele en financiële mogelijkheden;
- goede communicatie;
- goede werksfeer;
- de goede mensen op de goede plek.

In diverse gesprekken is naar voren gebracht dat het al dan niet slagen van intersectorale samenwerking ook/juist een zaak is van mensenwerk. Een trekker van het project en andere participanten in het project die goed bekend zijn met de bouw en werking van het gemeentelijk apparaat en anderzijds bereid en in staat zijn minder conventionele wegen te bewandelen zijn naast de eerdergenoemde voorwaarden niet minder belangrijke voorwaarden.

Bereikte resultaten

Hierbij gaat het niet in de eerste plaats om de bereikte reductie van het aantal ongevallen, maar veeleer om het bereiken van een van de belangrijke doelstellingen van het project, namelijk een intersectorale benadering van de problemen. Afhankelijk van de verwachting die men had bij de start van het project worden de bereikte resultaten beschreven. Sommigen vinden de resultaten nog tegenvallen, anderen vinden dat het te snel gaat. Over het geheel genomen is men echter van mening dat de onderlinge samenwerking en informatie-uitwisseling binnen de gemeente en tussen gemeente en andere bij het project betrokkenen is verbeterd. Voorbeelden betreffen onder meer de woningaanpassingen, het aanpakken van verkeersveiligheidsproblematiek en het in ontwikkeling zijnde bankenplan.

Te vermijden valkuilen

Als de belangrijkste aandachtspunten om ervaren valkuilen bij de gemeente te vermijden worden genoemd:

- het kiezen voor een zo duidelijk mogelijke structuur;
- het tijdig betrekken van relevante anderen in de projecten;
- het verkrijgen van een voldoende politiek draagvlak;
- het verkrijgen van financiële duidelijkheid;
- het werken met een realistische planning.

Vervolgtraject, prognose

Visie van de verschillende sleutelpersonen over de voortzetting van het project:

De meerderheid van de geïnterviewde sleutelpersonen geeft te kennen zowel op korte (1 - 2 jaar) als op langere

(5 - 10 jaar) te geloven in een continuering van het GSB. Vooral voor de korte termijn zijn nog ruim voldoende ideeën beschikbaar om het GSB voort te zetten.

Thema's waarvoor al duidelijke lijnen zijn uitgezet betreffen: brandpreventie, geneesmiddelen-gebruik, drempels weg en een wijkhuismeesterproject. Voor de langere termijn zal het voortzetten van het project tevens afhangen van de mogelijkheid om structureel geld voor het GSB ter beschikking te krijgen. Aan de ene kant werkt het projectgewijs werken en het per project proberen financiering te krijgen stimulerend, aan de andere kant kost dat ook een onevenredige inspanning. Vooral voor het Ombudsteam lijkt een grotere duidelijkheid voor de toekomst van belang.

4.4 De invoering van het GSB in de GGD

De GGD Gemeentekring Almelo raakte betrokken bij het project op basis van de in de vorige paragraaf door de gemeente opgestelde notitie. Mede door de betrokkenheid van de GGD werd de aandacht gericht op het terrein van de privé-ongevallen. Als zodanig paste het beleid binnen het bredere GGD beleid, zoals dat recentelijk in het beleidsplan 'naar een nieuw volksgezondheidsbeleid' (GGD Almelo, 1992) is vastgelegd. In dat plan wordt gewerkt aan de hand van omschreven gezondheidsdoelen afgeleid uit de Gezondheidsdoelen zoals geformuleerd in de Nota 2000 en in Health for All by the year 2000.

Een van de belangrijke taken van de GGD in de beginperiode van het project vormde de uitvoering van een analyse van de aan te pakken problematiek. De resultaten hiervan zijn beschreven in het NIPG-TNO rapport over de voorbereidingsfase van het project Almelo (Ooijendijk e.a. 1990).

De peiling van de ernst van de problematiek heeft in hoofdzaak plaats gevonden door interviews bij ouderen. Dit interview kon tevens gebruikt worden voor de evaluatie van het project. Ter

voorbereiding van het speerpunt mobiliteit en veiligheid is door de GGD samen met de afdeling Statistiek en Onderzoek van de gemeente Almelo nogmaals een onderzoek uitgevoerd.

Een aantal relevante aspecten van de betrokkenheid van de GGD bij het GSB wordt hieronder verder belicht.

Beschikbare capaciteit en deskundigheid

Een van de belangrijke knelpunten voor de GGD vormde de beschikbare capaciteit en deskundigheid voor het GSB project 'een veilig thuis voor ouderen'. In zijn algemeenheid heeft de GGD door aan het GSB een prioriteit toe te kennen (het thema paste goed in het beleid van de GGD) de epidemiologische probleemverkenning binnen de bestaande capaciteit uit kunnen voeren. Voor de afdeling GVO, die in belangrijke mate uitvoerend bij het project betrokken is, is dit deels gerealiseerd door prioriteitsstelling en deels door de beschikbaarstelling door de gemeente van extra financiële middelen voor het aantrekken van extra capaciteit. Toch bleef tijdens de afgelopen 2 jaar de uitvoering van de ontwikkelde projecten voortdurend problematisch.

Bereikte resultaten

De belangrijkste resultaten van het GSB in z'n totaliteit zijn naar de mening van de GGD:

- realisatie van het Ombudsteam;
- uitvoering van speerpunten op het terrein van de veiligheid in de privé-sfeer;
- uitvoering van activiteiten op het terrein van de mobiliteit en verkeersveiligheid.

Belangrijk is het daarnaast om vast te stellen dat de relatie tussen de GGD en de gemeente Almelo in het kader van het GSB is verbeterd. Door het project is men nu veel beter dan voorheen op de hoogte van elkaars initiatieven. Knelpunt vormt wel dat de GGD voor een regio dient te werken, zodat bewaakt moet worden dat de inspanningen niet te eenzijdig worden gericht op de gemeente Almelo. Anderzijds worden in het kader van het GSB ervaringen opgedaan die nuttig zijn voor de andere gemeenten.

Te vermijden valkuilen

Vanuit de GGD wordt allereerst opgemerkt dat, alvorens op punten in te gaan die achteraf beter aangepakt hadden kunnen worden, het GSB Almelo erin geslaagd is een concreet probleem aan te pakken via een duidelijk plan van aanpak. Hierdoor is het GSB bij steeds meer mensen gaan 'leven'.

Bij die uitdrukkelijke wens met zoveel mogelijk concrete problemen aan te pakken en met tastbare resultaten te komen is een aantal zaken onderbelicht gebleven. Punten die meer expliciet aandacht hadden dienen te krijgen betreffen onder meer:

Netwerkontwikkeling

Een onderdeel dat nog steeds niet van de grond is gekomen is het ontwikkelen van een netwerk van instellingen/organisaties die in principe betrokken zijn bij de ouderenproblematiek. Kruiswerk, maatschappelijke dienstverlening en huisartsenzorg zijn naar hun mening fragmentarisch betrokken bij het GSB. Op beleidsniveau is de bekendheid van de organisaties op het terrein van de thuiszorg met het GSB heel beperkt; op uitvoerend niveau is de bekendheid afhankelijk van de individuele interesse en/of toeval. In de gesprekken met de sleutelpersonen buiten de afdelingen van de gemeente Almelo kwam dit aspect telkens weer naar voren.

Betrekken politiek

Een tweede aspect dat vanaf het begin wellicht meer aandacht had verdient te krijgen is het creëren van een politiek draagvlak voor het project. Betwijfeld wordt of dat politieke draagvlak momenteel al enigszins is bereikt. Achteraf zou het aanbeveling hebben verdiend dit politieke draagvlak vanaf het begin explicieter te verkrijgen.

Realistische planning

Bij de planning van de speerpunten en de activiteiten bleek keer op keer van te optimistische verwachtingen uit te worden gegaan. Voor degenen die de planning dienen uit te voeren werkt dat weinig stimulerend. Planning van activiteiten dient uitdrukkelijker op zijn haalbaarheid getoetst te worden.

Vervolgtraject, prognose

Over projecten/thema's die in de nabije toekomst kunnen worden aangepakt bestaan naar de mening van de GGD meer dan voldoende ideeën. Uitvoering van de ideeën valt of staat met het verkrijgen van voldoende financiële middelen. Wat dat betreft heeft het project vanaf het begin aan elkaar gehangen van subsidies en ad hoc gemeentelijke bijdragen. Een duidelijk zicht op financiering vanuit een meer structurele basis voor het project als geheel is er nog onvoldoende. Lukt het niet die structurele financiële basis te realiseren binnen de komende twee jaar, dan wordt naar de mening van de GGD de kans relatief groot dat het project niet kan worden voortgezet.

In het kader van het algemene gezondheidsbeleid van de GGD zoals dat in een concept nota gemeentelijk gezondheidsbeleid door de GGD Almelo (1992) is vastgelegd is een aantal thema's genoemd dat heel goed is in te passen in het GSB. Naast de gerichtheid op een reductie van het aantal ongevallen zal het beleid echter eveneens worden gericht op andere gezondheidsdoelen zoals: hart- en vaatziekten, alcoholmatiging, anti-rook, stress, meer bewegen, ongevallen bij kinderen en infectieziekten.

4.5 De invoering van het GSB in de Stichting Welzijn Ouderen Almelo

De SWOA heeft zowel in de stuurgroep als in de deelgroepen voorlichting en educatie en netwerkontwikkeling (Ombudsteam) een belangrijke rol gespeeld. Met betrekking tot de werving van de leden van, de samenstelling en het functioneren van het Ombudsteam wordt in hoofdstuk 6 van dit rapport uitvoerig verslag gedaan. Dit hoofdstuk zal daarom worden toegespitst op de betekenis van het GSB voor het functioneren van de SWOA en de voorwaarden die binnen de SWOA dienden te worden vervuld om bij te kunnen dragen aan het project. Ook voor de SWOA geldt dat primair open moest worden gestaan voor de ideeën en uitgangspunten van het Gezonde Steden Beleid.

De doelstellingen van de SWOA komen overeen met die van de overige participanten in het GSB. Gekozen is voor de doelstelling het aantal ongevallen drastisch terug te brengen met als concrete subdoelen:

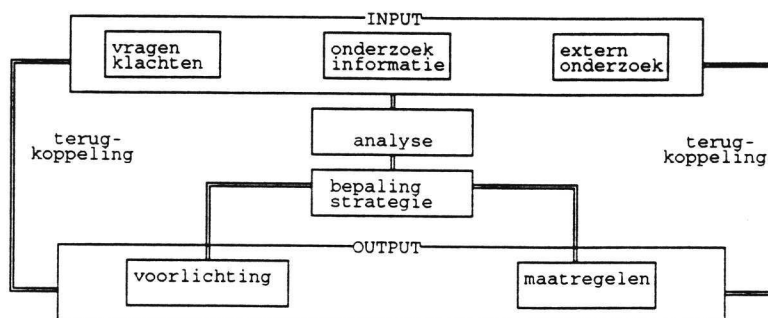
- creëren veilige omgeving;
- verbeteren gezondheidstoestand en leefstijl;
- tot stand brengen van grotere beschikbaarheid van hulpmiddelen voor communicatie en mobiliteit.

Als uitgangspunten voor het project gelden:

- resultaat-gerichte werkwijze via overzichtelijke en uitvoerbare projecten;
- gericht op vergroten van persoonlijke zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid;
- gericht op participatie van individuele personen en sociale netwerken;
- uitvoering van het GSB als facetbeleid;
- samenwerking met en participatie van instellingen en organisaties.

Met deze uitgangspunten werd aangesloten bij de door de gemeente en de GGD geformuleerde uitgangspunten. Ook de werkwijze die de SWOA beoogde te volgen komt overeen met de algemene werkwijze van het GSB. Door de SWOA is in haar rapportage over het Ombudsteam de volgende schets weergegeven over de te volgen werkwijze (figuur 4.3).

Figuur 4.3 Werkwijze Ombudsteam



Omdat voorlichting in het GSB zo'n belangrijke plaats inneemt, waarbij niet alleen gestreefd wordt naar beïnvloeding van kennis en houding, maar ook van gedrag, werd geconcludeerd dat interpersoonlijke voorlichting een noodzakelijk element zou dienen te vormen. Vanuit deze gedachte is het Ombudsteam - een team van vrijwillige hulpverleners - geformeerd.

Opzet en uitvoering speerpuntenplan

Passend in de gegeven doelstellingen van het project dienden concrete projecten te worden opgezet en uitgevoerd. Binnen de deelgroep voorlichting en educatie (waarin GGD, SWOA en de SCV een centrale rol speelden) is het idee uitgewerkt om via een aantal speerpunten uitwerking te geven aan de omschreven doelstellingen. Speerpunten die specifiek waren gericht op de ouderen betroffen:

- algemene presentatie GSB en Ombudsteam;
- 'houd vast aan het Ombudsteam' steunen in de woning (zorg dragen voor het aanbrengen van steunen bij ouderen in huis);
- gevaar van trappen en opstapjes (advisering en bemiddeling bij aankoop opstapjes e.d.);
- ouderdomsproces en veiligheidsgevoelens (eenzaamheid en Meer Bewegen voor Ouderen);
- vallen in de woonkamer (looproutes, indeling van woonkamer, verlichting);
- drempels weg (huisbezoeken, advisering over alternatieven voor drempels, contacten met woningbouwverenigingen);
- de oudere klant is koning (inventariseren onveilige situaties in winkels e.d. en adviseren hoe rekening is te houden met de oudere klant);
- veilig koken in de keuken (ergonomische aspecten, keukenhulpjes, indeling van de keuken);

- uitglijden en struikelen (inventarisatie probleemsituaties, bemiddelen bij verwijdering risicovolle situaties);
- gezond slapen gaan (medicijngebruik, slaapcursus);
- brand een stille vijand (brandveiligheid in huis);
- verkeersveiligheid (aanpassingen fiets, cursus oudere rijbewijshouders).

Planning en taakverdeling

De planning van de activiteiten verliep volgens het stramien dat in schema 4.3 is weergegeven.

Het uitvoeren en analyseren van het voorbereidende onderzoek vond in hoofdzaak plaats bij de deelgroep onderzoek en registratie, welke gegevens werden aangevuld met de vragen, problemen en klachten die via het Ombudsteam werden verzameld. Op basis van deze informatie werd de strategie bepaald, in hoofdzaak vond dit plaats in de deelgroepen voorlichting en educatie en het Ombudsteam. Na bespreking in de stuurgroep vond de uitvoering plaats.

Het accent in de planvoorbereiding en uitvoering lag bij de SWOA (het Ombudsteam), de GGD (afdeling GVO) en de regionaal consultant van de SCV.

Ervaren knelpunten

Bij de in schema 4.3 weergegeven activiteitencyclus, te weten:

vragen/onderzoek -- analyse -- projectstrategie -- uitvoering -- terugkoppeling

deed zich een aantal knelpunten voor.

Ten aanzien van de informatie verkregen via vragen en (extern) onderzoek kan worden geconstateerd dat de informatie een (te) beperkte rol speelde bij de te kiezen strategie. Pragmatische overwegingen (al dan niet toevallige beschikbaarheid van subsidies) stuurden te sterk zowel de keuze van het thema als de strategie. Aanbevelingen geformuleerd vanuit onderzoek, ervaren problemen en vragen werden onvoldoende opgepakt.

Bij de keuze van de projectstrategie speelden de deelgroepen Voorlichting en Educatie en het Ombudsteam de centrale rol. Er was in relatie tot de stuurgroep feitelijk sprake van een bottom-up benadering, terwijl men van de stuurgroep wat meer sturing had verwacht.

Rond de uitvoering deed zich voortdurend de vraag voor naar de beschikbare capaciteit van de participanten om de speerpunten uit te kunnen voeren. Door persoonlijke inzet van de al eerder genoemde functionarissen en het Ombudsteam kon, binnen de beschikbaar gestelde middelen, aan de speerpunten een goede invulling worden gegeven. Het vroeg echter een ruime mate van persoonlijke inzet en flexibiliteit van de betrokkenen, die dan ook te kennen gaven dat voor de toekomst de uitvoering structureler moet worden ingebed bij de participerende organisaties.

Omdat bij de keuze van thema's naast onderzoeksgegevens ook pragmatische overwegingen een rol speelden (beschikbaarheid van aanvullende subsidies) kon - met uitzondering van het speerpunt Houd vast aan het Ombudsteam - te weinig aandacht worden gegeven aan de terugkoppeling van de opgedane ervaringen. Er was te weinig ruimte om een moment van reflexie in te bouwen. Terugkijkend overheerst de mening dat de planning van de speerpunten te ambitieus is geweest. Oorspronkelijk werd beoogd drie à vier speerpunten per jaar te realiseren. Het algemene advies is dan ook om twee, hoogstens drie, speerpunten per jaar uit te voeren. Op deze wijze kunnen de speerpunten beter worden afgerond en wordt de tijd genomen om de opgedane ervaringen explicieter te verwerken bij de planning en uitvoering van de volgende speerpunten.

Vervolgtraject, prognose

Men is unaniem van mening dat het Ombudsteam moet worden voortgezet. Daarbij ligt een sterkere profilering als vraagbaak (loket) van en voor ouderen voor de hand. De profilering heeft tot nu toe nog vrij sterk plaatsgevonden via de speerpunten, waardoor de bekendheid met het Ombudsteam als vraagbaak voor alle ouderenproblemen nog niet duidelijk genoeg uit de verf lijkt te zijn gekomen. Ook hulpverleners in de eerste lijn zijn nog te weinig op de hoogte van het bestaan en de mogelijkheden van het Ombudsteam. De contacten die er zijn, hebben een sterk ad hoc karakter. De komende periode zou gebruikt kunnen worden om daarin verandering te brengen.

Ook de uitvoering van de speerpunten zal echter aandacht blijven vragen van de SWOA en het Ombudsteam. Voor de uitvoering zal echter een sterker beroep moeten worden gedaan op andere organisaties, die afhankelijk van het gekozen speerpunt hierbij betrokken zullen worden.

Speerpunten die voor de nabije toekomst zijn gepland betreffen onder meer:

- brand (veilige feestdagen, brandmelders);
- geneesmiddelen;
- drempels;
- wijkhuismeester/klussendienst.

4.6 Eindbalans en stappenplan

Aan de hand van de vragen zoals die zijn vastgelegd in het overleg met WVC kan de voorlopige eindbalans van het GSB Almelo worden opgemaakt. De vragen zullen achtereenvolgens aan de orde worden gesteld. Daarnaast zal worden nagegaan in hoeverre in Almelo gestalte is gegeven aan de 'taken' van een gezonde stad zoals recentelijk door Ashton (1992) zijn onderscheiden.

Bottom-up benadering

De vraag hierbij was in welke mate er in de ouderenprojecten van het GSB Almelo een bottom-up benadering plaatsvond. Met andere woorden: werden bij de beleidsbepaling ouderen en ouderenorganisaties betrokken? Met daaraan gekoppeld de wijze waarop dit heeft plaatsgevonden en de opgedane ervaringen.

Ouderen en ouderenorganisaties zijn met name bij het ouderenproject van het GSB betrokken via de SWOA - Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo. Bij de start van het project is eveneens een aantal zorgorganisaties betrokken, de reacties waren echter nogal afwachtend. Bij de uitvoering van de interventies wordt gewerkt met inzet van een team van vrijwilligers, in belangrijke mate bestaande uit mensen uit de doelgroep zelf (Ombudsteam). Dit Ombudsteam is te benaderen voor elke soort vraag door de ouderen, hoewel de vragen ook 'gestuurd' worden door het werken via speerpunten.

Gebruikmaking bestaande sociale netwerken

Hierbij gaat het erom of bij de ouderenprojecten van het GSB Almelo gebruik gemaakt is van bestaande sociale netwerken (zorgverlening, ouderen), een typering van de netwerken en de organisaties die onvoldoende in het GSB betrokken zijn.

Op deze vragen is al in de evaluatie van de voorbereiding van het project antwoord gegeven. Er is in de afgelopen 2 jaar niet gewerkt aan een verdere uitbouw van het netwerk in de richting van zorginstellingen. Wel zijn er meer contacten ontstaan met andere beleidsterreinen, bijvoorbeeld volkshuisvesting, politie, andere gemeentelijke afdelingen, woningbouwverenigingen.

Het netwerk van de stuurgroep en de deelgroepen is in de afgelopen twee jaar wat meer geformaliseerd, taken en bevoegdheden van de diverse groepen zijn duidelijker vastgelegd.

Nog steeds zijn zorginstellingen weinig bij het project betrokken, hoewel bij de zorginstellingen een grote bekendheid met de problematiek van de ouderen bestaat. Van deze kennis wordt nu nog te weinig gebruik gemaakt. Ook kunnen de professionele zorgverleners een belangrijke intermediaire rol vervullen bij de voorlichting aan de ouderen.

Horizontale informatie-uitwisseling

Bestond er bij de ouderenprojecten van het GSB Almelo een adequate horizontale informatie-uitwisseling tussen de participanten in het project? Hoe was deze informatie-uitwisseling gestructureerd?

De informatie-uitwisseling vond gestructureerd plaats in de stuurgroep en in de deelgroepen. Daarnaast vond veelal bilateraal overleg plaats tussen participanten voor zover het de voorbereiding en uitvoering van de speerpunten betrof.

Een punt waarover regelmatig vragen naar voren kwamen betrof de financiële kant van het project. Een aantal leden van de stuurgroep en van de deelgroepen had te weinig inzicht in de financiële zaken; dit was voor hen relevant in verband met de continuïteit van het project en de inzetbaarheid van (soms op projectbasis aangetrokken) personeel.

Intersectorale samenwerking

Welke andere sectoren (verkeer en vervoer, volkshuisvesting, sociale zaken, justitie) zijn op nationaal en lokaal niveau bij de ouderenprojecten betrokken? Hoe verliep de samenwerking/afstemming?

Over de samenwerking is de informatie tweeslachtig: enerzijds wordt gesteld dat door het GSB verschillende afdelingen en sectoren in overleg met elkaar zijn gekomen, waardoor de kans dat zaken op elkaar worden afgestemd groter is, anderzijds is bij de gemeentelijke afdelingen een zekere afhoudende attitude te bespeuren, men is alert op het mogelijk binnendringen op het eigen werkterrein.

Op uitvoerend niveau is de intentie tot samenwerking duidelijk aanwezig. Bij de uitvoering van de speerpunten komt echter bij voortdurende beperkte mogelijkheid naar voren gestructureerd bij te kunnen dragen aan de uitvoering.

Taken van een gezonde stad

Als taken van een gezonde stad zijn door Ashton (1992) zeven taken genoemd, die in deze paragraaf worden belicht vanuit de Almelose situatie.

1. Samenstellen van een bestuurlijke intersectorale werkgroep.

Deze eerste taak is door Almelo ingevuld vanuit het bredere kader van de sociale vernieuwing. Het GSB Almelo is daarbij als een van de elementen opgenomen in het convenant sociale vernieuwing. Met deze constructie wordt feitelijk op uitstekende wijze recht gedaan aan de uitgangspunten van het Gezonde Steden Beleid.

2. Samenstellen van een ambtelijke werkgroep.

Naast een ambtelijke werkgroep sociale vernieuwing, wordt in het kader van het GSB gewerkt met een stuurgroep en deelgroepen.

3. Opstellen van een gezondheidsprofiel.

Dit heeft zich toegespitst op ongevallen in de privé-sfeer, waardoor adequate basisgegevens werden verzameld ten behoeve van de speerpunten.

4. Contacten met het onderwijs.

Omdat het GSB Almelo zich in eerste instantie heeft gericht op veiligheid voor ouderen zijn in de eerste periode de contacten met het onderwijs vooral beperkt gebleven tot het Steunpunt Volwassenen Educatie Almelo. Bij het verleggen van de aandacht naar het onderwerp kind en veiligheid zal ook het onderwijs bij het project betrokken worden.

5. Inventarisatie van gezondheidsbevorderende activiteiten.

Heeft niet expliciet plaatsgevonden.

6. Brede maatschappelijke discussie over gezondheid.

De gevolgde strategie in het GSB Almelo is om vanuit concrete projecten via zichtbare resultaten mensen te betrekken bij het Gezonde Steden Beleid.

7. Specifieke acties.

Hierop heeft een duidelijk accent gelegen! Het Ombudsteam, georganiseerde workshop, marktstands en publiciteit rond speerpunten en onderdelen daarvan zijn bij voortdurend in het nieuws geweest. Zelfs landelijk hebben de activiteiten de aandacht getrokken van de media.

Resumerend kan worden gesteld dat in het GSB Almelo de genoemde taken op een zodanige wijze zijn ingevuld dat, rekening houdend met andere initiatieven en inspeliend op de wensen van de politiek (concrete, haalbare projecten), een groot aantal concrete activiteiten kon worden ondernomen. In Gezonde Steden Projecten die vanuit een bredere benadering de gezondheidsproblemen aanpakken, is het gevaar niet denkbeeldig dat deze blijven steken in de fase van beleidsvoorbereiding. Het te lang op zich laten wachten van zichtbare resultaten heeft op de bevolking en op de politiek een negatieve uitwerking.

Betrokkenheid van de bevolking

De betrokkenheid van de bevolking komt het meest tot uiting in het opgebouwde netwerk van vrijwilligers, het zogenaamde Ombudsteam. Op het functioneren van het Ombudsteam wordt uitvoerig ingegaan in hoofdstuk 6 van het rapport.

Het beste inzicht in de betrokkenheid wordt verschaft via de resultaten van de schriftelijke enquêtes. Hieruit blijkt dat die betrokkenheid voor aanzienlijke verbetering vatbaar is.

Ook in de gesprekken met de sleutelpersonen buiten de direct betrokkenen blijkt dat de betrokkenheid over het algemeen nog niet zo groot is.

De communicatie met de bevolking verloopt in hoofdzaak via de lokale nieuwsmedia (pers, omroep). Uit de enquête onder ouderen blijkt dat via de regionale nieuwsbladen veel mensen van het project op de hoogte worden gesteld. Door alle participanten wordt gesproken over een 'goede pers' rond het project. Met grote regelmaat wordt in de lokale media aandacht aan het project besteed. Ook de omroep besteedt gestructureerd (elke week een uur) aandacht aan de doelgroep ouderen.

Financiële aspecten van het GSB Almelo

De financiën van het project zijn voor veel deelnemers vrij ondoorzichtig gebleven. In belangrijke mate werden externe subsidies verkregen, zowel van de ministeries van WVC, V&W en VROM. Daarnaast is er door de gemeente Almelo via een aanzienlijke personele inspanning in het project bijgedragen en is een financiële bijdrage geleverd.

Problemen rezen vooral waar het de financiering betrof van personeel dat extra moest worden ingezet bij de uitvoering van deelprojecten, bijvoorbeeld bij de SWOA (begeleiding van het Ombudsteam) en de GGD (ontwikkeling en uitvoering van voorlichting).

Er is slechts in beperkte zin sprake van een structurele financiering van het GSB. De voortgang is deels afhankelijk van externe subsidies. Nadeel is daarbij het ontbreken van een 'garantie' voor continuering. Voordeel is de impuls die daarvan uitgaat om te streven naar nieuwe en vernieuwende initiatieven die voor enigerlei subsidie in aanmerking komen.

Stappenplan

Het GSB Almelo is uitgevoerd via de hieronder onderscheiden hoofdstappen:

1. Probleemanalyse;
2. Ontwikkeling van de structuur voor het GSB Almelo;
3. Ontwikkeling algemeen bewustwordingsmateriaal;
4. Ontwikkeling Ombudsteam (t.b.v. Interpersoonlijke voorlichting);
5. Organisatie openingsmanifestatie/workshop;
6. Opzet speerpuntenplan;
7. Ontwikkeling specifiek bewustwordingsmateriaal;
8. Uitvoering speerpuntenplan;
9. Evaluatie.

Op elk van deze hoofdstappen is in deze rapportage en/of in de rapportage over de voorbereidingsfase ingegaan. Hieronder zullen de hoofdstappen kort worden toegelicht.

ad 1. Probleemanalyse

De probleemanalyse bestond naast een bestudering van bestaande bronnen (literatuur, gegevens van de stichting consument en veiligheid) uit twee elementen, namelijk:

- de bestudering van de aard en de omvang van het probleem van ongevallen in en om de woning (kinderen en ouderen) via zowel literatuur als via eigen registraties;
- uit een peiling van de interesse van organisaties in de regio.

Uit deze analyses kwam naar voren dat het accent van het GSB in eerste instantie bij voorkeur zou dienen te liggen op de preventie van valongevallen bij ouderen.

De vragenlijst voor ouderen zoals die is gebruikt voor de eerste inventarisatie van de problemen en voor de nameting om na te kunnen gaan welke 'effecten' door de interventie zijn bereikt, wordt in bijlage 4.. weergegeven. De in de bijlage weergegeven vragenlijst is op basis van de opgedane ervaringen op enkele punten bijgesteld t.o.v. de in het onderzoek gebruikte lijsten.

ad 2. Ontwikkeling van de structuur voor het GSB Almelo

Er is in het GSB Almelo voor gekozen om een stuurgroep in te stellen met daaronder een aantal deelgroepen. De structuur zoals die zich momenteel uitkristalliseert is geschetst in § 4.2.

Het huishoudelijk reglement waarin taken en bevoegdheden van de stuurgroep en de deelgroepen worden geschetst wordt in bijlage 4.. weergegeven.

ad 3. Ontwikkeling algemeen bewustwordingsmateriaal

Ten behoeve van het geven van algemene informatie over het Gezonde Steden Beleid en het thema veiligheid is het volgende materiaal ontwikkeld:

- folder: Veilig thuis, het kan gezelliger;
- affiche: Veilig thuis, het kan gezelliger;
- informatiepakket veiligheid voor ouderen;
- artikelenserie ten behoeve van de lokale pers.

Het ontwikkelde pakket is te zien als een basispakket om de voorlichting aan ouderen gestalte te geven. Kwalitatief is aantal kanttekeningen te plaatsen bij de ontwikkelde materialen. Voor inhoudelijke informatie wordt verwezen naar het rapport over de evaluatie van de voorbereidingsfase (Ooijendijk e.a. 1990).

ad 4. Ontwikkeling ombudsteam (t.b.v. Interpersoonlijke voorlichting);

De ontwikkeling en het functioneren van het Ombudsteam vormt een van de belangrijkste resultaten van het Gezonde Steden Beleid Almelo. In hoofdstuk 6 wordt hier uitvoerig op het Ombudsteam ingegaan.

ad 5. Organisatie openingsmanifestatie/workshop

Als start van het GSB heeft in maart 1990 een openingsmanifestatie plaatsgevonden, waarvoor een aantal instellingen was uitgenodigd. Van de uitgenodigde organisaties gaf de helft gehoor aan de uitnodiging. De belangstelling van ouderenorganisaties en gemeentelijke afdelingen was het grootst. Andere instellingen/hulpverleners die een belangrijke rol zouden kunnen spelen in het GSB zoals kruiswerk, gezinszorg, huisartsen e.d. waren weinig vertegenwoordigd. De openingsmanifestatie werd door de aanwezigen positief gewaardeerd.

ad 6. Opzet speerpuntenplan

Zoals eerder in hoofdstuk 4 is besproken is er in het GSB Almelo voor gekozen met concrete projecten te werken die zichtbare resultaten zouden kunnen opleveren. Vandaar de aanpak via een aantal speerpunten. De overzicht van de speerpunten die aan bod zijn geweest wordt gegeven in bijlage 4.

ad 7. Ontwikkeling specifiek bewustwordingsmateriaal

Ten behoeve van de diverse speerpunten was het noodzakelijk specifiek voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen. Een lijst van ontwikkelde materialen wordt weergegeven in bijlage 4.5.

ad 8. Uitvoering speerpuntenplan

De aanpak van het GSB via concrete speerpunten is als meer positief ervaren; van cruciaal belang bij de uitvoering is de rol van het Ombudsteam geweest.

ad 9. Evaluatie.

Naast de evaluatie zoals die door het NIPG-TNO is uitgevoerd, lag het ook in de bedoeling dat de participanten aan het GSB de diverse speerpunten zelf zouden evalueren. Ten aanzien van het Ombudsteam en het speerpunt een veilig thuis voor ouderen heeft een gedegen evaluatie plaatsgevonden (Broekhoven & Kuckartz, 1990). Een evaluatie van de overige speerpunten is, mede door een gebrek aan voldoende tijd, nog niet afgerond.

5. RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de resultaten van de enquête* onder 690 Almelose ouderen in de leeftijdsgroep 60 - 80 jaar. Waar dat mogelijk is zullen de resultaten van de meting die in 1989 gehouden werd naast de resultaten van de meting uit 1991 vermeld worden. OM technische redenen is het niet mogelijk eventuele verschillen tussen beide jaren op significantie te toetsen. Eerst wordt ingegaan op de opzet van beide metingen, waarna het veldwerk en de respons behandeld worden. Vervolgens komen de resultaten aan de orde. De twee onderzoeksgroepen zullen beschreven worden op persoonskenmerken, gezondheid, woonsituatie etcetera. Vervolgens wordt de valgeschiedenis van de ouderen van zowel de onderzoeksgroep van 1989 als van die van 1991 besproken, alsmede de maatregelen en risico's die zij kennen en/of getroffen hebben. Tenslotte wordt de onderzoeksgroep van 1991 verdeeld in een groep ouderen die niet bereikt zijn door de campagne en een groep die wel bereikt is. Deze twee groepen zullen op een aantal relevante kenmerken met elkaar vergeleken worden, waarna een samenvattende beschrijving volgt van de ouderen die niet bereikt zijn.

5.1 Opzet van de metingen

Zowel het onderzoek in 1989 als in 1991 is uitgevoerd door middel van een enquête onder de Almelose oudere bevolking van 60-80 jaar. De vragenlijsten bevatten vragen naar persoonskenmerken, sociale contacten, het vermogen tot het uitvoeren van dagelijkse handelingen op het gebied van de persoonlijke verzorging (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) en op huishoudelijk gebied (Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen). Daarnaast bevatten de vragenlijsten vragen naar de ervaren lichamelijke en geestelijke gezondheid, naar ervaringen die men heeft met vallen, de angst die men heeft om te vallen, de maatregelen die men kent en/of getroffen heeft om het valrisico te beperken en naar aanpassingen in de woning. Tenslotte zijn in de vragenlijst van 1991 vragen gesteld over de campagne om het bereik van de campagne te kunnen vaststellen. Indien er sprake was van keuze uit meerdere antwoorden werd een kaart met daarop de

* Een voorbeeld van de enquête is opgenomen in bijlage 5. Dit is echter een enigszins aangepaste versie. De in 1991 gebruikte lijst bleek op enkele punten aangepast te moeten worden. In het kader van het stappenplan, dat in hoofdstuk 4 besproken werd is ervoor gekozen de aangepaste versie in de bijlage op te nemen.

te kiezen antwoorden als hulpmiddel gebruikt. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2. De variabelenconstructie wordt in bijlage 6 toegelicht.

5.2 Veldwerk en respons

De enquêtes zijn zowel in 1989 als in 1991 gehouden door het enquête-team van de afdeling Bestuursinformatie en -ondersteuning. In 1991 werden de werkzaamheden van dit team verricht in opdracht van het NIPG-TNO en de GGD Gemeentekring Almelo. Uit de bevolking van Almelo is een steekproef van 470 ouderen in 1989 en 831 ouderen in 1991 getrokken. In totaal hebben in 1989 405 en in 1991 690 interviews plaatsgevonden. Dit brengt een respons van respectievelijk 86% en 83% met zich mee. In tabel 5.1 wordt de respons in 1991 weergegeven. Van 1989 zijn deze gegevens over non-respons niet bekend.

Tabel 5.1 Respons en non-respons in 1989 en 1991 in absolute aantallen

| | 1989 | 1991 |
|---|------|------|
| Respons | 405 | 690 |
| Weigeringen | | 90 |
| Drie keer niet thuis | 65 | 41 |
| Onuitvoerbaar i.v.m. communicatieprobleem | | 10 |
| Totaal | 470 | 831 |

5.3 Beschrijving van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991

In deze paragraaf wordt de onderzoeksgroep beschreven. Tabel 5.2 geeft enkele persoonskenmerken van de beide onderzoeksgroepen weer. Met betrekking tot de gegevens over de meting in 1989 zijn alleen afgeronde getallen beschikbaar.

Tabel 5.2 Persoonskenmerken van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | 1991 |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| <u>Leeftijd</u> | (n = 405) | (n = 690) |
| 60-64 jaar | 31 | 26 |
| 65-69 jaar | 27 | 28 |
| 70-74 jaar | 26 | 26 |
| 75-80 jaar | 16 | 20 |
| <u>Geslacht</u> | (n = 405) | (n = 690) |
| man | 41 | 40 |
| vrouw | 59 | 60 |
| <u>Woonsituatie</u> | (n = 405) | (n = 690) |
| alleenwonend | 24 | 29 |
| met partner/leeftijdsgenoot | 70 | 66 |
| met kinderen | 6 | 5 |

De onderzoeksgroep van 1991 verschilt voor wat betreft persoonskenmerken niet veel met die van 1989. De verschillende leeftijdsgroepen zijn in gelijke mate vertegenwoordigd, vooral in 1991. De meeste ouderen wonen samen met hun partner. Een enkeling heeft (nog) thuiswonende kinderen. Het al dan niet met anderen samenwonen geeft een indicatie voor de mate van sociaal contact van de oudere. In tabel 5.3 wordt weergegeven in welke mate de ouderen contact hebben met andere personen.

Tabel 5.3 Sociale contacten van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | | | | | | 1991 | | | | | |
|-----------------|------|-------|-------|-------|--------|--------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | n | 1x pw | 1x pm | 1x pk | zelden | n.v.t. | n | 1x pw | 1x pm | 1x pk | zelden | n.v.t. |
| Kinderen | 405 | 71 | 9 | 3 | 2 | 15 | 589 | 62 | 16 | 4 | 3 | 15 |
| Familie | 405 | 32 | 17 | 14 | 30 | 7 | 639 | 26 | 24 | 20 | 22 | 7 |
| Kennissen | 405 | 47 | 21 | 7 | 21 | 4 | 672 | 46 | 26 | 6 | 20 | 3 |
| Buren | 405 | 45 | 9 | 4 | 32 | 10 | 648 | 42 | 14 | 9 | 30 | 6 |
| Dienstverleners | 405 | 6 | 2 | -- | 8 | 84 | 158 | 5 | 1 | 1 | 16 | 77 |

NB. pw = per week
 pm = per maand
 pk = per kwartaal
 nvt = niet van toepassing

De ouderen in 1991 lijken wat minder wekelijks bezoek te krijgen van de diverse categorieën van personen en wat vaker maandelijks. Het verschil is echter gering. Dit lijkt met name het geval bij het bezoek dat ouderen krijgen van kinderen en andere familieleden.

In de enquête is tevens gevraagd naar het verrichten van huishoudelijke activiteiten en activiteiten ten aanzien van de persoonlijke verzorging. In 1989 zijn de vragen op een andere manier gesteld dan in 1991. In tabel 5.4 komt dit ook tot uitdrukking.

Tabel 5.4 Huishoudelijke activiteiten, activiteiten ten aanzien van de persoonlijke verzorging en mobiliteit van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | | | | 1991 | | | | |
|------------------------------------|------|------|-----------|--------|------|--------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|
| | n | zelf | niet zelf | n.v.t. | n | zelf zonder moeite | zelf met moeite | niet zelf i.v.m. gezondheid | niet zelf niet gewend |
| <u>Huishoudelijke activiteiten</u> | | | | | | | | | |
| Boodschappen doen | 405 | 82 | 15 | 3 | 690 | 73 | 8 | 10 | 9 |
| Ontbijt klaarmaken | 405 | 75 | 7 | 18 | 690 | 85 | 3 | 2 | 10 |
| Warme maaltijd | 405 | 64 | 12 | 24 | 688 | 72 | 3 | 3 | 22 |
| Afwassen* | 405 | 81 | 6 | 13 | 689 | 87 | 3 | 2 | 8 |
| Bed opmaken | 405 | 66 | 11 | 23 | 689 | 72 | 4 | 4 | 19 |
| Bed verschonen** | 405 | – | – | – | 690 | 65 | 5 | 8 | 23 |
| Stof afnemen*** | 405 | 81 | 6 | 13 | 689 | 66 | 4 | 5 | 25 |
| Poetsen/stofzuigen**** | 405 | 54 | 30 | 16 | 690 | 61 | 4 | 13 | 21 |
| Grote was/strijken | 405 | 57 | 18 | 25 | 689 | 57 | 4 | 9 | 30 |
| <u>Persoonlijke verzorging</u> | | | | | | | | | |
| <u>Heeft u problemen met</u> | | ja | nee | nvt | | | | | |
| Gezicht/handen wassen***** | 405 | – | – | – | 689 | 96 | 3 | 1 | 0 |
| Aan- en uitkleden | 405 | 5 | 94 | – | 690 | 95 | 4 | 1 | 0 |
| Zitten en opstaan***** | 405 | 16 | 83 | 1 | 689 | 95 | 5 | 1 | 0 |
| In en uit bed | 405 | 10 | 90 | – | 690 | 95 | 5 | 0 | 0 |
| Eten en drinken***** | 405 | – | – | – | 689 | 98 | 2 | 0 | 0 |
| Toiletbezoek | 405 | 11 | 88 | 1 | 688 | 96 | 4 | 0 | 0 |
| Zich wassen/baden | 405 | 4 | 96 | – | 690 | 94 | 5 | 2 | 0 |
| <u>Mobiliteit</u> | | | | | | | | | |
| <u>Heeft u problemen met</u> | | ja | nee | nvt | | | | | |
| Binnenshuis verplaatsen | 405 | 5 | 94 | – | 690 | 94 | 5 | 1 | 0 |
| Buitenshuis verplaatsen | 405 | 17 | 83 | – | 690 | 85 | 12 | 3 | 0 |
| Traplopen | 405 | 25 | 68 | 7 | 685 | 80 | 12 | 6 | 2 |

NB. nvt = niet van toepassing
ivm = in verband met

* In 1989 zijn de activiteiten afwassen en stof afnemen tezamen in één vraag aan de orde gekomen. Daarom zijn de bijbehorende percentages dubbel opgenomen.

** In 1989 is deze vraag niet gesteld.

*** Zie noot 1.

**** In 1989 werd gevraagd naar 'zwaardere schoonmaakwerkzaamheden zoals dweilen, ramen zemen'.

***** Zie noot 2.

***** In 1989 is apart gevraagd naar het zitten en opstaan vanuit een stoel en vanuit een bank. Ten behoeve van de vergelijking tussen beide metingen is gekozen voor 'zitten en opstaan vanuit een stoel' omdat verwacht wordt dat respondenten die daar moeite mee hebben ook moeite hebben met het zitten en opstaan vanuit een bank.

***** Zie noot 2.

De meeste ouderen (ruim driekwart) in de onderzoeksgroep van zowel 1989 als 1991 hebben weinig of geen problemen met het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden. Uit de meting in 1991 blijkt dat sommige ouderen moeite hebben met onder andere koken, bed verschonen, stoffen, poetsen en stofzuigen en de grote was doen. Het betreft hierbij vooral ouderen die deze taken niet zelf verrichten omdat ze het niet gewend zijn. Vermoedelijk betreft het veelal mannen die niet gewend zijn om (zwaar) huishoudelijk werk te verrichten. Dit vermoeden gaat ook op voor de ouderen die in 1989 aangaven dat deze vragen op hen niet van toepassing waren. Door technische beperkingen is dit helaas niet te achterhalen. Ook met betrekking tot de persoonlijke verzorging hebben verreweg de meeste ouderen geen problemen. Toch lijkt het dat in 1989 meer ouderen moeite hadden met diverse verrichtingen. Het gaat daarbij met name om toiletbezoek en het gaan zitten en het opstaan vanuit een stoel. Met betrekking tot mobiliteit valt op dat het traplopen in 1989 voor meer ouderen een probleem was dan in 1991 het geval is. Een verklaring lijkt hiervoor niet te geven, hoewel in paragraaf 5.4.2 zal blijken dat in 1989 meer ouderen een trap moesten beklimmen in de eigen woning of om de eigen woning te bereiken. Dit berust waarschijnlijk op toeval: een verklaring is niet te geven.

In de enquête zijn tevens vragen naar de gezondheid van de ouderen opgenomen. In tabel 5.5 worden hiervan de resultaten weergegeven.

Tabel 5.5 Gezondheidsaspecten en medicijngebruik van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | | | 1991 | | | |
|--------------------------------|------|----|-----|------|------|------|------|
| | n | ja | nee | n | ja | nee | |
| <u>Lichamelijke gezondheid</u> | | | | | | | |
| Brildragend | 405 | 72 | 28 | 689 | 82 | 18 | |
| Problemen met zien | 405 | 16 | 84 | 685 | 19 | 81 | |
| Gebruikt hoorapparaat | 405 | 6 | 94 | 689 | 7 | 93 | |
| Problemen met horen | 405 | 17 | 82 | 674 | 18 | 82 | |
| Problemen met evenwicht | 405 | 20 | 80 | 689 | 19 | 81 | |
| Makkelijk duizelig | 405 | 21 | 78 | 688 | 20 | 80 | |
| <u>Geestelijke gezondheid*</u> | | | | | | | |
| Voelt u zich weleens..... | | | | | niet | soms | vaak |
| Eenzaam | | | | 687 | 81 | 14 | 5 |
| Rusteloos | | | | 688 | 77 | 17 | 7 |
| Verveeld | | | | 689 | 89 | 9 | 2 |
| Termeergeslagen | | | | 687 | 70 | 22 | 8 |
| Van streek na opmerking | | | | 685 | 89 | 10 | 1 |

* In 1989 is op een andere wijze naar de geestelijke conditie gevraagd. Hieruit bleek dat 36% van de ouderen de eigen conditie omschreef als uitstekend en heel goed, 50% als in het algemeen goed en gaat wel en 1% omschreef de eigen geestelijke conditie in termen van onplezierig tot heel depressief. In 1991 waren de percentages respectievelijk 42%, 56% en 2%.

Vervolg tabel 5.5

| Medicijn gebruik | n | ja | nee | nvt | n | ja | nee |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|
| Gebruikt medicijnen | 405 | 59* | 41 | -- | 690 | 58 | 42 |
| - slaapmiddelen | 405 | -- | -- | -- | 430 | 21 | 80 |
| - tranquillizers | 405 | -- | -- | -- | 425 | 10 | 90 |
| - op recept | 405 | 57 | 4 | 39 | 405 | 97 | 3 |
| - zonder recept | 405 | 5 | 55 | 40 | 414 | 9 | 91 |

NB. nvt = niet van toepassing

Met betrekking tot gezondheid en medicijngebruik loopt de vergelijking tussen 1989 en 1991 wat moeizaam. Door een gebrek aan gegevens over 1989 loopt de vergelijking tussen 1989 en 1991 met betrekking tot gezondheid en medicijngebruik wat moeizaam. In beide jaren gebruikte ruim de helft van de ouderen medicijnen. In 1991 gebruikt 21% van de ouderen die medicijnen gebruikt slaapmiddelen en 10% tranquillizers. De lichamelijke gezondheid van de twee groepen ouderen lijkt niet te verschillen. De meeste ouderen dragen een bril, maar hebben (daardoor waarschijnlijk) geen problemen met zien in zijn algemeenheid. Opvallend is dat in beide jaren het aantal ouderen dat een gehoorapparaat gebruikt veel kleiner is dan het aantal ouderen met hoorproblemen, terwijl dat met het dragen van een bril en het hebben van problemen met zien juist andersom ligt. Men stapt, bij problemen met zien, misschien makkelijker over op het dragen van een bril, dan dat men, bij problemen met horen, overstapt op het gebruiken van een hoorapparaat. De geestelijke conditie lijkt geen verschil op te leveren tussen de beide onderzoeksgroepen. In 1991 voelt bijna eenderde van de ouderen zich weleens te meer geslagen en een kwart voelt zich weleens rusteloos. In 1989 is hier niet zo uitgebreid op ingegaan.

5.4 Valgeschiedenis en maatregelen van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991

Naast de valgeschiedenis van de groep ouderen in 1989 en in 1991 komen ook de maatregelen die de ouderen kennen en/of getroffen hebben aan de orde.

* Inclusief slaapmiddelen en tranquillizers.

5.4.1 Valgeschiedenis van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991

Allereerst wordt ingegaan op de daadwerkelijke valongevallen die de ouderen in de beide onderzoeksgroepen hebben meegemaakt in de twaalf maanden voorafgaand aan de respectievelijke metingen. In de groep ouderen die in 1989 benaderd is, is 22% in het afgelopen jaar gevallen. Bij de groep in 1991 was dit percentage 20%. In 1991 is ruim de helft van de mensen die gevallen zijn dat jaar één keer gevallen en ruim een kwart is twee keer gevallen. Over 1989 zijn deze gegevens niet bekend. In tabel 5.6 wordt aangegeven waar de laatste val heeft plaatsgevonden.

Tabel 5.6 Plaats van de laatste val van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | 1991 |
|--------------------------|--------|----------|
| <u>Plaats van de val</u> | n = 91 | n = 132* |
| in eigen huis | 45 | 39 |
| in ander huis/gebouw | 6 | 12 |
| bij huis | 10 | 10 |
| op straat met wandelen) | 40 | 24 |
| op straat met fietsen) | | 14 |

De ongevallen in het eigen huis lijken iets te zijn afgenomen. Evenals de ongevallen op straat met wandelen. Daarentegen lijken de valongevallen in een ander huis of gebouw iets te zijn toegenomen. De helft van de ouderen die gevallen zijn hebben er geen letsel aan over gehouden. Tabel 5.7 laat dit zien.

Tabel 5.7 Letsel en behandeling van de laatste val van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | 1991 |
|----------------------|--------|---------|
| <u>Letsel</u> | n = 91 | n = 138 |
| geen letsel | 47 | 43 |
| breuk | 13 | 11 |
| kneuzing | 25 | 36 |
| overig letsel | 14 | 10 |
| <u>Behandeling</u> | n = 90 | n = 135 |
| geen behandeling | 61 | 73 |
| huisarts | 21 | 11 |
| EHBO | 9 | 10 |
| opname in ziekenhuis | 9 | 4 |
| andere behandeling | -- | 2 |

Ten opzichte van 1989 lijkt het of in de onderzoeksgroep van 1991 meer kneuzingen zijn opgetreden als gevolg van een val. Daarentegen lijkt het tevens dat in 1991 minder ouderen zich

* Van enkele ouderen is de plaats van de val niet bekend.

hebben laten behandelen voor het letsel van de val dan in 1989. Met name het aantal ouderen dat naar de huisarts is gegaan is afgenomen. Wellicht is de aard van het letsel in 1991 minder ernstig dan in 1989.

De mate waarin men bepaalde risico's op vallen percipieert verschillen in de beide onderzoeksgroepen niet. Tabel 5.8 geeft de resultaten weer.

Tabel 5.8 Risico op vallen naar onderzoeksgroep in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | 1991 |
|----------------------------------|---------|---------|
| <u>Grootste risico op vallen</u> | n = 353 | n = 485 |
| ergens vanaf vallen | 24 | 26 |
| struikelen | 40 | 40 |
| uitglijden | 18 | 21 |
| zich stoten/botsen | 9 | 7 |
| zich snijden | 3 | 3 |
| zich branden | 2 | 3 |
| overige risico's | 4 | -- |

Het grootste risico op vallen is volgens de ouderen in beide groepen het ergens over struikelen. De twee andere grote risico's zijn ergens vanaf vallen en uitglijden. Verreweg de meeste ouderen denken nooit aan de mogelijkheid om te vallen (1989:86% en 1991: 87%). Een kleine groep ouderen denkt wekelijks of dagelijks aan de mogelijkheid om te vallen. Deze ouderen denken daarbij vaker aan risico's als ergens vanaf vallen, struikelen of uitglijden dan aan andere risico's. De angst die ouderen hebben om te vallen lijkt een evenredig verband te houden met de mate waarin men bij het risico om te vallen stilstaat: de meeste ouderen (in 1989 69% en in 1991 71%) hebben weinig angst om te vallen en weer is er een kleine groep die veel angst heeft. De meeste ouderen denken niet dat zij angstiger zijn dan leeftijdsgenoten. Dit geldt voor zowel de ouderen uit de onderzoeksgroep in 1989 als voor de ouderen in 1991. In tabel 5.9 worden enkele resultaten met betrekking tot het denken aan en praten over het voorkomen van ongevallen vermeld.

Een wat groter deel van de ouderen denkt wel aan de mogelijkheid om het vallen te voorkomen.

Tabel 5.9 Denken aan en praten over preventieve maatregelen naar onderzoeksgroep in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | 1991 |
|--|-------|-------|
| <u>Denken aan preventieve maatregelen</u> | n=390 | n=658 |
| (vrijwel) nooit | 62 | 57 |
| zo nu en dan | 24 | 30 |
| dikwijls | 14 | 13 |
| <u>Praten over preventieve maatregelen</u> | n=382 | n=664 |
| (vrijwel) nooit | 85 | 85 |
| zo nu en dan | 13 | 12 |
| dikwijls | 2 | 3 |

Hoewel ruim de helft in beide groepen (vrijwel) nooit aan het voorkomen van valongevallen denkt, denkt een andere groep er juist dikwijls aan. Over mogelijke maatregelen praten doen de meeste ouderen echter vrijwel nooit. Slechts een heel klein deel praat er dikwijls over. Toch gaf in 1989 31% van de ouderen aan maatregelen te hebben getroffen tegen 23% in 1991. In 1989 trof men dus vaker maatregelen dan in 1991. Doordat een directe vergelijking van de data niet mogelijk is, is niet bekend of dit verschil significant is of toeval. In beide jaren zijn bij 6% van de ouderen maatregelen door andere personen dan de betreffende oudere getroffen. Het is niet bekend wie deze andere personen zijn, maar in de praktijk zullen dat vaak de kinderen zijn.

5.4.2 Maatregelen en kennis van maatregelen van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991

In het hiernavolgende wordt ingegaan op de maatregelen die de ouderen getroffen hebben. In tabel 5.10 wordt weergegeven welke maatregelen de ouderen in beide onderzoeksgroepen getroffen hebben. Sommige maatregelen betreffen het aanbrengen van aanpassingen in de woning, anderen betreffen een verandering in het eigen gedrag. Een complicerende factor bij de interpretatie van deze cijfers is echter dat in 1989 de vraag naar de getroffen maatregelen aan iedere respondent gesteld is, dus ook aan de respondenten die al hadden aangegeven geen maatregelen te hebben getroffen. Dit vormt een verklaring voor de lage percentages ouderen die in 1989 maatregelen hebben getroffen. Het is dus niet duidelijk vast te stellen of het aantal ouderen dat maatregelen getroffen heeft is af- of toegenomen. Om een vergelijking toch mogelijk te maken staan in de middelste kolom (1991a) de percentages getroffen maatregelen vermeld die resulteerden na de analyse van het materiaal op dezelfde wijze gedaan te hebben als in 1989 gebeurd is. De kolom 1991b bevat de percentages getroffen maatregelen bij ouderen die aangaven maatregelen getroffen te hebben.

Tabel 5.10 Getroffen maatregelen in beide onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | n | 1989 | n | 1991a | n | 1991B |
|------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| <u>Getroffen maatregel</u> | | | | | | |
| klim niet meer op stoelen | 405 | 22 | 690 | 10 | 156 | 45 |
| bereikbaar wegzetten | 405 | 18 (5) | 690 | 11 (2) | 153 | 52 (2) |
| antislip in douche | 405 | 18 (3) | 690 | 14 (4) | 160 | 59 (4) |
| t.a.v. trap | 405 | 11 (2) | 690 | 5 (2) | 157 | 22 (2) |
| gladde vloeren geruwd | 405 | 10 | 690 | 4 (1) | 154 | 18 (1) |
| losse kleden/tegels weg | 405 | 9 | 690 | 8 | 152 | 38 |
| drempels weg | 405 | 6 | 690 | 2 (2) | 155 | 10 (2) |
| veilige keukentrap gekocht | 405 | -- | 690 | 8 | 155 | 34 |
| draag geen sokken op de trap | 405 | -- | 690 | 4 | 153 | 17 |
| huis opgeruimd houden | 405 | -- | 690 | 15 | 149 | 71 |
| niets op trap laten staan | 405 | -- | 690 | 8 | 154 | 35 |
| overige maatregelen | 405 | 8 | 690 | 8 | 690 | 8 |

NB: Tussen haakjes staan de percentages ouderen bij wie anderen dan zichzelf die specifieke maatregel hebben getroffen

Naast bovengenoemde maatregelen werden ook de volgende maatregelen spontaan genoemd. In het algemeen zijn sommige ouderen voorzichtiger geworden met wat ze doen. Zo is men voorzichtiger met (trap-)lopen en fietsen. Of men fietst helemaal niet meer. Met gladheid gaat men niet naar buiten en sommigen schaffen stevig schoeisel aan. Ten aanzien van maatregelen in en om het huis werd genoemd het aanbrengen van buitenverlichting. Daarnaast hebben enkele ouderen senior-bedden aangeschaft en anderen slapen niet meer boven om traplopen zoveel mogelijk te vermijden. Een oudere heeft in de douche een douchestoel laten aanbrengen en tenslotte is het leggen van vaste vloerbedekking ter voorkoming van vallen genoemd. Er is in de vragenlijst globaal gevraagd naar de woonomstandigheden en de aanpassingen die men in de woning heeft verricht of heeft laten verrichten. In 1991 is tevens gevraagd of men - indien men de specifieke aanpassing niet heeft - deze wel of niet zou willen hebben. Tabel 5.11 geeft de resultaten weer.

Tabel 5.11 Woonomstandigheden en aanpassingen in de woning van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | n | 1989 | n | 1991 | | |
|---------------------------------|-----|------|-----|------|---------|----------|
| <u>Woonomstandigheden</u> | | | | | | |
| gebruik van trap nodig | 391 | 84* | 688 | 76 | | |
| - binnenshuis | 391 | 72 | 526 | 68 | | |
| - buitenshuis | 391 | 9 | 526 | 6 | | |
| - beiden | 391 | 3 | 526 | 2 | | |
| drempels aanwezig | 391 | 90 | 689 | 85 | | |
| | | | | ja | wil wel | wil niet |
| <u>Aanpassingen</u> | | | | | | |
| beugels | 405 | 20 | 684 | 26 | 15 | 59 |
| toilethoogte aangepast | 405 | 11 | 685 | 20 | 12 | 68 |
| antislip in douche/bad | 405 | 41 | 682 | 45 | 11 | 43 |
| antislip op trap | 311 | 22 | 530 | 30 | 5 | 65 |
| afsluiting bovenramen aangepast | 371 | 13 | 645 | 19 | 17 | 64 |

* Dit percentage is een sommatie van de antwoordcategorieën 'ja, buiten', 'ja, binnen' en 'binnen en buiten'.

Met betrekking tot de woonomstandigheden lijkt er weinig verschil te bestaan tussen de beide onderzoeksgroepen. Voor elke afzonderlijke aanpassing geldt dat hij in 1991 vaker getroffen is dan in 1989. Opvallend is toch het relatief hoge percentage ouderen dat een bepaalde aanpassing niet heeft en ook niet wil hebben. Wellicht heeft dit te maken met het stigmatiserende karakter dat men deze maatregelen toekent. Naast de vraag of men bepaalde aanpassingen in huis heeft aangebracht is ook gevraagd of men het huis als zodanig geschikt vond om in te wonen. Tabel 5.11 laat de antwoorden op deze vraag zien.

Tabel 5.12 Mening over geschiktheid van de woning van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | 1991 |
|-------------------------------------|---------|---------|
| <u>Geschiktheid</u> | n = 405 | n = 681 |
| woning geschikt | 81 | 84 |
| woning geschikt, mits voorzieningen | 12 | 10 |
| woning ongeschikt | 5 | 6 |

De mening over de geschiktheid van de eigen woning levert geen verschil op tussen de onderzoeksgroepen van 1989 en 1991. Het tegenovergestelde geldt voor de vraag of de woning weleens gecontroleerd is op veiligheidsaspecten. In 1989 had 12% van de ouderen de woning gecontroleerd of laten controleren en in 1991 was dit gestegen tot 35%. Dit kan een indicatie zijn voor een toegenomen aandacht voor veiligheid in en om het huis bij ouderen.

Naast de al dan niet getroffen maatregelen is in de vragenlijst ook gevraagd naar de bekendheid met specifieke maatregelen en risico's. Daarbij is eerst gevraagd welke maatregelen en risico's de ouderen spontaan wisten te noemen, waarna voor de niet genoemde maatregelen en risico's gevraagd is of de ouderen deze wellicht bij navraag toch kenden. Tabel 5.13 geeft de resultaten.

Tabel 5.13 Kennis van maatregelen en risico's van de onderzoeksgroepen in 1989 en 1991 in percentages

| Kenmerk | 1989 | | | 1991 | | |
|--|----------|---------|--------|----------|---------|--------|
| | n = 405 | | | n = 690 | | |
| <u>Maatregelen/risico's t.a.v.</u> | spontaan | navraag | totaal | spontaan | navraag | totaal |
| sanitair | 22 | 46 | 68 | 35 | 30 | 65 |
| trap | 20 | 30 | 50 | 46 | 41 | 87 |
| moeilijk bereikb. plaatsen | 10 | 40 | 50 | 37 | 14 | 51 |
| struikelen over oneffenh. | 17 | 42 | 59 | 38 | 48 | 86 |
| struikelen over losliggende voorwerpen | 15 | 43 | 58 | 20 | 17 | 37 |
| uitglijden over gladde vloeren | 19 | 44 | 63 | 43 | 46 | 89 |
| botsen en blijven haken | 3 | 37 | 40 | 36 | 18 | 54 |
| evenwichtsproblemen | 9 | 41 | 50 | 40 | 48 | 88 |
| goed kunnen zien (verlichting) | 6 | 47 | 53 | 35 | 15 | 50 |
| eigen psychische/fysieke conditie | 10 | 43 | 53 | 38 | 42 | 80 |

De algehele conclusie die uit bovenstaande tabel getrokken kan worden is dat de kennis van maatregelen en risico's in de onderzoeksgroep van 1991 groter is dan die van de onderzoeksgroep van 1989. In dit rapport wordt er van uit gegaan dat de spontaan genoemde maatregelen beter bekend zijn bij de ouderen dan de maatregelen die men zegde te kennen bij navraag. Het blijkt dat voor een aantal maatregelen die in 1989 in mindere mate spontaan genoemd werden, hoewel ze bij navraag wel bekend bleken te zijn, nu geldt dat ze door een veel groter percentage ouderen spontaan genoemd worden. De bekendheid met die maatregelen en risico's lijkt dus toegenomen te zijn. Het betreft dan maatregelen ten aanzien van moeilijk bereikbare plaatsen, het botsen en blijven haken achter meubilair, evenwichtsproblemen en het goed kunnen zien. Er zijn ook maatregelen die in 1989 in het geheel genomen beduidend minder bekend waren als in 1991. Daartoe zijn de percentages 'spontaan genoemd' en 'bij navraag' bij elkaar opgeteld. Het blijkt dan dat met name de bekendheid met maatregelen met betrekking tot de trap en de risico's van oneffenheden, evenwichtsproblemen en de invloed van de eigen psychische en fysieke conditie sterk is toegenomen. De bekendheid van het risico van het struikelen over losliggende voorwerpen lijkt echter te zijn afgenomen (van 58% naar 37%).

De behoefte aan informatie over het voorkomen van valongevallen lag in 1989 hoger (10%) dan in 1991 (5%). Het is uiteraard mogelijk dat men aan veiligheid een minder belang is gaan hechten, waardoor de behoefte aan informatie over het onderwerp afneemt. Gezien de grote bekendheid van de campagne is dit echter niet waarschijnlijk. Waarschijnlijker is dat de informatie die men in de afgelopen twee jaar heeft opgedaan zodanig is dat men geen behoefte heeft of meent te hebben aan nog meer informatie. Van de ouderen die wel behoefte hebben aan meer informatie is niet bekend aan welke soort informatie zij nu het meeste behoefte hebben.

5.5 Het bereik van de campagne

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de meting onder 690 Almelose ouderen. Door middel van deze meting is inzicht verkregen in het bereiken van de doelgroep. Twee hoofdvragen van het onderzoek worden hier beantwoord. Ten eerste: "Hoeveel procent van de doelgroep is via de diverse kanalen bereikt?" en ten tweede "Wat zijn de kenmerken van de wel- en de niet-bereikte ouderen?".

5.5.1 Het feitelijk bereik van de doelgroep

Bij het berekenen van het feitelijk bereik van de doelgroep is onderscheid gemaakt tussen het bereikt zijn via massamediale kanalen en het bereikt zijn via interpersoonlijke voorlichting. Onder massamediale kanalen worden in dit onderzoek de volgende kanalen verstaan:

- radio Almelo;
- radio Oost
- Twentsche Courant;
- huis-aan-huisbladen;
- algemene folders;
- folders van de Stichting Consument en Veiligheid;
- Postbus 51-folders;
- voorlichtingsmateriaal van het wijkcentrum;
- folders van de Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo;
- aanplakbiljet over Gezonde Steden Beleid en
- folder van het Gezonde Steden Beleid.

Onder interpersoonlijke voorlichting wordt in dit onderzoek verstaan de voorlichting via:

- hulpverleners van de gezinszorg;
- hulpverleners van de wijkverpleging;
- een voorlichtingsbijeenkomst voor ouderen over veiligheid in de privésfeer en
- het Ombudsteam.

Het feitelijke bereik van de doelgroep (d.w.z. het percentage ouderen dat via de campagne geïnformeerd is over preventie van ongevallen in de privésfeer) wordt in tabel 5.14 weergegeven. De tabel geeft weer hoeveel ouderen in het geheel niet bereikt zijn, hoeveel ouderen of alleen via massamediale kanalen of alleen via interpersoonlijke voorlichting bereikt zijn en hoeveel ouderen via beide kanalen bereikt zijn.

Tabel 5.14 Feitelijk bereik van de doelgroep in absolute getallen en percentages

| <u>Bereik</u> | abs. | % |
|---------------------------------|-----------|----------|
| geheel niet bereikt | 173 | 25 |
| alleen massamediaal bereikt | 481 | 70 |
| alleen interpersoonlijk bereikt | 2 | 0 |
| via beide kanalen bereikt | <u>34</u> | <u>5</u> |
| TOTAAL | 690 | 100 |

Berekening van het bereik via de diverse kanalen leert dat de campagne 75% van de Almelse ouderen in de steekproef bereikt heeft. Op een directe vraag aan de ouderen of men wist dat er in Almelo een veiligheidsproject aan de gang was antwoordde echter slechts 17% bevestigend. Vermoedelijk heeft men wel kennis genomen van de boodschap van de campagne via de diverse kanalen, maar heeft men wellicht niet beseft dat de boodschap deel uitmaakte van een campagne. Uit de tabel blijkt dat de verschillende vormen van massamediale voorlichting tezamen nagenoeg alle ouderen hebben bereikt. 5% van de ouderen is tevens via interpersoonlijke voorlichting bereikt.

Indien gekeken wordt naar het aantal ouderen dat via specifieke massamediale kanalen bereikt is blijkt dat de regionale krant* en de huis-aan-huisbladen veruit het grootste bereik hebben (tabel 5.15).

Tabel 5.15 Bereikt via specifieke massamediale kanalen en interpersoonlijke voorlichting in absolute aantallen en percentages

| <u>Bereik massamediale kanalen</u> | abs. | % |
|--|------|----|
| Twentsche Courant | 388 | 57 |
| huis-aan-huisbladen | 330 | 48 |
| radio Oost | 167 | 24 |
| folders GCB | 164 | 24 |
| radio Almelo | 138 | 20 |
| aanplakbiljet | 125 | 18 |
| folders algemeen | 52 | 8 |
| Postbus 51-folders | 47 | 7 |
| folders SWOA | 8 | 7 |
| voorlichtingsmateriaal wijkcentrum | 10 | 2 |
| folders SCV | 10 | 2 |
| <u>Bereik interpersoonlijke voorlichting</u> | | |
| gezinszorg** | 10 | 16 |
| wijkverpleging | 2 | 5 |
| voorlichtingsbijeenkomst | 16 | 2 |
| Ombudsteam | 10 | 7 |

De folder die in het kader van het Gezonde Steden Beleid gemaakt is heeft bijna een kwart van de Almelse ouderen bereikt. Van het kwart van de ouderen die de folder kennen heeft ruim de helft (52%) de folder ook gelezen, heeft een kwart (26%) de folder bewaard en heeft een klein deel (8%) naar aanleiding van het lezen van de folder overwogen om maatregelen te treffen ten aanzien van veiligheid in en om de woning. Dit laatste betekent dat, naar schatting, slechts 2% (een kwart van 8%) van het totaal aantal ondervraagde ouderen door de folder overwogen heeft maatregelen te

* In het Dagblad van het Oosten zijn eveneens veel artikelen over het gezonde Stedenbeleid en het Ombudsteam verschenen. Dit blad is echter niet opgenomen in de vragenlijst.

** De vraag naar voorlichting door gezinsverzorgenden en wijkverpleegkundigen is alleen gesteld aan hen die deze zorg ontvangen. Bovendien moet worden opgemerkt dat de gezinsverzorgenden in het kader van de campagne een cursus over veiligheidsvoorlichting aan ouderen hebben gevolgd.

treffen. Het is niet bekend hoeveel van deze ouderen daarna ook werkelijk maatregelen getroffen heeft.

Geconcludeerd kan worden dat met betrekking tot het bereiken van ouderen, met het doel ouderen te informeren over preventie van ongevallen, men wellicht beter gebruik kan maken van artikelen in regionale en lokale bladen dan van speciaal ontwikkelde folders en affiches. Het bereik van deze laatste media ligt immers beduidend lager. Bovendien is het plaatsen van artikelen in regionale en lokale kranten veelal kosteloos, terwijl met het ontwikkelen van speciaal voorlichtingsmateriaal relatief veel geld gemoeid is. Wellicht is het zinvol dergelijke niet te verspreiden over de gehele (ouderen-)populatie, maar ze alleen te ontwikkelen voor specifieke doelgroepen en dan, bij uitreiking, vergezeld te laten gaan van mondelinge toelichting, bijvoorbeeld door een huisarts, gezinsverzorgende en wijkverpleegkundige. Het is goed mogelijk daarbij gebruik te maken van de folders van de Stichting Consument en Veiligheid, onder bijvoeging van enkele relevante lokale telefoonnummers.

5.5.2 Kenmerken van de bereikte en niet-bereikte doelgroep

In deze paragraaf worden de groepen bereikte en niet-bereikte ouderen beschreven aan de hand van de volgende kenmerken:

- leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en inkomen;
- mobiliteit, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en hulpbehoefte;
- ongevalgeschiedenis en getroffen preventieve maatregelen.

In tabel 5.16 worden leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en inkomen weergegeven voor de ouderen die niet bereikt zijn door de campagne afgezet tegen de ouderen die wel bereikt zijn door de campagne*.

* Het eventuele verschil tussen de bereikte en niet-bereikte groep is getoetst met behulp van de Mantel-Haenszel-toets voor lineaire associatie.

Tabel 5.16 Leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en inkomen van niet- en wel bereikte groep in percentages

| Kenmerk | niet bereikt % | wel bereikt % |
|-------------------------|-------------------|------------------|
| <u>leeftijd*</u> | n = 173 | n = 517 |
| 60-64 jaar | 32 | 24 |
| 65-69 jaar | 32 | 27 |
| 70-74 jaar | 21 | 28 |
| 75-80 jaar | <u>16</u> | <u>22</u> |
| TOTAAL | <u>25</u> | <u>75</u> |
| <u>geslacht</u> | n = 173 | n = 517 |
| vrouw | 54 | 62 |
| man | <u>46</u> | <u>38</u> |
| TOTAAL | <u>25</u> | <u>75</u> |
| <u>samenlevingsvorm</u> | n = 173 | n = 516 |
| alleenwonend | 25 | 31 |
| met partn./leeft.genoot | 69 | 65 |
| met kind(eren) | 6 | 5 |
| TOTAAL | <u>25</u> | <u>75</u> |
| <u>inkomen</u> | n = 114 | n = 327 |
| AOW of minder | 28 | 29 |
| AOW + hooguit 150 gld. | 34 | 25 |
| AOW + hooguit 300 gld. | 7 | 15 |
| AOW + hooguit 500 gld. | 4 | 4 |
| AOW + meer dan 500 gld. | <u>26</u> | <u>28</u> |
| TOTAAL | <u>26</u> | <u>74</u> |

NB. * p < .01

Met betrekking tot de leeftijd van de oudere blijkt er een significant verschil te bestaan tussen de bereikte en niet-bereikte groep. Duidelijk blijkt dat de campagne vooral is aangeslagen bij de ouderen van 70 jaar en ouder. De mate waarin mannen en vrouwen door de campagne zijn bereikt verschilt niet significant, hoewel het lijkt alsof vrouwen wat vaker zijn bereikt dan mannen. Met betrekking tot de samenlevingsvorm en het inkomen lijken er geen verschillen te bestaan tussen de beide groepen. De meerderheid van de ouderen woont met een partner of leeftijdsgenoot. De meeste ouderen hebben een inkomen dat ligt tussen AOW-niveau en AOW plus 150 gulden.

Naast verschillen in persoonskenmerken tussen bereikte en niet bereikte ouderen is tevens nagegaan of men ook verschilde in het mediakanaal via welke men door de campagne bereikt is. Het blijkt dat 70-plussers relatief vaker door interpersoonlijke voorlichting zijn bereikt dan de jongere ouderen. Bovendien lijken vrouwen iets vaker bereikt te zijn door interpersoonlijke voorlichting dan mannen.

Naast bovengenoemde persoonskenmerken is ook onderzocht of er verschil bestaat tussen de bereikte en de niet-bereikte groep ten aanzien van zaken als mobiliteit, gezondheid en hulpbehoefte. Eerst worden de resultaten van de afzonderlijke vragen naar deze kenmerken weergegeven, waarna deze gegevens worden samengevoegd zodat een wat globaler overzicht wordt verkregen. Tabel 5.17

geeft de resultaten van de afzonderlijke mobiliteits- en ADL- en HDL-verrichtingen weer, in tabel 5.18 komen de resultaten van de gezondheidsvariabelen aan de orde en in tabel 5.19 zijn de resultaten van de samengestelde variabelen weergegeven.

Tabel 5.17 Mobiliteits- en gezondheidsaspecten en ADL- en HDL, van de niet- en wel bereikte groep in percentages.

| Kenmerk | niet bereikt in % | | | | wel bereikt in % | | | |
|-------------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|-----------|-----------|-----------|
| | n | zelf z.m. | zelf m.m. | niet zelf | n | zelf z.m. | zelf m.m. | niet zelf |
| <u>Mobiliteit</u> | | | | | | | | |
| binnenshuis verplaatsen | 173 | 94 | 6 | 1 | 517 | 95 | 5 | 1 |
| buitenshuis verplaatsen | 173 | 87 | 11 | 2 | 517 | 85 | 13 | 3 |
| traplopen | 173 | 83 | 12 | 5 | 612 | 80 | 15 | 6 |
| <u>ADL</u> | | | | | | | | |
| gezicht/handen wassen | 173 | 98 | 2 | 1 | 516 | 96 | 4 | 1 |
| aan- en uitkleden | 173 | 95 | 4 | 1 | 517 | 95 | 4 | 1 |
| zitten en opstaan | 173 | 96 | 4 | 1 | 517 | 94 | 5 | 1 |
| in- en uit bed | 173 | 97 | 2 | 1 | 517 | 94 | 6 | 0 |
| eten en drinken | 173 | 99 | 1 | 1 | 516 | 98 | 2 | 0 |
| toiletbezoek | 173 | 98 | 2 | 0 | 515 | 96 | 4 | 0 |
| zich was./bad./douchen | 173 | 94 | 4 | 2 | 517 | 93 | 5 | 2 |
| <u>HDL</u> | | | | | | | | |
| boodschappen doen | 173 | 69 | 22 | 9 | 517 | 74 | 16 | 10 |
| ontbijt klaarmaken | 173 | 82 | 17 | 1 | 517 | 87 | 12 | 2 |
| warme maaltijd | 173 | 66 | 32 | 2 | 515 | 74 | 23 | 3 |
| afwassen | 173 | 83 | 15 | 2 | 516 | 88 | 10 | 2 |
| bed opmaken | 173 | 70 | 26 | 4 | 517 | 73 | 22 | 5 |
| bed verschonen | 173 | 60 | 33 | 7 | 517 | 67 | 26 | 8 |
| stof afnemen* | 173 | 58 | 38 | 5 | 516 | 69 | 26 | 5 |
| poetsen/stofzuigen | 173 | 58 | 33 | 9 | 517 | 62 | 23 | 15 |
| grote was/strijken | 173 | 51 | 41 | 8 | 516 | 60 | 31 | 9 |

NB. zelf z.m. = zelf zonder moeite, zelf m.m. = zelf met moeite, niet zelf = niet zelf i.v.m. gezondheid, * $p < .05$

Opmerkelijk in deze tabel is dat ten aanzien van de ADL-functies het percentage wel-bereikte ouderen dat de handelingen zelf met moeite kan verrichten steeds iets hoger ligt dan in de groep niet-bereikte ouderen. Met betrekking tot de categorie ouderen die de handelingen zelf zonder moeite verricht liggen de percentages niet-bereikte ouderen juist steeds hoger. Ten aanzien van de HDL-functies geldt het omgekeerde. Hier liggen de percentages van de niet-bereikte ouderen die de handelingen zelf met moeite kunnen uitvoeren steeds iets hoger en liggen de percentages van de ouderen die de handelingen zelf zonder moeite kunnen uitvoeren steeds iets lager. De verschillen (op stofafnemen na) zijn echter niet significant. Daarom kunnen er geen conclusies aan verbonden worden. In tabel 5.18 wordt nader ingegaan op de lichamelijke en geestelijke gezondheidsaspecten van de wel en niet bereikte ouderen.

Tabel 5.18 Lichamelijke en geestelijke gezondheidsaspecten van de niet- en wel bereikte groep in percentages.

| Kenmerk | niet bereikt in % | | | wel bereikt in % | | | | |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------|---|
| | n | wel probleem | geen probleem | n | wel probleem | geen probleem | | |
| <u>lichamelijke gezondheid</u> | | | | | | | | |
| problemen met zien | 172 | 16 | 84 | 513 | 20 | 80 | | |
| problemen met horen | 166 | 18 | 82 | 508 | 18 | 82 | | |
| problemen met evenwicht* | 172 | 13 | 87 | 517 | 21 | 80 | | |
| medicijngebruik | 173 | 52 | 48 | 517 | 60 | 40 | | |
| <u>geestelijke gezondheid</u> | | | | | | | | |
| Voelt u zich wel eens ... | | niet | soms | vaak | niet | soms | vaak | |
| eenzaam | 173 | 79 | 15 | 6 | 514 | 81 | 14 | 5 |
| rusteloos | 172 | 74 | 19 | 8 | 516 | 78 | 16 | 6 |
| verveeld | 173 | 86 | 12 | 2 | 516 | 90 | 9 | 2 |
| termeergeslagen | 173 | 73 | 19 | 9 | 514 | 69 | 23 | 8 |
| van streek na opmerking | 171 | 91 | 8 | 1 | 514 | 89 | 10 | 1 |
| <u>eigen oordeel geestelijke</u> | | | | | | | | |
| conditie | | n = 173 | | | n = 515 | | | |
| uitstekend | | 39 | | | 43 | | | |
| opgewekt, heel goed | | 60 | | | 54 | | | |
| in het algemeen goed | | 2 | | | 3 | | | |

NB. * $p < .05$

Met betrekking tot de lichamelijke gezondheid blijkt dat er alleen ten aanzien van het bewaren van het evenwicht een significant verschil bestaat tussen de bereikte en de niet bereikte groep. De bereikte groep heeft meer problemen met het evenwicht dan de niet bereikte groep. Met betrekking tot de geestelijke gezondheid en het oordeel over de eigen geestelijke conditie is geen verschil tussen de beide groepen geconstateerd. Ook met betrekking tot het aantal sociale contacten blijkt geen verschil te bestaan tussen wel en niet bereikte ouderen. In tabel 5.19 worden de resultaten van enkele samengestelde variabelen met betrekking tot mobiliteit, lichamelijke en geestelijke gezondheid en hulpbehoefte weergegeven.

Tabel 5.19 Mobiliteit, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en hulpbehoefte van de niet- en wel bereikte groep in percentages

| Kenmerk | niet bereikt % | wel bereikt % |
|--------------------------------|-------------------|------------------|
| <u>mobiliteit</u> | | |
| goed mobiel | n = 173 82 | n = 512 77 |
| redelijk mobiel | 11 | 16 |
| slecht mobiel | 8 | 7 |
| TOTAAL | 25 | 75 |
| <u>lichamelijke gezondheid</u> | | |
| goed gezond | n = 165 74 | n = 506 67 |
| redelijk gezond | 19 | 22 |
| slecht gezond | 7 | 1 |
| TOTAAL | 25 | 75 |

Vervolg tabel 5.19

| | | |
|-------------------------------|---------|---------|
| <u>geestelijke gezondheid</u> | n = 170 | n = 506 |
| goed gezond | 94 | 95 |
| slecht gezond | 7 | 6 |
| TOTAAL | 25 | 75 |
| <u>hulpbehoefte (ADL/HDL)</u> | n = 171 | n = 510 |
| geen | 39 | 44 |
| matig | 53 | 46 |
| ernstig | 8 | 10 |
| TOTAAL | 25 | 75 |

Ten aanzien van mobiliteit, dat wil zeggen het binnens- en buitenshuis verplaatsen en het traplopen, is geen verschil gevonden tussen de beide onderzochte groepen. In beide groepen noemt de overgrote meerderheid van de ouderen zichzelf goed mobiel. De lichamelijke gezondheid van de bereikte groep blijkt eveneens niet te verschillen van die van de niet-bereikte groep. Tweederde van de ouderen in beide groepen noemt zich goed gezond. Een trend lijkt waarneembaar dat er in de bereikte groep iets meer ouderen met een minder goede gezondheid zitten dan in de niet-bereikte groep. Bijna alle ouderen in beide groepen noemen hun geestelijke gezondheid goed. Ook met betrekking tot hulpbehoefte valt geen verschil te constateren. In beide groepen heeft de helft van de ouderen een matige hulpbehoefte. Van de overige ouderen hebben de meesten geen hulpbehoefte. Met betrekking tot het medium via welke men bereikt is, massamediaal c.q. interpersoonlijk, dan wel door beide, blijkt met betrekking tot deze variabelen geen verschil op te treden.

Persoonskenmerken en gezondheid en hulpbehoefte zijn, als het ware de achtergrondkenmerken van de bereikte en de niet bereikte groep. De onderzoeksvraag richt zich vooral op de valgeschiedenis van de bereikte en niet-bereikte ouderen in het eerste jaar van de campagne en op de vraag of zij al dan niet maatregelen getroffen hebben. Tabel 5.20 geeft antwoord op deze vragen.

Tabel 5.20 Valgeschiedenis en getroffen preventieve maatregelen van de niet- en wel bereikte groep in percentages

| Kenmerk | niet bereikt | wel bereikt |
|----------------------------------|--------------|--------------|
| | % n = 170 | % n = 505 |
| <u>gevallen laatste jaar</u> | | |
| ja | 17 | 22 |
| neen | 84 | 78 |
| <u>indien gevallen, hoe vaak</u> | | |
| een keer | 59 | 53 |
| twee of drie keer | 33 | 34 |
| vier keer of vaker | 7 | 13 |
| <u>maatregelen genomen</u> | | |
| ja | 18 | 24 |
| neen | 82 | 76 |

Vervolg tabel 5.20

| | | |
|--|----|----|
| <u>aantal maatregelen zelf getroffen</u> | | |
| geen | – | 7 |
| één | 17 | 22 |
| twee of drie | 33 | 26 |
| vier of meer | 50 | 44 |
| <u>aantal maatregelen door anderen getroffen</u> | | |
| geen | – | 5 |
| één | 75 | 58 |
| twee of drie | 25 | 26 |
| vier of meer | – | 11 |
| <u>aantal aanpassingen in huis*</u> | | |
| geen | 42 | 30 |
| één | 30 | 31 |
| twee of drie | 24 | 33 |
| vier of meer | 4 | 6 |

NB. * $p < .01$

Er blijkt geen significant verschil te bestaan tussen beide groepen voor wat betreft het al dan niet gevallen zijn in het laatste jaar. Gemiddeld is een vijfde van de onderzochte ouderen gevallen.

Ook ten aanzien van het nemen van specifieke maatregelen, zoals ten aanzien van de trap, het bereikbaar wegzetten van veel gebruikte zaken en andere, blijkt de bereikte groep niet te verschillen van de niet-bereikte groep. Ouderen die door de campagne bereikt zijn hebben dus niet significant meer maatregelen getroffen dan zij die niet bereikt zijn, maar tevens blijkt dat ouderen die bereikt zijn wél meer aanpassingen in huis hebben gepleegd. Het is echter niet bekend of deze ouderen de aanpassingen hebben aangebracht vòòr of na de start van de campagne. Ook is het mogelijk dat het hier een groep ouderen betreft die zich al bewust zijn van het verhoogde risico dat zij lopen en daarom ontvankelijker zijn voor de informatie die door middel van de campagne op hen af kwam.

In tabel 5.21 wordt het percentage van de bereikte oudere dat een specifieke maatregel getroffen heeft ten opzichte van de niet-bereikte ouderen weergegeven. Op de maatregel 'binnen bereik wegzetten' na is geen van de verschillen tussen de twee groepen significant.

Tabel 5.21 Getroffen maatregelen van de niet- en wel bereikte groep in percentages*

| Kenmerk | niet bereikt | | wel bereikt | |
|---|--------------|-------|-------------|------|
| | % | (abs) | % | abs |
| <u>maatregelen zelf genomen</u> | | | | |
| Trap | 19 | (4) | 37 | (31) |
| veilig keukentrapje | 29 | (8) | 46 | (45) |
| niets op trap laten staan | 50 | (12) | 51 | (42) |
| geen sokken op trap | 38 | (8) | 21 | (18) |
| binnen bereik zetten | 50 | (15) | 57 | (64) |
| drempels weg | 16 | (5) | 10 | (11) |
| losse kleden/tegels weg | 45 | (13) | 43 | (44) |
| gladde vloeren geruwd | 16 | (5) | 23 | (23) |
| antislip douche | 63 | (19) | 62 | (75) |
| huis opgeruimd houden | 82 | (22) | 74 | (83) |
| niet op stoel klimmen | 56 | (18) | 46 | (52) |
| <u>maatregelen door anderen genomen</u> | | | | |
| trap | 38 | (3) | 36 | (8) |
| sanitair | 86 | (6) | 75 | (24) |
| binnen bereik zetten** | - | (-) | 54 | (13) |
| drempels weg | 14 | (1) | 36 | (10) |
| gladde vloeren geruwd | - | (-) | 31 | (8) |
| zitten en opstaan | - | (-) | 27 | (7) |
| in- en uit voertuig | - | (-) | 22 | (5) |

NB. ** $p < .05$

In de bovenstaande tabel valt op dat van de niet bereikte ouderen relatief weinig ouderen maatregelen door anderen hebben laten nemen in vergelijking met de bereikte ouderen.

5.6 Conclusies en beschouwing

Geconcludeerd wordt dat de campagne onder Almelose ouderen een groot bereik heeft gehad, met name onder de ouderen van 70 jaar en ouder. Het grootste bereik hadden de massamediale voorlichtingskanalen, waarbij de regionale kranten en huis-aan-huisbladen speciaal genoemd moeten worden. Opvallend is dat hoewel het bereik van de campagne groot was, de meeste ouderen niet wisten dat er een speciale campagne gaande was. Met betrekking tot het vallen van de ouderen en de getroffen maatregelen blijkt er geen verschil te bestaan tussen de bereikte en de niet-bereikte ouderen.

De niet bereikte groep lijkt op slechts enkele kenmerken af te wijken van de bereikte groep. De niet bereikte groep bevat, hoewel niet significant, relatief toch wat meer jongere ouderen, wat meer mannen, wat meer ouderen met een relatief betere gezondheid, wat meer ouderen die niet of weinig

* De percentages zijn de ouderen die de betreffende maatregel wel getroffen hebben, dus 37% wil zeggen 37% heeft de maatregel wel en 63% heeft de maatregel niet getroffen.

valongevallen hebben meegemaakt, wat meer ouderen die weinig maatregelen nemen of aanpassingen treffen of laten treffen. Kortom, het kan zijn dat de niet bereikte groep ouderen een groep is die ook niet persé bereikt hoeft te worden. Deze groep heeft tegenovergestelde kenmerken van de groep ouderen die vaak als risicogroep bestempeld worden: de oudere vrouwen met een slechtere gezondheid. Om deze groep ouderen toch te bereiken zou in een campagne meer de nadruk gelegd moeten worden op het beeld dat veiligheidsmaatregelen treffen altijd goed is, ongeacht leeftijd. Dat men niet bepaalde kenmerken als 'oud en ziek' hoeft te hebben om profijt te kunnen hebben van dergelijke maatregelen.

6. HET OMBUDSTEAM

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een belangrijk onderdeel van de interventie: het Ombudsteam. De opzet en de doelstelling van het Ombudsteam worden beschreven, alsmede de werkzaamheden van het Ombudsteam. Daarna worden de resultaten van het werken met het signaleringssysteem en van de vragen uit de enquête onder 690 ouderen.

6.1 Opzet en doelstelling van het Ombudsteam

De Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo (SWOA) is van mening dat versterking van de positie van ouderen ten opzichte van de professionele hulpverleners een voorwaarde is voor een goede afstemming van het aanbod op de vraag. Daartoe staat men voor dat voorlichting en advies vanuit de optiek van de ouderen gegeven zou moeten worden en zou daarnaast de vraag van de ouderen zo georganiseerd moeten worden dat het aanbod van zorg beïnvloedt wordt. Interpersoonlijke voorlichting speelt hierbij een belangrijke rol. Enkele jaren geleden is de SWOA begonnen met een interpersoonlijk voorlichtingsproject over sociale alarmeringssystemen: het 'alarmeringsproject'. Dit project hield in dat aanvragers voor een alarmeringssysteem door getrainde vrijwilligers van de Unie Van Vrijwilligers (UVV) bezocht werden. De vrijwilligers hadden als taak door middel van deze huisbezoeken gevoelens van onveiligheid onder ouderen te signaleren en te trachten om de situatie, die deze gevoelens oproept, te verbeteren. Het Ombudsteam kan gezien worden als het vervolg van dit alarmeringsproject.

Het Ombudsteam is opgezet in samenwerking met de ouderenorganisaties en bestaat geheel uit vrijwilligers. Men ging er van uit dat vrijwilligers het meest geschikt waren voor het Ombudsteamwerk omdat zij meer tijd hebben dan professionele krachten en zich vaak beter kunnen inleven in de leefsituatie van de hulpvragende oudere (indien zij tevens qua leeftijd tot de doelgroep behoren). Deze vrijwilligers zullen - na training en met ondersteuning vanuit de SWOA - zelfstandig contacten onderhouden met ouderen die zich met vragen en problemen op uiteenlopend gebied tot het Ombudsteam wenden. De leden van het Ombudsteam zullen zich daarbij als vertrouwenspersonen opstellen. De contacten zullen zowel telefonisch als via gesprekken en huisbezoeken plaatsvinden. De doelgroep van het Ombudsteam omvat alle ouderen in de gemeente Almelo.

Het doel van het Ombudsteam is ouderen die daarom vragen met vertrouwenspersonen bij te staan bij het verhelderen van een probleem en het vinden van de gewenste oplossing. Daarnaast wil men

door middel van, onder andere, publiciteitsacties bij ouderen en hun omgeving aandacht vragen voor onveilige situaties en stimuleren dat door ouderen zelf, maar ook door de samenleving, maatregelen getroffen worden om deze situaties zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast zal door het Ombudsteam ook aandacht worden besteed aan het systematisch verzamelen en verwerken van gegevens omtrent problematische situaties waarin ouderen verkeren. Het Ombudsteam vormt, volgens de SWOA, als zodanig het begin van een organisatorisch verband voor zowel individuele als collectieve belangenbehartiging. Op deze wijze hoopt men de organisatie van de vraag gestalte te geven. Men verwacht dat het Ombudsteam een laagdrempelig medium zal zijn, doordat leden uit de doelgroep ingezet worden en doordat er geen beperkingen zijn ten aanzien van de vragen waarmee ouderen bij het Ombudsteam kunnen aankloppen (van Broekhoven en Kuckartz, 1990).

6.2 Procesevaluatie Ombudsteam

De procesevaluatie van het Ombudsteam is onder andere gebaseerd op het rapport dat door de SWOA over het Ombudsteam geschreven is en dat als een soort projectplan beschouwd kan worden. Verder is de evaluatie gebaseerd op een analyse van de notulen van de vergaderingen van het Ombudsteam en op de ervaringen die zijn opgedaan tijdens een drietal zogenaamde 'meeloopdagen'. De vergaderingen van het Ombudsteam vinden om de week plaats. In de zomermaanden zijn enkele vergaderingen uitgevallen. Het voornaamste doel van deze bijeenkomsten is het bespreken en verdelen van nieuwe aanvragen en het bijhouden van kennis rondom regelingen. Tijdens de meeloopdagen zijn drie huisbezoeken van het Ombudsteam bij ouderen die een aanvraag hadden gedaan bijgewoond, is een vergadering van het Ombudsteam bijgewoond, heeft een gesprek met de coördinatrice van het Ombudsteam plaatsgevonden, alsmede een groepsgesprek met de leden van het Ombudsteam. Aan de hand van bovengenoemde informatie worden diverse aspecten van het functioneren van het Ombudsteam in deze paragraaf behandeld.

Het eerste rapport dat door medewerkers van de SWOA over het Ombudsteam geschreven werd geeft een overzicht van de ontwikkeling van het project. In oktober 1989 werden twee parttime beroepskrachten aangesteld. In december begonnen zij met het opstellen van een activiteitenplan. In de periode van december 1989 tot en met januari 1990 werden de vrijwilligers voor het Ombudsteam geworven en geselecteerd. De werving verliep via ouderenorganisaties, media en persoonlijke contacten. Uit het groepsgesprek met de Ombudsteamleden blijkt dat met name de laatstgenoemde wervingsvorm van toepassing is geweest. Ten behoeve van de selectie hebben er sollicitatie-

gesprekken met de kandidaten plaatsgevonden. In januari 1990 kwam het Ombudsteam voor het eerst bij elkaar. In januari werd een korte scholing voor de vrijwilligers georganiseerd. In februari 1990 zijn de plannen voor de publiciteitsacties opgesteld, waarna in maart 1990 de openingsmanifestatie volgde. In april 1990 werd de eerste campagne gestart (van Broekhoven en Kuckartz, 1990).

6.2.1 De leden van het Ombudsteam

Tijdens de voorbereiding van het project Ombudsteam is door de SWOA een profielschets opgesteld van de vrijwilligers die in het Ombudsteam werkzaam kunnen zijn. Deze profielschets ziet er als volgt uit:

- leeftijd boven de 40 jaar;
- goed kunnen luisteren;
- goede aansluiting kunnen vinden bij de groep ouderen;
- weerstand kunnen bieden tegen instellingen en organisaties;
- over voldoende tijd beschikken;
- het geen probleem vinden om met vragen naar de oudere toe te stappen;
- in een team willen werken en
- de vaardigheid bezitten te rapporteren dan wel de bereidheid te hebben om het te leren (Ooijendijk, Wortel & Stompedissel, 1990).

Met betrekking tot de leeftijd blijkt dat op één na alle Ombudsteamleden 40 jaar of ouder zijn. In het ene geval van uitzondering heeft men persoonlijke kwaliteiten voorrang gegeven boven de leeftijdsvoorwaarde. De mate waarin Ombudsteamleden goed kunnen luisteren kan verschillend zijn. De leden hebben hun eigen manier van het benaderen van ouderen en hun problemen. De één zal wat langer bereid zijn de verhalen van ouderen aan te horen dan de ander. Op zich heeft dit verschil in 'luistervermogen' niet tot problemen geleid. De coördinatrice heeft aangegeven dat in de praktijk rekening wordt gehouden met het probleem van de desbetreffende oudere wanneer besloten moet worden welk Ombudsteamlid er naar toe zal gaan. Tijdens het groepsgesprek bleek dat ook de Ombudsteamleden zelf van mening zijn dat goed kunnen luisteren en geduld hebben de belangrijkste vaardigheden van een Ombudsteamlid moeten zijn. Daarnaast acht men het ook belangrijk dat men in staat is een gesprek op een nette manier te kunnen beëindigen en moet men resoluut kunnen optreden, ook naar instanties toe. De Ombudsteamleden hebben naast de werkzaamheden als

Ombudsteamlid geen andere (betaalde) werkzaamheden (meer). Zij beschikken daarom over voldoende tijd, alhoewel men wel grenzen wil stellen. De coördinatrice van de SWOA vertelt dat het Ombudsteam een redelijk stabiel team is. De meesten zijn vanaf het begin bij het Ombudsteam betrokken. De Ombudsteamleden zelf schatten dat zij gemiddeld 8 tot 10 uur per week besteden aan het Ombudsteamwerk. Tijdens de 'experimentele periode' heeft één lid van het Ombudsteam het team verlaten in verband met het aanvaarden van een (betaalde) baan elders. Tevens is er één persoon bijgekomen. Via persoonlijke contacten met het Ombudsteam had deze persoon al kennis van de werkzaamheden van het Ombudsteam. Uit het groepsgesprek dat gehouden is met de leden van het Ombudsteam (één lid was afwezig) bleek dat twee mensen vroeger al in het ouderenwerk hadden gezeten. Veruit de meeste Ombudsteamleden zijn door de SWOA gevraagd om in het Ombudsteam plaats te nemen. Zij waren bekend bij de SWOA omdat ze elders al vrijwilligerswerk deden. Alle leden geven aan dat het werken in het Ombudsteam aan hun verwachtingen voldoet. Daarbij wordt bedoeld op het omgaan met ouderen en het zelf wat mondiger worden.

6.2.2 Werkzaamheden van het Ombudsteam

Volgens de projectopzet, zoals beschreven in van Broekhoven en Kuckartz (1990, p. 14) is de taakomschrijving van de Ombudsteamleden als volgt samen te vatten:

- op aanvraag bij ouderen huisbezoek en indien gewenst vervolgbezoeken afleggen;
- zich een beeld vormen van de situatie waarin de aanvragers verkeren en dit rapporteren naar de projectleiding;
- geven van informatie over voorzieningen en regelingen;
- als vertrouwenspersoon adviseren en bemiddelen bij hulpvragen op allerlei gebied;
- meewerken aan de uitvoering van speerpuntacties op het gebied van ongevallen-preventie en thema's rond veiligheid;
- direct benaderen van specifieke doelgroepen die door de projectleiding worden geselecteerd.

Alle Almelose ouderen kunnen zich met alle vragen wenden tot het Ombudsteam. Nadat de aanvrager (hoeft niet altijd de oudere zelf te zijn) voor de eerste maal, meestal telefonisch, contact heeft gezocht met het Ombudsteam wordt getracht om binnen enkele dagen een lid van het Ombudsteam deze oudere te laten bezoeken. Dit bezoek heeft tot doel om kennis te maken met de oudere en om meer duidelijkheid te krijgen over de vraag waarmee de oudere zit. Het Ombudsteamlid geeft indien mogelijk advies en tracht, samen met de oudere, te zoeken naar een oplossing voor het

geuite probleem. Indien het probleem te complex wordt of indien het Ombudsteamlid niet beschikt over de nodige kennis om het probleem op te lossen wordt de projectleiding (i.e. coördinatrice van de SWOA) ingeschakeld. Tijdens het eerste huisbezoek (of de volgende) tracht het Ombudsteamlid zich een beeld te vormen van de leefsituatie van de oudere. De bevindingen worden op een registratieformulier vastgelegd. Volgens de Ombudsteamleden kwamen er in het begin vooral vragen binnen met betrekking tot aanpassingen in huis, vooral in douche en toilet. Later kwamen er meer vragen voor hulp in de huishouding, hulp bij het onderhouden van de tuin en het doen van allerlei klusjes. Ook kwamen er vragen die duiden op eenzaamheidsproblematiek. In sommige situaties kan het Ombudsteam niets doen, zoals in situaties waarbij ouderen problemen hebben met iets wat in een wet of regeling is vastgelegd. Het Ombudsteam kan bijvoorbeeld niets doen aan lange wachtlijsten voor gezinszorg. Sommige ouderen verwachten echter dat zij via het Ombudsteam eerder in aanmerking kunnen komen voor hulp.

Naast deze huisbezoeken worden er diverse zogenaamde 'speerpuntacties' georganiseerd. Zo'n actie houdt in dat gedurende een bepaalde tijd extra aandacht wordt besteedt aan een bepaald onderwerp dat te maken heeft met veiligheid. Aan de speerpuntacties ligt een speerpuntenplan ten grondslag. Dit plan is, volgens de SWOA en de SCV, opgesteld naar aanleiding van landelijke gegevens en een plaatselijk onderzoek. De ideeën zijn besproken met de SCV en de deelgroep Voorlichting en educatie van de Stuurgroep Gezonde Steden. Vervolgens is, samen met SCV, bekeken op welke wijze (bij-)scholing moest plaatsvinden. Het speerpuntenplan wordt actueel gehouden. Dat wil zeggen, als blijkt dat er vraag is naar bepaalde informatie dan wordt gekeken of een speerpuntactie rond dat thema in het plan past. Steeds werd bekeken op welke wijze leden van het Ombudsteam persoonlijk in contact konden komen met de ouderen. Opgemerkt moet worden dat de indruk bestaat dat de leden van het Ombudsteam voordat zij met het werk begonnen niet wisten dat van hen verwacht werd dat zij mee zouden werken aan deze acties. De ideeën voor deze acties komen voornamelijk uit de SWOA, die de acties ook op touw zet. Eén van de eerste speerpuntacties van het Ombudsteam was de beugel-actie "Houdt vast aan het Ombudsteam". Andere speerpunten waren: 'uitglijden', 'trappen en opstapjes'. De actie rond de trappen en opstapjes werd "Hogerop met het Ombudsteam" genoemd. Het Ombudsteam bemande de stands in de stad waar folders werden uitgedeeld en enquêtes werden gehouden. Middenstandsbedrijven in Almelo werkten aan de actie mee door gedurende de actie korting te geven op, als veilig beschouwde, huishoudtrappen. Een ander belangrijke actie van het Ombudsteam was de inventarisatie van openbare gebouwen en complexen. In korte tijd heeft het Ombudsteam 15 gebouwen bezocht. Deze gebouwen zijn via contacten van Ombudsteamleden met bewoners geselecteerd. Per gebouw werden ca. 15 mensen

geïnterviewd over de veiligheid (gladde vloeren) en de toegankelijkheid van de gebouwen. De inventarisatie bracht ook andere onveilige situaties naar voren. Naar aanleiding van de inventarisatie door het Ombudsteam hebben medewerkers van de SWOA diverse gesprekken gevoerd met enkele betrokken woningbouwverenigingen in Almelo. Doel van de speerpuntacties is om thema-gewijs in brede kring het nadenken over veiligheid te stimuleren en te bevorderen dat mensen maatregelen treffen ter vermindering van onveiligheid. De acties kenmerken zich door een pragmatische aanpak. Ze worden naar aanleiding van datgene wat de SWOA ter ore komt in korte tijd in elkaar gezet.

Daarnaast, of vaak ook in het kader van de speerpuntacties, worden door de SWOA verschillende kortdurende cursussen voor ouderen georganiseerd. Eén van die cursussen was de cursus "Vallen en opstaan". De leden van het Ombudsteam hebben eerst de cursus zelf gevolgd om daarna, tijdens de andere instructie-ochtenden te kunnen fungeren als proefpersoon. Een ander voorbeeld is de cursus "Rijbewijs op herhaling". Ombudsteamleden hebben enquêtes gehouden onder de deelnemers. Andere acties van het Ombudsteam zijn de cursus "Veilig bewegen in een veilige omgeving" (ontwikkeld door de SCV en de SWOA) en de manifestatieweek Gezonde Steden Beleid. De speerpunten betekenen voor de Ombudsteamleden meestal extra drukte. Nadat via een speerpuntactie tijdelijk de nadruk is gelegd op een bepaald probleem stijgt het aantal aanvragen dat bij het Ombudsteam binnenkomt. Deze aanvragen gaan dan niet noodzakelijkerwijs over het onderwerp dat met de speerpuntactie in de aandacht gebracht is.

Volgens de SWOA spreken speerpunten met betrekking tot de veiligheid in de woning beter aan dan speerpunten over verkeersveiligheid. Echter, omdat vermoedt wordt dat men sneller reageert als een actie de eigen woning betreft, is het niet goed mogelijk om aan de hand van het aantal reacties de belangstelling voor een actie- of speerpuntonderwerp te meten. Het eerste speerpunt "Houdt vast aan het Ombudsteam" was een groot succes. In een bepaalde periode konden Almelse ouderen een aanvraag doen bij het Ombudsteam om kosteloos steunen en beugels in hun huis te laten plaatsen. Het doel was daarbij niet zoveel mogelijk beugels te plaatsen, maar eerder het nut van aanpassingen in de woning onder de aandacht te brengen.

Al in een vroeg stadium gaven twee Ombudsteamleden te kennen geïnteresseerd te zijn in het geven van groepsvoorlichting. Omdat bleek dat het voorbereiden hiervan niet zo eenvoudig is sprak men af eerst een plan te maken. De twee leden zijn bijgeschoold door de SCV. Het daadwerkelijk geven van groepsvoorlichting door de twee Ombudsteamleden startte in maart 1991. De betrokken leden geven incidenteel voorlichting over veiligheid in huis aan (kleine) groepen leeftijd genoten.

Een casebeschrijving

Om het werk van de leden van het Ombudsteam te verduidelijken volgt een beknopte casebeschrijving. Een 81-jarige vrouw woont met een hulpbehoevend familielid in een bejaardenwoning. Deze woning heeft pas een grote onderhoudsbeurt gehad: keuken, douche en balkon zijn vernieuwd en er zijn kunststof kozijnen geplaatst. Op het formulier dat naar aanleiding van een telefonische aanvraag is gemaakt staat vermeld dat het probleem is dat mevrouw geen warm water heeft. Mevrouw is weliswaar vergeetachtig, maar zeer bij de tijd. Op informele zorgverlening kan ze niet of nauwelijks een beroep doen. Zelf had ze nog nooit van het Ombudsteam gehoord. Vermoedelijk is het eerste telefonisch contact door de huisarts gelegd. Het Ombudsteamlid legt daarom uit wat het Ombudsteam is en voor haar wel en niet kan doen.

In het gesprek wordt allereerst ingegaan op het (vreemde) feit dat er geen warm water in de woning is. Na enige tijd praten blijkt dat na het groot onderhoud aan de flat het in huis naar gas rook. Mevrouw heeft toen de boiler uitgezet. Ze heeft dus wel de mogelijkheid tot warm water, maar gebruikt het niet. Ze vind het ook niet nodig. In de loop van het gesprek wordt steeds duidelijker dat het ontbreken, of liever gezegd het niet gebruik maken van warm water eigenlijk geen probleem is. Wel zijn er tal van andere problemen die het haar in het dagelijks leven moeilijk maken. Beddegoed laat ze door een wasserij doen. Maar ze vraagt zich af of de wasserij ook de andere kan doen, want de wasmachine is stuk. Mevrouw had een zomerjurk aan. Het bleek dat haar winterkleden op zolder lagen opgeslagen, maar ze kon er niet bij. Ze kon niet overweg met de vlizotrap die bij de renovatie was aangebracht. Het Ombudsteamlid heeft de trap uitgekapt en wat winterkleden naar beneden gehaald. Daarnaast blijkt dat ze moeite heeft met het bezoeken van het familielid, dat momenteel in het ziekenhuis verblijft.

Lopend is het te ver weg, fietsend moet ze onder een (te) steile fietserstunnel door en met de bus doet ze er erg lang over. Ze is weleens met een taxi gegaan, maar dat is eigenlijk te duur.

In technisch opzicht lijkt het huis goed gerenoveerd, echter voor de betreffende mevrouw is er toch een aantal ongerieflijkheden opgetreden. Voorbeelden hiervan zijn het verdwijnen van de wastafel na plaatsing van een douche, het ontbreken van licht onder de nieuw geïnstalleerde keukenkastjes waardoor het aanrechtblad niet direct verlicht kan worden en het feit dat de dichte balkonhekken verhinderen dat men, zittende, op straat kan kijken.

Afgesproken wordt dat het Ombudsteamlid na zal vragen wanneer men in aanmerking komt voor een taxivergoeding, dat de bouwvereniging gebeld wordt wat er gedaan kan worden aan de onhandelbare vlizotrap. Het Ombudsteamlid vraagt of er nog andere problemen zijn en geeft mevrouw een kaartje met het telefoonnummer van het Ombudsteam en zegt dat ze altijd kan bellen.

6.2.3 Ondersteuning van het Ombudsteam

De leden van het Ombudsteam worden op verschillende manieren in hun werkzaamheden ondersteund. Allereerst is daar natuurlijk de ondersteuning van de SWOA, in de vorm van een coördinatrice. Ter voorbereiding op het Ombudsteamwerk heeft een aantal leden een cursus 'omgaan met ouderen' gevolgd. Dit waren echter ook de leden die al eerder in de ouderenzorg hadden gewerkt, waardoor men zich af kan vragen of een dergelijke cursus veel zin heeft gehad. Daarnaast hebben de Ombudsteamleden een korte training gevolgd die verzorgd werd door de STEVA (Ooijendijk, Wortel en Stompedissel, 1990). Daarnaast heeft men in september 1990 het plan opgevat om op bezoek te gaan bij diverse instellingen waar de Ombudsteamleden mee te maken zullen krijgen, zoals onder andere de vrijwillige hulpdienst, de klussendienst, een taxibedrijf, sociale dienst, Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en de wijkverpleging.

Verder worden met zekere regelmaat voorlichtingsmiddagen bijgewoond over verschillende onderwerpen. Eén van die onderwerpen was de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten. Het bijwonen van dergelijke bijeenkomsten gaat op basis van vrijwilligheid.

Het gebeurt vaak dat een Ombudsteamlid een probleem bij een oudere signaleert, dit vervolgens aan de coördinatrice doorgeeft, die dan tracht het probleem op te lossen. Dit vergt veel tijd en energie van de coördinatrice. De coördinatrice geeft tijdens de vergaderingen door wat haar bevindingen omtrent het naar voren gebrachte probleem zijn. Op deze wijze leren alle leden van het Ombudsteam iets over het oplossen van een dergelijk probleem. Een voorbeeld van een probleem was een man die een rolstoel had aangevraagd. Hij moest daar een flink bedrag in de maand voor neertellen en vroeg aan het Ombudsteam waarom dat was en of dat wel klopte. Het betreffende Ombudsteamlid wist niet precies hoe de regeling aangaande rolstoelen in elkaar zat en vroeg het aan de coördinatrice die beloofde het uit te zoeken. In de eerstvolgende vergadering werd aan alle leden uitgelegd hoe de rolstoel-regeling in elkaar stak.

Zoals gezegd vinden er om de week Ombudsteamvergaderingen plaats. In principe zijn alle leden van het Ombudsteam daarbij aanwezig. De coördinatrice zit de vergaderingen voor. Tijdens de vergaderingen worden nieuwe aanvragen behandeld, nieuwe acties/speerpunten aangekondigd en kunnen de leden met hun vragen bij de coördinatrice terecht.

Om een team als het Ombudsteam draaiende te houden is het van belang dat er duidelijk afspraken worden gemaakt waar iedereen zich aan houdt. Over het algemeen genomen gaat dat goed. Toch zijn er soms problemen of onduidelijkheden in taakverdeling. Een voorbeeld is dat de praktijk de coördinatrice niet altijd de afhandeling van aanvragen voor grote aanpassingen controleerde. Deze

controle bestaat bijvoorbeeld uit het bellen van de instantie(s) die bij het probleem betrokken was om te zien of de afspraken nageleefd worden. Nadat er in de vergadering over gesproken was, zijn er afspraken gemaakt die ervoor zorgden dat het 'probleem' werd opgelost.

Omdat het Ombudsteam als het ware deel uitmaakt van de SWOA is het voor de leden van belang goed geïnformeerd te zijn over de activiteiten van de SWOA, die in principe niets met het Ombudsteam te maken hebben. Zo krijgen de leden van het Ombudsteam alle benodigde informatie over de door de SWOA georganiseerde cursussen, zodat zij in staat zijn vragen van ouderen hierover te beantwoorden.

Ook dient de SWOA het Ombudsteam zoveel mogelijk op de hoogte te houden van (landelijke) ontwikkelingen die van belang zijn voor de werkzaamheden van het Ombudsteam. Eén van die ontwikkelingen was het afschaffen van de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten voor aanpassingen tot 2000 gulden. Een ander voorbeeld is dat er door de SWOA een voorlichtingsvel wordt gemaakt over een apart onderwerp bijvoorbeeld de Bijzondere Bijstand.

6.2.4 Resultaat van het Ombudsteam volgens de leden

Volgens de Ombudsteamleden worden niet alle ouderen die hulp nodig hebben bereikt, maar is het Ombudsteam goed bekend onder de ouderen in Almelo. Er staat regelmatig een bericht in de plaatselijke krant over het Ombudsteam. Daarnaast is er veel mond tot mond reclame.

Men benadrukt dat de invloed die het Ombudsteam op ouderen kan uitoefenen relatief gering is. Men kan de oudere immers alleen maar adviseren en niet dwingen om iets te doen. Men stelt dat men in ieder geval niet betuttelend wil zijn en vooral niet teveel in de privacy van de oudere wil inbreken. Men merkt ook vaak dat de adviezen niet worden opgevolgd. Een advies om losliggende draden in de kamer langs de muren te geleiden wordt nagenoeg nooit opgevolgd. Daar wordt men weleens moedeloos van.

Desondanks zijn alle Ombudsteamleden van mening dat het installeren van een Ombudsteam in andere plaatsen ook zin heeft. Men beschouwt het niet als typisch Almeloos. Aangegeven wordt dat men rekening moet houden met het feit dat het opzetten van een Ombudsteam heel veel tijd kost. Daarnaast is van belang dat men geschikte mensen weet te vinden als Ombudsteamlid en er wordt opgemerkt dat men niet teveel acties naast elkaar moet willen laten lopen. Tenslotte wordt benadrukt dat het beeld van het Ombudsteam voor ouderen duidelijk is zodat men geen verkeerde verwachtingen van het team heeft.

6.2.5 Resultaat van het Ombudsteam volgens de SWOA

De leden van het Ombudsteam verrichten veel werk. Na de eerste drukte rond het speerpunt "Houdt vast aan het Ombudsteam" werd het wat rustiger. Het aantal aanvragen nam af en is nu stabiel. In totaal heeft het ombudsteam in de periode tot juli 1992 contact (gehad) met ca. 490 ouderen. De Ombudsteamleden richten zich nu meer op de speerpuntacties en cursussen die de SWOA organiseert. Zij zijn vaak aanwezig bij activiteiten die in het kader van de speerpuntacties plaatsvinden en bij de cursussen die gegeven worden. Soms zijn ze dan uitvoerders, soms een soort enquêteurs. Het Ombudsteam stelt vragen aan de deelnemers van de cursussen, zowel over de cursus zelf als over andere onderwerpen. Op deze wijze vervult het Ombudsteam voor een deel haar signalerende taak. De cursussen worden druk bezocht en de vraag naar cursussen is vaak groter dan men aanvankelijk verwachtte. Hierdoor is de tijdsinvestering van zowel de coördinator als van de Ombudsteamleden vaak groter dan was gepland. Volgens de SWOA gaat de gemeente het Ombudsteam steeds meer zien als een basisvoorziening. Men zal zich dan ook moeten inzetten voor een structurele financiering ten behoeve van deze voorziening. Dit punt is reeds eerder aan de orde gesteld.

Het werk van het Ombudsteam heeft, volgens de SWOA, duidelijk resultaat. Genoemd wordt het zogenaamde 'bankenplan' dat samen met Rijkswaterstaat is opgezet. Het plan houdt in het plaatsen van banken op routes waar ouderen vaak lopen. Dit is vrij nieuw in Nederland. Verder worden, na signalering door het Ombudsteam, de zogenaamde 'black spots' aangepakt. Dit zijn gevaarlijke plekken zoals drukke kruispunten etcetera.

Als knelpunt noemt de SWOA dat door de drukte van de werkzaamheden de verslaglegging wel eens wat weinig aandacht krijgt. Als tijdens een cursus bij de deelnemers een kort vragenlijstje wordt afgenomen, wordt van de resultaten daarvan een kort verslag gemaakt. Men wil echter niet dat het schrijven van verslagen teveel nadruk krijgt. De leden van het Ombudsteam interesseren zich immers vooral voor het concrete en praktische werk. Daar wil men graag over praten, maar niet al te vaak over moeten schrijven. De leden willen vaak graag iets over hun werk kwijt, maar het blijkt moeilijk om dit om te zetten in voor het project bruikbare gegevens. De bekendheid van het Ombudsteam onder de Almelose ouderen wordt goed genoemd. Met name wanneer bedacht wordt dat er, na de folder en het affiche uit de begintijd van het Ombudsteam, eigenlijk niets meer is ondernomen om de naambekendheid van het Ombudsteam in Almelo te vergroten.

6.2.6 Knelpunten

In het rapport van Broekhoven en Kuckartz (1990) worden twee knelpunten geschetst die in het begin, maar waarschijnlijk ook later nog speelden. Het betreft de onverwacht grote tijdsinvestering die het Ombudsteamwerk, met name in het begin, met zich mee bracht en de bijscholing die voor de start van een speerpunt in onvoldoende mate gegeven werd. Met name tijdens de eerste speerpuntactie is door de leden zeer veel tijd besteedt aan het Ombudsteamwerk. De bijscholing is een knelpunt omdat van de Ombudsteamleden niet verwacht mag worden dat zij zich in korte tijd op de hoogte kunnen stellen van alle regelingen die met betrekking tot bepaalde problemen van toepassing zijn. Zouden de leden van het Ombudsteam zich van al deze regelingen op de hoogte moeten stellen dan kost het Ombudsteamwerk of meer tijd of het gaat ten koste van de tijd voor de ouderen.

Na de eerste drukke periode werd het, in eerste instantie, wat rustiger. Men verwachtte dat, als het Ombudsteam eenmaal functioneerde, de tijdsinvestering van de SWOA-medewerkers wel terug zou (kunnen) lopen. Dit bleek echter niet het geval. Doordat er vanuit de SWOA steeds nieuwe acties gestart werden, begon het Ombudsteamwerk na de rustigere periode al snel weer een grotere tijdsinvestering te vragen van zowel de leden als van de SWOA-medewerkers. De Ombudsteamleden moeten regelmatig worden bijgeschoold, vooral bij nieuwe speerpunten. Ook gebeurt het dat, vanuit de bevolking, meer belangstelling is dan van tevoren werd ingeschat zodat een actie verlengd of herhaald moet worden. Ombudsteamleden zijn uiteraard niet verplicht mee te werken aan deze acties. Inschakeling van de leden van het Ombudsteam in een eerder stadium kan wellicht bijdragen aan een sterkere identificatie met de gevoerde acties of speerpunten.

Een ander knelpunt dat door de Ombudsteamleden zelf naar voren is gebracht is dat de verwachtingen die men van het Ombudsteam heeft weleens te hooggespannen zijn. Sommige leden hebben daar problemen mee. "Ze denken dat we alles kunnen". Soms vragen ouderen iets van het Ombudsteam wat ze helemaal niet kunnen. Het gaat dan vaak om problemen die ouderen hebben op het persoonlijke vlak. Enkele leden vinden dat zij in hun werk belemmerd worden, de laatste tijd, door de nieuwe regeling voor aanpassingen voor gehandicapten. Deze moeten nu eerst 500 gulden eigen bijdrage betalen voordat een aanpassing kan worden verricht. De leden vinden het bezwaarlijk dat, als ze ingeschakeld worden voor een aanpassing, ze moeten vertellen van de eigen bijdrage. Veel ouderen zeggen dat ze het niet kunnen betalen en dan kan het Ombudsteam niets meer doen. Verder vinden ze het bezwaarlijk dat de aanvragen voor de aanpassingen zo lang onder-

weg zijn. De ouderen bellen dan naar het Ombudsteam waar hun aanpassing blijft en het Ombudsteam kan niets doen. Men noemt de naam 'Ombudsteam' misleidend. Ombudsteam doet denken aan Ombudsman, iemand die klachten afhandelt. Men denkt vaak dat het Ombudsteam klachten van ouderen kan verhelpen. De naam suggereert meer dan het is. Sommige ouderen verwachten daardoor teveel van het Ombudsteam. Het is nu te laat om de naam nog te veranderen.

Een ander knelpunt vindt men de gebrekkige wisselwerking met andere instellingen. De contacten lopen meestal via de SWOA. Zowel de coördinatrice als de Ombudsteamleden menen dat er eigenlijk één formulier zou moeten komen voor het aanvragen van voorzieningen als maaltijdservice, alarmering en dergelijke.

6.2.7 Conclusie

De leden van het Ombudsteam worden regelmatig ingezet voor acties van die door de SWOA bedacht en georganiseerd worden. De indruk ontstaat dat het Ombudsteam zelf wat minder betrokken is bij het genereren van ideeën voor speerpunten, maar dat zij in eerste instantie alleen betrokken zijn bij de uitvoering. Het kan tot spanningen leiden wanneer een deel van een organisatie alleen maar uitvoerend werk doet in 'opdracht' van een ander deel van de organisatie.

6.3 Het signaleringssysteem

Ter ondersteuning van de werkzaamheden van het Ombudsteam is door het NIPG-TNO, in samenwerking met het Ombudsteam en de SWOA een signaleringssysteem ontwikkeld. In deze paragraaf wordt beschreven hoe dit signaleringssysteem is opgezet, welke ervaring men heeft opgedaan met het gebruiken van dit systeem en wat de resultaten zijn van de werkzaamheden van het Ombudsteam aan de hand van een analyse van de ingevulde registratie-formulieren. Het registratieformulier dat door het NIPG, in overleg met SWOA en Ombudsteam, ontwikkeld is, is vanaf medio juni 1991 in gebruik genomen.

6.3.1 Opzet van het signaleringssysteem

Het signaleringssysteem is ontwikkeld door het NIPG-TNO in overleg met de SWOA. Doel van het signaleringssysteem is het, op een structurele manier, verzamelen van gegevens van ouderen die met vragen of problemen bij het Ombudsteam aankloppen. Omdat het Ombudsteam als laagdrempelig beschouwd mag worden hoopt men op deze wijze vragen en problemen waar Almelose ouderen als groep wellicht hebben in een vroeg stadium op te kunnen sporen. Voor de SWOA levert het signaleringssysteem dan ook informatie op waar zij, in het kader van het Gezonde Stedenbeleid, haar voordeel mee kan doen. Het signaleringssysteem bestaat uit een aantal formulieren. Voor iedere oudere wordt het algemene formulier ingevuld. Aan de hand van de aard van de vraag waarmee de oudere bij het Ombudsteam komt wordt één (of meer) van de andere formulieren ingevuld. Als gevolg van de nadruk die in het GSB Almelo gelegd wordt op het onderwerp veiligheid voor ouderen in de privésfeer, wordt verwacht dat veel van de vragen waarmee ouderen bij het Ombudsteam komen betrekking zal hebben op veiligheid in en om het huis. Het signaleringssysteem is opgenomen in de bijlage.

Gedurende drie maanden is het signaleringssysteem door de leden van het Ombudsteam ingevuld ten behoeve van het onderzoek. Ook daarna zal het systeem gebruikt blijven worden.

6.3.2 Werken met het signaleringssysteem

Over het algemeen ervaren de Ombudsteamleden het werken met het signaleringssysteem als prettig. Men meent dat men op de formulieren alle informatie kwijt kan die relevant is. Wel vindt men dat de kaders voor de open vragen voor mensen met een groot handschrift te klein zijn. In de praktijk schrijft men dan gewoon over de lijnen van het kader heen of men vervolgt zijn verhaal op de volgende bladzij.

In een aantal gevallen is gebleken dat bij, bijvoorbeeld, een mobiliteitsprobleem het inlegvel over veiligheid werd ingevuld in plaats van het inlegvel over mobiliteit. Soms worden niet alle vragen ingevuld. Zo ontbreekt vaak de geboortedatum van de aanvrager. Dit kan te maken hebben met het feit dat een aanvrager uiteraard niet verplicht is zijn of haar personalia te geven, maar het kan ook zijn dat, met name bij een telefonisch gesprek, men niet toekomt aan het stellen van de achtergrondvragen.

6.3.3 De resultaten van het signaleringssysteem

In de drie maanden dat het signaleringssysteem door de leden van het Ombudsteam op proef is gebruikt zijn 17 formulieren ingevuld. De vervolgvormulieren over veiligheid, mobiliteit en zorgverlening zijn slechts enkele malen ingevuld. Men kon het over het algemeen met het eerste vel van het formulier af. Daarnaast waren er weinig aanmeldingen in die periode. Het wat beter geweest indien de registratieformulieren een langere periode bij wijze van proef gebruikt hadden kunnen worden. De formulieren betroffen aanvragen van 12 vrouwen, 4 mannen en 2 echtparen. Hun gemiddelde leeftijd was 71 jaar, waarbij de jongste 62 was en de oudste 82. In de helft van de gevallen betrof het alleenwonende ouderen. De aard van de vraag die deze ouderen aan het Ombudsteam stelden wordt cijfermatig weergegeven in tabel 6.1.

Tabel 6.1 Aard van de vragen aan het Ombudsteam

| Aard | aantal |
|--------------------------|--------|
| veiligheid | 6 |
| mobiliteit | 5 |
| informatief | 3 |
| eenzaamheid | 2 |
| hulp bij burenp probleem | 1 |
| hondepoep | 1 |
| zorgverlening | 1 |

Ten tijde van het invullen van bovenstaande formulieren was de SWOA net bezig met een actie "Trappen en opstapjes". Een van de actiepunten was een aanbod dat ouderen zich met korting een veilig geachte keukentrap konden aanschaffen. Van de 17 aanvragen hadden er dan ook 5 betrekking op deze actie. Andere vragen hadden betrekking op het plaatsen van een verhoogd toilet, klachten over de woonomgeving en diverse informatieve vragen. De aanvragers van het verhoogde toilet in het kader van de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten besloten om het toilet zelf te plaatsen, omdat het bedrag dat ermee gemoeid zou zijn niet boven het bedrag van de eigen bijdrage (zijnde f. 500,-) zou komen. De ouderen met klachten met betrekking tot de woonomgeving werden verwezen naar de gemeente of naar de wijkagent. Op de informatieve vragen werd meestal direct of in korte tijd geantwoord. Soms werd verwezen naar andere instanties, zoals het belastingkantoor. In een aantal gevallen is geen actie ondernomen. Soms was dat omdat de oudere goed in staat bleek zelf actie te ondernemen, soms omdat het probleem al opgelost was voordat het Ombudsteam in actie kon komen.

De meeste ouderen die het Ombudsteam gebeld hadden, hadden kennis genomen van het bestaan van het Ombudsteam via een artikel in dag- of weekblad (5x) of via de zorgverlenende instellingen (5x). De folder had er in 4 van de gevallen voor gezorgd dat de oudere van het bestaan van het

Ombudsteam op de hoogte was. De overige ouderen hadden van het Ombudsteam gehoord via de bejaardensoos, radio of via kennissen.

In 6 gevallen werd er een nader huisbezoek afgelegd. De tijd die is verstreken tussen de aanvraag van de oudere en het moment waarop de aanvraag als afgehandeld wordt beschouwd is, over het algemeen, kort te noemen. De meeste aanvragen worden binnen twee weken afgehandeld, slechts enkele aanvragen zijn langer in behandeling geweest, echter niet langer dan twee maanden. Zoals gezegd zijn er slechts enkele vervolformulieren ingevuld. Meestal waren zij onvolledig ingevuld, zodat het niet zinvol lijkt om de resultaten daarvan te bespreken.

6.3.4 Conclusie

Het signaleringssysteem kan, mits goed ingevuld en bijgehouden, nuttige informatie opleveren voor het gecoördineerd ouderenwerk. Het systeem kan gebruikt worden als een continue peiling van de problemen/behoeften van ouderen. Uit het bovenstaande blijkt dat het Ombudsteam een veelheid van vragen binnenkrijgt op divers terrein. Het Ombudsteam blijkt dus inderdaad laagdrempelig te zijn. Op de vragen die aan het Ombudsteam gesteld worden kan in de meeste gevallen in een redelijk tijdsbestek antwoord worden gegeven. De doorverwijs- en informatieve functie van het Ombudsteam is duidelijk naar voren gekomen.

6.4 Enquête-vragen over het Ombudsteam

In de enquête die onder 690 Almelose ouderen is gehouden met als doel het vaststellen van het bereik van de campagne zijn tevens vragen opgenomen over het Ombudsteam. In deze paragraaf worden de resultaten van deze vragen behandeld.

6.4.1 Resultaten

Uit de enquête blijkt dat 19% van de ondervraagde ouderen bekend is met het Ombudsteam. Bijna de helft (44%) van de ouderen die het Ombudsteam kennen, hebben via de krant, radio of televisie van het Ombudsteam gehoord. Bijna een derde (28%) heeft van het Ombudsteam gehoord via kennissen of familie. 19% van de ouderen heeft via de folder kennis gemaakt met het Ombudsteam

en 9% via het wijkcentrum. Ruim een derde (37%) van de ouderen die het Ombudsteam kennen, kunnen geen omschrijving geven van het Ombudsteam. Eveneens ruim een derde (38%) geeft een correcte beschrijving en bijna een kwart (22%) geeft een omschrijving die deels correct is. Tweederde van de ouderen geeft dus een min of meer correcte omschrijving van het Ombudsteam. De overige ouderen (3%) geven een foutieve omschrijving. Hieruit kan geconcludeerd worden dat, indien men zegt een omschrijving te kunnen geven van het Ombudsteam (en de meesten kunnen dat) deze in de 60% van de gevallen geheel juist is en in 35% van de gevallen deels juist is. Van de ouderen die het Ombudsteam kennen hebben 10 ouderen (7%) het Ombudsteam al eens gebeld. Bijna de helft van alle ouderen (46%) zegt dat zij het Ombudsteam, indien zij vragen hebben, (vermoedelijk) wel zal bellen. De overigen zeggen vermoedelijk of zeker niet te zullen bellen. De belangrijkste hulpwens van de ondervraagde ouderen, ongeacht of zij het Ombudsteam voorheen kenden of niet, heeft betrekking op criminaliteit (19%) en (sociale) veiligheid op straat (14%). De overige wensen hebben betrekking op veiligheid in de woning (7%), de bereikbaarheid van voorzieningen en verkeersveiligheid (beiden (6%). Ook indien gevraagd wordt naar mogelijk belangrijke projecten van het Ombudsteam, dan springt een project over onveilige situaties in winkels en op straat er uit (21%). Echter bijna de helft van de ouderen (49%) geeft aan geen hulp van het Ombudsteam te wensen.

Dat het werk van het Ombudsteam door veel ouderen gewaardeerd wordt blijkt uit het feit dat 40 ouderen in de enquête meldden dat zij als vrijwilliger bij het Ombudsteam betrokken zouden willen worden. 56 Ouderen weten (nog) niet of zij dat zouden willen, zij twijfelen nog.

6.4.2 Conclusie

De conclusie uit het bovenstaande kan zijn dat de bekendheid van het Ombudsteam nog zou kunnen (en moeten) toenemen. Er lijkt een groep ouderen te zijn die meent of verwacht baat te zullen hebben bij een groep ouderen zoals het Ombudsteam. Als de bekendheid van het Ombudsteam groter wordt zal dit aantal vermoedelijk toenemen. Het Ombudsteam is ruim een jaar aan het werk. In een dergelijke korte periode kan niet verwacht worden dat het team bij alle Almelose ouderen goed bekend is. Dit vergt over het algemeen een wat langere tijd.

7. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt het voorgaande deel van het rapport samengevat, worden de conclusie getrokken op basis van de resultaten van het onderzoek en worden enkele discussiepunten besproken.

7.1 Samenvatting

In 1990 heeft de gemeente Almelo, in het kader van het Gezonde Steden Beleid van de World Health Organization, het project " Een veilig thuis voor oud en jong" opgezet. Het doel van dit project was om, door middel van een intensieve voorlichtingscampagne, te trachten het aantal ongevallen in de privé-sfeer met 20% te verminderen. In dit kader hebben vanaf maart 1990 tot eind 1991 verschillende voorlichtingsactiviteiten met betrekking tot veiligheid in en om de woning van ouderen plaatsgevonden. Enerzijds is voorlichting gegeven via de massamedia, zoals kranten, radio, wijkbladen en dergelijke, anderzijds via interpersoonlijke kanalen, zoals individuele en groepsvoorlichting door professionele krachten en door de vrijwilligers van het zogenaamde Ombudsteam. Door ouderen voor te lichten hoopt men dat ouderen meer preventieve maatregelen zullen nemen teneinde (letsel van) val-ongevallen te verminderen. Van 1990 tot en met 1992 is het project, in opdracht van het ministerie van WVC, gevolgd door onderzoekers van het NIPG-TNO.

In het tweede hoofdstuk van het rapport wordt kort de literatuur over veiligheid in de privé-sfeer en GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding (GVO) beschreven. Met betrekking tot veiligheid blijkt dat valongevallen het meest voorkomende ongeval is bij ouderen. De meeste ongevallen vinden plaats in huis of op straat. Er is nog weinig bekend over de precieze plek en de toedracht van deze ongevallen. Ongevallen kunnen, onder andere, veroorzaakt worden door veroudering van het individu (verminderde reactiesnelheid, spierverslapping, osteoporose), door de psychologische gesteldheid van de oudere (angst, eenzaamheid) en de huisvesting van ouderen (steile trappen, drempels, volle kamers).

Het doel en de opzet van het onderzoek wordt in hoofdstuk drie uiteengezet. Er is sprake van:

1. Het beschrijven en analyseren van de eerste fase van het Gezonde Steden Beleid in Almelo (procesevaluatie/stappenplan)
2. Het verkrijgen van inzicht in het bereiken van de doelgroep (enquête) en
3. Het verkrijgen van inzicht in het functioneren van het Ombudsteam.

De resultaten van de procesevaluatie staan in het vierde hoofdstuk beschreven.

De structuur van het GSB Almelo wordt geschetst. Wat betreft de stuurgroep is de vraag naar de samenstelling, die ook al tijdens de evaluatie van de voorbereiding is gesteld, nog steeds actueel. In de stuurgroep ontbreken instellingen (kruiswerk, maatschappelijke dienstverlening, huisartsen e.d.) die een belangrijke bijdrage aan het GSB zouden kunnen leveren. Als mogelijke oplossing wordt gesuggereerd om binnen de stuurgroep een onderscheid aan te brengen tussen een compacte kerngroep en een bredere stuurgroep (als een soort dagelijks en algemeen bestuur). Het voordeel hiervan is dat de stuurgroep kan worden verbreed zonder dat dit leidt tot een te grote en te logge stuurgroep. Het functioneren van de deelgroepen vertoont kenmerken van een matrixstructuur. De deelgroepen onderzoek en registratie, voorlichting en publiciteit en netwerkontwikkeling groeien als het ware toe naar een situatie waarbij zij een aantal randvoorwaarden scheppen voor de meer thematisch gerichte deelgroepen.

In de volgende drie paragrafen wordt achtereenvolgens de implementatie van het GSB geschetst in de gemeentelijke organisatie, de GGD en de SWOA. Als algemene te vermijden valkuilen komen daarbij naar voren:

- financiële duidelijkheid over en afhandeling van de financiën;
- kiezen van een zo duidelijk mogelijke structuur;
- het tijdig betrekken van relevante anderen in het project;
- het verkrijgen van een politiek draagvlak;
- het maken van een realistische planning.

Over het toekomstperspectief van het GSB is men unaniem positief. Vooral het ombudsteam en de aangepakte speerpunten worden als belangrijke resultaten van het GSB genoemd.

Tot slot van het hoofdstuk wordt een eindbalans opgemaakt. Aan de hand van criteria als bottom-up benadering, gebruikmaking van bestaande sociale netwerken, horizontale informatie uitwisseling en intersectorale samenwerking en de taken van een gezonde stad, kan worden geconcludeerd dat het GSB Almelo in bijna alle opzichten geslaagd kan worden genoemd.

Dit slagen van het project is mede te danken aan de systematische opzet van het GSB. Het gevolgde stappenplan in het GSB Almelo wordt daarom tot slot van het hoofdstuk gepresenteerd. Voor de overdraagbare elementen (huishoudelijk reglement, vragenlijst, voorlichtingsmateriaal en speerpuntenplan) wordt verwezen naar de bijlagen in het rapport.

Het vijfde hoofdstuk behandelt de resultaten van de enquête die in 1989 (GGD Gemeentekring Almelo) en 1991 (NIPG-TNO) zijn gehouden onder 690 Almelse ouderen van 60 - 80 jaar. De resultaten van beide metingen worden, om technische redenen op indirecte wijze, met elkaar vergeleken. De meeste ouderen wonen samen met hun partner en een meerderheid van de ouderen krijgt wekelijks of maandelijks bezoek van kinderen, familie of kennissen. Men heeft veelal geen

problemen met het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden of de persoonlijke verzorging. In beide jaren was ca. een vijfde van de ondervraagde ouderen, in de 12 maanden voorafgaand aan de meting, gevallen. Hoewel de meeste ouderen nooit aan het valrisico denken of erover praten, ziet men vooral struikelen en ergens vanaf vallen als het grootste risico. In 1991 leek het percentage ouderen dat weleens aan valpreventie dacht iets gestegen. Toch gaven in 1989 relatief meer ouderen aan maatregelen te hebben getroffen dan in 1991. De (fysieke) maatregelen die men getroffen heeft zijn met name het aanbrengen van antislip in de douche, het verwijderen van losse kleden en tegels en het kopen van een veilige keukentrap. Als ouderen hun gedrag hebben veranderd betreft dat voornamelijk het niet meer op stoelen klimmen, niets op de trap laten staan, het opgeruimd houden van het huis en het bereikbaar wegzetten van spullen. Opvallend in de meting van 1991 was het grote aantal ouderen dat bepaalde aanpassingen niet heeft, maar ook niet wil treffen. Waarschijnlijk speelt het vaak stigmatiserende karakter van sommige maatregelen hierbij een rol.

Met betrekking tot het bereik dat de campagne in Almelo heeft gehad blijkt dat 75% van de ouderen is bereikt. Hoewel men vaak niet op de hoogte was van het feit dat er een campagne gevoerd werd, kende men wel de boodschap van de campagne. De bereikte ouderen zijn nagenoeg allen door de verschillende vormen van massamediale voorlichting tezamen bereikt. 5% van de ouderen is tevens via interpersoonlijke voorlichting bereikt. Met name de lokale krant en de gratis huis-aan-huisbladen blijken een belangrijke rol te hebben gespeeld. De invloed van het speciaal ontwikkelde foldermateriaal was daarentegen relatief teleurstellend. De niet bereikte ouderen zijn relatief wat jonger, wat gezonder en wat minder vaak gevallen. De niet bereikte ouderen zijn daarom ouderen die niet tot de belangrijke risicogroep behoren. Zij hoeven niet persé bereikt te worden als je ervan uit zou gaan dat de aandacht zich in eerste instantie op de risicogroepen moet richten.

In het voorlaatste hoofdstuk wordt ingegaan op het Ombudsteam: een groep oudere vrijwilligers die, onder begeleiding van de Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo (SWOA), interpersoonlijke voorlichting geeft aan ouderen die met allerlei vragen bij het Ombudsteam aankloppen. Aanvragen worden telefonisch of bij een huisbezoek afgehandeld. Vaak blijkt bij huisbezoek dat er andere problemen schuilgaan achter de eerste vraag. Het Ombudsteam heeft ook een signalerende functie. Men tracht te achterhalen wat er onder de ouderen in Almelo leeft, welke problemen zij ondervinden. De leden van het Ombudsteam worden regelmatig ingezet bij de eerder genoemde speerpuntacties van de SWOA. De SWOA organiseert acties gericht op specifieke problemen als uitglijden en struikelen of het gebruik van trappen en opstapjes.

7.2 Conclusies

In deze paragraaf zullen per onderdeel van het onderzoek conclusies worden getrokken. De conclusies worden gegeven aan de hand van de vraagstelling zoals die in hoofdstuk 3 al uitgebreider is omschreven.

A. Gezonde Steden Beleid Almelo

Vragen die door WVC expliciet werden gesteld ten aanzien van de procesevaluatie van het Gezonde Steden Beleid Almelo betroffen: de wenselijkheid van een bottom-up benadering, het gebruik maken van bestaande sociale netwerken, een adequate horizontale informatie-uitwisseling en het betrekken van andere sectoren bij het GSB Almelo. Uit de proces-beschrijving blijkt dat in het GSB Almelo aan bovengenoemde aandachtspunten concreet uitwerking is gegeven via het aanpakken van speerpunten (Houd vast aan het Ombudsteam, Uitglijden, Trappen en opstapjes, Mobiliteit en verkeersveiligheid) en het realiseren van het Ombudsteam.

Zowel wat betreft structuur, functioneren als resultaten van de diverse activiteiten kan geconcludeerd worden dat het GSB Almelo als geslaagd kan worden beschouwd. Het GSB Almelo heeft daarbij een aantal elementen opgeleverd dat goed overdraagbaar is op andere gebieden/steden in Nederland. In de bijlagen van het rapport worden deze elementen weergegeven.

B. Bereik van de doelgroep

Wat is het feitelijk bereik van de doelgroep?

75% van de 60-80 jarige ouderen in Almelo is bereikt. Hoewel niet iedereen wist dat er een campagne gevoerd werd, is de boodschap toch goed overgekomen. De verschillende vormen van massamediale voorlichting hebben samen de 75% bereikt. Een klein aantal ouderen is tevens via interpersoonlijke voorlichting bereikt. De lokale krant en de gratis huis-aan-huisbladen hebben een belangrijke rol gespeeld, in tegenstelling tot het speciaal ontwikkelde foldermateriaal.

Welke kenmerken hebben de bereikte en de niet bereikte doelgroep?

De niet bereikte ouderen lijken relatief wat jonger, wat gezonder en wat minder vaak gevallen. Het betreft ook relatief meer mannen. Gezien hun kenmerken lijken de niet bereikte ouderen, ouderen die niet persé bereikt hoeven te worden. Dat wil zeggen: ze lijken niet tot de grootste risicogroep te behoren. De beide groepen verschillen niet met betrekking tot hun valgeschiedenis en de al dan niet getroffen maatregelen. Wel hebben bereikte ouderen relatief meer aanpassingen in huis gepleegd.

Welke redenen kunnen er zijn om niet bereikt te worden door de voorlichting op doelgroep niveau?

Uit de vragen naar aanpassingen in huis blijkt dat veel ouderen bepaalde aanpassingen niet hebben en ook niet willen hebben. De indruk bestaat dat het vaak stigmatiserende karakter van de aanpassingen hier debet aan is. Men wil zichzelf wellicht niet als 'oud en hulpbehoevend' bestempelen en wil daarom liever geen aanpassingen in huis die erop kunnen duiden dat de bewoners of bewoonster hulpbehoevend is of wordt. Kortom, men voelt zich wellicht door een dergelijk campagne niet aangesproken om dat de leeftijd van de doelgroep als ingang gekozen is. Wellicht werkt het beter om een campagne te starten die erop gericht is om alle leeftijdsgroepen maatregelen te laten nemen die ongevallen moeten voorkomen.

*C. Functioneren ombudsteam***Welke ervaringen heeft de Stichting Welzijn Ouderen Almelo met het project?**

De ervaringen zijn positief te noemen. Het project kost wel meer tijd dan men aanvankelijk had voorzien (mede door populariteit van het Ombudsteam). Het Ombudsteam vervult een dignalerende functie voor de SWOA en assisteert vaak bij cursussen en andere activiteiten die de SWOA organiseert in het kader van haar speerpuntacties.

Welke ervaringen hebben de leden van het Ombudsteam?

De leden van het Ombudsteam werken met grote inzet en een duidelijk enthousiasme. Zij menen dat het Ombudsteam goed bekend is in Almelo. Wel hebben zij soms de indruk dat adviezen die zij aan ouderen geven niet opgevolgd worden en dat men vaak meer van hen verwacht dan zij waar kunnen maken (verwarring met de Ombudsman). Men meent dat men geschikt moet zijn voor het werk als Ombudsteamlid en over veel vrije tijd moet kunnen beschikken.

Hoe zijn de hulpvragers te omschrijven?

Gedurende de registratieperiode zijn weinig meldingen binnengekomen, zodat het beeld van de hulpvragers beperkt is. Veel aanvragen hebben betrekking op het onderwerp van het speerpunt dat op een bepaald moment loopt. Soms blijkt bij een huisbezoek dat er meer achter de vraag schuilt dan men in eerste instantie vermoedde, vaak betreft het eenzaamheidsproblematiek.

Overige conclusies

Uit de resultaten van het onderzoek wordt geconcludeerd dat, hoewel ouderen niet vaak praten over ongevalsrisico's, de aandacht voor maatregelen om een ongeval te vermijden is toegenomen. Hoe-

wel op grond van het onderzoek geen directe relatie kan worden gelegd met de campagne in het kader van het gezonde Stedenbeleid, valt op dat de maatregelen waar meer aandacht voor is gekomen een relatie lijken te hebben met de onderwerpen van de speerpuntacties. Zo heeft de SWOA de actie "Houdt vast aan het Ombudsteam" (beugels en steunen) uitgevoerd en is de aandacht voor evenwichtsproblemen en de trap als risicofactoren toegenomen. De SWOA voerde een speerpunt "Uitglijden" uit en tevens is de aandacht voor, wederom, evenwichtsstoornissen, de trap en oneffenheden als risicofactoren toegenomen. Verder valt nog te noemen het speerpunt "Trappen en opstapjes" en de toegenomen aandacht voor de trap als risicofactor en de cursus "Veilig bewegen in een veilige omgeving" en de toegenomen aandacht voor de eigen psychische en fysieke gesteldheid van de ouderen. Het lijkt er dus op dat de speerpuntacties hun doel hebben bereikt. Opmerkelijk is dan ook de afgenomen aandacht voor het struikelen over losliggende voorwerpen.

7.3 Discussie

De folder die speciaal voor het Gezonde Steden Beleid Almelo is ontwikkeld is niet goed bekend geraakt onder de Almelose oudere bevolking. Men kent het GSB veelal van de (gratis) artikeltjes in de lokale kranten en de huis-aan-huis-bladen. Dit pleit er enerzijds voor om bij een campagne meer gebruik te maken van deze laatstgenoemde media, anderzijds pleit het voor het gedegen pretesten van foldermateriaal alvorens het op grote schaal te gaan gebruiken voor voorlichtingsdoeleinden.

De medewerkers van de SWOA en de SCV merken hierbij echter op dat een organisatie weinig invloed heeft op de plaatsing van artikelen in de huis-aan-huisbladen. In de praktijk worden veel artikelen niet of op een ongunstige plek temidden van artikelen die veel ouderen toch niet lezen, geplaatst. Er zijn wel mogelijkheden om afspraken te maken met de huis-aan-huisbladen over plaatsing van de artikelen, maar dan zijn er wel kosten aan verbonden. Onbekend is hoe die zich verhouden t.o.v. kosten van apart foldermateriaal. In dagbladen worden inhoudelijke, informatieve artikelen niet geplaatst. Deze hebben immers geen nieuwswaarde. Verder menen de medewerkers van de SWOA en de SCV dat mond-tot-mondreclame in belangrijke mate heeft bijgedragen aan de bekendheid van het Ombudsteam in Almelo.

LITERATUUR

- ANDRIESEN JHTH. Organisaties en hun relaties. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1987. IVA-methodencahier nr. 6.
- ANDRIESEN JHTH. Vergelijkende organisatieanalyse. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1989. IVA-methodencahier nr. 5.
- ASHTON J. Healthy Cities: een project van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In: GG & GD Den Haag. Een leefbare stad: een kwestie van gezondheid. Den Haag: GG & GD, 1987. Symposiumverslag Healthy Cities symposium Den Haag.
- ASHTON J, red. Healthy cities. Buckingham: Open University Press, 1992.
- ASHTON J, GREY P, BARNARD K. Healthy cities: WHO's New Public Health Initiative. Health Promotion 1986;1(3).
- ASKHAM J, GLUCKSMAN E, OWENS P, SWIFT C, TINKER A, YU G. A review of research on falls among elderly people. London: Age Concern Institute of Gerontology, King's College, 1990.
- BEZOOIJEN CFA van. Risico's en ongewenste gevolgen van geneesmiddelengebruik bij oudere patiënten. In: Goedhard WJA, Knook DL, red. Ouderen en geneesmiddelen. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- BLUM H. Planning for health. New York: Human Sciences Press, 1974.
- BOOM A van den, OOSTROM M van. Ouderenbonden willen meer aan gezondheidsvoorzichting doen: het COSBO zoekt samenwerking met GVO-organisaties. Tijdschr Gezondheidsvoorzichting 1990;7(3):19-20.
- BRAKE N van de. Gezondheidsvoorzichting voor en door ouderen: ouderen krijgen training groepsvoorzichting. Tijdschr Gezondheidsvoorzichting 1989;6(6)
- BRAKE N van de. Voorlichting aan ouderen. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: VUGA, 1987.
- BROEKHOVEN R van, KUCKARTZ W. Project ombudsteam ouderen; interpersoonlijke voorlichting, organisatie van de vraag. Almelo: Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo, 1990.
- BURGER AKC. Met vallen en niet opstaan: ongevalspreventie bij bejaarden. Patient Care 1986:juli-augustus.
- COSBO-NEDERLAND. Gezondheidszorg. Utrecht: COSBO-Nederland, 1989.
- COSIJN J. Het Gezonde Steden Project: achtergronden en praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1992. Gezonde Steden Reeks 1.
- DAMOISEAUX V, GERARDS FM, KOK GJ, NIJHUIS F, red. Gezondheidsvoorzichting en -opvoeding: van analyse tot effecten. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1987.
- EGAS C. Participatie van ouderen bij het streven naar meer veiligheid in en rond de woning. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: Vuga, 1987.
- GGD-ALMELO. Gemeentelijk gezondheidsbeleid Almelo. Almelo: GGD gemeentekring Almelo, 1992.
- GG & GD DEN HAAG (Gemeentelijke Geestelijke en GezondheidsDienst Den Haag). Een leefbare stad: een kwestie van gezondheid. Den Haag: GG & GD, 1987. Symposiumverslag Healthy Cities symposium Den Haag.
- GROOT MJ. de & HEIJER E den. Voorlichten en adviseren over veiligheid in huis: een cursus voor werkers met ouderen. Almelo: Stichting Steunpunt Volwasseneneducatie Almelo, 1989.
- GUNNING-SCHEPERS L. The health benefits of prevention. Rotterdam: EUR, 1988. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- HAAYER-RUSKAMP FM. Geneesmiddelengebruik van ouderen. In: Goedhard WJA, Knook DL, red. Ouderen en geneesmiddelen. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- HOOFD GROEP ONDERWIJS EN WELZIJN, GGD GEMEENTEKRING ALMELO. Almelo een veilig thuis voor oud en jong: integraal project in het kader van het Gezonde Steden Beleid. Almelo: 1988.
- HEALTHY CITIES PROJECT OFFICE. Five-year planning framework. Copenhagen: FADL, 1988.

HEIJER, E den & GROOT MJ de. Rapportage van het vooronderzoek onder organisaties die werken met ouderen. Almelo: Stichting Steunpunt Volwasseneneducatie Almelo, maart 1989.

JANSSEN R. Effecten van tijdsprijzen op medische consumptie en gezondheid. Delft: Eburon, 1989. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg.

JONKERS R, LIEDEKERKEN PC, HAES WFM de, KOK GJ, SAAN JAM, red. Effectiviteit van Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (Gvo): in opdracht van het Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1988.

JONKERS L, KOOPMAN F, STEENBRINK A. Gezonde wijken. In: Mededelingen Opbouwwerk 1990;9(december)

KAASJAGER, DC. et al red. Healthy Cities, dageraad van een nieuwe gezondheid. Ministerie van WVC, serie gezondheidsbeleid nr. 2, Rijswijk 1988.

KLAASSEN-VAN DEN BERG JETHS A, KRAAN-JETTEN A, red. Achtergrondstudie vergrijzing: basisanalyse ten behoeve van scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Utrecht: van Arkel, 1985.

KETTING E & LEEUW E de. Gezonde steden: een oude innovatie. Tijdschr voor Gezondheid en Politiek, 1989;7:(12) 74-6.

KOORN T, red. Gezonde Steden Onderzoek: de voormeting: ongevallen en veiligheid bij ouderen. Almelo: GGD Gemeentekring Almelo, 1989.

LAFRAMBOISE HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. Can Med Assoc J 1973;3(178):388-93.

LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LEEUW E de, red. Gezonde steden: lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1991.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Health for all by the year 2000: rapportage Nederland 1991, met medewerking van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Rijswijk: 1991.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2. Rijswijk, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Ongevallen en traumatologie, Discussienota behorend bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid, Rijswijk, april 1989.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Ouderen in tel, ouderenbeleid 1990-1994, deelnota Preventie en Veroudering. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 21 814, nr. 4. Rijswijk, 1990.

O'NEILL P. Health Crisis 2000. London: Heinemann, 1983.

OUIJENDIJK WTM, WORTEL E, STOMPEDISSSEL I. Evaluatie voorbereidingsfase Gezonde Steden Project 'Almelo: een veilig thuis voor oud en jong'. Leiden: NIPG-TNO, 1990. Publ.nr. 90.077.

OOSTVEEN T, KOK GJ. Modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag 1 en 2. GVO/preventie 1987;8(2/3)

ORNEE JM. Medische aspecten van ongevallen van ouderen. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: VUGA, 1987.

PETERMAN G. Het gezonde steden beleid Almelo. In: Stichting Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting, Veilige woningen voor ouderen. Utrecht, SEV, 1992.

PETERMAN G. Veiligheid in en om de woning. Tijdschr Gezondheidsvoorlichting. 1990;7(10):9-10.

POSAVAC EJ & CAREY RG. Program evaluation, methods and case studies. Englewood Cliffs NJ, Prentice-Hall, 1985.

RAUWERDA EJJ. Veiligheidsvoorlichting. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: VUGA, 1987.

RIJSDORP K. Uit de praktijk: veiligheidsbevordering door beweging. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: VUGA, 1987.

RIJT GAJ van der. Oriëntaties op gezondheid en behoefte aan gezondheidsinformatie. Tijdschr Sociale Gezondheidsz 1990;68:261-7.

ROGMANS WHL, KLASSENS HJ. Preventie van ongevallen bij bejaarden. Tijdschr Sociale Gezondheidsz 1983;61:65-7.

SCHELP L. Community intervention and changes in accident pattern in a rural swedish municipality. In: Schelp L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Sundbyberg: 1987;45-7.

SCV (Stichting Consument en Veiligheid). PORS 1990: jaaroverzicht Privé Ongevallen Registratie Systeem. Amsterdam: SCV, 1990.

SVANSTRÖM L. Simply osteoporosis - or multifactorial genesis for the increasing incidence of fall injuries in the elderly: the need for a scientific approach to reducing injuries. *Scand J Soc Med* 1990;18:165-9.

THIEN WMAH. Ernst en omvang van ongevallen bij ouderen. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: VUGA, 1987.

THIJSSSEN LJM. De leefsituatie van ouderen met betrekking tot hun veiligheid. In: Rogmans WHJ, Thien WMAH, Zonneveld RJ van, red. Veilig op leeftijd: veiligheid voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV; Den Haag: VUGA, 1987.

TINETTI ME, FRANKLIN WILLIAMS T, MAYEWSKI R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986;80:429-34.

VETTER N, FORD D. Anxiety and depression scores in elderly fallers. *Int J Geriatr Psychiat* 1989;4:159-63.

VOORHAM AJJ. Een wijkgerichte benadering: het Gezonde Stad-beleid van Rotterdam. *Tijdschr Gezondheidsvoorzichting* 1990;7(5):9-10.

VRIE R de. Kenmerken van een community-benadering: experiment met gezondheidsproject in Bergeyk. *Tijdschr Gezondheidsvoorzichting* 1990;7(4):8-10.

WEENIG MWH. Voorlichting via de sociale netwerk benadering: een veelbelovende methodiek voor de voorlichting aan achterstandsgroepen. *Tijdschr Gezondheidsvoorzichting* 1990;7(5):5-7.

WHO (World Health Organization). Health of the elderly: report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1989. Technical Report Series 779.

WILLEMSSEN M, HOEKSTRA I. Community development: een nieuwe aanpak. *Mededelingen Opbouwwerk* 1990;9(december):5-6.

WORTEL E & OOIJENDIJK WTM. Preventie van privé-ongevallen bij kinderen. Onderzoek naar preventief gedrag van ouders en gezondheidsdeterminanten. Leiden: NIPG-TNO, 1988.

WORTEL E, BOSKER L & OOIJENDIJK WTM. Procèsevaluatie van een kinderveiligheids campagne volgens de community benadering in Nijmegen. Leiden: NIPG-TNO; Amsterdam: SCV, 1990.

WIJLHUIZEN GJ, GÜTTINGER V. Menselijk gedrag en veiligheid in de prive sfeer: een programmerende studie. Leiden, NIPG-TNO, 1989. Publ.nr 89.036.

WIJLHUIZEN GJ, HERTOOG PC den. Epidemiologisch onderzoek naar determinanten van ongevallen in de privésfeer bij ouderen (55+): rapportage over voortgang en stand van zaken tot en met 1991. Leiden: NIPG-TNO, 1992. In voorbereiding.

LIJST VAN AFKORTINGEN

GSB Almelo - Gezonde Steden Beleid Almelo

GGD Almelo - Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Gemeentekring Almelo

GVO - Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Dienst SZWOW - Sociale Zaken Welzijn Onderwijs en Werkgelegenheid

Dienst REO - Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling

KNMP - Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

MBvO - Meer Bewegen voor Ouderen

Ministerie van WVC - Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Ministerie van VenW - Verkeer en Waterstaat

Ministerie van VROM - Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu

SCV - Stichting Consument en Veiligheid

SMD - Stichting Maatschappelijke Dienstverlening

STEVA - Stichting Steunpunt Volwasseneneducatie Almelo

SWOA - Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo

UVV - Unie Van Vrijwilligers

BIJLAGE

| | |
|---|-----|
| BIJLAGE 1: Doelstellingen van de WHO | 99 |
| BIJLAGE 2: Huishoudelijk regelement Stuurgroep Gezonde Steden Almelo | 103 |
| BIJLAGE 3: Het speerpuntenplan | 109 |
| BIJLAGE 4: Lijst van ontwikkelde/gebruikte materialen en draaiboeken | 115 |
| BIJLAGE 5: Vragenlijst 'Ouderen en Veiligheid' | 119 |
| BIJLAGE 6: Variabelenconstructie | 139 |
| BIJLAGE 7: Signaleringsstelsel | 141 |
| BIJLAGE 8: Rapport Gezonde Steden Beleid Almelo, gezinszorg en veiligheids- voorlichting aan ouderen | 149 |

BIJLAGE 1

Doelstellingen van de WHO

De onderwerpen van de 38 doelstellingen van de WHO zijn:

1. Terugdringen van verschillen
2. Ontwikkelen van gezondheidspotentieel
3. Ruimere mogelijkheden voor gehandicapten
4. Terugdringen van ziekte en invaliditeit
5. Uitbanning van specifieke ziekten
6. Levensverwachting bij de geboorte
7. Kindersterfte
8. Moedersterfte
9. Ziekten van de bloedsomloop
10. Kanker
11. Ongevallen
12. Zelfmoord
13. Gezondheidsbevorderend beleid
14. Systemen van ondersteuning uit de samenleving
15. Kennis van en motivatie voor gezond gedrag
16. Positief en gezond gedrag
17. Gezondheidsschadend gedrag
18. Multisectoraal beleid
19. Bewakings- en beheersmechanismen
20. Beheersing van watervervuiling
21. Beheersing van luchtvervuiling
22. Veiligheid van voedingsmiddelen
23. Beheersing van gevaarlijke afvalprodukten
24. Woongebieden en huisvesting
25. Werkomgeving
26. Een systeem gebaseerd op primaire gezondheidszorg
27. Rationele en wenselijke verdeling van middelen
28. Inhoud van de primaire gezondheidszorg
29. Werkers in de primaire gezondheidszorg
30. Coördinatie van middelen op lokaal niveau
31. Garanties voor de kwaliteit van de zorg
32. Onderzoeksstrategieën

33. Beleid inzake "Health for All"
34. Planning en toewijzing van middelen
35. Informatiesysteem met betrekking tot de gezondheid(szorg)
36. Planning, opleiding en inzet van personeel in de gezondheidszorg
37. Opleiding van personeel in andere sectoren
38. Passende gezondheidstechnologie.

Bron: WVC, 1991

BIJLAGE 2

Huishoudelijk reglement stuurgroep Gezonde Steden Almelo

HUISHOUDELIJK REGLEMENT STUURGROEP GEZONDE STEDEN ALMELO.

In het kader van het Gezonde Steden Beleid Almelo worden voor het functioneren van de Stuurgroep Gezonde Steden Beleid en haar deelgroepen de volgende huishoudelijke regels gesteld.

1. Algemeen

- Er is een Stuurgroep Gezonde Steden, hierna te noemen de Stuurgroep. De Stuurgroep bestaat uit personen uit de kring van de gemeente Almelo en uit de kring van instellingen en organisaties van wie een bijdrage tot de activiteiten in het kader van het Gezonde Steden Beleid verwacht mag worden op grond van hun kennis en hun kontakten met maatschappelijke en/of gezondheidkundige aspecten en activiteiten
- De Stuurgroep staat onder leiding van een voorzitter, in de hoedanigheid als directeur van de dienst SWOW van de gemeente Almelo
- De Stuurgroep wordt bijgestaan door een secretaris/coördinator van de dienst SWOW van de gemeente Almelo
- De Stuurgroep kan voor het voorbereiden en uitvoeren van haar activiteiten deelgroepen instellen
Een deelgroep is dienstverlenend ten behoeve van de Stuurgroep en verricht haar werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van en volgens de richtlijnen te geven door de Stuurgroep
- De Stuurgroep komt tenminste één keer per kwartaal bijeen
- Van de vergaderingen worden verslag en een voortganglijst opgemaakt van de verschillende taken en activiteiten. Het verslag wordt tevens toegezonden aan de deelgroepen en de direct betrokken wethouders
- De leden van de Stuurgroep en de deel- en werkgroepen ontvangen geen vergoeding voor het bijwonen van een vergadering

2. Taken Stuurgroep.

- Het vormen van een overlegplatform van de diverse bij de plannen en activiteiten in het kader van het Gezonde Steden Beleid betrokken organisaties en instellingen.
- Het op elkaar afstemmen van de diverse activiteiten van de door de Stuurgroep ingestelde deelgroepen
- Het besluiten over de inhoud van de ontwikkelde onderdelen van het Gezonde Steden Beleid en de besteding van de beschikbare financiële middelen
- Het ontwerpen en initiëren van plannen en activiteiten
- Het ontwikkelen en initiëren van beleid ten behoeve van de gemeente en externe organisaties
- Het (laten) verrichten van onderzoek, registratie en documentatie om informatie te kunnen verstrekken ten aanzien van behoeften en maatschappelijke voorzieningen en activiteiten
- Het optreden als gedelegeerd budgethouder
- De Stuurgroep kan een meerjarenplan opstellen met betrekking tot haar doelstellingen in het kader van het Gezonde Steden Beleid
- De Stuurgroep geeft jaarlijks in een werkplan weer welke activiteiten op basis van deze doelstellingen uitgevoerd zullen worden
- Het meerjarenplan en werkplan worden voorgelegd aan en besproken met de betrokken deelgroepen

3. Criteria van de Stuurgroep in het kader van het Gezonde Steden Beleid.
 - Het streven naar integraal beleid
 - Het samenwerken met en participatie van betrokken instellingen
 - Resultaat-gericht werken via overzichtelijke en uitvoerbare projekten
 - Het epidemiologisch verantwoord zijn van projekten
 - Het vergroten van de persoonlijke zelfredzaamheid van de te bereiken doelgroepen
 - Het vervullen van een voorbeeldfunctie, waarbij de activiteiten en projekten overdraagbaar zijn
 - Het stimuleren dat ook vanuit andere gemeentelijke beleidsterreinen het gezondheidsaspect een plaats in de besluitvorming wordt gegeven
 - De Stuurgroep richt zich voor haar activiteiten op de veroorzakers van ongezondheid, waarbij met name de volgende terreinen worden beoordeeld: de fysieke omgeving/het leefmilieu, de kwaliteit en de bereikbaarheid van de (zorg)voorzieningen, de (sociale) veiligheid en de maatschappelijke omgeving.

3. Taken voorzitter.
 - Het bevorderen van het tot stand brengen van intersektoraal beleid en de betrokkenheid van verschillende diensten en afdelingen van de gemeente bij het implementeren van het Gezonde Steden Beleid, ondermeer via het Centraal Management Team (CMT) van de gemeente Almelo.

4. Taken secretaris/coordinator.
 - Het mede werven van fondsen en subsidies op het terrein van het Gezonde Steden Beleid
 - Het voorbereiden van de Stuurgroepvergaderingen
 - Het leggen en onderhouden van kontakten met betrokken ministeries, instellingen en organisaties
 - De planbegeleiding en voortgangsbewaking van de activiteiten van de Stuurgroep
 - Het bevorderen van overleg en beraad met de deelgroepen en tussen de deelgroepen en de Stuurgroep over een doelmatige voorbereiding en uitvoering van voorzieningen en activiteiten
 - Het adviseren op verzoek en eigener beweging omtrent het ten aanzien van het Gezonde Steden Beleid te voeren beleid.
 - Het vertegenwoordigen van de Stuurgroep in het Landelijk Netwerk Gezonde Steden

5. Taken deelgroepen.
 - De algemene taak van de deelgroepen is het adviseren over en het ontwikkelen en (laten) uitvoeren van die onderdelen van het Gezonde Steden Beleid die in de voorbereidings- en uitvoeringsfase van de activiteiten en projektontwikkeling noodzakelijk zijn.
 - De deelgroep benoemt uit haar midden een voorzitter en regelt het secretariaat.
 - Van de vergaderingen wordt verslag en een voortgangslijst opgemaakt die toegezonden worden aan de Stuurgroep.
 - Wanneer het oordeel wordt gevraagd van de Stuurgroep over bepaalde zaken wordt dit schriftelijk voorgelegd volgens een door de Stuurgroep vastgesteld protocol.

6. Planning en uitvoering activiteiten deelgroepen.

- Jaarlijks wordt een werkplan ingewacht van de deelgroepen van de te ontwikkelen en uit te voeren activiteiten, daarbij vergezeld van een tijdspad, de te verwachten personele inzet en een begroting van kosten.
- Het werkplan wordt bij de Stuurgroep ingediend voor het laatste kwartaal voorafgaande aan het jaar waarop het werkplan betrekking heeft.
- De Stuurgroep neemt binnen vier weken een beslissing over het ingediende werkplan.
- De activiteiten in de deelgroepen kunnen pas uitgevoerd worden nadat de Stuurgroep heeft ingestemd met het werkplan.
- Indien de Stuurgroep geen integraal besluit heeft genomen over het ingediende werkplan kan zij aangeven met welke onderdelen van het werkplan alvast een start gemaakt kan worden. Een beslissing hierover wordt niet genomen dan na overleg met de deelgroep.
- De Stuurgroep geeft tevens aan met welke eventuele financiële middelen de deelgroep voor haar geplande activiteiten rekening dient te houden.
- Eventuele wijzigingen in de geplande activiteiten worden zo spoedig mogelijk gemotiveerd kenbaar gemaakt aan de Stuurgroep.
- Halfjaarlijks zendt de deelgroep een beknopt interim-verslag in van de belangrijkste ontwikkelingen welke zich ten aanzien van de voorzieningen en activiteiten volgens het werkplan hebben voorgedaan.

7. Verantwoording activiteiten deelgroepen.

- Jaarlijks wordt in het eerste daarop volgende kwartaal een beknopt verslag ingewacht van de resultaten van het werkplan en een financiële verantwoording van de uitgevoerde activiteiten.
- De activiteiten en projecten dienen in principe overdraagbaar te zijn. Na afloop van de projektperiode wordt een draaiboek ingewacht.
- Van de vergaderingen van de deelgroepen wordt een halfjaarlijks schema opgesteld dat ter kennisneming toegezonden wordt aan de Stuurgroep.

8. Plenaire bijeenkomst.

- Tenminste één keer per jaar wordt er een plenaire bijeenkomst gehouden van de Stuurgroep met de vertegenwoordigers in de deelgroepen.

8. Bevoorschotting.

- Aan door de Stuurgroep ingeschakelde externe organisaties kunnen door de Stuurgroep daarbij gemandateerd door de dienst SWOW voorschotten verstrekt worden.

9. De Stuurgroep kan van dit huishoudelijk reglement afwijken indien in bepaalde gevallen stringente toepassing daarvan naar haar oordeel tot kennelijke onbillijkheden zou leiden.

BIJLAGE 3

Het speerpuntenplan

Speerpunt 1 (april 1990 - najaar 1990 + uitloop)

Houd vast aan het ombudsteam

'steunenactie'

ondersteund met krant artikelen en uitzendingen van radio Oost

Veel belangstelling, hoge respons, veel aanvragen (evaluatie SWOA).

Hoge spin off voor naambekendheid ombudsteam.

Speerpunt 2 (oktober - december 1990 + uitloop)**Uitglijden**

1. Openingsmanifestatie op 20 oktober
Info-stand in binnenstad, demonstratie veiligheidskoffer.
Aandacht trekken via clown, ballonnen, stickers.
Ombudsteam staat mensen te woord.
2. Het ombudsteam gaat met behulp van een veiligheidskoffer informatie bij de ouderen thuis leveren. Dit betreft onder meer materiaal informatie, adressen en prijzen.
3. Het ombudsteam maakt een inventarisatie van situaties in de stad waarbij het probleem uitglijden een rol speelt. Ombudsteam enquêteert ouderen over onveilige lokaties.
4. In november een korte cursus 'veilig bewegen in een veilige omgeving' door een ergotherapeute om de angst voor het vallen te verminderen.
5. Gesprekken met woningbouwcorporaties omtrent gladde vloeren in ouderenwoning-complexen die gesignaleerd zijn door of via het ombudsteam.
6. Twee leden van het ombudsteam zullen groepsvoorlichting in de wijken gaan geven. Training door de SCV.
7. Het geheel wordt ondersteund door radio-uitzendingen en artikelen (planning in overzicht voorlichtingsactiviteiten per 8 oktober 1990).

Het betreft uitglijden in:

- a. de woning
- b. complexen
- c. openbare gebouwen en op straat

Resultaten:

Met name door het Ombudsteam is voorlichting verstrekt, zijn gevaarlijke punten in woningcomplexen gesignaleerd en is overleg gevoerd met woningbouwverenigingen over oplossingen van gesignaleerde problemen.

Speerpunt 3 (maart 1991 - najaar 1991 + uitloop)**Trappen en opstapjes**

Via voorlichting (folders) en overleg met winkeliers stimuleren van de verkoop van trapjes en opstapjes die 'veilig' zijn.

Marktstand ter verspreiding van folders.

Enquête onder publiek. Resultaat: ruim de helft van de ondervraagden gebruikt geen trap of opstapje om iets te pakken, maar een stoel e.d.

Resultaten:

Verspreiding van ruim 1500 folders over trappen en opstapjes + informatie over het ombudsteam.

Bij bezoek van een lid van ombudsteam krijgen ouderen een kortingsbon waarmee een nieuwe veilige huishoudtrap kon worden gekocht. Het aantal veilige trappen dat is verkocht is niet bekend.

Als ondersteunende informatie zijn 4 artikelen in het Almeloos Weekblad geplaatst en is via uitzendingen van radio Almelo elke vrijdag aandacht aan het onderwerp geschonken.

Speerpunt 4 (september 1991 - voorjaar 1992 + uitloop)**Mobiliteit en verkeersveiligheid voor ouderen**

start: enquête mobiliteit en verkeersveiligheid (juni 1991)

Actieplan verkeersveiligheid en mobiliteit omvat de volgende onderdelen:

1. Infrastructuur
 - a. gegevensverzameling (ombudsteam, mei 1991)
 - b. meldpunt (ombudsteam, september 1991)

2. Gedrag van andere weggebruikers
 - a. fotowedstrijd/tentoonstelling (GGD/SWOA, 1992)
 - b. voortgezet onderwijs (GGD, 1992)

- c. verspreiding voorlichtingsmateriaal (afd. voorlichting/ombudsteam, okt 1991)
 - d. tentoonstelling 'niet iedereen is zo snel als jij' (gemeente Almelo/ombudsteam, 8-19 september 1991)
 - e. gele kaarten actie (ombudsteam, oktober 1991)
 - f. bankenactie (ombudsteam/afd verkeer, oktober 1991)
 - g. media (SWOA, sept/okt 1991)
3. Gedrag ouderen zelf
- a. fietsproject (SWOA/ombudsteam/GGD/VVN/MBvO, november 1991)
 - b. rijbewijs op herhaling (rijschool, okt-dec 1991)
 - c. rijvaardigheidsritten (GGD/SWOA/ombudsteam, vanaf 25 september 1991)
 - d. bewegingsactiviteiten/MBvO (SWOA/GGD)
 - e. groepsvoorlichting (ombudsteam, november 1991).

Resultaten:

De belangstelling voor het fietsproject en rijbewijs op herhaling is groot. Enigszins tegenvallend is de respons van ouderen op het meldpunt voor onveilige situaties. Vermoed wordt dat de drempel om initiatief te nemen om onveilige situaties aan te melden te hoog is.

BIJLAGE 4

Lijst van ontwikkelde/gebruikte materialen en draaiboeken

DRAAIBOEKEN/CURSUSSEN

'Voorlichten en adviseren over veiligheid in huis': een cursus voor werkers met ouderen (STEVA, 1989).

Een cursus om vrijwilligers van het ombudsteam in staat te stellen om voorlichtende en/of adviserende activiteiten uit te voeren over risico's op ongevallen in de privésfeer en de preventie daarvan.

Veilig bewegen in een veilige omgeving (SWOA/SCV)

Een cursusmap voor twee oefenbijeenkomsten 'Veilig bewegen in een veilige omgeving' voor ouderen.

Handleiding fietscursus (GGD/SWOA, 1992)

Cursus Gezond en Veilig fietsen

FOLDERS

Speciaal ontwikkelde folders in het kader van het Gezonde Steden Beleid Almelo

- Veilig thuis? Het kan gezelliger;
- Maak geen uitglijder;
- Veilig bewegen in een veilige omgeving;
- Veilige trappen en opstapjes;
- Actie gezond en veilig fietsen;
- Rijbewijs op herhaling.

Algemeen foldermateriaal (Opgenomen in een ten behoeve van het GSB samengestelde foldermap Veilig op Leeftijd).

Veilig Verkeer Nederland

- Ouderen onderweg: openbaar vervoer, in de auto, te voet, op de fiets;
- Om even bij stil te staan;

Stichting Consument en Veiligheid

- Veilig op leeftijd
- Doe-het-zelver: Doe het veilig;
- Huishoudtrappen;
- Koolmonoxyde;

Voorlichtingsbureau voor de voeding

- Fit zijn en blijven; Voeding voor wie de 50 is gepasseerd;

Het Nederlands Zuivelbureau

- Vrouwen & Botontkalking;

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

- Geneesmiddelen; hoe bewaren, hoe lang?

Landelijke Stichting MBvO

- Meer Bewegen voor Ouderen.

AFFICHES

Affiche 'Veilig thuis? Het kan gezelliger', aansluitend bij algemene folder over het GSB.

Affiches per actie/speerpunt te weten:

- veilig fietsen

ARTIKELENSERIE

Serie inhoudelijke artikelen met praktische tips in de huis-aan-huis bladen.

OVERIGE MATERIALEN

Veiligheidskoffer

demonstratiemateriaal (anti-slip, handgrepen en dergelijke), folders over veiligheid, productinformatie, fotomateriaal, adressenoverzicht (in welke winkel bepaalde spullen te krijgen zijn) en checklist.

Werklijst

Test de veiligheid bij u thuis.

Een checklist van onveilige situaties in de woning.

BIJLAGE 5

Vragenlijst 'Ouderen en Veiligheid'

Resp.nr.

GEZONDE STEDENBELEID ALMELO

Een veilig thuis voor oud en jong

Veiligheid in en rondom de woning ouderen

Ik wil u een aantal vragen stellen over de veiligheid in en rondom uw woning. Ik stel u echter ook een aantal vragen die over uw persoonlijke omstandigheden gaan. Het is de bedoeling dat u de vragen zoveel mogelijk voor uzelf beantwoord.

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | Allereerst, hoe oud bent u? | () noteer leeftijd in jaren |
| 2 | Bent u man of vrouw? | () ₁ vrouw () ₂ man |
| 3 | Woont u alleen, met een partner/leeftijdsgenoot en/of met één of meerdere kinderen? (meerdere antwoorden mogelijk) | () ₁ alleen () ₂ met partner/leeftijdsgenoot () ₃ met kind(eren) () ₄ geen antwoord |
| 4 | Hoe vaak ontvangt u bezoek van kinderen? | () ₁ 1x per week of meer () ₂ 1x per maand () ₃ 1x per kwartaal () ₄ zelden () ₅ geen antwoord/niet van toepassing |
| 5 | Hoe vaak ontvangt u bezoek van familieleden (broers, zussen, neven etc.)? | () ₁ 1x per week of meer () ₂ 1x per maand () ₃ 1x per kwartaal () ₄ zelden () ₅ geen antwoord/niet van toepassing |
| 6 | Hoe vaak ontvangt u bezoek van kennissen en vrienden? | () ₁ 1x per week of meer () ₂ 1x per maand () ₃ 1x per kwartaal () ₄ zelden () ₅ geen antwoord/niet van toepassing |

- 7 Hoe vaak ontvangt u bezoek van burenen? ()₁ 1x per week of meer
()₂ 1x per maand
()₃ 1x per kwartaal
()₄ zelden
()₅ geen antwoord/niet van toepassing
- 8 Hoe vaak ontvangt u bezoek van buurt/wijkverpleging bezoekdienst of andere dienstverleners? ()₁ 1x per week of meer
()₂ 1x per maand
()₃ 1x per kwartaal
()₄ zelden
()₅ geen antwoord/niet van toepassing

Ik ga u nu een aantal vragen stellen over het zelf verrichten van bepaalde bezigheden.

- 9 Wat doet U met betrekking tot het huishouden en met betrekking tot de persoonlijke verzorging nog zelf, al dan niet met moeite? (KAART 1)

| | zelf zonder moeite | zelf met moeite | niet zelf gezondheid | niet zelf niet gewend |
|---------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| boodschappen doen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| ontbijt klaarmaken | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| warme maaltijd bereiden | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| afwassen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| bed opmaken | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| bed verschonen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| stof afnemen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| poetsen/stofzuigen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| grote was/strijken | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| gezicht/handen wassen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| aan- en uitkleden | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| zitten en opstaan | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| in- en uit bed | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| eten en drinken | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| toiletbezoek | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| zich wassen/baden/douchen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| binnenshuis verplaatsen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| buitenshuis verplaatsen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |
| traplopen | () ₁ | () ₂ | () ₃ | () ₄ |

Ik zou graag iets willen weten over uw gezondheid en over hoe u zich over het algemeen voelt.

- | | | |
|----|---|--|
| 10 | Hebt u problemen met zien? (indien nodig met bril) | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |
| 11 | Hebt u problemen met horen? (indien nodig met hoorapparaat) | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |
| 12 | Hebt u problemen met het bewaren van uw evenwicht? | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |
| 13 | Wordt u gemakkelijk duizelig? | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |
| 14 | Gebruikt u slaapmiddelen? | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |
| 15 | Gebruikt u tranquilizers? | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |
| 16 | Gebruikt u nog andere medicijnen waarvan u weleens suf of duizelig wordt? | <input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ neen <input type="radio"/> ₃ geen antwoord |

- | | | |
|----|---|---|
| 17 | Gebruikt u medicijnen tegen duizeligheid? | <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ neen <input type="checkbox"/> ₃ geen antwoord |
| 18 | Heeft u zich de afgelopen weken wel eens erg eenzaam en verlaten gevoeld? | <input type="checkbox"/> ₁ helemaal niet <input type="checkbox"/> ₂ soms <input type="checkbox"/> ₃ vaak <input type="checkbox"/> ₄ erg vaak |
| 19 | Heeft u zich de afgelopen weken wel eens zo rusteloos gevoeld dat u bij wijze van spreken niet stil kon blijven zitten? | <input type="checkbox"/> ₁ helemaal niet <input type="checkbox"/> ₂ soms <input type="checkbox"/> ₃ vaak <input type="checkbox"/> ₄ erg vaak |
| 20 | Heeft u zich de afgelopen weken wel eens erg verveeld? | <input type="checkbox"/> ₁ helemaal niet <input type="checkbox"/> ₂ soms <input type="checkbox"/> ₃ vaak <input type="checkbox"/> ₄ erg vaak |
| 21 | Heeft u zich de afgelopen weken wel eens erg temeer- geslagen gevoeld of ergens over in de put gezeten? | <input type="checkbox"/> ₁ helemaal niet <input type="checkbox"/> ₂ soms <input type="checkbox"/> ₃ vaak <input type="checkbox"/> ₄ erg vaak |
| 22 | Heeft u zich de afgelopen weken wel eens van streek gevoeld omdat iemand een aanmerking op u maakte? | <input type="checkbox"/> ₁ helemaal niet <input type="checkbox"/> ₂ soms <input type="checkbox"/> ₃ vaak <input type="checkbox"/> ₄ erg vaak |

Nu zou ik graag iets willen vragen over vallen en over maatregelen om het vallen te voorkomen.

- 23 Bent u de afgelopen 12 maanden gevallen? ()₁ ja
()₂ neen (--> vraag 31)
()₃ geen antwoord (--> vraag 31)
- 24 Zo ja, hoe vaak bent u gevallen? keer
- 25 Wanneer bent u voor het laatst gevallen? ()₁ minder dan een maand geleden
()₂ 1 - 3 maanden geleden
()₃ 4 - 6 maanden geleden
()₄ 7 - 9 maanden geleden
()₅ 10 - 12 maanden geleden
()₆ geen antwoord
- 26 Waar vond die laatste val plaats in eigen huis, bij huis of elders? ()₁₀ in eigen huis (niet gespecificeerd)
()₁₁ op de trap
()₁₂ in de badkamer
()₁₃ in de woonkamer
()₁₄ in de keuken
()₂₀ in ander gebouw/in ander huis
()₃₀ bij huis
()₄₀ op straat met wandelen
()₅₀ op straat met fietsen
()₆₆ geen antwoord
- 27 Hebt u bij die laatste val letsel opgelopen? ()₁ neen
()₂ ja, breuk
()₃ ja, kneuzing
()₄ ja, overig, nl
()₅ geen antwoord
- 28 Bent u voor dat letsel behandeld, en zo ja door wie? ()₁ neen
()₂ ja, huisarts
()₃ ja, ziekenhuis, EHBO
()₄ ja, ziekenhuis, opname
()₅ ja, anders nl.....
()₆ geen antwoord

- 29 Hebt u naar aanleiding van die val/vallen in het laatste jaar maatregelen getroffen om herhaling te voorkomen? ()₁ ja ()₂ neen -- door naar 31 ()₃ geen antwoord
- 30 Zo ja, welke maatregelen ()₁ antislip materiaal aangebracht ()₂ dingen beter onder handbereik gezet ()₃ drempels verwijderd ()₁ beugels aangebracht ()₂ gladde vloeren opgeruwd ()₁ veilig keukentrapje gekocht ()₂ huis beter opgeruimd houden ()₃ anders, namelijk
.....
- 31 Wat is naar uw mening het grootste risico op ongevallen? (KAART II) ()₁ ergens vanaf vallen ()₂ struikelen ()₃ uitglijden ()₄ ergens tegenaan stoten/botsen ()₅ zich ergens aan of mee snijden ()₆ zich ergens aan branden ()₇ overig, nl..... ()₈ geen antwoord
- 32 Hoeveel angst heeft u om te vallen? ()₁ zeer veel ()₂ veel ()₃ niet zoveel ()₄ weinig ()₅ geen antwoord

- 33 Denkt u dat u angstiger bent dan uw leeftijdsgenoten om te vallen? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ weet niet
()₄ geen antwoord
- 34 Denkt u wel eens aan mogelijkheden om vallen te voorkomen? ()₁ ja, dikwijls
()₂ ja, zo nu en dan
()₃ ja, vrij weinig
()₄ (vrijwel) nooit
()₅ geen antwoord
- 35 Praat u wel eens met anderen over te nemen maatregelen? ()₁ ja, dikwijls
()₂ ja, zo nu en dan
()₃ ja, vrij weinig
()₄ (vrijwel) nooit
()₅ geen antwoord

Ik ga u nu vragen of u op de hoogte bent van een aantal mogelijkheden om vallen te voorkomen. Kunt u zelf aangeven van welke mogelijkheden u op de hoogte bent?

- 36 Enq. Vraag volgens instructie: eerst kijken welke mogelijkheden men zelf geeft. Dan vragen of men overige mogelijkheden kent door ze één voor één te noemen.

| | ja, spontaan | ja, bij navraag |
|---|------------------|------------------|
| Sanitair | () ₁ | () ₁ |
| Trap | () ₁ | () ₁ |
| Moeilijk bereikbare plaatsen (bijv. kasten, ramen) | () ₁ | () ₁ |
| Struikelen over oneffenheden | () ₁ | () ₁ |
| Struikelen/uitglijden over losliggende voorwerpen | () ₁ | () ₁ |
| Uitglijden over gladde vloeren | () ₁ | () ₁ |
| Botsen tegen/blijven haken achter meubilair | () ₁ | () ₁ |
| Evenwicht bewaren bij het zitten gaan/opstaan/bukken | () ₁ | () ₁ |
| Het goed kunnen zien (verlichting) | () ₁ | () ₁ |
| De eigen psychische en fysieke conditie (gehaast schrikachtig reageren, alcoholgebruik) | () ₁ | () ₁ |

- 37 Hebt u behoefte aan meer informatie over veiligheid dan u nu hebt? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord

- 38 Zo nee, kunt u aangeven waarom u geen behoefte hebt aan meer informatie over veiligheid?
- ()₁ heb al genoeg informatie
 ()₂ heb al maatregelen getroffen
 ()₁ voel me nog te jong
 ()₂ anders, namelijk
-

Nu enige vragen over uw woning en de buurt

- 39 Dient u om uw woning te bereiken, of binnen om bepaalde vertrekken te bereiken, gebruik te maken van een trap?
- ()₁ ja
 ()₂ neen (--> vraag 41)
 ()₃ geen antwoord (--> vraag 41)
- 40 Zo ja, is dat binnenshuis, buitenshuis of beiden?
- ()₁ binnenshuis
 ()₂ buitenshuis
 ()₃ beiden
 ()₄ geen antwoord
- 41 Zijn er in uw woning drempels aanwezig?
- ()₁ ja
 ()₂ neen
 ()₃ geen antwoord

Enq.: bij onderstaande vragen: in geval van het antwoord "neen" doorvragen of men de bedoelde voorziening wel of niet wenst.

- 42 Zijn er beugels bij douche/toilet/bad?
- ()₁ ja
 ()₂ neen, wil wel
 ()₃ neen, wil niet
 ()₄ geen antwoord
- 43 Is de toilethoogte aangepast?
- ()₁ ja
 ()₂ neen, wil wel
 ()₃ neen, wil niet
 ()₄ geen antwoord
- 44 Is er anti-slip materiaal in toilet en douche?
- ()₁ ja
 ()₂ neen, wil wel
 ()₃ neen, wil niet
 ()₄ geen antwoord
- 45 Is er anti-slip materiaal op de trap?
- ()₁ ja
 ()₂ neen, wil wel
 ()₃ neen, wil niet
 ()₄ geen antwoord
- 46 Is de plaats van afsluiting van bovenramen aangepast?
- ()₁ ja
 ()₂ neen, wil wel
 ()₃ neen, wil niet
 ()₄ geen antwoord

- 47 **KAART IV oplezen**
Hoe zou u de situatie
van uw woning willen
noemen: 1, 2 of 3? ()₁ woning geschikt
 ()₂ woning geschikt, mits voorzieningen
 ()₃ woning niet geschikt
 ()₄ weet niet/geen mening
 ()₅ geen antwoord
- 48 Heeft u uw huis weleens gecon-
 troleerd op veiligheidsaspecten? ()₁ ja
 ()₂ neen
 ()₃ geen antwoord

Ik wil u nu vragen of u het afgelopen jaar iets heeft gelezen of gehoord overs ongevallen en veiligheid in en rond huis?

- 49 Heeft u op Radio Almelo naar
 programma's over ongevallen
 en veiligheid in huis geluisterd? ()₁ ja, vaak
 ()₂ ja, enkele keer
 ()₃ neen
 ()₄ geen antwoord
- 50 Heeft u op Radio Oost naar
 programma's over ongevallen en
 veiligheid in huis geluisterd? ()₁ ja, vaak
 ()₂ ja, enkele keer
 ()₃ neen
 ()₄ geen antwoord
- 51 Heeft u in de Twentsche Courant
 of Dagblad van het Oosten
 artikelen over ongevallen en
 veiligheid in huis gelezen? ()₁ ja, vaak
 ()₂ ja, enkele keer
 ()₃ neen
 ()₄ geen antwoord
- 52 Heeft u in de huis-aan-huisbladen
 artikelen gelezen over ongevallen
 en veiligheid in huis? ()₁ ja, vaak
 ()₂ ja, enkele keer
 ()₃ neen
 ()₄ geen antwoord
- 53 Heeft u het afgelopen jaar folders
 over ongevallen en veiligheid van het
 gemeentehuis of Postkantoor
 meegenomen? ()₁ ja
 ()₂ neen
 ()₃ geen antwoord
- 54 Heeft u weleens gehoord van de
 Stichting Consument en Veiligheid? ()₁ ja
 ()₂ neen
 ()₃ geen antwoord
- 55 Heeft u het afgelopen jaar
 gebruik gemaakt van het
 voorlichtingsmateriaal van
 de St. Consument en Veiligheid? ()₁ ja
 ()₂ neen
 ()₃ geen antwoord

- 56 Heeft u weleens gebruik gemaakt van de gratis Postbus 51 folders van Postkantoor, Bibliotheek en Stadhuis over veiligheid in huis? ()₁ ja ()₂ neen ()₃ geen antwoord
- 57 Heeft u het afgelopen jaar voorlichtingsmateriaal over veiligheid in huis van wijk- en buurtcentrum gehaald? ()₁ ja ()₂ neen ()₃ geen antwoord
- 58 Heeft U in de afgelopen 12 maanden hulp gekregen van de gezinszorg? ()₁ ja ()₂ neen (--> vraag 60) ()₃ geen antwoord (--> vraag 60)
- 59 Zo ja, heeft de gezinsverzorgende het wel eens met u over veiligheid in en om het huis gehad? ()₁ ja ()₂ neen ()₃ geen antwoord
- 60 Heeft U in de afgelopen 12 maanden hulp gekregen van de wijkverpleging? ()₁ ja ()₂ neen (--> vraag 62) ()₃ geen antwoord (--> vraag 62)
- 61 Zo ja, heeft de wijkverpleegkundige het wel eens met u over veiligheid in en om het huis gehad? ()₁ ja ()₂ neen ()₃ geen antwoord
- 62 Maakt u weleens gebruik van de diensten van de Stichting Welzijnswerk Ouderen Almelo (SWOA)? ()₁ ja ()₂ neen (--> vraag 64) ()₃ geen antwoord (--> vraag 64)

- 63 Zo ja, heeft u het afgelopen jaar voorlichtingsmateriaal over veiligheid in huis bij de SWOA gehaald? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord
- 64 Wist u dat er in Almelo een veiligheidsproject aan de gang is? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord
- 65 Heeft u in het afgelopen jaar wel eens een voorlichtingsbijeenkomst over veiligheid in huis bijgewoond? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord
- 66 Heeft u de affiche/het aanplakbiljet over een veilig thuis gezien? ()₁ ja, vaak
()₂ ja, enkele keer
()₃ neen (--> vraag 68)
()₄ geen antwoord (--> vraag 68)
- 67 Zo ja, kunt u die omschrijven? ()₁ omschrijving correct
()₂ omschrijving deels correct
()₃ omschrijving foutief
()₄ geen omschrijving te geven
()₅ geen antwoord

Enq: Laat folders zien

- 68 Kent u deze folder? ()₁ ja
()₂ neen (--> vraag 72)
()₃ geen antwoord (--> vraag 72)
- 69 Heeft u de folder gelezen? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord
- 70 Heeft u de folder bewaard? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord

- 71 Heeft het lezen van de folder geleid tot het overwegen van het nemen van maatregelen in huis? ()₁ ja
()₂ neen
()₃ geen antwoord
- 72 Heeft u weleens gehoord van het Ombudsteam van de Stichting Welzijn Ouderen Almelo? ()₁ ja
()₂ neen (--> vraag 76 + uitleggen)
()₃ geen antw. (--> vraag 76 + uitleggen)
- 73 Hoe heeft u van het Ombudsteam gehoord? ()₁ via familie/kennissen
()₂ via krant/radio/tv
()₃ via foldermateriaal
()₄ via wijkcentrum/soos
()₅ anders, nl
()₆ geen antwoord
- 74 Wat is en doet het ombudsteam volgens u? ()₁ omschrijving correct
()₂ omschrijving deels correct
()₃ omschrijving foutief
()₄ geen omschrijving te geven
()₅ geen antwoord
- 75 Heeft u het Ombudsteam al eens gebeld? ()₁ ja, een keer (--> vraag 77)
()₂ ja, meermalen (--> vraag 77)
()₃ neen
()₄ geen antwoord
- 76 Zoudt u het Ombudsteam bellen voor hulp? ()₁ ja, zeker wel
()₂ ja, vermoedelijk wel
()₃ neen, vermoedelijk niet
()₄ neen, zeker niet
()₅ geen antwoord
- 77 Zoudt u eventueel zelf als vrijwilliger willen meewerken bij de SWOA, b.v. in het Ombudsteam? ()₁ ja, zeker wel
()₂ weet (nog) niet
()₃ neen, zeker niet
()₄ geen antwoord

- 78 Op welk terrein zou u, van het ombudsteam, vooral hulp wensen?
- ₁ veiligheid in huis
 - ₂ (sociale) veiligheid op straat
 - ₃ verkeersveiligheid
 - ₄ criminaliteit
 - ₅ bereikbaarheid voorzieningen
 - ₆ anders, nl.
 - ₇ hulp v/h ombudsteam niet wenselijk/nodig
 - ₈ geen antwoord
- 79 Het Ombudsteam voert verschillende projecten uit. Welke zou u voor uzelf belangrijk vinden?
- KAART V
- ₀₁ aanbrengen van steunen in woning
 - ₀₂ gevaar van trappen en opstapjes
 - ₀₃ cursus voor ouderen met rijbewijs
 - ₀₄ meer bewegen, ouderensport
 - ₀₅ onveilige situaties in winkels op straat (valgevaar)
 - ₀₆ uitglijden en struikelen in huis
 - ₀₇ drempels weg
 - ₀₈ eenzaamheid
 - ₀₉ geen antwoord
- 80 Kunt U uw inkomen ongeveer aangeven?
- ₁ AOW of minder
 - ₂ AOW + hoogstens f150,- per maand
 - ₃ AOW + hoogstens f300,- per maand
 - ₄ AOW + hoogstens f500,- per maand
 - ₅ AOW + meer dan f500,- per maand
 - ₆ geen antwoord
- 81 Validiteit?
- ₁ goed
 - ₂ twijfel
 - ₃ slecht

Naam enquêtrice?

DANK U!!!

KAART I

-
- 1 ZELF ZONDER MOEITE
 - 2 ZELF MET MOEITE
 - 3 NIET ZELF I.V.M. GEZONDHEID
 - 4 NIET ZELF, NIET GEWEND
-

KAART II

ERGENS VANAF VALLEN
STRIKELLEN
UITGLIJDEN
ERGENS TEGENAAN STOTEN / BOTSSEN
ZICH ERGENS AAN OF MEE SNIJDEN
ZICH ERGENS AAN BRANDEN
OVERIG, NAMELIJK

KAART III

VALLEN VAN EEN VASTE TRAP
DOOR ERGENS BOVENOP TE KLIMMEN
DOOR ERGENS OVER TE STRIKELLEN
DOOR ERGENS OVER UIT TE GLIJDEN
MET TE GAAN ZITTEN OF OP TE STAAN
BIJ IN- EN UITSTAPPEN VAN EEN VOERTUIG

KAART IV

-
1. DE WONING IS ZODANIG GESCHIKT DAT MEN ZONDER EXTRA AANPASSINGEN KAN BLIJVEN WONEN.
 2. MEN KAN BLIJVEN WONEN, MITS VOORZIENINGEN WORDEN GETROFFEN.
 3. DE WONING IS FEITELIJK NIET MEER GESCHIKT, WAARDOOR VERHUIZING WORDT OVERWOGEN.
-

KAART V

-
1. AANBRENGEN VAN STEUNEN IN WONING
 2. GEVAAR VAN TRAPPEN EN OPSTAPJES
 3. CURSUS VOOR OUDEREN MET RIJBEWIJS
 4. MEER BEWEGEN, OUDERENSPORT
 5. ONVEILIGE SITUATIES IN WINKELS OP STRAAT (VALGEVAAR)
 6. UITGLIJDEN EN STRIKELLEN IN HUIS
 7. DREMPELS WEG
 8. EENZAAMHEID

BIJLAGE 6

Variabelenconstructie

Ten behoeve van de analyses is een aantal variabelen bewerkt of nieuw geconstrueerd uit de vragen van de vragenlijst. De nummers achter de variabelen verwijzen naar de nummers uit de vragenlijst (zie elders in deze bijlage).

De variabele 'leeftijd'(1) is gehercodeerd naar 'jong' (tot 70 jaar) en 'oud' (70 jaar en ouder).

Mobiliteit is geconstrueerd door middel van een sommatie en hercodering van de variabelen 'binnenshuis verplaatsen'(9) buitenshuis verplaatsen'(9) en 'traplopen'(9), waarbij de antwoordcategorie 'niet zelf/niet gewend' is gehercodeerd tot 'zelf met moeite'.

Lichamelijke gezondheid is geconstrueerd door de sommatie van de variabelen 'problemen met zien'(11), 'problemen met evenwicht'(14), 'makkelijk duizelig'(15) en 'medicijngebruik'(16). Lichamelijke gezondheid is vervolgens gehercodeerd naar de categorieën 'lichamelijke goed gezond' (hoogstens één gezondheidsprobleem), 'lichamelijk redelijk gezond' (twee of drie gezondheidsproblemen) en 'lichamelijk slecht gezond' (vier gezondheidsproblemen). Deze laatste categorie is vrij streng gedefinieerd omdat 58% van de ouderen medicijnen gebruikt.

Geestelijke gezondheid is geconstrueerd uit de variabele 'geestelijke conditie'(26) en de nieuw geconstrueerde variabele 'welbevinden'. Welbevinden is een sommatie van de variabelen 'eenzaamheid'(21), 'rusteloosheid'(22), 'verveeldheid'(23), 'te meergeslagen zijn'(24) en 'van streek zijn na opmerking'(25). Indien men hooguit soms last had van bovengenoemde klachten werd het welbevinden als 'goed' omschreven. Kwamen de klachten vaker voor dan werd welbevinden als 'slecht' omschreven. De variabele 'geestelijke conditie' is gehercodeerd tot 3 categorieën en gesommeerd met de variabele 'welbevinden'. De categorieën zijn als volgt: 'goede geestelijke gezondheid' (goed welbevinden en goede of redelijke geestelijke conditie) en 'slechte geestelijke gezondheid' (slecht welbevinden en slechte geestelijke conditie).

Hulpbehoefte is geconstrueerd uit de vragen naar Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (nieuwe variabele 'ADL') en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (nieuwe variabele 'HDL'). ADL en zijn de sommaties van de vragen naar resp. ADL-verrichtingen (9) en HDL-verrichtingen (9), waarbij de categorie 'niet zelf/niet gewend' is gehercodeerd naar 'zelf met moeite'. De nieuwe variabele hulpbehoefte kent de volgende categorieën: 'geen hulpbehoefte' (geen moeite met zowel ADL als met HDL), 'matige hulpbehoefte' (geen moeite met ADL, wel met HDL) en 'ernstige hulpbehoefte' (moeite met ADL, ongeacht moeite met HDL).

Ten behoeve van de vaststelling van het **bereik van de campagne** is de variabele 'bereik' geconstrueerd. Deze variabele is een sommatie van de bevestigende antwoorden op de vragen naar het kennis hebben genomen van de boodschap van de campagne via de verschillende massamediale (71 t/m 75, 77 t/m 79, 85, 88 en 90) en interpersoonlijke media (81, 83, 87 en 94).

BIJLAGE 7

Signaleringsysteem

Registratienummer:**Datum:****Behandeld door:****Naam:**

m/v

Adres:**Woonplaats:**

Postcode

Telefoon:**Geboortedatum:****Contact door:** aanvrager zelf familie/kennissen

naam:

adres:

 instelling.....**Woonsituatie:** alleenwonend samenwonend met partner samenwonend met kind(eren)**Aard van de vraag:** veiligheid mobiliteit zorgverlening anders, nl**Korte omschrijving van de hulpvraag**

| |
|--|
| |
|--|

Van welke voorzieningen wenst de oudere gebruik te maken en, indien de oudere dit al doet: hoeveel uur/maal per week maakt de oudere gebruik van deze voorzieningen?

 gezinszorg uur per week kruiswerk uur per week maatschappelijk werk maaltijdvoorziening keer per week alarmeringsvoorziening anders, nl..... keer/uur p. w.**Oudere is bekend met Ombudsteam door:** folder radio dagblad/weekblad kennissen/buren/familie bejaardensoos zorgverlenende instelling, nl.**Aard van de contacten:** telefonisch huisbezoek**Behandeling:** voorziening/aanpassing aangebracht informatie(materiaal) verstrekt bemiddeld met verwezen naar anders, nl.....**Afsluiting contact:**

.....

VEILIGHEID

Omschrijving van de hulpvraag

Onveilige situaties waarvoor oplossing wordt gevraagd:

- ontbreken van handgrepen/leuning
- gladde vloeren in huis/badkamer
- moeizame toegang tot het huis
- bouwkundige staat van het huis
- verkeerssituatie in de buurt
- volle stoep/scheve trottoirtegels
- sociale veiligheid in de buurt
- anders, nl.....

Gesignaleerde onveilige situaties (waarvoor geen hulp is gevraagd):

- ontbreken van handgrepen/leuning
- gladde vloeren in huis/badkamer
- moeizame toegang tot het huis
- bouwkundige staat van het huis
- verkeerssituatie in de buurt
- volle stoep/scheve trottoirtegels
- sociale veiligheid in de buurt
- anders, nl.....

Aard van de contacten:

- telefonisch
- huisbezoek

Behandeling:

- voorziening/aanpassing aangebracht
- informatie(materiaal) verstrekt
- bemiddeld met.....
- verwezen naar.....
- anders, nl.....

Afsluiting contact:

.... - -

Aantekeningen

MOBILITEIT**Omschrijving van de hulpvraag:****Woning:**
 eengezinshuis bejaardenwoning

 flat aanleunwoning
Verhuis plannen?
 ja, naar -> eengezinshuis

 flat met lift

 aangepast huis

 bejaardenwoning

 aanleunwoning

 verzorgingshuis

 anders, nl.....

 nee -> aanpassing nodig

 geen aanpassing nodig
Signaleren
 Trappen in huis

 Traplopen om huis te bereiken

 Indien flat, er is een lift

 Halte openbaar vervoer

 Voorzieningen in de buurt

 Grote verkeersdrukte
Vragen

Hoe vaak per week komt U buitenshuis voor een boodschap of een bezoek?

 1 keer per week of minder

 paar keer per week

 dagelijks

Als U niet meer zo goed ter been bent, zijn er dan mensen op wie U makkelijk een beroep kunt doen om U te vergezellen?

 ja

 nee
Aankruisen
 Doet alle (zware) boodschappen zelf

 Heeft hulpmiddel nodig bij het lopen

 Maakt gebruik van openbaar vervoer

 Heeft de beschikking over een auto

 Doet aan extra lichaamsbeweging
Aard van de contacten:
 telefonisch

 huisbezoek
Behandeling:
 voorziening/aanpassing aangebracht

 informatiemateriaal verstrekt

 bemiddeld met.....

 verwezen naar
Afsluiting contact:

.... -.... -

Aantekeningen

ZORGVERLENING**Omschrijving van de hulpvraag:****Bij welke werkzaamheden wordt hulp gevraagd?**

- boodschappen
- huishoudelijk werk
- persoonlijke verzorging
- administratie/financiën
- anders, nl.

Lichamelijke conditie

- goed
- matig
- slecht

Geestelijke conditie

- goed
- matig
- slecht

Heeft de oudere moeite met:

- zien (ook met bril)
- horen (ook met hoorapparaat)
- evenwicht bewaren
- gebruik van één of meer ledematen
- anders, nl.....

Wat doet de oudere, evt. met moeite, zelf?

- boodschappen
- eten klaarmaken
- afwassen
- schoonmaken
- eten en drinken
- zichzelf wassen en aankleden
- uit stoel/bed komen
- toiletbezoek
- anders, nl

Waar krijgt de oudere hulp bij?

- boodschappen
- eten klaarmaken
- afwassen
- schoonmaken
- eten en drinken
- zichzelf wassen en aankleden
- uit stoel/bed komen
- toiletbezoek
- anders, nl

Wie helpt er meestal als dat nodig is?

- kind(eren)
- familie
- vrienden/kennissen
- buren
- professionele hulpverleners

Hoe vaak per week ziet de oudere deze personen?

- kind(eren) keer
- familie keer
- vriend/kennis keer
- buren keer
- profess. hulpverl. keer

Wordt verwacht dat de oudere in de toekomst zelf in staat is de benodigde hulp te kunnen organiseren?

- ja
 - nee, daarvoor is nodig.....
-

Aard van de contacten:

- telefonisch
- huisbezoek

Behandeling:

- voorziening/aanpassing aangebracht
- informatiemateriaal verstrekt
- bemiddeld met.....
- verwezen naar

Afsluiting contact:

.... "...."

Aantekeningen

ANDERS

Omschrijving van de hulpvraag:

Aard van de contacten:

- telefonisch
- huisbezoek

Behandeling:

- voorziening/aanpassing aangebracht
- informatiemateriaal verstrekt
- bemiddeld met.....
- verwezen naar

Afsluiting contact:

.... "...."

Aantekeningen

BIJLAGE 8

Rapport Gezonde Steden Beleid Almelo, gezinszorg en veiligheidsvoorlichting aan ouderen

**GEZONDE STEDEN BELEID ALMELO
GEZINSZORG EN VEILIGHEIDSVORLICHTING
AAN OUDEREN**

NIPG-publicatienummer
C 058

Juni 1991

K. Zaal
W.T.M. Ooijendijk
N. Hartlief

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Inleiding | 1 |
| 2. | Het Gezonde Steden Beleid (GSB) Almelo | 2 |
| 3. | De informatiebijeenkomsten | 3 |
| 4. | De evaluatie | 4 |
| 5. | Resultaten | 5 |
| 6. | Samenvatting en conclusies | 17 |
| 7. | Literatuur | 19 |

1. INLEIDING

In dit verslag wordt een evaluatie weergegeven van enkele voorlichtingsbijeenkomsten voor de gezinszorg in Almelo, die door de Stichting Consument en Veiligheid zijn gehouden. De activiteiten vinden plaats in het kader van het Gezonde Steden Beleid Almelo. In dit verslag zal kort worden ingegaan op doel en inhoud van het Gezonde Steden Beleid Almelo. Vervolgens worden de informatiebijeenkomsten voor medewerkers van de gezinszorg en de opzet van de evaluatie besproken. Aansluitend daarop zal een beknopte schets gegeven worden van de onderzoeksgroep. Tot slot worden de resultaten besproken en zullen enkele conclusies worden geformuleerd.

2. HET GEZONDE STEDEN BELEID ALMELO (GSB)

De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) heeft het initiatief genomen tot het opzetten van het Healthy Cities Project, ofwel het Gezonde Steden Beleid. Dit project behelst het invoeren van nieuwe inzichten in het gezondheidsbeleid met betrekking tot Gezondheidsbevordering (Health Promotion). Het is ingesteld om in steden een ontwikkelingsprogramma op te stellen en uit te voeren om te voorzien in optimale condities voor de 'gezondheid voor allen in het jaar 2000'. Voor Nederland is dit verwerkt in de Nota 2000 (WVC 1986) en in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid (1989), waarin een aantal gezondheidsdoelen is geformuleerd. Eén van die gezondheidsdoelen is de reductie van het aantal ongevallen met 25% in het jaar 2000. In het kader van het GSB heeft de gemeente Almelo het project 'Almelo, een veilig thuis voor oud en jong' opgezet. Dit project richt zich op de preventie van ongevallen in de privésfeer van ouderen (Ooijendijk e.a. 1990). Eén onderdeel van het project wordt gevormd door voorlichting over dit onderwerp aan medewerkers van de gezinszorg. Hiervoor heeft de SCV enkele voorlichtingsbijeenkomsten in Almelo georganiseerd.

3. DE INFORMATIEBIJEENKOMSTEN

Er zijn acht informatiebijeenkomsten voor groepen met maximaal 25 personen gehouden. Het doel was het - via groepsvoorlichting - geven van informatie over veiligheidsvoorlichting aan ouderen, om zodoende de deelnemers te motiveren (meer) aandacht te besteden aan veiligheid in de privésfeer van ouderen. De bijeenkomsten waren bedoeld voor medewerkers van de gezinszorg en werden verzorgd door een consulent van de Stichting Consument en Veiligheid (SCV). Het programma duurde ongeveer twee uur en zag er als volgt uit. Na een korte uitleg over het werk van de SCV, werd ingegaan op de omvang, ernst en oorzaken van ongevallen in de privésfeer. Vervolgens werd ingegaan op de risico's in de werksituatie en hoe men daarmee kan om gaan. Tenslotte werd ingegaan op de rol van de medewerkers van de gezinszorg bij het voorkomen en signaleren van ongevallen bij ouderen. Tot het programma hoorde tevens het vervullen van enkele korte opdrachten.

4. DE EVALUATIE

Het doel van de evaluatie is het verkrijgen van inzicht in de ervaringen van medewerkers van de gezinszorg ten aanzien van veiligheidsvoorlichting aan ouderen en de invloed van de voorlichtingsbijeenkomsten op het gedrag van medewerkers van de gezinszorg.

De schriftelijke vragenlijst bevat vragen naar de mening van de onderzoeksgroep met betrekking tot diverse onderwerpen zoals, het belang van veiligheidsvoorlichting, het voorkomen van privéongevallen als taak van medewerkers van de gezinszorg, de mening over de interesse van ouderen met betrekking tot veiligheidsvoorlichting, de invloed die de bijeenkomst heeft op het voorlichtingsgedrag van de onderzoeksgroep en enkele vragen over veiligheidsvoorlichting in de toekomst.

De vragenlijsten zijn tijdens het werkoverleg van de medewerkers van de gezinszorg verspreid. Er zijn rond de 80 vragenlijsten verspreid. Hiervan zijn 40 vragenlijsten teruggestuurd. De respons komt hiermee op ca. 50%.

Van de 40 medewerkers die aan de evaluatie hebben meegewerkt waren er 17 werkzaam als bejaardenhelpende, 4 als bejaardenverzorgende, 9 als gezinshelpende, 6 als gezinsverzorgende en 2 vervulden een andere functie.

Zij waren tussen de 19 en 59 jaar oud met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar en hadden tussen de 1 en 23 jaren werkervaring, met een gemiddelde van 9 jaar.

5. RESULTATEN

De beschrijving van de resultaten is opgebouwd rond een aantal thema's.

Het eerste thema behandelt het belang dat medewerkers van de gezinszorg hechten aan voorlichting voor ouderen over veiligheid in de privésfeer. Daarna wordt ingegaan op de vraag of het voorkomen van privé-ongevallen een taak van de medewerkers van de gezinszorg is. Vervolgens wordt de interesse van de ouderen voor veiligheidsvoorlichting behandeld. De invloed die de informatiebijeenkomsten hebben gehad op het geven van veiligheidsvoorlichting door medewerkers van de gezinszorg en het geven van veiligheidsvoorlichting in de toekomst vormen de beide afsluitende thema's.

Bij het lezen van de resultaten van dit onderzoek dient men te bedenken dat het in alle gevallen gaat om de mening van de ondervraagde medewerkers van de gezinszorg.

Het belang van veiligheidsvoorlichting aan ouderen

In figuur 1 wordt weergegeven hoeveel medewerkers ongevallen in de privésfeer een (zeer) belangrijk gezondheidsprobleem voor ouderen vinden. In totaal is 90% van mening dat ongevallen een (zeer) belangrijk probleem vormen.



Figuur 1



Figuur 2

Alle medewerkers van de gezinszorg vinden het zeer belangrijk (28) of belangrijk (12) dat er een project is/wordt opgezet dat er op gericht is het aantal ongevallen bij ouderen terug te dringen. Zoals uit figuur 2 blijkt zijn veruit de meesten tevens van mening dat veiligheidsvoorlichting aan ouderen een zeer belangrijke

(16) of een belangrijke (20) bijdrage kan leveren in het terugdringen van het aantal ongevallen bij ouderen. Echter 4 medewerkers van de gezinszorg menen dat een dergelijke voorlichting niet zo'n belangrijke bijdrage zal leveren.

Veiligheidsvoorlichting door medewerkers van de gezinszorg

Zoals uit figuur 3 blijkt rekenen alle medewerkers van de gezinszorg het voorkomen van privéongevallen tot de taak van de gezinszorg. Van hen zien 11 het zelfs als een belangrijk onderdeel van hun taak.

Meer dan 90% vindt dan ook dat het geven van voorlichting of advisering vrij goed (23) of heel goed (14) bij de overige werkzaamheden past. Volgens 3 medewerkers van de gezinszorg past het er echter niet zo

goed bij. In overeenstemming hiermee vindt eveneens 90% van de medewerkers van de gezinszorg dat het mogelijk is om voldoende aandacht te kunnen geven aan het voorkomen van ongevallen bij ouderen omdat het inpasbaar is bij de overige werkzaamheden. Drie medewerkers van de gezinszorg menen echter dat het wel mogelijk is, maar dat daardoor andere werkzaamheden in het gedrang komen.

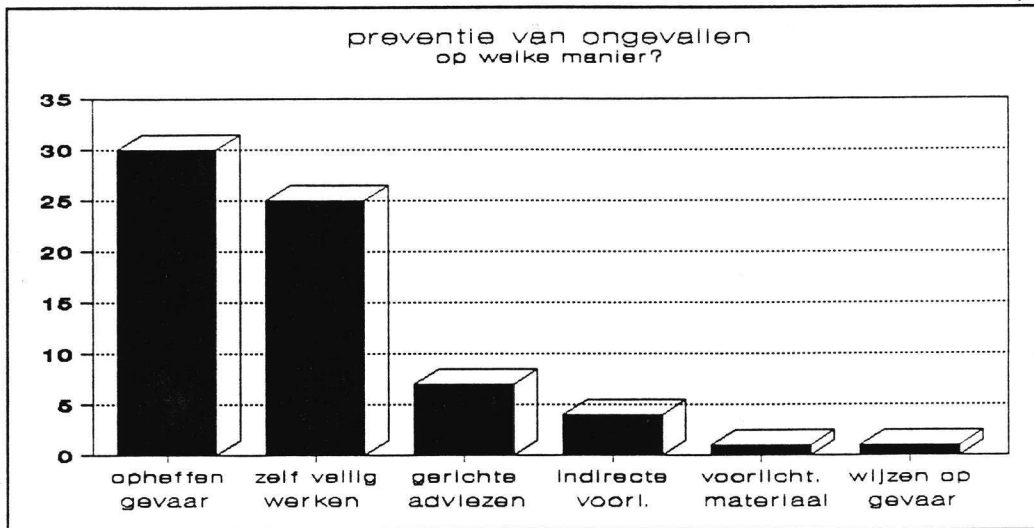
Uit figuur 4 blijkt dat in tegenstelling met het gegeven de meeste medewerkers van de gezinszorg menen dat preventie van ongevallen inpasbaar in het werk is, de meeste medewerkers van de gezinszorg (27) in het verleden weinig toe kwamen aan het voorkomen van ongevallen. Enkelen (4) kwamen er zelfs praktisch niet aan toe. Slechts 9 medewerkers van de gezinszorg geven aan er redelijk vaak aan toe te komen.



Figuur 3



Figuur 4

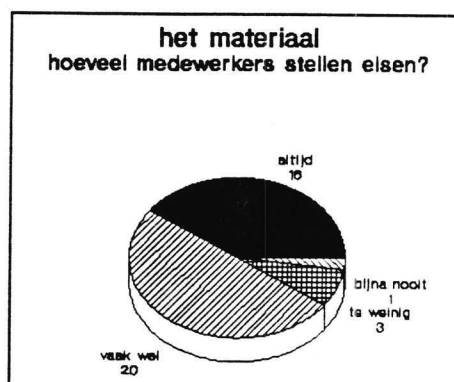


Figuur 5

De medewerkers van de gezinszorg noemden een aantal manieren waarop zij al aandacht besteedden aan het voorkomen van ongevallen bij ouderen (figuur 5). Het opheffen van gevaarlijke situaties werd het meest genoemd (30), gevolgd door het zelf zo veilig mogelijk werken (25). Andere manieren die genoemd werden zijn het geven van gerichte adviezen (7), het geven van individuele voorlichting (4) en het verstrekken van voorlichtingsmateriaal (1). Eén medewerker van de gezinszorg noemde ook nog het wijzen op het gevaar dat bestaat wanneer een oudere op een trapje of stoel klimt. De meeste medewerkers van de gezinszorg vinden het niet zo moeilijk om met ouderen over maatregelen ter voorkoming van ongevallen te praten. Toch zijn er ook medewerkers die dat vrij moeilijk (9) of zelfs heel moeilijk (3) vinden. De reden hiervoor is vaak dat de ouderen geen geld willen of kunnen besteden aan het nemen van dergelijke maatregelen (6). Daarnaast willen ouderen vaak vasthouden aan hun eigen gewoonten of geven zij de medewerker van de gezinszorg vaak de indruk dat ze hem of haar niet geloven en dat zij het zelf beter weten (4).

Naast de veiligheid van ouderen is uiteraard ook de veiligheid van de medewerkers van de gezinszorg van belang. Deze werkt over het algemeen met hetzelfde materiaal (trap, elektrische apparaten) als de oudere bij wie men werkt. In figuur 6 wordt weergegeven hoeveel medewerkers eisen stellen aan het materiaal waarmee zij moeten werken.

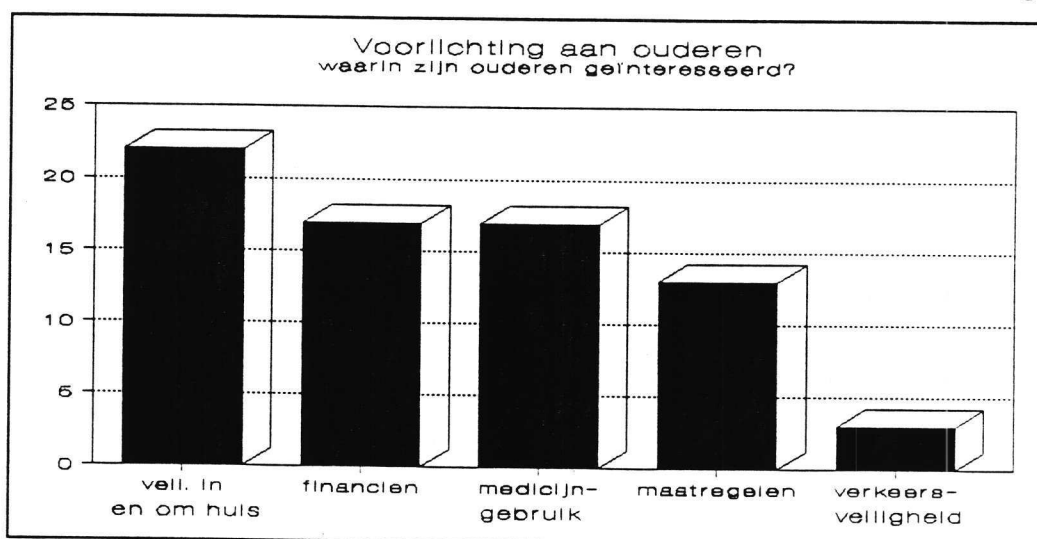
Veruit de meeste medewerkers van de gezinszorg geven aan dat zij altijd (16) of vaak (20) eisen stellen aan de veiligheid van het materiaal waarmee zij hun werk moeten doen. Drie medewerkers van de gezinszorg vinden dat zij te weinig eisen stellen aan de veiligheid van het materiaal waar zij mee werken en één doet dit zelfs bijna nooit.



Figuur 6

Interesse van ouderen voor veiligheidsvoorlichting

De meningen van de medewerkers van de gezinszorg over de (vermeende) interesse bij ouderen voor veiligheidsvoorlichting is enigszins verdeeld. Volgens de meesten (25) bestaat bij een deel van de ouderen wel interesse voor veilig-



Figuur 7

heidsvoorlichting. Volgens 7 medewerkers van de gezinszorg is die interesse bij de meeste ouderen wel aanwezig, 8 medewerkers van de gezinszorg menen dat slechts enkele ouderen geïnteresseerd zullen zijn.

Uit figuur 7 blijkt dat de medewerkers van de gezinszorg menen dat bij ouderen vooral interesse bestaat voor voorlichting over: veiligheid in en om het huis, financiële mogelijkheden voor het aanpassen van de woningen, medicijngebruik

en ongevallen en concrete maatregelen die ouderen kunnen treffen. Opvallend is dat voorlichting over verkeersveiligheid slechts door drie medewerkers van de gezinszorg genoemd is. Wellicht krijgen zij daarover, door de verzorgende aard van de taak, van de ouderen weinig vragen.

Bekendheid met het GSB en invloed van de informatiebijeenkomsten

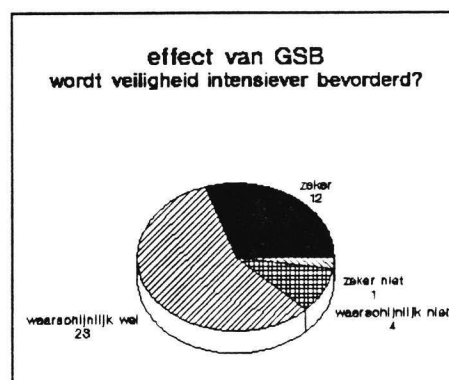
Voordat de medewerkers van de gezinszorg werden uitgenodigd om deel te nemen aan de, door de SCV georganiseerde, voorlichting wisten de meesten van hen (29) niet of nauwelijks iets over het GSB ter voorkoming van ongevallen bij ouderen. Tien medewerkers van de gezinszorg wisten wel iets over het GSB, maar zij wisten niet precies wat het inhield. Slechts één medewerker van de gezinszorg gaf aan vrij goed te weten wat het GSB inhield (figuur 8).



Figuur 8

Het is niet eenvoudig om vast te stellen of de gegeven voorlichting werkelijk invloed heeft op het gedrag van medewerkers van de gezinszorg. Om toch iets te weten te komen over de invloed van het GSB op het gedrag van de medewerkers van de gezinszorg is aan hen zelf gevraagd of zij denken dat zij, in het kader van het GSB intensiever zullen gaan werken aan de bevordering van de veiligheid van ouderen dan voor de start van het project het geval was. Veruit de meesten gaven een bevestigend antwoord (figuur 9).

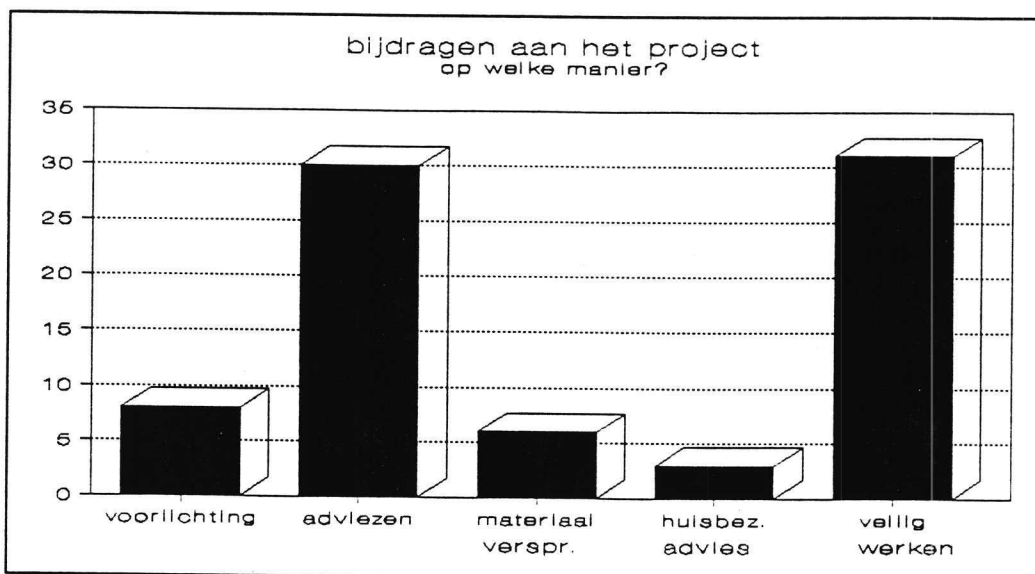
Vijfendertig medewerkers gaven aan dat zij zeker of waarschijnlijk intensiever aan veiligheidsvoorlichting voor ouderen zullen gaan werken.



Figuur 9

In figuur 10 wordt een beeld gegeven van de manieren waarop de medewerkers van de gezinszorg aangaven aan een bijdrage te kunnen leveren aan het GSB. Het meest genoemd worden: het zelf

veiliger werken en het geven van adviezen aan ouderen. De overige mogelijkheden werden beduidend minder vaak genoemd.



Figuur 10

De meeste medewerkers van de gezinszorg menen dat zij, voor de voorlichtingsbijeenkomst van de SCV, al voldoende (9) of enigszins (24) inzicht hadden in ongevallen bij ouderen. Slechts 7 medewerkers van de gezinszorg gaven aan onvoldoende inzicht te hebben gehad (figuur 11).

Voor de meeste medewerkers van de gezinszorg betekende de voorlichtingsbijeenkomst dat zij zich na afloop wat beter (28)

of zelfs veel beter (9) in staat achten om adviezen te geven aan ouderen om onveilige situaties in huis te verhelpen. Drie achten zichzelf hiertoe niet beter in staat. Ook menen de meesten (28) dat zij nu voldoende kennis over ongevallen bij ouderen hebben om gevaarlijke situaties te kunnen herkennen. Toch zijn er nog 11 medewerkers van de gezinszorg die daaraan twijfelen en is er één die meent over onvoldoende kennis te beschikken.



Figuur 11

Tabel 1: Kennis over ongevallen vòòr en na de informatiebijeenkomst (absolute getallen)

| kennis na bijeenkomst | kennis vòòr de bijeenkomst | | | totaal |
|--------------------------|----------------------------|-----------|-------------|--------|
| | voldoende | enigszins | onvoldoende | |
| voldoende | 8 | 17 | 3 | 28 |
| twijfel | 1 | 6 | 4 | 11 |
| onvoldoende | - | 1 | - | 1 |
| totaal | 9 | 24 | 7 | 40 |

Uit tabel 1 blijkt dat 20 medewerkers die voor de bijeenkomst meenden in enige mate of in onvoldoende mate kennis te hebben omtrent het vallen van ouderen, na de bijeenkomst aangeven over voldoende kennis te beschikken. Eén persoon heeft na de bijeenkomst twijfels over zijn of haar kennis, terwijl hij of zij voor de bijeenkomst meende over voldoende kennis te beschikken.

Het is verrassend te ontdekken dat, ondanks dat de meeste medewerkers van de gezinszorg aangeven dat zij nu voldoende kennis hebben over ongevallen bij ouderen, er toch een vrij grote groep is die zegt behoefte te hebben aan aanvullende informatie (figuur 12).

De meeste medewerkers van de gezinszorg in deze groep menen dat aanvullende informatie nodig of op z'n minst prettig zou

zijn. De andere medewerkers van de gezinszorg menen dat zij nu voldoende informatie hebben. Blijkbaar zijn er medewerkers van de gezinszorg die, hoewel zij menen al voldoende kennis te hebben, toch aanvullende informatie wensen. Tabel 2 geeft de resultaten weer van de vergelijking die gemaakt is tussen de mate van aanwezige kennis na de bijeenkomst en de behoefte aan extra informatie die (desondanks) is blijven bestaan of die juist door de bijeenkomst is ontstaan.

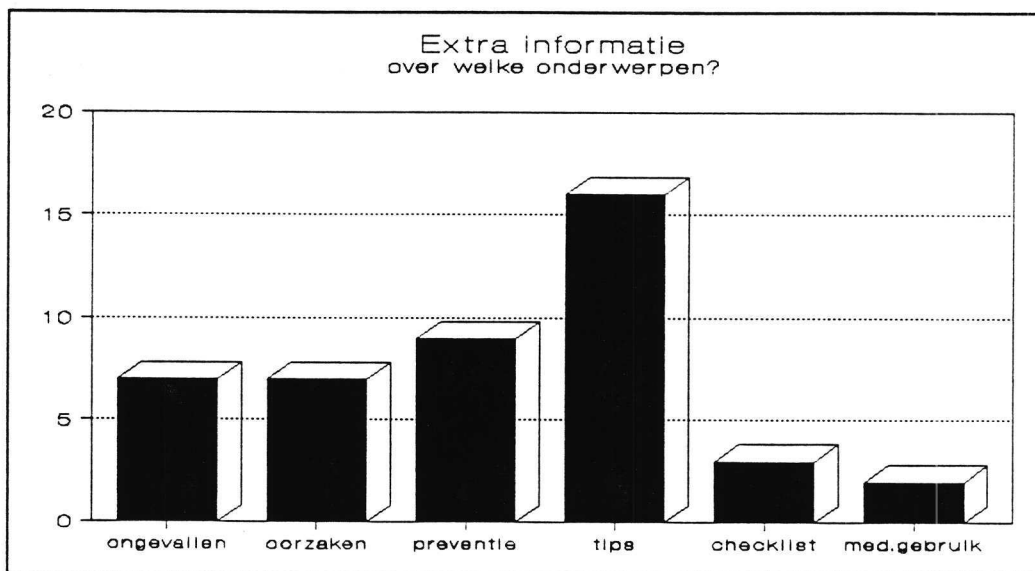


Figuur 12

Tabel 2: Kennis na de informatiebijeenkomst in vergelijking met de behoefte aan extra informatie (absolute getallen)

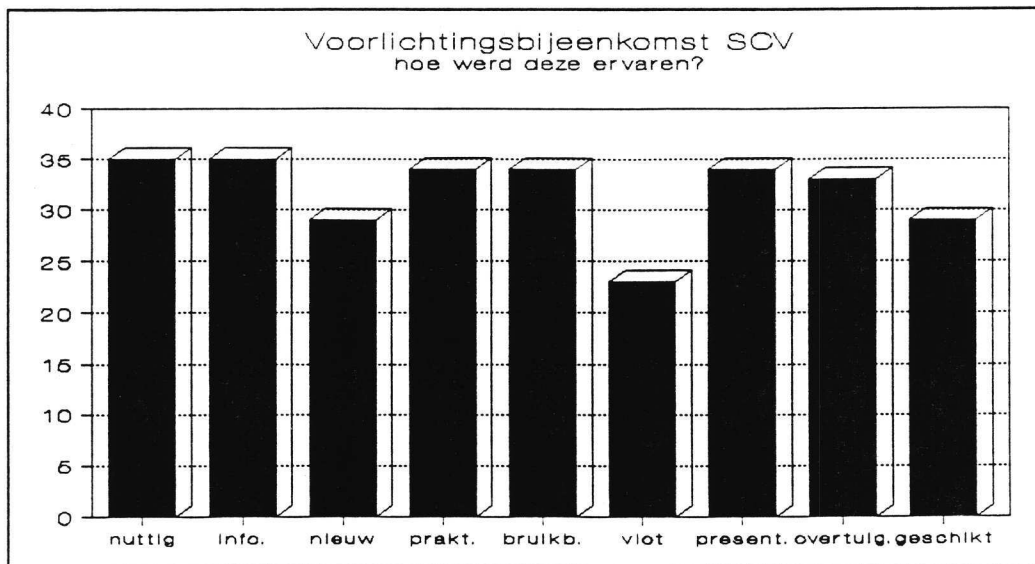
| kennis na bijeenkomst | nodig | behoefte extra informatie | | totaal |
|--------------------------|----------|---------------------------|------------|-----------|
| | | prettig | niet nodig | |
| voldoende | 2 | 11 | 15 | 28 |
| twijfel | 4 | 5 | 2 | 11 |
| onvoldoende | 1 | - | - | 1 |
| totaal | 7 | 16 | 17 | 40 |

Aan hen die aanvullende informatie wensen is vervolgens gevraagd over welke onderwerpen men meer wenst te weten. Dit wordt in figuur 13 weergegeven.



Figuur 13

Vooraf concrete tips, mogelijkheden om ongevallen te voorkomen, de relatie tussen medicijngebruik en ongevallen, de meest voorkomende ongevallen en de meest voorkomende oorzaken van ongevallen worden vaak genoemd. Men wil deze extra informatie bij voorkeur krijgen in de vorm van documentatie ten behoeve van de eigen deskundigheidsbevordering (11) of in de vorm van extra aandacht voor veiligheid tijdens het werkoverleg (10). Zes medewerkers van de gezinszorg willen via extra bijscholingscursussen informatie verkrijgen. Het verstrekken van een folder aan ouderen en het verkrijgen van extra informatie tijdens het werkoverleg werden beiden eenmaal genoemd.



Figuur 14

Zoals blijkt uit figuur 14 hebben de medewerkers van de gezinszorg hebben de voorlichtingsbijeenkomst positief ervaren. Men vond de bijeenkomst vooral nuttig, bruikbaar, goed gepresenteerd en bruikbaar voor ouderen.

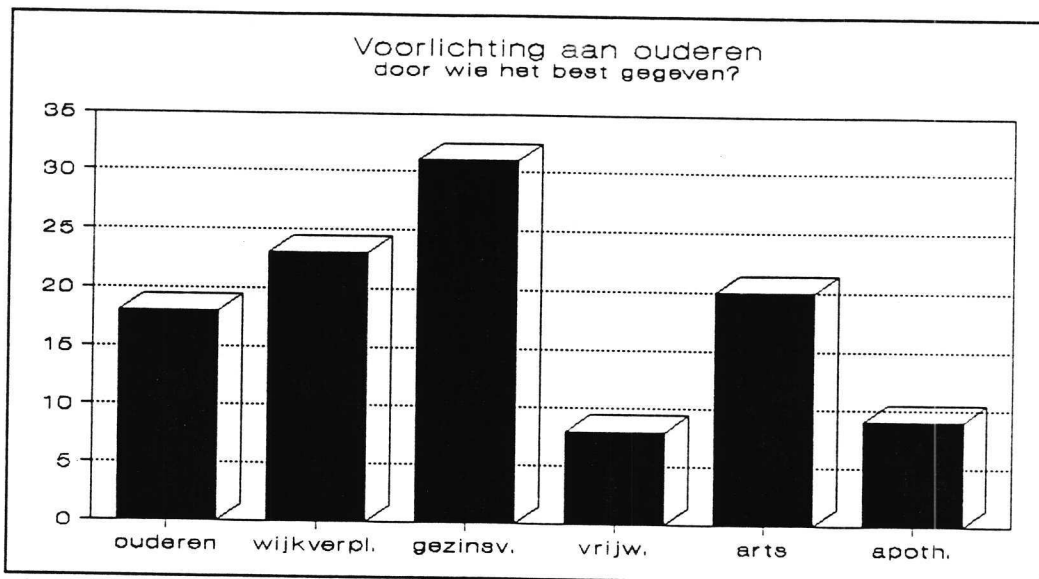
Veiligheidsvoorlichting in de toekomst

Over het algemeen zijn de medewerkers van de gezinszorg van mening dat de voorlichting het beste door professionele krachten gegeven kan worden. Uit figuur 15 blijkt dat vooral de medewerkers van de gezinszorg en de wijkverpleegkundigen vaak genoemd worden.

Minder frequent worden genoemd: de ouderen zelf, mits die een training hebben gevolgd, de huisarts, vrijwilligers en apotheek. Een tot enkele keren werden genoemd: winkeliers, die adviezen kunnen geven bij de aankoop van bijvoorbeeld apparatuur, kinderen en andere familieleden, wijkhulp, SWOA, Zonnebloem, televisie-omroep en speciaal opgeleide mensen. Ook werd het verstrekken van folders enkele keren genoemd.

Indien er vanuit gegaan wordt dat de medewerkers van de gezinszorg zelf voorlichting geven, geeft 85% van hen er de voorkeur aan deze voorlichting tijdens de gewone werkcontacten te geven.

Daarnaast geeft 20% van de gezinszorg er de voorkeur aan voorlichting te geven tijdens apart te organiseren groepsbijeenkomsten. Het afleggen van speciale huisbezoeken wordt slechts éénmaal genoemd.

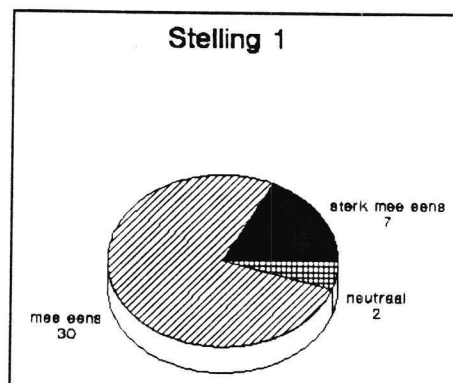


Figuur 15

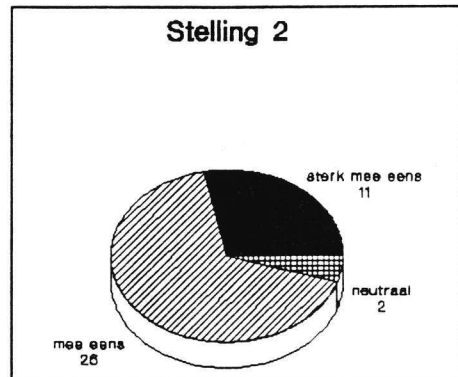
Over het laten verzorgen van de veiligheidsvoorlichting door ouderen zelf is een vijftal stellingen aan de medewerkers voorgelegd. In onderstaande figuren worden de antwoorden op deze stellingen in beeld gebracht.

Stelling 1: 'Door ouderen zelf een deel van de veiligheidsvoorlichting te laten verzorgen worden zij optimaal gemotiveerd daadwerkelijk iets aan het verminderen van onveilige situaties te doen.'

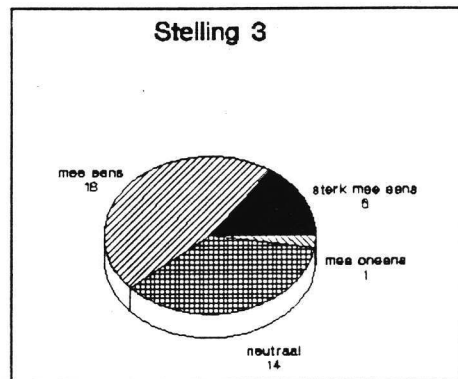
Meer dan 90 % van de medewerkers van de gezinszorg was het er (sterk) mee eens dat ouderen optimaal gemotiveerd worden om daadwerkelijk iets aan het verminderen van onveilige situaties te doen door ze zelf een deel van de veiligheidsvoorlichting te laten verzorgen.



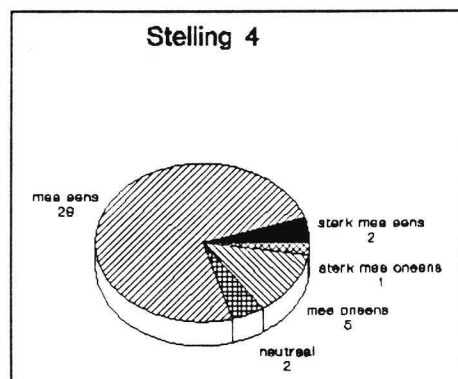
Stelling 2: 'Voorlichting door ouderen dient te worden aangevuld met voorlichting door bijvoorbeeld wijkzuster/gezinsverzorgster/bejaardenhelpster/huisarts'. Eveneens meer dan 90% van de medewerkers van de gezinszorg menen dat de voorlichting door ouderen dient te worden aangevuld met voorlichting door medewerkers van de gezinszorg uit de eerste lijn.



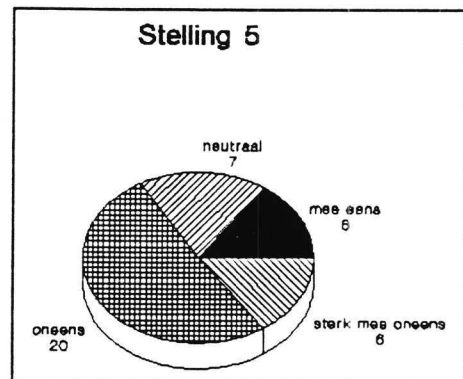
Stelling 3: 'Door de voorlichting op te zetten als een project waarbij ouderen andere ouderen voorlichten worden veel ouderen individueel bereikt'. Met betrekking tot deze stelling zijn de meningen verdeeld.



Stelling 4: 'Ouderen kunnen zich door een al te intensieve benadering betutteld voelen. Veel medewerkers van de gezinszorg stemden in met deze stelling.



Stelling 5: 'Door voor een groot deel te werken met ouderen die de voorlichting geven wordt de kans op het maken van fouten groot'. Ook met betrekking tot deze stelling zijn de medewerkers van mening verdeeld.



6. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Tot slot worden enkele conclusies op het gebied van de hiervoor beschreven terreinen gegeven.

Het voorkomen van ongevallen in de privésfeer van ouderen wordt als heel belangrijk ervaren. Over het algemeen is men van mening dat een voorlichtingsproject een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verminderen van het aantal ongevallen in de privésfeer van ouderen. Daarnaast blijkt dat medewerkers van de gezinszorg veiligheidsvoorlichting tot hun taak vinden behoren en het daarin ook goed inpasbaar vinden. Desondanks komen de meesten er niet aan toe om in de praktijk ook daadwerkelijk iets aan veiligheidsvoorlichting te doen. In veel gevallen is voorlichting echter ingebed in het praktisch werken. Door zelf veilig te werken geeft men een voorbeeld aan de ouderen. Apart veiligheidsvoorlichting geven behoort niet tot de standaardwerkzaamheden van de gezinsverzorgenden. Wat men wel doet is het opheffen van onveilige situaties en het zelf zo veilig mogelijk werken, om op die manier het goede voorbeeld te geven. De meeste medewerkers stellen dan ook duidelijk eisen met betrekking tot de veiligheid van het materiaal waarmee zij bij de ouderen moeten werken. Hoewel de belangstelling voor veiligheid en veiligheidsvoorlichting bij de medewerkers van de gezinszorg vrij groot is, meent een groot deel van hen dat de belangstelling bij de ouderen zelf minder groot is. Voor zover de belangstelling bij ouderen aanwezig is menen de gezinsverzorgenden dat de interesse vooral uitgaat naar voorlichting over veiligheid in en om het huis, over financiële mogelijkheden met betrekking tot het aanpassen van het huis, over medicijngebruik en over ongevallen. De meeste medewerkers van de gezinszorg blijken vòòr de informatiebijeenkomst niet goed bekend te zijn geweest met het Gezonde Steden Beleid van Almelo. De informatiebijeenkomst lijkt echter op positieve wijze te hebben meegeholpen aan een grotere bekendheid met het GSB. Degenen die de bijeenkomst bezochten lieten zich, over het algemeen zeer positief uit over de bijeenkomst. Tevens lijkt de bijeenkomst te hebben geleid tot meer kennis over over ongevallen bij ouderen en een grotere bereidheid om meer tijd en energie te gaan besteden aan veiligheidsvoorlichting aan ouderen bij degenen die de informatiebijeenkomst hebben bezocht. De belangrijkste manieren waarop men denkt een bijdrage te

kunnen leveren aan het GSB is het zelf veiliger werken en het geven van adviezen aan ouderen. Hoewel velen menen dat zij over voldoende kennis over ongevallen van ouderen beschikken zijn er ook medewerkers die behoefte hebben aan extra informatie, met name concrete tips om ongevallen te verminderen en te voorkomen en over de relatie tussen medicijngebruik en ongevallen. Het geven van veiligheidsvoorlichting aan ouderen acht men voornamelijk een tak van professionele hulpverleners (wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgenden). Deze zouden de voorlichting dan bij voorkeur tijdens de gewone werkcontacten moeten geven. Voorlichting door ouderen zelf (mits hiervoor speciaal getraind) biedt ook een goede mogelijkheid. Men meent echter dat deze voorlichting vergezeld moet gaan door voorlichting door professionele hulpverleners en betwijfelt of voorlichting door ouderen veel individuele ouderen zal bereiken. Alles overziend kan gesteld worden dat de medewerkers van de gezinszorg veiligheidsvoorlichting aan ouderen belangrijk vinden, maar er helaas te weinig tijd aan kunnen besteden. In de toekomst zal veiligheidsvoorlichting dan ook grotendeels tijdens de normale werkcontacten moeten plaatsvinden. Extra informatie over het onderwerp is voor velen zeer welkom. Hoewel velen instemmen met het idee dat ouderen veiligheidsvoorlichting zouden kunnen geven aan andere ouderen, menen de meesten toch dat dit niet wenselijk is zonder (begeleidende) veiligheidsvoorlichting door professionele hulpverleners.

7. LITERATUUR

OOIJENDIJK, W.T.M, WORTEL, E & I. STOMPEDISSSEL. Evaluatie voorbereidingsfase Gezonde Steden Project Almelo, een veilig thuis voor oud en jong. NIPG-TNO, Leiden, augustus 1990.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Leidschendam, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR Ongevallen en traumatologie, discussienota behorende bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid. Rijswijk, april 1989.

Reprografie: NIPG-TNO
Projectnummer: 5110