

BIBLIOGRAFIE nr. 46

**OUDEREN IN INSTELLINGEN: SUBSTITUTIE EN EERSTE-
LIJNSGEZONDHEIDSZORG**

P.P. BLEIJERVELD
m.m.v. D.H. COLLIJN

MEI 1993

 **NIVEL**
bibliotheek
driehartwegstraat 6
postbus 1506
3500 en utrecht
telefoon: 030 319946

De bibliografie 'Ouderen in instellingen: substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg' is deel 46 uit de serie NIVEL-BIBLIOGRAFIEËN van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

NIVEL
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
Telefoon 030-319946

Openingstijden bibliotheek:
maandag t/m vrijdag 9.00 - 17.00 h.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bleijerveld, P.P.

Ouderen in instellingen: substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg / P.P. Bleijerveld. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Afdeling Bibliotheek en Documentatie ; no. 46)

Met index.

ISBN 90-6905-226-1

Trefw.: ouderenzorg ; bibliografieën.

Inhoudsopgave

Inleiding	iv
Verantwoording	xii
Gebruiksaanwijzing	xiii
1. Algemeen	1
2. Beleid en organisatiestructuur	3
2.1. Beleid	3
2.2. Organisatiestructuur	13
3. Samenwerking	17
4. Projecten en experimenten	25
5. Dagbehandeling	33
Trefwoordenindex	41
Auteursindex	45
Adressen	48
Nivel-bibliografieën	49

Inleiding

Het rapport 'Demografische veranderingen en de ontwikkeling van de collectieve sector', dat in het kader van de 'Heroverweging collectieve uitgaven' is opgesteld, laat zien, dat het aantal ouderen de komende decennia sterk zal stijgen. Voorts is er sprake van een dubbele vergrijzing doordat het aantal mensen van 80 jaar en ouder zeer sterk zal stijgen. Het blijkt, dat in de komende veertig jaar het aantal ouderen in de Nederlandse samenleving zich zal vertweevoudigen.

Aangezien ouderen een betrekkelijk groot beroep doen op diensten van extramurale en intramurale voorzieningen kan in de toekomst een stijgende behoefte aan deze voorzieningen worden verwacht. Evenredig hieraan zullen de kosten van deze voorzieningen, dat wil zeggen de collectieve uitgaven, stijgen. Bij ongewijzigd beleid, waarin de bestaande voorzieningen op dezelfde wijze blijven doorwerken, ziet het beeld er in het jaar 2000 zo uit, dat de omvang van het personeel met 24% en die van de collectieve uitgaven met 40% moeten stijgen, om de vergrijzing tot het jaar 2000 op te kunnen vangen. Vooral bij de verzorgingstehuizen en verpleeghuizen zal sprake zijn van een sterke stijging.

Veranderingen in beleid

De huidige vorm van de eerstelijns, met haar versnipperde organisatiestructuur, lijkt minder geschikt voor substitutie: er zijn verschillende werkgebieden, verschillende vormen van financiering, verschillende zorgculturen, verschillende indicatiecriteria en procedures en er is verschillende beschikbaarheid en bereikbaarheid. Dit systeem heeft zowel voor- als nadelen.

De voordelen zijn:

- weinig bureaucratie
- directe toegankelijkheid
- weinig wachtlijsten
- weinig overhead

De nadelen zijn:

- op systeemniveau: overlappende zorg en tekort aan zorg
- op patiëntenniveau: gebrek aan continuïteit van zorg

Met de voorgestelde veranderingen in de voorzieningen voor hulpbehoevende ouderen wordt een poging gedaan, om de versnippering tegen te gaan van de dienstverlening zelf en in de organisatie en uitvoering van het zorgbeleid. Deze veranderingen worden op twee niveaus doorgevoerd, te weten op het niveau van de dagelijkse praktijk van de hulpverlening, substitutie, en op het niveau van stelselwijziging van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Door middel van substitutie probeert de overheid het gebruik van de ene voorziening te vervangen door een andere voorziening, wat echter niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de dienstverlening.

Het gaat bij ouderen vooral om het vervangen van opname in het verzorgingstehuis en verpleeghuis door andere voorzieningen.

Wat betreft de verpleeghuizen zijn er verschillende substitutiemogelijkheden:

- het verzorgingstehuis
- dagbehandeling
- het genormaliseerd wonen (vorm van beschermd wonen voor verpleeghuis-

- patiënten)
- eerstelijnszorg
- combinaties van voorzieningen

De volgende substitutiemogelijkheden zijn voor het verzorgingstehuis aanwezig:

- het beschermd wonen (aan- en inleunwoningen)
- de wijkgerichte zorg (consultatiemogelijkheden)
- de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is één van de belangrijkste schakels in de keten van voorzieningen voor ouderen. Ingeklemd tussen de informele zorg en de intramurale dienstverlening, zijn het de eerstelijnsdisciplines die op substantiële wijze kunnen bijdragen aan het slagen van het substitutiebeleid.

Voorts bestaat er sinds 1987 de nieuwe wijkgerichte taak van het verpleeghuis te weten de consultatiefunctie. Doel van de consultatiefunctie is de deskundigheid van het verpleeghuis ten goede laten komen aan mensen, die niet in het verpleeghuis verblijven, maar bijvoorbeeld in een verzorgingstehuis wonen. Hoofddoel van de consultatiefunctie is, om mensen langer thuis of in het verzorgingstehuis te laten wonen. Mede dankzij de consultatiefunctie kan een substitutie-effect worden bereikt. In het navolgende gedeelte zullen verschillende mogelijkheden van substitutie besproken worden.

Substitutiemogelijkheden

Consultatiefunctie

Vele jaren heeft de zorgverlening in het verzorgingstehuis plaatsgevonden op grond van het sociale model. Het zich wijzigende opnamebeleid in het verzorgingstehuis en de neiging om patiënten niet vroegtijdig over te plaatsen naar verpleeghuizen hebben ertoe geleid, dat de gemiddelde leeftijd van de bewoners toeneemt en dat de bewoners in toenemende mate last hebben van diverse aandoeningen, die de mate waarin zij zich in een tehuis kunnen handhaven, aanzienlijk beperken. Deze aandoeningen zijn zowel van lichamelijke als van psychische aard en in veel gevallen is er sprake van een combinatie.

Deze cumulatie van problematiek heeft gevolgen voor de huisarts: deze zal namelijk een actief bezoekbeleid moeten voeren, waarbij hij niet zonder meer af kan gaan op het feit of een bewoner hem al dan niet bij zich roept. In een toenemend aantal gevallen zal ook de verzorging signalen moeten geven, die de huisarts aanspoort om actief op te treden.

Door de relatieve onbekendheid van de huisarts met de diagnostiek en behandeling van geriatrische patiënten en de weerstand die in het algemeen heerst bij de leiding van verzorgingstehuis om te veel te medicaliseren, heeft zich in feite een situatie ontwikkeld, waarbij een nodeloos hoog niveau van invaliditeit is ontstaan. Enerzijds worden bewoners momenteel overgeplaatst uit verzorgingstehuizen naar verpleeghuizen, zonder dat voor de betrokken bewoner enige voordeel behaald kan worden ten aanzien van hun gezondheid. Anderzijds krijgen bewoners van verzorgingstehuizen geen tijdelijke overgeplaatsing naar verpleeghuizen aangeboden, terwijl ze daarmee, gezien hun handicap en behandelingsmogelijkheden die het verpleeghuis hiervoor heeft, zeer gebaat zouden kunnen zijn.

Voorts zal de leiding van het verzorgingstehuis in toenemende mate informatie van de huisarts willen hebben omtrent de gezondheid van ouderen, dit zal

vooral gelden voor hen, die veel zorg van het personeel vragen.

Voor de beantwoording van de vraag of de betrokken oudere in het verzorgingstehuis dient te blijven of dat een andere voorziening meer geschikt is, is inzicht nodig in diagnostiek van de verschillende aandoeningen en de mate waarin zij behandelbaar zijn.

Het voordeel van de consultatiefunctie kan zijn, dat ook voor ouderen in verzorgingstehuizen goede geriatrische expertise binnen handbereik komt, op basis waarvan overlegd kan worden of overplaatsing naar een andere voorziening zinvol is of niet. Wanneer overplaatsing voor de betrokken oudere geen voordeel oplevert, kan de huisarts terugvallen op een begeleidingsadvies van de consulerend verpleeghuisarts. In de praktijk betekent het, dat deze manier van werken van de medewerkers in het verzorgingstehuis geleidelijk dient te veranderen: meer systematiek en methodiek. De consultatiefunctie kan zich hiermee ontwikkelen tot een meer systematische ondersteuning van het verzorgingstehuis en van de medewerkers van die instelling, zonder dat daarmee tekort hoeft te worden gedaan aan het primaire uitgangspunt, dat het een woonvoorziening is voor (ook invalide) ouderen.

Dagbehandeling

Het doel van de dagbehandeling is medische en paramedische behandeling, verpleging en verzorging te bieden aan personen, die wegens stoornissen in het lichamelijk of geestelijk functioneren, gedurende de dag of een gedeelte daarvan, zijn aangewezen op het pakket van diensten van een verpleeginrichting en die deze zorg niet in eigen milieu kunnen ontvangen. Additionele doelstellingen zijn: de patiënt zo lang mogelijk thuis te laten verblijven, het ontlasten van het thuismilieu en het bevorderen van vervroegd ontslag.

De meeste patiënten worden door de huisarts naar de dagbehandeling verwezen. Na aanmelding volgt een opnameprocedure. Hierbij doen zich tussen de verpleeghuizen met dagbehandeling kenmerkende verschillen voor. Elke afdeling die de dagbehandeling verzorgt, lijkt min of meer toevallig uit een voor ieder typerende situatie te recruteren. Dit lijkt afhankelijk te zijn van de aanwezige relaties met andere voorzieningen, maar kan ook ingegeven zijn door het aanbod van die voorzieningen. Daarnaast blijken er tussen de verwijzers en de afdelingen uiteenlopende ideeën te bestaan over het doel en de functie van de dagbehandeling. De grootste discrepantie doet zich echter voor bij de indicatiestelling. Hier gaat men vaak op verschillende wijzen te werk, terwijl ook met opnamecriteria verschillend wordt omgegaan.

Goudriaan bericht in zijn literatuurstudie 'Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg' dat 9% van de aangemelde patiënten voor somatische en 45% voor psychogeriatrische dagbehandeling in aanmerking komt. In 23% van de aanmeldingen wordt opvang en begeleiding door de eerste lijn geadviseerd. Nog eens 20% komt voor opname op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis in aanmerking. Naast een medische indicatie voor opname speelt de sociale indicatie een belangrijke rol. Dit is bij de dagbehandeling meer het geval dan bij opname in het verpleeghuis. Globaal gezien blijkt zo'n 40% van alle patiënten meer om sociale dan om medische redenen in behandeling dan wel te zijn opgenomen. Dit blijkt bij psychogeriatrische patiënten meer voor te komen dan bij somatische patiënten. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt, dat het onderscheid tussen sociale en medische indicatie bij psychogeriatrische

patiënten veelal moeilijker te maken is dan bij andere patiënten. Het blijkt, dat ongeveer 10% van de somatische en 28% van de psychogeriatrische patiënten hun opname niet noodzakelijk vinden.

Een deel van de opname in de dagbehandeling heeft een preventief karakter, dit geldt voor 21% van de somatische en 30% van de psychogeriatrische patiënten.

De duur van de dagbehandeling bij psychogeriatrische patiënten betreft meestal ± 22 weken. In het geval van somatische patiënten is dit van 4 tot 13 weken. Goudriaan laat aan de hand van cijfers zien, dat het merendeel van de somatische patiënten uiteindelijk weer naar huis vertrekt. Voor het merendeel van de psychogeriatrische patiënten geldt, dat de dagbehandeling een tussenfase tussen thuis en verpleeghuis is. Van de patiënten die uit een verzorgingstehuis komen, blijkt de helft na dagbehandeling, om diverse redenen niet meer terug te keren.

Over een mogelijk substitutie-effect zeggen de voorgaande resultaten echter weinig. Deze gegevens kunnen verwijzen naar uit- of afstel van een intramurale opname. Het 'succes' van dagbehandeling staat niet altijd gelijk aan terugkeer naar het oorspronkelijke milieu, maar geeft eerder aan, dat elke cliënt een op hem of haar toegesneden behandeling krijgt of op juiste wijze wordt verwezen. Als men het op deze wijze bekijkt, is 32% van de gevallen van somatische dagbehandeling een succes.

Goudriaan laat aan de hand van onderzoek zien, dat de dagbehandeling van invloed is op de bedbezetting in het verpleeghuis. Aanwijzingen hiervoor zijn het vervroegd ontslag uit het verpleeghuis en het ziekenhuis en de 'crèche'-functie.

In 24% van de gevallen kan de dagbehandeling als alternatief voor het verpleeghuis worden gezien. Volgens het onderzoek van de Gelderse Raad voor de Volksgezondheid resulteert een dagbehandeling bij 39% van de somatische patiënten mogelijk in een uitstel van intramurale opname. Een geringe mate van substitutie lijkt in ieder geval in de somatische sector mogelijk. Bij psychogeriatrische patiënten zal niet zo zeer van afstel als van uitstel van opname in het verpleeghuis sprake zijn. Bij ongeveer de helft van deze laatste groep die uiteindelijk in het verpleeghuis werd opgenomen, resulteerde de dagbehandeling in een uitstel van 5 tot 6 maanden. In ongeveer de helft van de gevallen, waarbij aanvankelijk opname in het verpleeghuis was gevraagd, leidde de dagbehandeling tot een uitstel van een half tot één jaar. Het is daarentegen ook goed mogelijk, dat de nieuwe voorziening ook nieuwe patiënten heeft aange trokken. Het substitutie-effect op het gebruik van andere voorzieningen is minder duidelijk.

Bovendien blijkt, dat de dagbehandeling de toestand van de patiënten kan verbeteren en in ieder geval de tolerantie van het thuisfront kan versterken, zodat de betrokken oudere nog gedurende een onbepaalde tijd in het oorspronkelijke milieu kan verblijven.

Daarnaast wordt opgemerkt, dat in een aantal gevallen opname in het verpleeghuis wordt bespoedigd. In veel gevallen dringen familieleden op opname in een verpleeghuis aan, omdat 'de herwonnen vrijheid hen goed bevalt' danwel door de contacten, die zij met het verpleeghuis hebben gekregen.

Ook wordt duidelijk, dat dagbehandeling de volgende positieve effecten op patiënten heeft: de somatische dagbehandelingspatiënt gaat in het algemeen vooruit op het gebied van bewegingsmogelijkheden, handigheid, vaardigheid en

sociabiliteit, terwijl de psychogeriatrische dagbehandelingspatiënt verbeterd wat betreft stemming, communicatie en het nodig hebben van supervisie.

Wat betreft de dagbehandeling kan worden geconcludeerd, dat veel gerapporteerde gegevens een sterk subjectief karakter hebben. Zo wordt in een aantal studies aan patiënten, hulpverleners en personen uit de naaste omgeving gevraagd, of er vooruitgang is geboekt en of uitstel danwel afstel van opname is bereikt. Veel positieve antwoorden zijn vanuit 'wishfull thinking' en vanuit sociale wenselijkheid te verklaren. Het is echter zeer wel mogelijk, dat de feitelijke effecten van dagbehandeling minder positief zijn dan uit het voorgaande valt af te leiden. Ook de ontslagcijfers zijn poly-interpretabel. Afsluiting van de dagbehandeling betekent niet zonder meer dat de dagbehandeling is geslaagd en dat daarmee een opname in een intramurale voorziening kon worden voorkomen. Schattingen over het substitutie-effect, gebaseerd op dergelijke gegevens, verdienen de nodige voorzichtigheid.

Voor een grondige evaluatie van deze voorziening en het daarmee gepaard gaande substitutie-effect zou gefundeerder onderzoek nodig zijn, waarbij 1. gebruik wordt gemaakt van valide en betrouwbare meetinstrumenten en observaties; 2. zowel medische als psychosociale gegevens worden verzameld; 3. longitudinale gegevens en zo mogelijk gegevens bij een controlegroep worden verzameld; 4. de gevolgen voor personen uit de naaste omgeving van de patiënt worden onderzocht, zowel wat betreft hun belasting als hun welbevinden; 5. de gevolgen voor de werkbelasting van eerstelijns hulpverleners worden bestudeerd; 6. substitutie niet alleen voor de patiënt, maar ook voor personen uit diens naaste omgeving wordt gezien (de mate waarin deze een beroep doen op de professionele hulpverlening); 7. de doelstellingen van de dagbehandeling geëxpliciteerd worden, zodat de effecten in het licht hiervan kunnen worden geëvalueerd.

Beschermd wonen

Het beschermd wonen -wonen bij een verzorgingstehuis en slechts geholpen worden bij de handelingen, die men niet zelf kan uitvoeren- blijkt een gedeeltelijk substituuat te zijn voor het verzorgingstehuis. Uit een theoretische berekening blijkt, dat wanneer het de middencategorie zorgbehoeftige tehuusbewoners betreft, beschermd wonen 9% goedkoper kan zijn dan het wonen in een verzorgingstehuis. Voor hen die een grotere zorgbehoefte hebben, is beschermd wonen qua kosten een duurder alternatief.

Een tweede theoretische berekening gaat uit van twee verschuivingen, namelijk van een aanscherping van het toelatingsbeleid van verzorgingstehuizen en van beschermd wonen als alternatief voor het verzorgingstehuis. Het blijkt, dat het mogelijk is, om bijna 40% van de verzorgingstehuisbewoners anders te huisvesten. Voor 33% van hen is beschermd wonen een alternatief, ook 33% van hen kan extramuraal worden verzorgd, terwijl de resterende 33% buiten zorgverlening kan blijven.

Genormaliseerd wonen

Genormaliseerd wonen, een vorm van beschermd wonen voor verpleeghuispatiënten, is een mogelijk substitutiemiddel.

Verondersteld wordt, dat een grootschalig psychogeriatrisch verpleeghuis met

name aan patiënten met een niet al te ver gevorderde vorm van dementie niet een optimale, op individuele behoeften afgestemde zorg kan bieden. Naar schatting gaat het hier om 10 tot 20% van de patiënten.

Een bekend experiment in het kader van genormaliseerd wonen is dat van het verpleeghuis "De Landrijt" te Eindhoven. In het experiment werden vier à vijf patiënten in de gelegenheid gesteld, om in een eengezinswoning in een woonwijk te wonen, waarbij zij 7 x 24 uur door gediplomeerde ziekenverzorgeren begeleid en verzorgd werden. Het belangrijkste resultaat van dit experiment was, dat de nieuwe woonvoorziening vooral een gunstige invloed had op het psychosociale functioneren van de desbetreffende bewoners. Dit bleek uit het meer doen van bijzondere dagelijkse verrichtingen, zoals huishoudelijke werkzaamheden, een betere oriëntatie op tijd, plaats en personen en het minder vertonen van stemmingen en storend gedrag. Over de zorg die de bewoners elkaar en die verwanten aan de bewoners verleenden, zijn de resultaten niet zo eenduidig.

Over de kosten die deze woonvorm ten opzichte van het verpleeghuis maakt, is in ieder geval duidelijk, dat dit zelfstandig wonen een reductie van tenminste 32% oplevert.

Wijkfunctie

De wijkfunctie van het verzorgingstehuis is de laatste tijd sterk in opkomst gekomen, dit om de oudere niet alleen een meer op maat toegesneden verzorgingspakket te kunnen bieden, maar tevens om deze zorg ook betaalbaar te kunnen houden.

De wijkfunctie is in een groot aantal activiteiten te onderscheiden. Er worden sociaal-culturele activiteiten georganiseerd en het verzorgingstehuis kan voorzien in een kortdurende opname. Voorts kan het verzorgingstehuis voorzien in maaltijdvoorziening, 'meer bewegen voor ouderen', centrale alarmering, dagverzorging en nachtopvang. In hoeverre dit beleid een bijdrage kan leveren aan het zo lang mogelijk zelfstandig wonen van de oudere wordt uit experimenten niet geheel duidelijk. Zij gaven slecht beperkte aanwijzingen voor het substitutie-effect.

Uit de evaluatie van vier experimenten in de Provincie Utrecht komt naar voren, dat de deelnemers zeer tevreden zijn over de verschillende activiteiten van het verzorgingstehuis. De dagopvang en de dagverzorging blijken mogelijkheden te bieden voor het ontlasten van de thuissituatie en het leggen van nieuwe contacten. Uit onderzoek naar 12 dagverzorgingsprojecten blijkt, dat een onderscheid gemaakt kan worden in dagopvang met als voornaamste taak 'sociëteitsfunctie' en de dagverzorging. Dit laatste kan als substituut fungeren voor het verzorgingshuis en mogelijk ook voor de dagbehandeling in het verpleeghuis.

De relatie met de extramurale zorg blijkt echter nog niet te zijn uitgekristalliseerd. Naar de mening van de extramurale hulpverleners moeten de desbetreffende wijkfuncties als een aanvulling op hun werk gezien worden.

Koppelingen van de voorziening aan verzorgingstehuizen blijkt een aantal zwaarwegende nadelen te hebben zoals de tendens tot institutionalisering, het afhankelijk worden van deze instellingen en de geringe spreiding en dus het beperkte gebruik.

Samenwerking

De relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het verpleeghuis is gericht op geïntegreerde behandeling van de oudere, zowel bij opname in het verpleeghuis als bij de dagbehandeling. Ook bij ontslag naar de thuissituatie staat een geïntegreerde behandeling tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het verpleeghuis op de voorgrond. Wederzijds zal men met zijn kennis elkaar ondersteuning kunnen geven, afhankelijk van de plaats waar de patiënt verblijft. De relatie met eerstelijnsdisciplines dient gestructureerd te zijn. Er dienen tussen het verpleeghuis en huisartsen afspraken gemaakt te worden, over het inschakelen van medische en paramedische hulpverleners in de eerste lijn, over de afstemming van de wijkverpleging, de verpleging in het verpleeghuis, etc. Een belangrijke rol is hier weggelegd voor de maatschappelijk werkende, vooral om de gecompliceerde problematiek van psychosociale aard hanteerbaar te maken.

De relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het verpleeghuis is erop gericht, om een goed evenwicht te vinden in het voor de oudere bestemde zorgaanbod.

Binnen het geheel van voorzieningen neemt het verzorgingstehuis een bijzondere positie in tussen intra- en extramurale zorg. De diensten die het verzorgingstehuis verschaft zijn merendeel in afzonderlijke vorm ook in extramurale sfeer beschikbaar. In 80% van de gevallen doen ouderen een beroep op eerstelijnsdisciplines, zoals de gezinsverzorging, wat een sterke substitutie-relatie weergeeft tussen beide voorzieningen. Voor wat de wijkverpleging betreft, die, nu zij onder de AWBZ ressorteert, niet langer ter beschikking staat van de bewoners van verzorgingstehuizen, wordt gesteld, dat de verzorgingstehuizen zelf verpleeghulp in dienst dienen te hebben, i.p.v. deze vormen van dienstverlening van buitenaf in te schakelen.

Conclusie

Via substitutie streeft de overheid er onder meer naar, ouderen zo lang mogelijk in de gelegenheid te stellen zelfstandig te zijn. De concretisering van dit beleid uitte zich door invoering van semimurale voorzieningen zoals dagopvang, dagverzorging, dagbehandeling en woontussenvormen, zoals beschermd en genormaliseerd wonen.

De uiteindelijke, op grond van bovenstaande gegevens, geconstateerde beperkte substitutie-effecten zijn niet zo bevreemdend, wanneer bedacht wordt, dat veel onderzoek, onder andere dat naar de dagbehandeling, tijdens de beginjaren van deze voorziening ($\pm 1975-1985$) is uitgevoerd, toen deze nog maar beperkt was en de intramurale instellingen nog een relatief ruime opnamecapaciteit hadden. Het valt dan ook te verwachten, dat in de toekomst, wanneer de pressie groter wordt om van intra- naar semi- en extramurale zorgvormen te verschuiven, de substitutie-effecten van de semimurale zorg sterker zullen blijken.

Inleiding gebaseerd op:

BOER, A. DE, TIMMERMANS, J.M.
Rapportage 'Ouderen'.
Rijswijk: VUGA, 1992.

GOUDRIAAN, F.G.W.

Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg.

Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

MINISTERIE VAN FINANCIËN

Heroverwegingsrapport Demografische veranderingen en de ontwikkeling van de collectieve sector.

Den Haag: Ministerie van Financiën, 1987.

NIES, H.L.G.R.

Beleidsonderzoek in de ouderenzorg.

Nijmegen: Bureau Bêta, 1992.

RIBBE, M.W., STOOP, J.A., TROMMEL, J.

Capita selecta van de verpleeghuisgeneeskunde.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG

Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg.

Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.

Verantwoording

Aangezien er relatief weinig onderzoek is gedaan, dat zich nadrukkelijk richt op de relatie ouderen in instellingen -verpleeghuizen (somatisch en psychogeriatrisch), verzorgingstehuizen en beschermende woonvormen- substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg, is in deze bibliografie ook literatuur opgenomen, die vanuit een algemener perspectief is geschreven. Mogelijke relevantie met de eerstelijns was daarbij wel een criterium.

Bij de selectie van de literatuur is in de regel uitgegaan van publicaties die na 1985 zijn verschenen en over het algemeen onderzoeksresultaten en/of beleidsstukken vertegenwoordigen.

De selectie is resultaat van literatuursearches in de eigen Nivel-catalogus en in het literatuurbestand van de Nederlandse Zorgfederatie. Voorts is er gebruik gemaakt van de catalogus van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De bibliografie 'Ouderen in instellingen: substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg' is ingedeeld in vijf hoofdstukken. Na een algemeen hoofdstuk volgt hoofdstuk twee, waarin aandacht wordt geschonken aan (overheids-)beleid of beleidsondersteunend onderzoek.

Hoofdstuk drie richt zich op de samenwerking tussen verpleeghuizen/verzorgingstehuizen en de eerstelijnsgezondheidszorg, of tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen onderling, om zo tot een juiste afstemming van zorg te komen.

Hoofdstuk vier richt zijn aandacht op projecten en experimenten. Er wordt een aantal demonstratieprojecten in de ouderenzorg belicht en de resultaten hiervan.

Hoofdstuk vijf behandelt de diverse aspecten van dagbehandeling, zoals daar zijn samenwerkingsafspraken met de ELGZ, doelstellingen van dagbehandeling en onderzoeksresultaten van gedeeltelijk en volledig opgenomen patiënten.

Gebruiksaanwijzing

De literatuur in deze bibliografie is per paragraaf alfabetisch gerangschikt op achternaam van de eerste of corporatieve auteur. Bij het (eventuele) ontbreken van een auteur zijn publicaties gerangschikt op het hoofdwoord van de titel.

De bibliografie is voorzien van zowel een trefwoordenindex als een auteursindex. Hierin wordt verwezen naar de desbetreffende publicatie en waar deze in de bibliografie te vinden is.

In een aantal gevallen is de verdeling van de publicaties op arbitraire wijze geschied, daar het onderwerp van de publicatie bij één of meer hoofdstukken aansloot.

In de titelbeschrijving is in de meeste gevallen aangegeven hoeveel literatuurverwijzingen de publicatie bevat. Dit kan voor de gebruiker een aanwijzing zijn omtrent het belang van een publicatie in verband met het desbetreffende onderwerp en een hulpmiddel in geval de lezer meer wil weten over een specifiek onderwerp.

Onder de titelbeschrijving staat vermeld waar de desbetreffende publicatie te vinden is, dat wil zeggen naar welke plaats c.q. bibliotheek men wordt verwezen; naar de bibliotheek van de Nederlandse Zorgfederatie als er NZI staat vermeld en naar het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur als er WVC wordt genoemd.

Het plaatsnummer van de publicaties die aanwezig zijn in de Nivel-bibliotheek staan onder de titelbeschrijving vermeld met een B(boek)-, C(copie)-, N(naslag)- en R(rapport)-nummer. Als de titelbeschrijving wordt gevolgd door de aanduiding Nivel betekent dit, dat het tijdschrift in de bibliotheekcollectie is opgenomen.

Boeken en rapporten worden kosteloos of, bij verzending, tegen vergoeding van portokosten uitgeleend; tijdschriften en C-nummers zijn in de bibliotheek ter inzage aanwezig of als copie te verkrijgen.

1. Algemeen

COOLS, H.J.M., BOM, J.C.

Handboek verpleeghuiszorg; een handleiding voor multidisciplinaire zorg.

Lochem: De Tijdstroom, 1989. 138 p., bijln., fign.

Nivel (B 2377)

Handboek waarin het zorgproces binnen verpleeghuizen wordt beschreven, dat op gang en in stand wordt gehouden door verschillende beroepsgroepen. Dit zorgproces staat centraal in het zorgbeleid dat o.m. omvat: het bieden van verpleging, verzorging, begeleiding, behandeling, ondersteuning, alsmede het creëren van een leef-, verblijf- en woonmilieu. Voorts wordt er ingegaan op het beleid in verpleeghuizen t.a.v. voorzieningenbeleid: het in stand houden en toevoegen van voorzieningen die voor het zorg- en sociale beleid nodig zijn.

DEKKER, M.C.

Verpleeghuiszorg binnen nieuwe kaders: symposiumverslag.

Lochem: De Tijdstroom, 1988, 215 p., lit. opgn.

NZI

Het ontbreken van een beleidsinhoudelijke basis in de door de commissie Dekker voorgestelde stelselwijziging in de gezondheidszorg, tezamen met de moeilijkheden die de verpleeghuissector zelf ondervond bij het ontwikkelen van beleid, vormde de aanleiding voor dit symposium, dat in het teken stond van landelijke beleidsontwikkelingen en workshops, waarbij men, aan de hand van door verpleeghuis Hogewey aangedragen materiaal, discussieerde en zocht naar zinvolle vernieuwingen voor verpleeghuizen.

Een aantal aspecten werd op een rijtje gezet, zoals substitutie en de effecten hiervan, het functioneren van het verpleeghuis en de samenwerking tussen eerste- en tweedelij.

GOEDHARD, W.J.A., KNOOK, D.L.

Geriatric-informatorium.

Aplhen aan den Rijn/Brussel: Stafleu/Samson, 1982.

Nivel (N8(1, 2, 3 en 4)

Naslagwerk met de volgende inhoudsopgave:

Deel A: Geriatric

Deel B: Klinische specialismen

Deel C: Bewegingsapparaat

Deel D: Psychiatrische en psychologische problemen

Deel E: Algemeen deel

Deel F: Psycho- en sociale gerontologie

Deel J: Voorzieningen en organisaties

Deel K: Wetgeving

Deel L: Adressen en index

RIBBE, M.W., STOOP, J.A., TROMMEL, J. (REDS.)

Capita selecta van de verpleeghuisgeneeskunde.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989, 303 p. lit. opgn, fign., tabn.

Nivel (B 2291)

Deze Capita Selecta bevat hoofdstukken van zowel wetenschappelijke als ook praktische, descriptieve of opiniërende aard.

In vijf opeenvolgende hoofdstukken wordt een aantal facetten van de verpleeghuiszorg behandeld, zoals oorsprong en ontwikkeling, kenmerken van de verpleeghuisgeneeskunde, de multidisciplinaire hulpverlening, die plaatsvindt, de verschillende categorieën patiënten en de plaats die de instelling inneemt in het gezondheidssysteem. Er wordt aandacht besteed aan de rol die verpleeghuisgeneeskunde, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtik in het verpleeghuis spelen. Voorts wordt ingegaan op de geestelijke verzorging, het maatschappelijke werk, de psychologie en verschillende specialismen uit de tweede lijn binnen het kader van het verpleeghuis.

STICHTING INFORMATIECENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (SIG)

Jaarboek verpleeghuizen 1990: gebaseerd op de gegevens uit het SIG verpleeghuisinformatiesysteem.

Utrecht: SIG, 1991. 124 p., bijln., tabn.

Nivel (J 122(90))

Elk hoofdstuk in het jaarboek bevat cijfermatige gegevens (kerngegevens, medische en verpleegkundige gegevens, administratieve gegevens en regionale gegevens) met betrekking tot verpleeghuizen.

Hoofdstuk één en twee geven algemene informatie over SIVIS en de kwaliteit van de berichtgeving.

Hoofdstuk drie tot en met zes presenteren informatie vanuit het perspectief van een bepaalde verpleeghuisgebeurtenis van zowel verpleging als dagbehandeling. Er wordt gekeken naar gegevens m.b.t. eerste opname/aanvang dagbehandeling, heropname, ontslag en overlijden.

In de hoofdstukken zeven en acht wordt informatie gegeven over de verpleeghuispopulatie en de populatie die de rest van het jaar verpleegd is. Hoofdstuk negen geeft informatie over afzonderlijke verpleeghuizen en over gegevens op verpleeghuisniveau.

2. Beleid en organisatiestructuur

2.1. Beleid

BLOMMESTIJN, P.J.

Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985: een beleidshistorisch evaluatie-onderzoek.

Enschede: Technische Universiteit Twente, Faculteit der Bestuurskunde, 1990. 339 p., lit. opgn., fign., grafn., tabn.,
Nivel (B 2429)

Onderzoek naar de inhoud van het bejaarden- en ouderenbeleid gedurende de periode 1955-1985 op de deelterreinen: de bereikte doeleinden van het beleid en het bereik van de onderscheiden doelgroepen.

Analyse en beoordeling van het beleid ten aanzien van bejaardenoorden, verpleeghuizen, dienstencentra en het gecoördineerd bejaardenwerk en gezinsverzorging voor bejaarden.

GOUDRIAAN, F.W.G.

Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg: de mogelijkheden volgens onderzoek.

Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Directoraat-generaal Welzijn, Directie Onderzoek en Ontwikkeling, 1990. 152 p., 251 lit. opgn., bijln., grafn., schema's, tabn.

Nivel (R 4282 (1 en R 4282 (2)

Substitutie staat hoog op de politieke agenda. Mede gezien de reacties op het advies 'Bereidheid tot verandering' van de commissie Dekker lijkt hierover een consensus te bestaan. De vraag is echter of substitutie ook mogelijk is. De onderzoeken die zijn verricht geven een somber beeld. De relaties tussen de verschillende voorzieningen in de ouderenzorg zijn er niet een van communicerende vaten, eerder het tegendeel. Alle aanwezige voorzieningen voor ouderen hebben één ding met elkaar gemeen en dat is, dat ze willen voortbestaan. Een substitiebeleid zal dan ook niet meer zonder meer succesvol zijn. Uit onderzoeken, en met name de resultaten van enkele experimenten, komen echter optimistische conclusies naar voren.

De hoofdconclusie die uit het geheel van hier besproken onderzoeken naar voren komt, is dat in theorie substitutie van voorzieningen op het terrein van de ouderenzorg ten dele wel mogelijk is. Alle voorzieningen die aan de orde zijn geweest, kunnen op de één of andere manier hieraan een bijdrage leveren.

De mate waarin substitutie mogelijk is, is echter niet exact vast te stellen. De marges die de verschillende onderzoeksresultaten per voorziening geven, zijn namelijk nogal ruim.

De mogelijkheid tot substitutie blijkt het sterkst bij verzorgingstehuizen aanwezig te zijn. Daar zou 30-40% van de plaatsen vervangen kunnen worden door de zorg aan huis te leveren. Deze percentages zijn echter aan de hoge kant vanwege het gebrek aan zicht op de rol van met name mentale factoren, die mede van belang zijn voor het verkrijgen van een

positieve indicatie voor het verzorgingstehuis.

Ook in het ziekenhuis en de verpleeghuizen lijken aanzienlijke substitutiemogelijkheden voorhanden.

Gespecificeerd zijn er, voor zover er onderzoeksresultaten beschikbaar zijn, de volgende conclusies te trekken:

Substitutie van intramurale voorzieningen:

1. Voor het ziekenhuis zijn alternatieven voor handen:

- bij de polikliniek
- met dag en avondbehandeling
- in de nazorg bij relatief vroeg ontslag met voorzieningen als zelf- en mantelzorg, gezinsverzorging en kruiswerk, verzorgings- en verpleeghuis
- door medische zelfzorg

2. Voor het verzorgingstehuis zijn alternatieven voorhanden:

- in het beschermd wonen
- bij de gezinsverzorging

3. Voor het verpleeghuis zijn alternatieven voorhanden:

- in het verzorgingstehuis
- in het genormaliseerd wonen
- bij de dagbehandeling
- in de sociale opvang voor ouderen.

Aangaande kostenreductie die door substitutie mogelijk lijken, zijn de meeste onderzoeksresultaten niet zo optimistisch.

De totale kosten van de zorgverlening zullen als gevolg van de verschuivingen tussen de voorzieningen niet meer dan 25% lager kunnen worden. Ten opzichte van de trendramingen wordt in het jaar 2000 niet meer dan 5 tot 15% besparingen haalbaar geacht.

Een aantal andere onderzoeksresultaten laat daarentegen zien, dat de kosten van thuisverpleging aanmerkelijk lager zullen zijn dan die van verpleging in het ziekenhuis of in het verpleeghuis. Hier lijken kostenreducties van respectievelijk 50-70% en 20% tot de mogelijkheden te behoren. Voor het beleid is daarnaast het omslagpunt in de kosten van de zorgverlening van belang. Bij hen met een positieve indicatie voor het verzorgingstehuis blijkt dit punt te liggen bij 8 à 12 uur per week zorg aan huis.

HUIJSMAN, R.

Model van voorzieningen voor ouderen.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991. 333 p., lit. opgn., bijln., tabn., dissertatie

Nivel (B 2338)

Deze studie is gebaseerd op de resultaten van het project Model van Voorzieningen voor Ouderen, dat in opdracht van de voormalige Stuurgroep Onderzoek Ouderwordende Mens (SOOM) is uitgevoerd door de vakgroep economie van de gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Limburg.

De leidende vraagstelling van het onderzoek was of het mogelijk is een simulatiemodel van voorzieningen te ontwikkelen dat kan dienen als instrument voor de voorbereiding en evaluatie van maatregelen op het terrein van het ouderenbeleid. Het onderzoek is uitgevoerd in Maastricht, waar alle relevant geachte voorzieningen voor ouderen aanwezig zijn op een met de

rest van Nederland te vergelijken niveau.

Het onderzoek wordt benaderd vanuit een economische invalshoek: de vraag voor de toekomst is daarbij hoe binnen een bepaald financieel kader zo goed mogelijk kan worden aangesloten op de wensen en behoeften van ouderen. Voor de analyse zijn dan drie onderwerpen relevant, die de centrale thema's van deze studie opleveren.

Ten eerste wordt onderzocht door welke factoren de mate van afhankelijkheid van zorgverlening wordt beïnvloed.

Ten tweede wordt bestudeerd op welke wijze voorzieningen aansluiten op de afhankelijkheid van ouderen.

Tenslotte wordt bezien met welke inzet van personeel en/of andere middelen en tegen welke kosten de zorgverlening aan ouderen met een bepaalde mate van afhankelijkheid tot stand komt.

HUIJSMAN, R., RUTTEN, F.F.H.

Economie van de ouderenzorg.

Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989. 217 p., lit. opgn., bijln., fign., tabn.

Nivel (B 2201)

Boek dat informatie beoogt te bundelen over het gebruik van voorzieningen door ouderen en de daarmee verbonden kosten. De bijdrage beperkt zich tot gegevens op macro-niveau, gebruikmakend van tal van statistieken, alsmede van financiële overzichten van de overheid met betrekking tot de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Allereerst wordt ingegaan op de belangrijkste demografische trends in Nederland, waarbij de dubbele vergrijzing en de samenstelling van de oudere bevolking naar sexe en burgerlijke staat wordt besproken en ingegaan wordt op de meest waarschijnlijk geachte demografische en maatschappelijke ontwikkelingen in de toekomst.

In de hoofdstukken die daarop volgen worden de belangrijkste sectoren van de ouderenzorg besproken. Achtereenvolgens komen aan bod: gezinsverzorging, wijkverpleging, verzorgingstehuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Hoewel slechts de verzorgingstehuizen formeel aangemerkt kunnen worden als een categorale voorziening voor ouderen, worden de andere hier belichte voorzieningen dermate intensief door ouderen gebruikt, dat ook zij zijn aan te merken als onderdelen van de ouderenzorg. De sectorgewijze bespreking verloopt steeds volgens een bepaald stramien. Er wordt eerst een algemene schets gegeven van de inhoud en betekenis van de voorziening. Vervolgens wordt een analyse gemaakt van het gebruik van de voorziening, de personeelsformatie, de totale kosten en de financiering van de sector. Tenslotte wordt een schatting gemaakt van de kosten voor de ouderenzorg, die door de onderhavige sector gemaakt worden, op basis van het aandeel van 65-plus in het cliëntenbestand en de gemiddelde kostprijs van de dienstverlening.

Voorts wordt er ingegaan op het bijeengebrachte materiaal, dat stof oplevert voor instrumenten om het substitutiebeleid te voeden met de juiste basisvariabelen. Allereerst wordt het leeftijdspecifieke gebruik van voorzieningen in kaart gebracht, waarbij niet alleen de eerder aan bod gekomen sectoren besproken worden, maar ook andere voorzieningen, zoals daar zijn de

huisarts, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het gecoördineerd ouderenwerk. Op basis van dit overzicht wordt een raming gepresenteerd van het aantal gebruikers in 1988 en 2000. Voorts wordt ingegaan op cliëntstromen tussen voorzieningen en de potentie van het substitutiebeleid. Het boek besluit met een kostenoverzicht van de ouderenzorg, waarmee het mogelijk wordt verschillende substitutie-alternatieven op hun kosten te beoordelen.

KLAASSEN-VAN DEN BERG JETHS, A.

Zorgvoorzieningen voor ouderen. Determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen.

Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Vakgroep Planning, Organisatie en Beleid, 1989. 263 p., 163 lit. opgn., bijln., fig., tabn. Nivel (B 2210)

In deze studie naar de determinanten van voorzieningengebruik en mogelijke zorgpatronen voor ouderen in de toekomst hebben de volgende vragen centraal gestaan:

- Wat is er op dit moment bekend over de factoren, welke van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen door de bevolking als geheel en door ouderen in het bijzonder?
- Geven deze factoren een bevredigende verklaring voor (verschillen in) het gebruik van voorzieningen door ouderen?
- Welke kennis is aanwezig over toekomstige veranderingen met betrekking tot de factoren, die van invloed zijn op de vraag naar voorzieningen door ouderen en welke consequenties hebben deze veranderingen voor de zorg van ouderen?
- Wat zijn de mogelijk patronen van zorg, die in aansluiting op de resultaten van het voorgaande kunnen worden onderscheiden?

NEDERLANDS ECONOMISCH INSTITUUT

Inventariserend vooronderzoek naar dienstverlening voor ouderen.

Rotterdam: Stichting het Nederlands Economisch Instituut, 1987. 75 p., lit. opgn., bijln., tabn.

Nivel (R 3387)

Doelstelling van dit inventariserend vooronderzoek is in eerste instantie gericht op het gebruik, de bekostiging en de financieringsbronnen van voorzieningen (mede) bestemd voor ouderen.

Bij de uitvoering van het onderzoek richt men zich op de volgende voorzieningen:

Extramurale woonsituatie: gezinsverzorging, gecoördineerd ouderenwerk en flankerend beleid, algemeen maatschappelijk werk, wijkverpleging, basisgezondheidszorg, huisartsenhulp en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Intramurale woonsituatie: verzorgingstehuizen, verpleeghuizen, specialistenhulp, ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen.

De inventarisatie heeft betrekking gehad op:

1. het gebruik dat ouderen van de betreffende voorzieningen maken

2. de aard van de dienstverlening, waarbij in dit verband te onderscheiden zijn:
 - a. wonen, verblijven
 - b. verzorgen
 - c. behandelen
 - d. verplegen
 - e. begeleiden
 - f. preventie
3. de kosten die voor de betreffende dienstverlening worden gemaakt en voorts door wie deze kosten worden gedragen

NIES, H.L.G.R.

Beleidsonderzoek in de ouderenzorg.

Nijmegen: Bureau Bêta, 1992. 185 p., 435 lit. opgn., fign., tabn., dissertatie Nivel (B 2756)

Dissertatie die handelt over beleidsonderzoek in de ouderenzorg. Doel van de studie is meer inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het ouderenzorgbeleid ontwikkeld en onderzocht kan worden.

Hoofdstuk één bevat een lijst met kernbegrippen die in deze studie worden gedefinieerd. Tevens wordt een theoretisch kader gepresenteerd waarbinnen het ouderenzorgbeleid en het desbetreffende onderzoek zijn te plaatsen.

In hoofdstuk twee wordt het beleidsterrein van de ouderenzorg verkend. Het actorperspectief van de rijksoverheid wordt als vertrekpunt gekozen. De rijksoverheid ziet zich nl. voor drie belangrijke beleidsproblemen geplaatst: de afstemming van het voorzieningenaanbod op de demografische ontwikkelingen, de kostenbeheersing bij een groeiende zorgvraag en het gebrek aan bestuurlijke/organisatorische en zorginhoudelijke samenhang. Deze problemen hangen nauw samen met de maatschappelijke en demografische ontwikkelingen van de afgelopen eeuw. De vergrijzing van de populatie en de verschillende culturele en historische achtergronden van de huidige en toekomstige groepen ouderen zullen de komende decennia bovendien tot een kwantitatief en kwalitatief andere zorgvraag leiden.

Maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen hebben een toeneemende specialisatie van professies en voorzieningen teweeg gebracht, een verkokering van het stelsel en de kosten, die in het algemeen als te hoog worden beschouwd. Deze problemen vertaalde de overheid in twee beleidsdoelstellingen. Met de eerste doelstelling- ouderen in de gelegenheid stellen zo lang mogelijk zelfstandig te zijn- wil zij beter inspelen op de afstemming van het zorgaanbod op de demografische ontwikkelingen, alsmede op de groeiende kosten in de zorgsector. De tweede doelstelling is het verbeteren van de bestuurlijke/organisatorische en zorginhoudelijke samenhang. Via communicatieve, economische en juridische beleidsinstrumenten en via diverse beleidsstrategieën tracht de rijksoverheid deze doelstellingen te realiseren. Drie recente beleidsstrategieën worden in de studie nader belicht: het substitutiebeleid, regionale planning van verpleeghuizen en de stelselherziening.

De overheid operationaliseerde het substitutiebeleid onder meer door dagvoorzieningen zijn intrede te laten doen, te weten dagbehandeling,

dagverzorging en dagopvang. Hiermee wilde zij vooral het gebruik beperken van de in haar ogen te omvangrijke intramurale voorzieningen. Ouderen zouden daardoor langer zelfstandig kunnen wonen. Bovendien speelden voor de overheid aanvankelijk ook financiële overwegingen bij deze beleidsstrategie een rol. Dagbehandeling kon zich in deze context snel ontwikkelen. Diverse actoren in de ouderenzorg hadden positieve verwachtingen ten aanzien van het substitutie-effect van deze voorziening, de therapeutische resultaten ervan en de gevolgen voor de naaste omgeving van patiënten.

Hoofdstuk drie van deze dissertatie toetst de verwachtingen aan de hand van onderzoeksliteratuur, waarbij de effecten van dagbehandeling voor de verschillende groepen van actoren in kaart worden gebracht. Met name op het psychosociale vlak hebben veel patiënten baat bij dagbehandeling. Op het somatische vlak is dit veel minder het geval. Diverse patiënten ondervinden geen positieve gevolgen en beëindigen de dagbehandeling zonder bevredigende resultaten. Voor personen in de thuissituatie, waaronder informele en professionele hulpverleners is dagbehandeling een zeer gewaardeerde voorziening. Voor somatische patiënten is er een zeker substitutie-effect, voor psychogeriatrische patiënten is dat minder het geval. Soms zelfs bespoedigt dagbehandeling een opname en voor een deel heeft dagbehandeling een nieuwe categorie patiënten aangetrokken. Dagopvang en dagverzorging zijn sinds het midden van de jaren tachtig op grote schaal tot ontwikkeling gekomen. Hoofdstuk vier van dit werk gaat in op de variëteit, waarmee dit kon gebeuren. Op basis van een inhoudsanalyse van schriftelijke rapportages wordt van veertig projecten een aantal kenmerken beschreven. Er blijkt veel variatie te zijn in de benamingen van dergelijke projecten, in de gebruikte accommodatie, openingsfrequenties, verantwoordelijke organisaties, toelatingsprocedures en de kosten per dag. De doelstellingen van de projecten zijn gericht op zowel deelnemers als op personen uit hun omgeving en het functioneren van de voorzieningen als zodanig.

Hoofdstuk vijf behandelt de ontwikkeling van de dagvoorzieningen in Nederland en Groot-Brittannië en vergelijkt deze met elkaar. Doel hiervan is na te gaan in hoeverre kenmerken van het zorgstelsel van invloed zijn op de aard, omvang en het functioneren van deze voorzieningen. Beide landen verschillen nl. sterk qua structuur, beleid, wetgeving en financiering van het zorgstelsel. Als deze invloed groot is, zal dat waarschijnlijk betekenen dat een stelselherziening verregaande consequenties heeft voor de praktijk van de zorgverlening.

Hoofdstuk zes gaat in op regionale planning van zorgvoorzieningen voor ouderen aan de orde. Er wordt ingegaan op de bijdrage van beleidsonderzoek aan dergelijke planningsprocessen, de methodologische problemen die zich daarbij voordoen en de interacties tussen onderzoekers en beleidsactoren. Deze vraagstukken worden geëxploreerd door middel van een case study over de regionale behoefte aan zorgverlening aan verplegingbehoevende ouderen.

Hoofdstuk zeven onderzoekt de relatie tussen interorganisatorische knelpunten en kenmerken van het stelsel waarbinnen geopereerd wordt.

In het laatste hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen in een onderlinge samenhang besproken en gerelateerd aan de eerder genoemde hoofddoelstellingen van het beleid.

SLUIJS, H. VAN DER

Ordering en sturing in het ouderenbeleid.

's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988. 87 p., 72 lit. opgn., bijln.

Nivel (R 3649)

Deze studie is uitgevoerd in het kader van een project van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, waarin de juridische marges voor het overheidsbeleid worden onderzocht. Eén van de centrale problemen die in dit onderzoek naar voren komt, is dat de overheid vaak in het maatschappelijke verkeer ingrijpt, zonder zich vooraf rekenschap te geven, van de normen, die op het desbetreffende beleidsterrein de verhouding tussen de publieke sfeer en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken partijen bepalen.

Ook in de ouderenzorg is gebleken, dat het sturend beleid de aandacht van de ordeningsvraagstukken en daarmee voor de verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de op dit terrein actieve partijen heeft verdrongen, met alle consequenties van dien voor de duidelijkheid van de positie van de overheid en voor de bestendigheid en betrouwbaarheid van haar optreden.

Mede in het licht van de vergrijzing wordt de conclusie getrokken, dat een ingrijpende herwaardering van het beleid met betrekking tot de ouderenzorg noodzakelijk is. Deze zal moeten beginnen met een herformulering van de ordende principes ten aanzien van de te onderscheiden verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken overheden en instellingen, ook ten opzichte van de (potentieel) zorgbehoeftige burgers. Tegen de achtergrond van een dergelijk ordeningskader kan worden vastgesteld welke doeleinden de overheid in haar positie kan nastreven en van welke middelen zij zich daarbij kan bedienen.

De studie wordt besloten met een proeve van een ordepolitiek kader, waarbinnen de verantwoordelijkheden van de overheid voor de ouderenzorg tot hun recht kunnen komen. Kenmerkend voor een ordepolitieke benadering, is dat het onderscheid tussen ordering en sturing centraal staat. De concrete inrichting van een ordepolitiek kader is een politieke keuze, maar zichtbaar wordt dat het sturend optreden van de overheid niet vrij of vrijblijvend is en in overeenstemming moet zijn met de principes, die haar bevoegdheden bepalen en ordenen. Doordat binnen een ordepolitiek kader juridische en bestuurlijke marges mede bepalend zijn voor de inhoud van het beleid, kan deze benadering belangrijke aanknopingspunten bieden voor de verdere uitvoering van het ouderenbeleid.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG

Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg.

Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992. Deel 1) Scenariorapport, 241 p., lit. opgn., tabn. Deel 2) Achtergrondstudies, 266 p., lit. opgn., tabn. Deel 3) Achtergrondstudies, 174 p., lit. opgn., tabn.

Nivel (B 1623(14(1,(2 en (3)

Scenariostudie van eerstelijnszorg en thuiszorg, die puntsgewijs de volgende bevindingen bevat:

1. Maatschappelijke ontwikkelingen, demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in de verhouding tussen ambulante zorg en zorg in instellingen leiden zowel tot de wens als tot de noodzaak van meer zorg in de thuissituatie, ook bij complexe gezondheidsproblemen.
2. De vergrijzing van de Nederlandse bevolking heeft vooral gevolgen voor het toekomstig gebruik van gezinsverzorging en in mindere mate van de wijkverpleging. Voor de overige disciplines ligt de verwachte toename als gevolg van de vergrijzing rond één procent per jaar.
3. Als trends in het verleden in het gebruik van zorg, gecombineerd met trends in de samenstelling van de bevolking, worden doorgetrokken, is de verwachte toename van het zorggebruik voor alle disciplines geringer dan men als gevolg van de demografische ontwikkelingen zou verwachten. De reden hiervan is dat de verwachte toename van het opleidingsniveau van grote groepen in de samenleving en van de subjectieve beleving van de gezondheid een geringere toename van het zorggebruik doen verwachten.
4. Alle ramingen van het toekomstig zorggebruik laten een grote toename zien in de groep hoogbejaarden. Dat heeft gevolgen voor de intensiteit van de benodigde zorg.
5. Thuiszorg voor mensen die nu nog vaak intramuraal worden behandeld en verpleegd, vereist de inzet van meer zorgfuncties en in grotere hoeveelheid dan nu gebruikelijk is. Ook voor mensen met complexe gezondheidsproblemen is thuiszorg mogelijk.
6. Een belangrijke voorwaarde voor complexe thuiszorg is, dat er mantelzorg aanwezig is. Daarnaast is het van belang, dat de verschillende zorgfuncties op elkaar worden afgestemd en gecoördineerd kunnen worden geleverd. Daarbij moet snel en flexibel kunnen worden beschikt over hulpmiddelen.
7. Aan deze voorwaarden is in het huidige systeem van de gezondheidszorg niet voldaan. In de toekomstscenario's voor de organisatie van de eerstelijnszorg en thuiszorg worden hiervoor oplossingen aangedragen.

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de organisatiescenario's is het behoud van de goede aspecten van de huidige eerstelijns zowel wat betreft de eenvoud van de organisatie als wat betreft het karakter van de zorg.

De scenario's moeten zowel de gewone, enkelvoudige zorg als de complexe intensieve zorg aan kunnen.

De bevindingen hebben de volgende consequenties voor de toekomstige zorgverlening:

8. Er wordt uitgegaan van samenhangende zorgcircuits, waarin eerstelijnsgezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, poliklinische specialistische zorg, vrijwilligerswerk, tijdelijke opnamemogelijkheden en dagopvang worden aangeboden.
9. Hieraan wordt organisatorisch vorm gegeven in verschillende scenario's:
 - het extramuraal circuit (geen centrale regie voor de zorg, behoud van echelons)
 - het extramuraal centrum (centrale regie, behoud van echelons)
 - het transmuraal circuit (centrale regie, doorbreking echelons)
 - ontvlechting (geen centrale regie, doorbreking echelons)

10. Deze scenario's sluiten elkaar niet uit, maar kunnen naast elkaar voorkomen. Bij uitvoering van de plannen met betrekking tot de stelselwijziging zal het krachtenspel tussen aanbieders en verzekeraars grote invloed hebben op de vraag welke organisatiemodellen waar worden gerealiseerd.

VERENIGING VAN NEDERLANDSE BEJAARDENOORDEN

Beleidsplan voor de sector van verzorgingstehuizen.

Houten: Vereniging van Nederlandse bejaardenorden, 1990. 32 p., bijln.

Nivel (R 4569)

In het beleidsplan ligt de nadruk op samenwerking tussen verzorgingstehuizen onderling, alswel die met andere zorgaanbieders, dit i.v.m. de ontwikkeling van een zorgcentrum voor ouderen. In dit kader heeft de VNB gesprekken gevoerd met de landelijke organisaties van de gebruikers en van aanpalende voorzieningen, waarbij de rol van het verzorgingstehuis bij de totstandkoming van het beoogde zorgcentrum besproken werd. Aangezien dit grote veranderingen met zich zal meebrengen m.b.t. de organisatie van verzorgingstehuizen, zal de VNB daarvoor modellen ontwikkelen en op landelijk niveau of op het niveau van de afdelingen kaders vormen waarbinnen het verzorgingstehuis zich zal kunnen ontwikkelen. Ook de verzorgingstehuizen zelf zullen hun eigen doelen moeten bepalen en beleidsplannen moeten ontwikkelen.

2.2 Organisatiestructuur

BRUIJNE, G.A., STEGERMAN, J.N.L.M.

Eerstelijnswork in verzorgingshuizen: een ontwikkeling in fasen.

Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam en Ziekenverzorging; 18, 1985, no. 11, p. 308-315, 8 lit. opgn.

Nivel

Bij de organisatie-ontwikkeling in het verzorgingstehuis Malberg te Maastricht is gekozen voor een gefaseerd veranderingsproces, waarbij in de eerste periode sterk de nadruk is gelegd op 'bijscholing' van de verzorgenden. Door hen is vaardigheid ontwikkeld in het hanteren van een systematische en procesmatige benadering van de verzorging aan de hand van concrete gevallen.

Nadat de verzorgenden zelf kenbaar maakten met het verslagleggingssysteem op hun afdeling te willen beginnen, is dit eerst voor de nieuwe bewoners ingevoerd.

Vervolgens is voorafgaande aan de opname in de verpleegafdeling een gestructureerd overleg met de betrokkene, een familielid en de huisarts als regel ingesteld.

Het doel van beide activiteiten is om in samenwerking met de eerstelijns werkers en in overleg met de bewoner een verzorgingsplan op te stellen, dat geëvalueerd wordt.

Het is gebleken, dat het in dit verzorgingshuis mogelijk was gefaseerd een andere manier van werken te introduceren, waardoor de professionele identiteit van de verzorgenden is versterkt. Hierna is een aanzet gegeven tot interdisciplinaire samenwerking.

In het hoofdoverleg komt naar voren dat door deze veranderingen de verzorgenden met grotere betrokkenheid hun werk doen en dat de tot nu toe benaderde huisartsen allen bereid zijn mee te werken.

GORTER, H.G.M., MEYBOOM-DE JONG, B.

Huisartsgeneeskundige zorg in bejaardenoorden; verandering gewenst?

Huisarts en Wetenschap; 34, 1991, no. 8, p. 383-385, tabn.

Nivel

In de stad Groningen is aan (toekomstige) bewoners van verzorgingshuizen, verzorgenden en huisartsen met behulp van vragenformulieren gevraagd, wat men van de huisartsgeneeskundige zorg in bejaardenoorden vindt.

75% van de bewoners en 33% van de verzorgenden beoordeelden de huisartsgeneeskundige zorg als (zeer) goed.

De verzorgenden waren van mening, dat zij met teveel huisartsen op hun afdeling te maken hadden, terwijl van samenwerking of een éénduidig beleid geen sprake was. De verzorgenden waren onvoldoende op de hoogte van waarnemregelingen en farmacotherapie, terwijl geen sprake was van een consistent beleid bij decubitus en diabetes mellitus. De (toekomstige) bewoners hadden in meerderheid geen moeite met een eventuele verandering van huisarts en gaven de voorkeur aan een tehuis van hun keuze boven

de huisarts van hun keuze.

De designaleerde problemen zouden kunnen worden opgelost door de huisartsgeneeskundige zorg voor de bewoners van een bejaardentehuis op te dragen aan een of twee huisartsen(waarneem)groepen. Bij een dergelijke constructie blijft de vrije artsenkeuze gewaarborgd. (aut.ref.)

HOUT, A.C. VAN DEN

Kleinschalige verpleeghuizen: een oriënterend onderzoek naar realiseringmogelijkheden en bestaansvoorwaarden.

Nijmegen: S.N., 1986. 89 p., lit. opgn., bijln.

NZI

De vraag die werd gesteld door het Provinciaal Bestuur van Noord-Brabant was die naar de mogelijkheid van kleinschalige verpleeghuisvoorzieningen. Het argument hiervoor lag in de wenselijkheid van een zo groot mogelijke spreiding van voorzieningen en van een zo optimaal mogelijk psychisch en sociaal functioneren van de oudere mens, zonder dat dit ten koste zou gaan van de kwaliteit van zorg of onevenredig hoge personeels- of materiële kosten met zich mee zou brengen. Vragen ten aanzien van het minimaal vereiste zorgpakket, de betreffende patiëntencategorieën, de omvang van dergelijke voorzieningen en de financiële haalbaarheid moesten worden beantwoord. Het oriënterend onderzoek, waarin geprobeerd werd de vraagstelling nader te preciseren, vond plaats in drie fasen.

In de eerste fase werden de concepten 'verpleeghuisklimaat en kleinschaligheid', 'patiëntenpopulatie' en 'zorgconcept en zorgkwaliteit' geanalyseerd. op Basis hiervan zijn in een tweede fase gesprekken gevoerd met informanten uit de verpleeghuissector, waaruit een drietal centrale elementen naar boven kwam, dat in de derde onderzoeksfase nader werd beschouwd:

- de rol van het sociale netwerk van de verpleeghuispatiënt en eerstelijnszorg;
- organisatie en management van de kleinschalige zorgverlening;
- kostenaspect van de kleinschaligheid.

Het rapport besluit met suggesties voor beleid en verder onderzoek.

HOUT, A.C. VAN DEN

Kleinschalige varianten in de verpleeghuiszorg.

Zeist: Kerkebosch BV, 1989. 124 p., 54 lit. opgn., bijln., grafn., tabn.

Nivel (R 5620)

In het licht van de beleidsbeslissing tot uitbreiding van de capaciteit van de verpleeghuiszorg en van de toenemende vraag naar verpleeghuisplaatsen in Noord-Brabant, werd door de provincie Noord-Brabant een onderzoek gestart naar haalbare kleinschalige varianten in de verpleeghuiszorg. Juist in deze provincie is dit relevant, daar in Noord-Brabant de behoefte aan verpleeghuisplaatsen in de toekomst vele malen hoger zal zijn dan in andere provincies in Nederland door de betrekkelijk jonge leeftijdsopbouw van de bevolking.

De provincie Noord-Brabant heeft in eerste instantie een vooronderzoek laten instellen naar mogelijke varianten. Daaruit resulteerde de opdracht tot

een exploratief vervolgonderzoek naar de mogelijkheden van vier kleinschalige zorgvarianten: de eerstelijnsvariant, de aanleunvariant, de dependance en de kleinschalige zelfstandige leefgemeenschap.

Een kleinschalige verpleeghuisvoorziening volgens het eerstelijnsmodel steunt qua personele bezetting en qua hulpverlenende disciplines sterk op eerstelijnsvoorzieningen; ook mantelzorg zal, waar het hier gaat om een vorm van thuisverpleging, een rol van betekenis spelen.

Bij het begrip dependance gaat het steeds om afhankelijkheid en om supervisie van elders. Bij de verpleeghuisdependance (30-60 plaatsen) gaat het derhalve om een voorziening die onder minstens de directionele en organisatorische verantwoordelijkheid van het verpleeghuis opereert. Vaak wordt van het "moederhuis" ook een aantal diensten zowel voor hulpverlening als voor "overhead" betrokken. Bij het begrip aanleunen gaat het zoals bij de dependancevorm ook om afhankelijkheid en ondersteuning vanuit een groter instituut.

Gaat het bij de dependance om een verbinding met het verpleeghuis ten behoeve van de beschikbaarheid van de specifieke verpleeghuiszorg, bij de aanleunvariant gaat het om een voorziening die directioneel en organisatorisch onder het verzorgingshuis of het algemeen ziekenhuis valt, om te kunnen beschikken over de aldaar beschikbare verzorgingsmogelijkheden.

De kleine zelfstandige woongemeenschap is gesitueerd in een wijk en dient zoveel mogelijk als alternatief te fungeren voor de thuissituatie. Het stelt de patiënten zoveel mogelijk in staat zo optimaal te participeren aan het normale dagelijkse leven. Hier gaat het vooral om een door specialistische hulp gesteunde vorm van verzorgd en begeleid wonen. Vandaar dat het eerder een leefgemeenschap dan een klein verpleeghuis genoemd kan worden. Zowel vanuit de eerstelijns als vanuit het verpleeghuis wordt begeleiding en zonodig behandeling gegeven.

KETELAAR, J.M.J., SMETS, J.A.J.

De ontwikkeling van een geïntegreerde zorgvoorziening voor bejaarden.

Wageningen: Landbouwuniversiteit Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, 1988. 78 p., 77 lit. opgn., bijln.

Nivel (R 4059)

De doelstelling van het onderzoek is het ontwikkelen van een model voor geïntegreerde verzorging en verpleging van bejaardentehuis de Berkelhof en verpleeghuis de Pillinck te Lochem.

De volgende aspecten worden erbij betrokken:

- het zorgconcept
- de intern-organisatorische mogelijkheden
- de financiële mogelijkheden

Conclusie van het onderzoek luidt, dat een geïntegreerd zorghuis, zoals dat in Lochem wordt beoogd, haalbaar lijkt, zowel op organisatorisch als op financieel gebied.

Om zo'n verandering te realiseren, zal echter moeite kosten. Ondanks dit argument zijn er voor de ontwikkeling van een zorghuis echter geen tegenargumenten aan te voeren.

PASSCHIER, J.

Functieplanning verpleeghuizen: resultaten van een onderzoek naar de wenselijkheid en mogelijkheid van een regionale functieverdeling tussen verpleeghuizen. Utrecht: NZI, 1989. 80 p., lit. opgn., bijln.

Nivel (R 4306)

Het NZI werd gevraagd, om voor twee onderwerpen een onderzoeksvoorstel uit te werken. Het ging in de eerste plaats om de ontwikkeling van een managementinstrument voor de interne bedrijfsvoering in verpleeghuizen. De aandacht was hierbij gevestigd op de interne doelmatigheid en kwaliteit in een verpleeghuis. In tweede instantie moest een regionale studie worden opgezet naar de wijze waarop differentiatie, afstemming en planning van verpleeghuisfuncties zich in een verzorgingsgebied manifesteren.

Uit het onderzoek blijkt dat er, buiten het onderscheid tussen somatiek en psychogeriatric resp. klinische opname en dagbehandeling, weinig sprake is van een regionale functieverdeling tussen verpleeghuizen.

3. Samenwerking

AGHINA, M.J., ASTEN, R. VAN, DUYNSTEE, M.S.H., JONGENEEL, F.
Samenwerking Kruiswerk-Verpleeghuizen "Nuttig en noodzakelijk".
Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad, 1987. 52 p., bijln., fign.
Nivel (R 3503)

Project opgezet door de sectie verpleeghuizen van de NZr en de Nationale Kruisvereniging, met begeleiding van het NZi. Het betrof een in 1986 in Amsterdam en de provincie Groningen gehouden oriënterend onderzoek naar de mogelijkheden van samenwerking. Ouderen zouden daarmee in staat gesteld worden, om langer en onder meer optimale omstandigheden thuis te verblijven dan wel tijdig van de diensten van het verpleeghuis gebruik te maken.

Een aantal actiepunten is geformuleerd, waaronder de afspraak elkaar over en weer te informeren over mogelijkheden en grenzen van zorgverlening, de visie hierop, aanspreekbare personen in de eigen organisatie, etc. Vervolgens is een aantal concrete activiteiten gestart, die in bepaalde gevallen gericht waren op nieuwe vormen van samenwerking en soms op het verbeteren van reeds bestaande vormen.

Per locatie zijn concrete afspraken en regelingen gemaakt en is een basis gelegd voor samenwerking in de toekomst, eventueel met betrekking van andere disciplines daarbij. Voorts bevat het rapport ook een aantal suggesties voor de wijze van samenwerken, o.a. met betrekking tot de te vervullen voorwaarden, fasering en begeleiding.

BERTELS, M., WILLEMS, R.

In voor- en tegenspoed: intensieve zorg in een verzorgingstehuis: evaluatieverslag van een samenwerkingsproject van verzorgingshuis De Gooyer en verpleeghuis Wittenberg.

Amsterdam: Innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg, 1990. 83 p., lit. opgn.
NZi

Het rapport doet verslag van het project "Intensieve Zorg", dat op 1 januari 1988 in verzorgingstehuis De Gooyer en in verpleeghuis De Wittenberg van start ging. De aanleiding voor dit samenwerkingsexperiment lag in de toegenomen zorgbehoefte die De Gooyer bij haar bewoners had geconstateerd en vooral in de angst van de bewoners voor uitplaatsing. Doelstelling van het project was dan ook te voorkomen dat bewoners hun oude woonbuurt zouden moeten verlaten en naar een verpleeghuis zouden moeten verhuizen. Tegelijkertijd wilde men het niveau van het functioneren van de bewoners verhogen. Men wilde de doelstelling realiseren door in het verzorgingstehuis somatische verpleeghuiszorg te gaan verlenen, en door voor ouderen met psychogeriatrische problemen aparte 'sociowoningen' te bouwen (een vorm van beschermd wonen). Meer gedetailleerd probeerde men de doelstelling te bereiken door:

- bij de zorgverlening rekening te houden met de privacy van de bewoners

- op hun eigen kamer
- bij de geïntegreerde zorg (begeleiding, verzorging, verpleging) woon- en leefmilieu steeds centraal te stellen.
- de zorg meer aan te passen aan de behoeften van de individuele bewoners.
- opname in het verpleeghuis te voorkomen.
- gedwongen scheiding van echtparen door toedoen van veranderende zorgbehoefte van één van de partners te voorkomen.

DUIJN, J.

Een protocol eerstelijns-verpleeghuis bij dagbehandeling.

Kwaliteit in de Eerstelijnszorg; 1, 1989, no. 2, p. 23

Nivel

De verhouding tussen de eerstelijns en het verpleeghuis als het gaat om dagbehandeling is vaak onduidelijk. In de gemeente Smallingerland heeft een kleine werkgroep een protocol opgesteld dat de relatie tussen het verpleeghuis Bertilla en de eerstelijnsdisciplines moet vastleggen. Het maken van een protocol is een deelactiviteit binnen het project 'Ouderenzorg in Smallingerland'. Dit artikel behandelt de aanleiding voor het maken van een protocol, het protocol en de plannen voor de toekomst.

DORGELO, M.J., GERRITSEN, J.C., HEUVEL, W.J.H. VAN DE, VERHOEFF, W.A., WOLFFENSBERGER, E.W.

De observatie van psychogeriatrische cliënten en de zorgverlening thuis.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 18, 1987, p. 317-325, 31 lit. opgn.

Nivel (C 2810) (R 2827)

In samenwerking met de afdeling ouderen van de RIAGG Drenthe worden in de dagbehandeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis cliënten geobserveerd. Regelmatig worden beide instanties geconfronteerd met opname in het verpleeghuis van cliënten die met een redelijke prognose uit de dagbehandeling zijn ontslagen. Uit dit onderzoek blijkt, dat de adviezen van de dagbehandeling voor structurerende en ondersteunende maatregelen thuis soms niet kunnen worden gerealiseerd door (een combinatie van) onvoldoende kennis en vaardigheden in de eerstelijns en het verzorgingstehuis (groepsverzorging), een zwak sociaal netwerk en de invloed van de ziekenhuisopname. Opname in een verpleeghuis kan in een aantal gevallen wel voorkomen worden, wanneer de eerstelijns en het verzorgingstehuis over voldoende mogelijkheden beschikken om de problemen te hanteren, er voldoende opvang is in de wijk en de problemen van cliënten een sterk psychiatrische component hebben (vergeleken met cliënten met cognitieve stoornissen).

HAGENOUW, R.P.G.

De plaats van het verpleeghuis in relatie tot de eerstelijns gezondheidszorg.
In: TROMMEL, J., RIBBE, M.W., STOOP, J.A.: Capita Selecta van de verpleeghuisgeneeskunde.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989. p. 281-282
Nivel (B 2291)

De relatie tussen verpleeghuis en eerstelijnsgezondheidszorg dient gestructureerd te zijn. Er dienen tussen het verpleeghuis en huisartsen afspraken te bestaan over opnemings- en ontslagprocedures, over het inschakelen van medische en paramedische hulpverleners in de eerste lijn, over de afstemming van de wijkverpleging, de verpleging in het verpleeghuis, etc.

Een belangrijke rol is hier weggelegd voor de maatschappelijk werkende in de beide echelons, vooral om de gecompliceerde problematiek van psychosociale aard hanteerbaar te maken en om elkaar te begrijpen.

Financiële regelingen, notariële akten, maatschappelijke conflicten zijn slechts enkele facetten, waarmee de bejaarde in aanraking kan komen.

Voorts kan de consulatiefunctie van het verpleeghuis i.c. de verpleeghuisarts benut worden om ten aanzien van de opnemings of ontslag een optimale behandeling van de betrokken bejaarde te realiseren. Voor de psychogeriatrische patiënten is het RIAGG een belangrijke schakel in de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het verpleeghuis. De relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het verpleeghuis is gericht op het streven om een goed evenwicht te vinden in het voor de bejaarde bestemde zorgaanbod.

HUBREGTSE, J.J.

De plaats van het verpleeghuis in relatie tot de bejaardenzorg, meer in het bijzonder de bejaardenoorden.

In: TROMMEL, J., RIBBE, M.W., STOOP, J.A.: Capita selecta van de verpleeghuisgeneeskunde.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989. p. 283-288
Nivel (B 2291)

Vele jaren heeft de zorgverlening in het verzorgingstehuis plaatsgevonden op grond van het sociale model. Het zich wijzigend opnemingsbeleid in het bejaardenoord en de neiging om patiënten niet te vroegtijdig over te plaatsen naar verpleeghuizen hebben ertoe geleid, dat de gemiddelde leeftijd van de bewoners toeneemt en dat de bewoners in toenemende mate last hebben van diverse aandoeningen, die de mate waarin zij zich in een tehuis kunnen handhaven, aanzienlijk beperken. Deze aandoeningen zijn zowel van lichamelijke als van psychische aard en in veel gevallen is er sprake van een combinatie.

Deze cumulatie van problematiek heeft gevolgen voor de huisarts: deze zal namelijk een actief bezoekbeleid moeten voeren, waarbij hij niet zonder meer af kan gaan op het feit of een bewoner hem al dan niet bij zich roept. In een toenemend aantal gevallen zal ook de verzorging signalen geven, die de huisartsen noodzaken om actief op te treden.

Door de onbekendheid van de huisarts met de diagnostiek en behandeling van geriatrie patiënten enerzijds en de weerstand die in het algemeen bij de leiding van bejaardenoorden bestond om te veel te medicaliseren, heeft zich in feite een situatie ontwikkeld, waarbij een nodeloos hoog niveau van invaliditeit is ontstaan. Enerzijds worden bewoners momenteel overgeplaatst uit verzorgingstehuizen naar verpleeghuizen, zonder dat voor de betrokken bewoner enige voordeel behaald kan worden t.a.v. hun gezondheid. Anderzijds worden bewoners niet tijdelijk overgeplaatst naar verpleeghuizen, terwijl ze daarmee, gezien hun handicap en behandelingsmogelijkheden die het verpleeghuis hiervoor heeft, zeer gebaat zouden kunnen zijn.

Voorts zal de leiding van het bejaardentehuis in toenemende mate informatie van de huisarts willen hebben omtrent de gezondheid van de bejaarde, dit zal vooral gelden voor hen, die veel zorg van het personeel vragen.

Voor de beantwoording van de vraag of de betrokken bejaarde in het verzorgingstehuis dient te blijven of dat een andere voorziening meer geschikt is, is inzicht nodig in diagnostiek van de verschillende aandoeningen en de mate waarin zij behandelbaar zijn.

Resumerend gesproken, er is meer inzicht nodig in de prognose van de patiënt.

Het voordeel van de consultatiefunctie kan zijn, dat ook voor bejaarden in bejaardenoorden goede geriatrie expertise binnen handbereik kan komen, op basis waarvan overlegd kan worden of overplaatsing naar een andere voorziening zinvol is of niet. Wanneer overplaatsing voor de betrokken bejaarde geen voordeel oplevert, kan de huisarts terugvallen op een begeleidingsadvies van de consulterend verpleeghuisarts. In de praktijk betekent deze manier van werken van de medewerkers in het verzorgingstehuis geleidelijk dient te veranderen: meer systematiek en methodischer. De consultatiefunctie kan zich hiermee ontwikkelen tot een meer systematische ondersteuning van het verzorgingstehuis en van de medewerkers van die instelling, zonder dat daarmee tekort hoeft te worden gedaan aan het primaire uitgangspunt, dat het een woonvoorziening is voor (ook invalide) ouderen.

KOCKEN, P.L., WERSCH-VAN DER SPEK, M.C.M. VAN

Ervaringen met de consultatiefunctie van het verpleeghuis in het verzorgingstehuis.

Medisch Contact; 45, 1990, no. 12, p. 385-387, 6 lit. opgn., tabn.

Nivel

Gedurende twee jaar is in Rotterdam door middel van een samenwerkings-experiment tussen twee verpleeghuizen en drie verzorgingshuizen ervaring opgedaan met de consultatiefunctie van het verpleeghuis. Eén verpleeghuisarts heeft, indien nodig in samenwerking met andere verpleeghuisdisciplines, 206 maal huisartsen op hun verzoek geadviseerd over de behandeling van bewoners in de drie verzorgingshuizen. Tijdens het experiment legde de verpleeghuisarts van iedere bewoner over wie werd geadviseerd een medisch dossier aan. In dit artikel wordt verslag gedaan van de analyse van deze dossiers na afloop van het experiment. Tevens wordt er ingegaan op de opvattingen van huisartsen en van hoofden verzorging in de verzorgingshui-

zen, die over hun consultatiefunctie zijn geënquêteerd en geïnterviewd.

LIESHOUT, C.M.H. VAN

Bij nacht en ontij: mogelijkheden voor crisishulpverlening door verpleeghuizen ter ondersteuning van de thuiszorg.

Utrecht: NZI, 1989. 31 p., lit. opgn.

NZI

Het onderhavige rapport is driedelig. Het bevat een verslag van een onderzoek, het geeft suggesties voor differentiatie in het aanbod voor crisishulpverlening aan ouderen en biedt een handreiking voor het management van verpleeghuizen voor aanpak en organisatie van de crisishulpverlening.

Het capaciteitstekort plaatst verpleeghuizen steeds vaker voor de vraag om opname mogelijk te maken voor ouderen die thuis in een crisissituatie raken. Er zijn zes groepen crisispatiënten te onderscheiden: terminale en CVA-patiënten, patiënten bij wie de zorgverlening thuis plotseling wegvalt, alleenstaanden die plotseling ziek worden, patiënten voor wie korter dan 24 uur crisisinterventie nodig is en psychiatrische patiënten voor wie opname al lang is uitgesteld. Voor de laatste groep is opname vrijwel altijd blijvend. Tijdens het onderzoek ontstond de indruk, dat er crisisopnames plaatsvinden, waarvoor ook minder intensieve (dan verpleegkundige-)zorg toereikend zou zijn. Momenteel is de capaciteit voor crisishulp bij gezinszorg, kruiswerk en RIAGG echter onvoldoende en lijkt er behoefte te zijn aan de ontwikkeling van één of meer geïntegreerd en gedifferentieerd aanbod van crisiszorg van eerste- en tweedelijns en RIAGG. Er worden suggesties gedaan voor samenwerking op regionaal niveau tussen verpleeghuizen onderling, onder andere met eerste- en tweedelijnsvoorzieningen en RIAGG.

MINDERHOUD, M., KOCKEN, P.L.

Samen werken aan ouderenzorg: evaluatie van een samenwerkingsexperiment tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

Rotterdam: GG & GD, afdeling Epidemiologie, 1989. 249 p., 34 lit. opgn., bijln. Nivel (R 4234)

In dit rapport wordt verslag gedaan van een Experiment Afstemming Verpleging Verzorging, waarin twee verpleeghuizen en drie verzorgingstehuizen hebben samengewerkt. Deze samenwerking was erop gericht, om duidelijkheid te verschaffen over:

- wat de mogelijkheden van afstemming zijn tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen
- in hoeverre aan de taakverzwaring van verzorgingstehuizen kan worden tegemoet gekomen

De doelstelling heeft men willen bereiken door een viertal samenwerkingsprogramma's te starten. Onder meer door een aantal belemmerende factoren in de voorwaardescheppende sfeer, is de doelstelling 'nagaan van afstemmingsmogelijkheden tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen' niet gehaald. Het voornemen om een overlegstructuur tussen huisartsen,

fysiotherapeuten werkzaam ten behoeve van en medewerkers van verpleeghuizen tot stand te brengen, is niet gerealiseerd. De discussie over taken van medische disciplines in verzorgingstehuizen, meerzorgafdelingen en het opnamebeleid heeft niet geleid tot besluitvorming. Een belangrijk neveneffect is desondanks, dat verpleeghuizen en verzorgingstehuizen een beter beeld hebben van elkaar, waardoor een basis is gelegd voor eventuele samenwerking in de toekomst.

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD

Verpleeghuizen intensiveren contacten met de eerstelijns.

Het Ziekenhuis; 15, 1985, no. 22, p. 879

Nivel

Om de verpleeghuiszorg integrerend deel te laten zijn van de totale gezondheidszorg, worden er gesprekken met de eerstelijnsgezondheidszorg gevoerd.

PROVINCIE NOORD-BRABANT

Verpleeghuizen.

In: PROVINCIE NOORD-BRABANT: Integrale ouderenzorg kaderplan 1993-1996.

's-Hertogenbosch: Provincie Noord-Brabant, 1991, p. 59-76

Nivel (R 5284)

Behandeling van o.a. de planning van dagbehandeling en samenwerking tussen de verschillende zorgvoorzieningen voor ouderen, zoals daar zijn: verpleeghuizen in de regio, verzorgingstehuizen, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, revalidatiecentra en de eerstelijnszorg.

SCHRIJVERS, A.J.P., WILLEMSE, C.

Het verpleeghuis hoort bij de eerstelijnszorg.

Het Ziekenhuis; 15, 1985, no. 3, p. 87-88, 93, tabn.

Nivel

Verslag van een studiereis naar Scandinavië, waarbij ontmoetingen plaatsvonden met gezondheidszorgplanners op nationaal, provinciaal en gemeentelijk niveau.

De relatie van de patiënt met zijn thuismilieu neemt in de eerstelijnszorg een centrale plaats in. Dit zou evenzeer moeten gelden voor oudere mensen, die langdurig zorg behoeven en daarvoor in een verpleeghuis moeten worden opgenomen. Verpleeghuizen zijn daarom alleen te plannen in nauwe samenwerking met de overige voorzieningen in de eerstelijnszorg.

ZEE, J. VAN DER

Verpleeghuizen en eerstelijns.

In: COOLS, H.J.M., BOSMAN, J.M. (red): Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen.

Utrecht: Nivel, 1992. p. 21-24

Nivel (R 5529)

Tekst van voordracht gehouden tijdens symposium 'Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen'.

Aan de orde komen: populatie in verpleeghuizen, aard van de problematiek bij verpleeghuispatiënten, reden van ontslag uit het verpleeghuis en de herkomst van patiënten. Het geheel wordt afgesloten met een conclusie.

ZIEKENFONDSRAAD

Samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen.

Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1985. 63 p., 8 bijln., tabn.

Nivel (R 2460)

Tegen de achtergrond van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking heeft de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Ziekenfondsraad advies gevraagd over de wijze waarop voorzien dient te worden in de benodigde extra verpleegkundige en/of geneeskundige hulp in verzorgingshuizen.

Dit verzoek om advies wordt in verband gebracht met een eerder door de minister aan de Centrale Commissie voor Bejaardenoorden en aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gerichte adviesaanvraag inzake de uitwerking van de samenwerking tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Binnen de adviesaanvraag neergelegde randvoorwaarden (budgettaire neutraliteit en voorshands handhaving van de huidige beddenorm) acht de Raad een structurele oplossing van de problemen die samenhangen met de dubbele vergrijzing niet mogelijk.

De Raad adviseert tot versnelde realisatie van 3750 van de 5000 bedden waarvoor blijkens de aanvraag van 25 april 1984 inmiddels in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een goedkeuringsdocument is afgegeven teneinde te voorzien in de acute noodsituatie in verzorgingshuizen waar thans $\pm$ 3600 personen verblijven die naar een verpleeghuis overgeplaatst zouden moeten worden. De Raad adviseert deze bedden versneld te realiseren, gebruikmakend van accommodaties, die hiervoor geschikt zijn en thans in gebruik zijn als verzorgingshuis.

Ten aanzien van de vraagstelling in de aanvullende adviesaanvraag betreffende het voorzien in de extra-benodigde verpleegkundige zorg in verzorgingshuizen acht de Raad het vooralsnog niet haalbaar dat het kruiswerk deze zorg in verzorgingstehuizen ter hand neemt. De Raad geeft er voorkeur aan dat het kruiswerk de zorgverlening aan ouderen in de thuissituatie op korte termijn uitbouwt en hier vooral mede de 4% volume-groei aanwendt.

Daarnaast doet de Raad in dit advies verdere suggesties met betrekking tot de verbetering van de zorgverlening aan ouderen en het realiseren van de consultatieve en adviserende functie van verpleeghuizen ten behoeve van de verzorgingshuizen. In dit verband acht de Raad het mede gewenst dat ook

niet-bewoners van verzorgingstehuizen in de gelegenheid worden gesteld van de faciliteiten van het verzorgingshuis gebruik te maken. De Raad adviseert het benutten van de ziekenkamers en verpleegafdelingen van verzorgingshuizen mede ten behoeve van de eerstelijns voor tijdelijke opnamen. Bovendien acht de Raad het gewenst dat de indicatiestellingen voor de verschillende voorzieningen in het licht van een optimale benutting van de beschikbare faciliteiten nader op elkaar afgestemd en waar nodig (in de psycho-geriatrie) duidelijker worden gestructureerd.

4. Projecten en experimenten

BUIS, M.

Mantelzorg voor ouderen: een verkennende studie bij drie woontussenvoorzieningen.

Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, Studierichting Sociale Zekerheidswetenschap, 1989. 55 lit. opgn., tabn.

Nivel (R 4886)

Het begrip mantelzorg wordt omschreven, evenals het overheidsbeleid in deze, het huidige gebruik van de mantelzorg, de aard van de geboden zorg en ervaringen van zowel hulpvragers als hulpverleners.

Maatregelen komen aan bod, die een bijdrage kunnen leveren aan het bevorderen van de mantelzorg.

Vervolgens wordt een drietal projecten beschreven (twee in Noord-Brabant en één in Zuid-Holland). Aan de orde komt de dienstverlening die aan bewoners wordt geboden, te weten vrijwilligershulp, eerste- en tweedelijnszorg, kruiswerk en gezinsverzorging), de mantelzorg, die hen ten dienste staat en de relatie die er bestaat tussen professionele hulpverlening en de mantelzorgers.

BOOM, R. Ch., ENDE, P.C.VAN DER, GERRITSEN, J.C., WOLFFENSPERGER, E.W.

Zorgplannen voor bewoners met psychogeriatrische problematiek.

Groningen: Styx Publications, 1992. 111 p., 28 lit. opgn., bijln., fig., tabn.

Nivel (R 5599)

Substitutieproject van het psychogeriatrisch verpleeghuis Nieuw Toutenburg met als centrale vraagstelling: Hoe kan de deskundigheid en ervaring van de staf van een psychogeriatrisch verpleeghuis aangewend worden ten behoeve van de psychogeriatrische patiënten, die (nog) niet in het verpleeghuis verblijven, ten einde hen optimaal en zo lang mogelijk in hun eigen woon- en leefmilieu te doen handhaven?

Deze vraagstelling is uitgewerkt tot een project van het verpleeghuis ter ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg en van een elftal verzorgingstehuizen in de regio.

Hoofdstuk twee wordt beschreven vanuit verschillende onderzoeken en beschrijvingen over wat bekend is over psychogeriatrische problematiek in verzorgingstehuizen. Dit hoofdstuk geeft de achtergronden weer van de situatie in verzorgingstehuizen, waarop in dit substitutieproject wordt ingespeeld.

Hoofdstuk drie werkt de activiteiten uit, die door medewerkers van het verpleeghuis zijn ontplooid, om aan het geheel een bijdrage te leveren.

Hoofdstuk vier behandelt de opzet en de verantwoording van het evaluatieonderzoek.

Het vijfde hoofdstuk is gebaseerd op de nulmeting, die vooraf ging aan de start van het substitutieproject. Er wordt beschreven welke problemen er in de verzorgingstehuizen zijn en hoe daarop voorafgaand aan het substitutieproject werd gereageerd. Voorts worden de verwachtingen, vanuit het

verzorgingstehuis, ten aanzien van het substitutieproject beschreven.
In hoofdstuk zes worden de resultaten beschreven van de cursussen 'psychogeriatrie' voor personeelsleden van de verzorgingstehuizen.
Hoofdstuk zeven beschrijft de resultaten van de vervolfbegeleiding in de verzorgingstehuizen.
Hoofdstuk acht beschrijft welk effect de gehele interventie heeft op de verzorgingstehuizen, hetgeen drie maanden na afloop van het project gemeten is.
Het negende hoofdstuk besluit met een samenvatting van het onderzoek, de conclusies en aanbevelingen.

COOLEN, J.A.I., HUIJSMAN, R., JANSSEN, T., KOEDOOT, N., ROMIJN, C. (red.)
Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: het onderzoek van projecten in de beginfase.
Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1989. 353 p., 87 lit. opgn., bijln., grafn., tabn.
Nivel (B 2214)

Tegen de achtergrond van de dubbele vergrijzing is in het overheidsbeleid het thema substitutie sterk naar voren gekomen. In het kader daarvan zijn diverse experimenten gestart, waarvan een deel bekend staat onder de naam demonstratieprojecten. Deze worden ondersteund door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en zijn bedoeld om beleidsinformatie te verschaffen voor de vormgeving aan ouderenzorg in de jaren negentig. Dit rapport is het verslag van een evaluatie-onderzoek naar de beginfase van zes demonstratieprojecten. Per project wordt een beschrijving gegeven vanuit verschillende invalshoeken.

Ten eerste wordt een beeld gegeven van de populatie ouderen van 75 jaar en ouder. Er wordt onder meer aangegeven welke gradatie van hulpbehoefte zich in deze groep voordoet, daarnaast in welke mate formele zorgvoorzieningen zijn ingeschakeld en welke verhouding tussen intramurale zorg en extramurale voorzieningen zich daarbij voordoet.

Ten tweede wordt een beschrijving gegeven van populaties van gebruikers van zorgvoorzieningen.

Aan de orde komt, welke soorten en hoeveelheden van diensten ouderen krijgen in relatie tot een bepaalde hulpbehoefte, vervolgens hoe men de kwaliteit van de geboden diensten beoordeelt en hoe het subjectief welbevinden is van de diverse categorieën gebruikers.

Tenslotte is een vergelijking uitgevoerd met een landelijke steekproef teneinde overeenkomsten en verschillen te signaleren tussen de projecten en de landelijke situatie op bovengenoemde punten.

CREBOLDER, H.F.J.M.
Beschermd en begeleid wonen voor ouderen.
In: CREBOLDER, H.F.J.M., VISSER, A.Ph.(red.): Ouderenzorg in Limburg.
Amsterdam: Thesis publishers, 1990. p. 128-130.
Nivel (B 2328)

In de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen ontbreken de tussenvoorzieningen ter voorkoming van blijvende opname die voor (jong) volwassenen een geaccepteerde oplossing vormen.

In Maastricht is het initiatief genomen te pogen een dergelijke voorziening te creëren. De daartoe opgerichte stichting Beschermd/Begeleid wonen voor Ouderen startte met de bewoning van een pand in Maastricht.

De doelgroep betreft ouderen, die als gevolg van vereenzaming en psychiatrische ziekten balanceren tussen blijvende klinische opname of zelfstandig wonen.

Belangrijk element is, dat de bewoners gebruik maken van de normale eerstelijnsvoorzieningen en maatschappelijke voorzieningen. Indien nodig wordt er gebruik gemaakt van tweede of derdelijnsvoorzieningen.

DUINE, T., PETERS, H.J.M.

Een experiment "Genormaliseerd wonen" van verpleeghuis De Landrijt te Eindhoven: eindrapport.

's-Hertogenbosch: Stichting Samovoz/Nijmegen, Katholieke Universiteit, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1986. IV, 110 p.

NZI

Het project is gestart om te onderzoeken of het model gunstiger woon/zorgvoorzieningen schept, of patiënten zo niet langer op eenzelfde of een hoger niveau kunnen blijven functioneren dan verpleeghuisbewoners, of de werksituatie voor ziekenverzorgenden ook niet bevredigender, of familie niet meer betrokken is en of het niet mogelijk is deze vorm van zorg over te dragen naar de eerste lijn.

Het genormaliseerde model, dat in dit experiment is ontwikkeld, heeft als doel meer differentiatie aan te brengen in de zorg voor een omschreven groep psychogeriatrische patiënten.

Groepjes van vier of vijf bewoners zijn gehuisvest in eengezinswoningen en worden begeleid door ziekenverzorgenden. In een bepaalde periode woonden hier in totaal 46 bewoners, die eerst uit het verpleeghuis kwamen en in andere gevallen rechtstreeks van een wachtlijst. De volgende vragen werden in dit kader beantwoord:

-Hoe kan organisatie van en verantwoordelijkheid voor de woonvormen eventueel worden overgedragen?

Hierbij zijn drie mogelijkheden onderzocht: naar de eerstelijnszorg, naar een verzorgingstehuis, naar een Regionaal Instituut voor Beschermende Woonvormen (RIBW). In principe is overal wel de bereidheid tot samenwerking aanwezig, maar daarvoor moeten nog enkele knelpunten (intensiteit van de zorg, financiering, indicatiestelling) uit de weg worden geruimd.

-Hoe beïnvloedt het model de bewoners: hun lichamelijke en psychosociale functioneren en de kwaliteit van zorg?

Het blijkt, dat het model positief werkt voor wat betreft oriëntatie, stemming, storend gedrag en mantelzorg voor de bewoners. Fysiek zijn er weinig verschillen gemeten tussen experiment- en controlegroep.

-Wat vinden personeel en familie van deze vormen van zorg?

De grotere zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de bewoners wordt als positief beschouwd. Als nadelig worden beschouwd het

werken en de sleur.

-Wat zijn de kosten en zijn ze vergelijkbaar met die gemaakt worden in een verpleeghuis?

In de woonhuizen bedragen de kosten f149,44 en in het verpleeghuis f219,90.

HORST, A. VAN DER, HOUSELING, H.

Eerstelijns en verpleeghuis werken in Haarlem intensief samen: het Romolenpolder project, warme zorg voor psychogeriatrische patiënten.

Het Ziekenhuis; 19, 1989, no. 2, p. 82-84

Nivel

In dit artikel wordt het experiment Romolenpolderhofje beschreven, waarin aan verpleeghuisgeïndiceerde psychogeriatrische patiënten zorg werd verleend, die de thuissituatie zo veel mogelijk benadert.

Het project vloeide voort uit een in psychogeriatrisch verpleeghuis Over-spaarne ontwikkeld zorgconcept (de zgn. 'Warme Zorg'), dat zich kenmerkte door vier uitgangspunten:

- het creëren van een herkenbare huiselijke omgeving;
- het stellen van weinig regels en verboden;
- het ontbreken van dwangmiddelen;
- een niet medisch gerichte attitude.

Gedurende 24 uur per dag was een basisteam aanwezig en de eerstelijns heeft, waar nodig, aanvullende zorg verleend. Om daarvoor in aanmerking te komen werden de bewoners op normale wijze geïndiceerd. Woonde de patiënt eenmaal in een van de bij het project betrokken woningen, dan werd hij/zij niet meer overgeplaatst naar een verpleeghuis. Het experiment, dat in mei 1987 startte, zou drie à vijf jaar duren, waarbij aandacht werd besteed aan de volgende punten:

- opname en ontslagbeleid
- het afgeslankte standaardzorgaanbod
- de belasting van het personeel
- de samenwerking van de verschillende voorzieningen
- sociale contacten van bewoners
- het kostenaspect

HUISMAN, J.

Eigen huis: verslag van een woonexperiment van 4 geestelijk gestoorde bejaarden.

Emmen: Psychogeriatrisch Verpleeghuis De Blerinck, 1987, 166 p.

NZI

Met het doel na te gaan of, en onder welke voorwaarden, enkele geestelijk gestoorde bejaarden in een gewoon huis zouden kunnen wonen, werd het experiment uitgevoerd door psychogeriatrisch verpleeghuis De Blerinck te Emmen. Als een aantal vragen m.b.t. de kwaliteit van de zorg, de veiligheid van de bewoners en het kostenaspect beantwoord zijn, zal de overheid gevraagd worden om deze nieuwe woonvormen op grotere schaal in gang

te doen vinden door aanpassing van het verstrekkingenbesluit van de AWBZ. Het bleek, dat de vier voor het experiment geselecteerde bejaarde vrouwen voor wat betreft hun psychische mogelijkheden achteruit zijn gegaan, maar dat zij in sociaal opzicht beter af zijn in hun kleinschalige woonvorm.

De hulpverlening uit de eerste lijn bleek toereikend. Verder bleek de 24-uurs begeleiding zeer waardevol voor zowel ouderen als verzorgenden, mits er - naast stagiaires - ook beroepskrachten in het rooster werden opgenomen. De rol van de familieleden bleef, rooster-technisch, nogal beperkt.

Een aantal voordelen, die in het rapport genoemd worden, zijn o.a. het feit, dat het model past in het Flankerend beleid-denken, dat kleinschaligheid meer sociaal welzijn oplevert voor bejaarden, dat er een extra stageveld voor opleidingen in de psychogeriatric bijgekomen is en dat de wachtlijsten voor psychogeriatrische verpleeghuizen er korter door worden.

JANSSEN, T., ROMIJN, C.M., WOLDRINGH, C.

Onderzoek demonstratieprojecten in het kader van het substitutiebeleid: resultaten van het landelijk onderzoek naar ouderen.

Nijmegen: ITS, 1990. 72 p., bijln., lit. opgn., tabn.

Nivel (R 4870)

Het rapport beschrijft de uitkomsten van een landelijke steekproef onder ouderen van 75 jaar en ouder. In enkele regio's van Nederland zijn demonstratieprojecten 'Substitutie in de Ouderenzorg' opgezet, waarin wordt gepoogd een aantal intramurale voorzieningen te vervangen door extramurale zorgfuncties, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Om de verschuivingen in de vraag naar zorgfuncties te ontdekken, wordt op twee momenten een meting verricht: bij de start van het project en na verloop van twee jaar. In het kader van het evaluatieonderzoek is ook een landelijk controle meetnet opgezet in 29 gemeenten, die tot op zekere hoogte vergelijkbaar zijn met de proefregio's. Het doel is om eventueel substitutie-effecten in de regio's te kunnen vergelijken met landelijke ontwikkelingen.

In dit rapport is alleen de eerste meting beschreven. Het is een overzicht van de leefsituatie van ouderen van 75 jaar en ouder. Uit deze populatie is een steekproef genomen, die is beschreven naar (achtergrond)kenmerken, gradaties van hulpbehoefte, en de mate waarin ouderen daadwerkelijk gebruik maken van formele, informele en particuliere zorgfuncties. Ook is nagegaan hoe de samenhang is tussen enerzijds gebruik van voorzieningen en anderzijds het welbevinden van ouderen.

NIVEL, NZI, NCGV

Ouderenzorg.

In: NIVEL, NZI, NCGV: Innovatie in de zorgsector.

Den Haag: VUGA, 1992. p. 47-116

Nivel (B 2242)

Beschrijving van projecten met betrekking tot de ouderenverzorging. Aan de orde komen: 1) ouderen algemeen: oproepcentrale voor ouderen Nijmegen,

Pluspunt, Thuis Alle Zorg (TAZ), Gastgezinnen voor Opvang van Ouderen, Project Integrale Ouderenzorg Nijmegen, Experimentele afdeling voor somatische patiënten met gedragsproblematiek, Project Vrijwilligerswerk in de verzorgingstehuizen, Platform Zorg Losser, Project Integrale Ouderenzorg in Noord-Amsterdam, Samenwerkingsproject Westerhof, Lijn 12, Dagverzorging-plus voor somatische patiënten, Project Integraal Ouderenbeleid West Maas en Waal, Project deeltijd-(dag/nacht)verpleging

2) Thuiswonende ouderen: Project Zorgcoördinatie Leeuwarden, Ouderenadviseur, Tijdelijke Intramurale Zorg, Steunpunt voor ouderen, Substitutie verpleeghuis/eerstelijn, Zorgbemiddeling Druten, Zorgvoorziening Zijloever, Project intensieve thuiszorg en mantelzorg, Dagopvang voor ouderen 't Binninkhuisje, Logeershuis, Spreekuur voor ouderen, Dagcentrum Beekbergen, Visiteclubs, Zorgbemiddeling Bij Thuiswonende Ouderen, Vierendertig Ambulante Verzorgingsplaatsen W.B.O.

3) Psychogeriatrische patiënten: Zorgcentrum, Huiskamerproject: Verpleeghuiszorg in het Verzorgingstehuis, 'Amandelbloesem', Wooncentrum Grootte Bueren voor Licht Dementerende, Ouderen en hun Gezonde Partners, Dagverzorging voor licht dementerenden en somatische patiënten, Preventieproject Dementieproblematiek in Friesland-Oost, Kwaliteit op Maat. Gesubstitueerde verpleeghuiszorg voor Psychogeriatric, Samenwerkingsproject Zorgverschuiving, Substitutie verpleeghuiszorg - extramuraal, Case-Management psychogeriatric, Substitutieproject Nieuw Toutenburg, Nachtbehandeling, Zorg op Maat, Daghulp in het zorgcentrum (Albert van Koningsbruggen) en in een verzorgingshuis(Tolsteeg), Psychiatrische Deeltijdbehandeling Ouderen (PDO), Crisisbedregeling psychogeriatric, Circuit voor gerontopsychiatric, Groepsverzorgingsproject in Verzorgingshuis Oosterheem, Intervallzorg Psychogeriatric, Substitutieproject Samenwerking verpleeg- en verzorgingshuizen

4) Woonvormen: Woontussenvoorziening voor Ouderen 'de Klimroos', Zorg op Maat Borneostraat, Wooncentrum Nieuw Doddendaal, Familiehuis, Intensieve Bewonerszorg Huis voor Onbehuisden De Veste Abbeyfield, Meerzorgwoningen bij Verpleeghuis St. Elisabeth, Experimenteel Verzorgings-/Verplegingshuis Krimpenerwaard-Oost, Verpleeghuisondersteuning zorgwoningenplan Pelkwijk, Socio-woning: Gewoonproject, De Toonladder, een leefgemeenschap van ouderen, Steunpunt Zorgverlening Callantsoog, Een Vernieuwing in de Verpleeghuiszorg

SCHMITZ, L.

'n Thuis voor ouderen: tussenbalans twee zorgvernieuwingsprojecten.

Amsterdam: Innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg, 1989. 38 p., lit.

opgn.

NZI

In deze tussenbalans wordt stilgestaan bij een aantal kernpunten van het project 'Intensieve Zorg, dat in 1988 van start is gegaan. Door middel van deze intensieve zorg probeerden verzorgingstehuis, verpleeghuis en een aantal eerstelijndisciplines (huisartsen, gezinsverzorging en wijkverpleging) door nauw samen te werken bij de organisatie en het aanbieden van de zorg, om opname in een somatisch verpleeghuis te voorkomen.

Gelijktijdig werd met het project "Sociowoningen" geprobeerd, om opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis te voorkomen.

In dit rapport wordt een beeld geschetst van de bewoners, die voor deze intensieve zorg in aanmerking komen, van hun zorgbehoefte, de verleende zorg en de resultaten hiervan, de organisatie van de zorg en de voorwaarden waaronder deze zorg plaatsvindt.

De gegevens voor deze tussenbalans zijn voornamelijk ontleend aan besprekingen met zorgverleners, met de projectgroep 'Intensieve Zorg' en met het management van het verzorgingstehuis en het verpleeghuis.

PERENBOOM, R.J.M., SCHROOTS, J.J.F.

Substitutie ouderenzorg Den Haag (3): procesevaluatie: 1984 tot en met 1988.

Leiden: NIPG/TNO, 1990. 34 p., lit. opgn., tabn.

WVC

Waar in deel 1 van de reeks 'Substitutie ouderenzorg Den Haag' de opzet van het onderzoek wordt beschreven en in deel 2 de resultaten van het deelonderzoek bij de bewoners, gaat het in het derde deel over de resultaten van de procesevaluatie over het eerste jaar van het experiment.

Dit rapport is een neerslag van de bevindingen van het NIPG/TNO te Leiden bij het evaluatie-onderzoek, dat deze instelling uitvoerde inzake het experiment 'Experiment Zorghuis Den Haag' (EZH). Doelstelling daarbij is het handhaven of het vergroten van de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen door middel van substitutie van zorg en het leveren van zorg op maat, in de verwachting dat de kosten van de zorg hierdoor minder zullen zijn dan die, welke in traditionele instellingen worden gemaakt.

Het genoemde evaluatie-onderzoek bestond uit twee onderdelen: een produktevaluatie, die zich richtte op het meten van effecten van het EZH bij ouderen en hulpverleners en een procesevaluatie, die zich richtte op een beschrijving van het proces van besluitvorming en acties gedurende de looptijd van het EZH (01-10-1987 tot 01-10-1990). Het onderhavige rapport geeft de resultaten van de procesevaluatie tot en met 31 december 1988.

Het proces kan in drie fasen worden onderverdeeld:

- de fase tot de officiële openingsdatum van het Zorghuis
- de looptijd van het Zorghuis
- de afloop van de experimentele periode, waarbij conclusies over de eventuele veranderingen worden getrokken, gerelateerd aan de oorspronkelijke opzet van het experiment

In hoofdstuk twee komt het zorgsysteem voor ouderen in Den Haag aan de orde.

Hoofdstuk drie beschrijft hoe het EZH feitelijk tot stand is gekomen, waarna in hoofdstuk vier het proces vanaf 1 januari 1988 tot en met 31 december 1988 wordt beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk vijf de opvattingen van de verschillende participerende organisaties ten aanzien van het EZH aan de orde gesteld.

5. Dagbehandeling

JONGENEEL, F., KOOIJ, C. VAN DER, PLAATS, J.J. VAN DER
Werkboek dagbehandeling verpleeghuizen.

Utrecht: NZI, 1990. 86 p.

NZI

In dit werkboek komen alle onderdelen van de dagbehandeling in verpleeghuizen aan de orde, gevat in vier door het NZI ontwikkelde werkvormen.

Er wordt een overzicht gegeven van de doelstellingen van dagbehandeling, waarin nader wordt ingegaan op de behandel functie, op de effecten van substitutie en op het principe van flexibiliteit. Voort wordt er aandacht besteed aan de procedure van de indicatiestelling en het opnamebeleid (en de plaats die de dagbehandeling inneemt binnen het indicatieproces). Drie fasen worden onderscheiden in de opname c.q. behandelperiode.

Er wordt omschreven wat behandelen eigenlijk inhoudt (behandelplan en nazorg) en tevens worden verschillende organisatie-aspecten (organisatie van de dagbehandeling, personeelsbezetting, het leidinggeven en organisatievormen) besproken. Verder behandelt het werkboek de externe contacten en samenwerking.

MILTENBURG, Th.E.M., WEERT, N.J.H.W. VAN

Dependances voor psychogeriatrische dagbehandeling.

Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1991. 39 p., 4 lit. opgn., bijln., fig., tabn.

Nivel (R 5125)

Psychogeriatrische dagbehandeling vindt doorgaans binnen het verpleeghuis plaats. Verpleeghuis Breede Vliet te Hoogvliet wijkt van dit gebruik af door twee centra voor psychiatrische dagbehandeling zelfstandig te huisvesten. Men verwacht via de dependances een betere afstemming met zorgverleners in de eerste lijn te kunnen bereiken en betere ondersteuning aan informele zorgverleners te kunnen bieden.

Dit rapport biedt een beschrijving van de dagbehandeling, die geboden wordt, het initiatief tot de oprichting van de dependance en de feitelijke realisatie ervan, de inbedding van de dagbehandeling in de verpleeghuisorganisatie en de opzet van de centra.

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD

Eerstelijns weet onvoldoende van mogelijkheden verpleeghuizen.

Het Ziekenhuis; 15, 1985, no. 7, p. 253

Nivel

Bespreking van het jaarverslag van de geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, waarin o.a. wordt vermeld dat verpleeghuizen, vooral in grote steden, goede informatie moeten geven over hun mogelijkheden, in het bijzonder voor dagbehandeling, aan de eerstelijns-hulpverleners. Veel

huisartsen hebben namelijk geen weet van die mogelijkheden, omdat het opnamebeleid voor verpleeghuizen is ondergebracht bij de GG en GD. Een gevolg daarvan is, dat de dagbehandeling onvoldoende van de grond komt.

NUY, M.H.R., PLAATS, J.J. VAN DER, VERNOOY-DASSEN, M.

Dagbehandeling in verpleeghuizen.

Nijmegen: ISG, 1984. 3 Dln.

DI 1. De onderzoeksresultaten: eindrapport van een vergelijkend exploratief onderzoek naar kenmerken van volledig en gedeeltelijk opgenomen patiënten in een verpleeghuis., 128 p.

DI 2. De bijlagen., 156 p.

DI 3. Literatuur., 84 p.

Nivel (R 2502)

Volgende vraagstellingen liggen aan het onderzoek ten grondslag:

- Waarin onderscheiden zich dagbehandelings- en opgenomen verpleeghuispatiënten? Er wordt een beschrijving gegeven van de vier categorieën patiënten (somatische- of psychogeriatrische patiënten in dagbehandeling of volledig opgenomen).
- Betekent opname in dagbehandeling, dat intramurale opname vermeden kan worden? Er is een geringe mate van substitutie van dagbehandelingsplaatsen i.p.v. verpleeghuisbedden mogelijk, met name in de somatische sector. Geconstateerd wordt, dat psychogeriatrische patiënten in dagbehandeling minder achteruit gaan dan in het verpleeghuis.
- Hoe zijn de sociale netwerken van de vier categorieën patiënten belast? Er is vooral aandacht besteed aan instrumentele- en emotionele ondersteuning. Huisgenoten blijken het zwaarst belast te worden. Familie, kennissen en burens onderhouden voornamelijk gezelligheidscontacten.
- Kan een patiënt thuis verzorgd worden met of zonder dagbehandeling? Aangezien de belasting thuis groot is, lijkt dagbehandeling onontbeerlijk.
- Welke plaats heeft de dagbehandeling in de eerste lijn? Er zijn veel contacten tussen dagverpleging en thuiszorg en met de huisarts en veel minder met de wijkverpleging en gezinszorg. De conclusie is, dat dagbehandeling te geïsoleerd werkt.

PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING IN DE PROVINCIE UTRECHT

Dagbehandeling in verpleeghuizen in de provincie Utrecht. Een onderzoek naar de ruimtelijke en zorginhoudelijke aspecten.

Utrecht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening in de Provincie Utrecht, 1986. 74 p., 18 lit. opgn., bijln., tabn.

Nivel (R 2723)

Het rapport betreft een inventariserend onderzoek naar dagbehandeling in verpleeghuizen in de provincie Utrecht, met als doel beleidsadviezen over de planning van deze voorziening in de provincie te onderbouwen.

De onderzoeksvragen betreffen: de door de afdeling dagbehandeling gehanteerde doelstellingen, de concretisering ervan en de eventueel hierbij

ervaren knelpunten, alsmede de rijkweidte van de voorziening.

De antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. De afdelingen zijn voor wat betreft doelstellingen in twee varianten onder te brengen:

a) afdelingen waar men behandeling en reactivering primair stelt. Hierbij bevinden zich de grote en de meeste somatische afdelingen

b) afdelingen waar men meer de nadruk legt op het zolang mogelijk in de thuissituatie houden van de patiënt. De kleine, meestal psycho-geriatrische afdelingen kunnen vooral tot deze variant worden gerekend.

In beide varianten zijn echter ook patiënten waarbij een 'crèche'-functie meer voorop staat. Voor de concretisering van de doelstelling zijn vooral aspecten als huisvesting, personeelsformatie en de mate waarin verschillende disciplines bij dagbehandeling zijn betrokken in beschouwing genomen.

Huisvesting: gebleken is dat, hoewel kleine afdelingen geen aparte kapitaallasten voor de huisvesting mogen opvoeren, zij evenals de grote afdelingen eigen ruimtelijke voorzieningen hebben.

Personeelsformatie: deze overschrijdt in bijna alle afdelingen de richtlijnen van de COTG en dit gaat ten koste van de klinische capaciteit. Met name bij de kleine afdelingen is dit in ruime mate het geval.

Verder blijkt ook een verschil met de richtlijnen bij de verdeling van formatieplaatsen over de verschillende disciplines: het accent ligt bij de somatische afdelingen veel meer op de paramedische disciplines, terwijl bij de psychogeriatrische afdelingen er meer maatschappelijk werkenden en psychologen worden ingeschakeld.

Ondanks de overschrijding van de richtlijnen blijkt dat in de praktijk veel afdelingen maar ten dele de door hen gestelde doelstellingen kunnen realiseren, laat staan de doelen die door de algemene maatregel van bestuur uit 1977 werden gesteld.

Hierbij gaat het om een koppeling aan beschikbare middelen, zelfs nog oneigenlijk aangevuld met middelen uit de klinische sfeer, welke onvoldoende zijn, om de oorspronkelijk gestelde doelen te halen. Hierin vertonen de afdelingen ook onderling grote verschillen, maar deze zijn onafhankelijk van de grootte van de afdelingen.

2. De meeste genoemde knelpunten hebben betrekking op: tekort aan formatieruimte, oppervlakte en indeling van de huisvesting, matige contacten met eerstelijnsgezondheidszorg, het niet kunnen voldoen aan hulpvragen van bepaalde categorieën patiënten (mensen die veel zorg behoeven, soms mensen in rolstoelen en ouderen met een psychiatrisch ziektebeeld).

3. Het noordwesten van de provincie Utrecht wordt slechts bereikt door de somatische afdelingen.

REDEKER, I., THEUNISSE, A.J.M., WITLOX, A.H.T.

Flankerend ouderenbeleid in de provincie Utrecht: een inventarisatie van drie jaar dagverzorging, tijdelijke opname en nachtopvang.

Utrecht: Instituut voor Onderzoek en Documentatie in de Provincie Utrecht, 1988. 81 p., 18 lit. opgn., bijln., tabn.

Nivel (R 4069)

In 1983 kwam het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur met

het 'flankerend ouderenbeleid': een nieuwe manier om de zelfstandigheid van ouderen in de samenleving te handhaven. De wettelijke basis hiervoor werd in 1985 gelegd in het Reikswijdebesluit Wet op de Bejaardenoorden (WBO), waarin de provincies en de vier grote steden primair verantwoordelijk werden gesteld voor de uitvoering van het flankerend beleid. In 1987 kwam hiervoor in de plaats de Welzijnswet, die aan de gemeenten meer verantwoordelijkheid gaf. In 1988 vroegen Gedeputeerde Staten van Utrecht aan de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening (PRVMD) advies over het functioneren van het flankerend beleid in de drie voorgaande jaren. Het rapport dat daarop door de Raad werd uitgebracht, betreft een inventarisatie van drie jaar dagverzorging, tijdelijke opname en nachtopvang in bejaardenoorden in Utrecht.

Dagverzorging wordt gedefinieerd als de zorg voor ouderen voor wie opname in een bejaardenoord de eerstvolgende stap lijkt. Daarmee hangen een aantal faciliteiten en stimulerende- en verzorgende/ondersteunende activiteiten samen. Voor een aantal andere aspecten, zoals het wel of niet opstellen van een zorgplan, de reikwijdte van de verzorging, het vervoer, etc., werd met behulp van vragenlijsten bekeken of en hoe zij in Utrecht bij de dagverzorging een rol speelden.

Ten aanzien van de tijdelijke opname en nachtopvang is geprobeerd het gebruik van beide voorzieningen in Utrecht zo volledig mogelijk in kaart te brengen. Tijdelijke opname is in principe bedoeld voor personen van 65 jaar en ouder en voor een duur van maximaal 6 weken. Een aantal aspecten dat voor onderhavig onderzoek van belang werd geacht, is nader beschreven en aan de hand daarvan is een vragenlijst opgesteld. Alle door de provincie gesubsidieerde bejaardenoorden kregen die vragenlijst opgestuurd. Tot slot is door middel van gesprekken met onafhankelijke deskundigen, werkzaam bij diverse instanties, getracht een beeld te schetsen van de behoefte aan dagverzorging, tijdelijke opname en nachtverzorging.

SAMENWERKINGS PLATFORM EERSTE LIJN (SPEL-FRIESLAND)

Protocol samenwerkingsafspraken dagbehandeling verpleeghuis Bertilla - eerstelijnszorg Smallingerland.

Drachten: Verpleeghuis Bertilla, 1990. 11 p.

NZI

Het verpleeghuis Bertilla is in 1979 gestart met dagbehandeling en heeft nu negen plaatsen voor somatische en acht voor psychogeriatrische patiënten ingericht.

Uit het project ouderenzorg Smallingerland kwam naar voren dat de relatie tussen de eerstelijnszorg en de dagbehandeling van het verpleeghuis niet duidelijk is vastgelegd en aanleiding kan geven tot misverstanden. Daarom werd een kleine werkgroep ingesteld, die tot taak kreeg de problemen die zouden kunnen ontstaan te onderzoeken en, indien mogelijk, bovengenoemde relatie nader te beschrijven c.q. te protocolleren.

Dit protocol heeft als doel inzicht te geven in de procedures voor opname, behandeling en ontslag van somatische en psychogeriatrische patiënten in dagbehandeling bij het verpleeghuis Bertilla en tevens om afspraken vast te leggen over verantwoordelijkheden en taken van de bij dit protocol betrok-

ken samenwerkende partijen.

SPAAN, J.M.

Verpleeghuizen in cijfers.

Utrecht: NZI, 1989. 95 p., grafn., tabn.

NZI

Onderhavige rapport geeft op systematische wijze een overzicht over de globale kwantitatieve ontwikkelingen in de verpleeghuissector over de jaren 1983-1987. Het gaat hierbij om ontwikkelingen in de capaciteit, productie en kosten van de verpleeghuizen op landelijk en deels op provinciaal en regionaal niveau.

Hoofdstuk één geeft een beeld van de capaciteit over de laatste jaren voor wat betreft het aantal verpleeghuizen, de beddenontwikkeling, dagbehandelingsplaatsen, normbedden, etc.

Hoofdstuk twee besteedt aandacht aan organisatie, beheer en voorzieningen binnen de verpleeghuissector en komen aard, beheersvorm en samenwerking van verpleeghuizen aan de orde. Voorts wordt er aandacht besteed aan therapievoorzieningen, wachtlijsten en kamergrootte. Het opnamebeleid en het patiëntenverloop, doorstroming en leeftijdsopbouw komen in het derde hoofdstuk aan de orde, dat ingaat op het gebruik dat van de voorzieningen wordt gemaakt. Daarna worden ontwikkelingen aangegeven op het gebied van personeel en financiën.

TULDER, J. VAN

Nachtopvang en kortdurende opname van ouderen (1): inventarisatie nachtopvang.

's-Gravenhage: Studie- en informatiecentrum voor Ouderenbeleid NFB, 1988. V, 80 p., lit. opgn., bijln., grafn., tabn.

WVC

Dit rapport vormt het eerste deel van een inventariserend onderzoek naar tijdelijke voorzieningen. Onder nachtopvang wordt hier ook begrepen de nachtverzorging, nachtverpleging en soms zelfs nachtbehandeling. Onderzocht werd welke categorie ouderen men voor nachtopvang geschikt acht, welke 65+ hier reeds voor in aanmerking komen en met welke redenen zij 's nachts worden opgevangen. Voorts wordt aandacht besteed aan de organisatiewijze en de financiering van de nachtopvang en wordt er gekeken of hiervoor mogelijke alternatieven aanwezig zijn.

Uit het onderzoek blijkt, dat nachtopvang in verpleeghuizen slechts sporadisch voorkomt en voornamelijk plaatsvindt in de grotere verpleeghuizen (meer dan 150 bedden). Gesignaleerde knelpunten daarbij zijn onder meer dat de ouderen overdag weer naar huis worden gestuurd, wat voor zwaardere patiënten problematisch kan zijn en dat er over het algemeen weinig plaats is voor tijdelijk opvang dit in verband met beddentekort. Bovendien zit nachtopvang niet in het verstrekkingspakket van de AWBZ.

In verzorgingstehuizen komt nachtopvang vaker voor dan in verpleeghuizen. Knelpunten daar worden eveneens gevormd door gebrek aan ruimte en een

knappe personeelsbezetting. Ook zij hebben financieel te weinig speelruimte.

TULDER, J. VAN, ZWIER, J.

Tijdelijk onder dak, tijdelijk onderdak: inventarisatie kortdurende opname en dagverzorging.

Utrecht: NIZW, 1990. 88 p., lit. opgn.

NZI

Het onderzoek betreft een landelijke inventarisatie van de aard en omvang van kortdurende opname en dagverzorging. Alvorens over te gaan tot publicatie van de resultaten van de enquête wordt eerst ingegaan op de wetgeving die er bestaat inzake kortdurende opname in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen en dagverzorging in verzorgingstehuizen.

Geconcludeerd wordt, dat men een sterk groeiend aantal ouderen in de samenleving, de behoefte aan kortdurende opname en dagverzorging zal toenemen. Daarom moeten meer financiële middelen beschikbaar komen en moet er een nauwere samenwerking tussen de verschillende voorzieningen tot stand worden gebracht. Bovendien moet de toegestane lengte van kortdurende opname niet gefixeerd worden op een maximale periode per persoon.

WEERT, N.J.H.W. VAN

Psychogeriatrische dagbehandeling buiten de muren van het verpleeghuis-een longitudinaal experiment.

Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1991. 235 p., 64 lit. opgn., bijln., fig., tabn.

Nivel (B 2799)

Door dagcentra lokaal te laten werken in plaats van regionaal werd gehoopt op een intensievere en beter afgestemde zorgverlening te bewerkstelligen. Dat zou tot betere resultaten moeten leiden met betrekking tot gedragsstoornissen van patiënten, het oordeel over zorgverlening door verzorgers thuis en het substitutie-effect van dagbehandeling.

De onderzoeksresultaten hebben aangetoond dat de dependances in meerde opzichten in hun streven zijn geslaagd. Dit geldt in de eerste plaats samenwerking met eerstelijns- en tweedelijnszorg. De twee dependances opereren in relatief sterke netwerken van professionele zorgverleners. Dat lijkt mede de achtergrond van het feit dat gezinszorg en wijkverpleging meer zorg verlenen aan dependance-patiënten dan aan patiënten van het reguliere centrum.

Wat betreft de zorgverlening op zichzelf kan nog worden opgemerkt, dat de dependances op geen enkel punt minder kwaliteit bieden dan het gewone centrum. Dat geldt bijvoorbeeld de betrokkenheid van de diverse verpleeghuisdisciplines.

Het resultaat van de betere samenwerking wordt teruggevonden in het oordeel van de verzorger thuis over de zorgverlening. Men is ten aanzien van dependance-patiënten meer tevreden over communicatie en afstemming van zorgverlening.

Betreffende gedragsstoornissen bereiken dependances betere resultaten dan op de dimensie apathisch gedrag. Dat resultaat blijft geldig wanneer verschillen in samenstelling van de onderzoeksgroepen in aanmerking worden genomen.

Het lijkt van belang vast te stellen, dat dependances op géén van de gehanteerde evaluatiematen voor het reguliere centrum onder doen. Met betrekking tot de zorgverlening in de centra is dit punt reeds genoemd. De contacten met de informele zorgverleners zijn er ook even goed als in het reguliere centrum.

Ontwikkeling van gedragsstoornissen betreffende hulpbehoefendheid, niet sociaal-gedrag en geheugenstoornissen loopt nagenoeg parallel in de drie centra. Ook op het gebied van mogelijk uitstel van klinische opnamen werden geen differentiële effecten waargenomen.

De lokaal werkende dependances hebben dus in vergelijking met reguliere dagcentra niet alle verhoopte voordelen opgeleverd. Met name eventuele substitutie-effecten verschillen niet tussen de centra. Voorts is gebleken, dat dagbehandeling in afzonderlijk gevestigde en lokaal werkende dependances zeer wel mogelijk is. De vorm van dagbehandeling blijkt in de onderzochte gevallen kwalitatief beter en niet duurder dan de gebruikelijke psychogeriatrische dagbehandeling.

Tot slot is de vergelijking interessant van de patiëntenstroom door de drie dagcentra met gegevens over andere dagbehandelingsvoorzieningen. Er is gesproken over een reductie van de patiëntenstroom naar klinische verpleeghuissettings met maximaal 37%. De dagcentra in dit onderzoek komen wat dat betreft met 30% in dezelfde ordergrootte. Uitstel van dagbehandeling werd -eveneens onder aannamen- geschat op maximaal 6 maanden. Uit het onderzoek blijkt, dat patiënten bij opname in dagbehandeling wat betreft de ernst van de stoornissen lijken op patiënten die elders in klinische verpleeghuisvoorzieningen werden opgenomen. Er is discussie mogelijk over de vraag of dat betekent, dat zij bij ontstentenis van dagbehandeling klinisch zouden worden opgenomen. In de literatuur wordt dat wel aangenomen. Onder die aanname is het uitstel van die opname gelijk aan de duur van dagbehandeling. Deze bedraagt 40 weken en dit is aanmerkelijk langer dan op basis van literatuur werd geschat. De onderzochte centra functioneren dus afgaande op deze succesmaat alle drie goed. Dat bevestigt de bevinding dat lokaal werkende dagbehandelingscentra zich zowel wat betreft kwaliteit als wat betreft prijs-kwaliteitverhouding zeer goed kunnen meten met reguliere dagbehandeling.

Trefwoordenindex

B

Beleid 1, 3, 4, 7, 9, 11

C

Consultatiefunctie 20, 23

Continuïteit van de zorg 14

D

Dagbehandeling 7, 18, 33-36, 38

Dagopvang/dagverzorging 7, 38

Dagverpleging 34

Demonstratieprojecten 29

Dienstencentra 3

Diëtik 2

E

Economische aspecten 5

Ergotherapie 2

Experimenten 26, 31

F

Financiering 6, 37

Fysiotherapie 2

G

Gecoördineerd bejaardenwerk 3

Gezinsverzorging 3, 4, 6, 9, 25, 38

H

Handboeken 1, 2

Huisartsen 38

Hulpvraag-hulpaanbod 6, 7, 11, 17

J

Jaarverslag 33

K

Kortdurende opname 38

Kosten-effectenanalyse 14, 38

Kostenbeheersing	6
Kruiswerk	9, 23, 25, 38
Kwaliteit van zorg	28

L

Logopedie	2
Longitudinaal onderzoek	38

M

Maatschappelijke dienstverlening	6
Mantelzorg	14, 25
Medische consumptie	6
Multidisciplinaire hulpverlening	2

N

Nachtbehandeling	37
Nachtopvang	37
Nachtverpleging	37
Nachtverzorging	35, 37

O

Opnamebeleid	19
Organisatiestructuur	15-17, 19, 21, 33, 37, 38
Ouderenzorg	5, 6

P

Patientencategorieën	2, 4
Projecten	17, 25, 26, 28, 29
Protocollen	18, 36
Psychogeriatrische patiënten	18, 25-28, 33, 36, 38

S

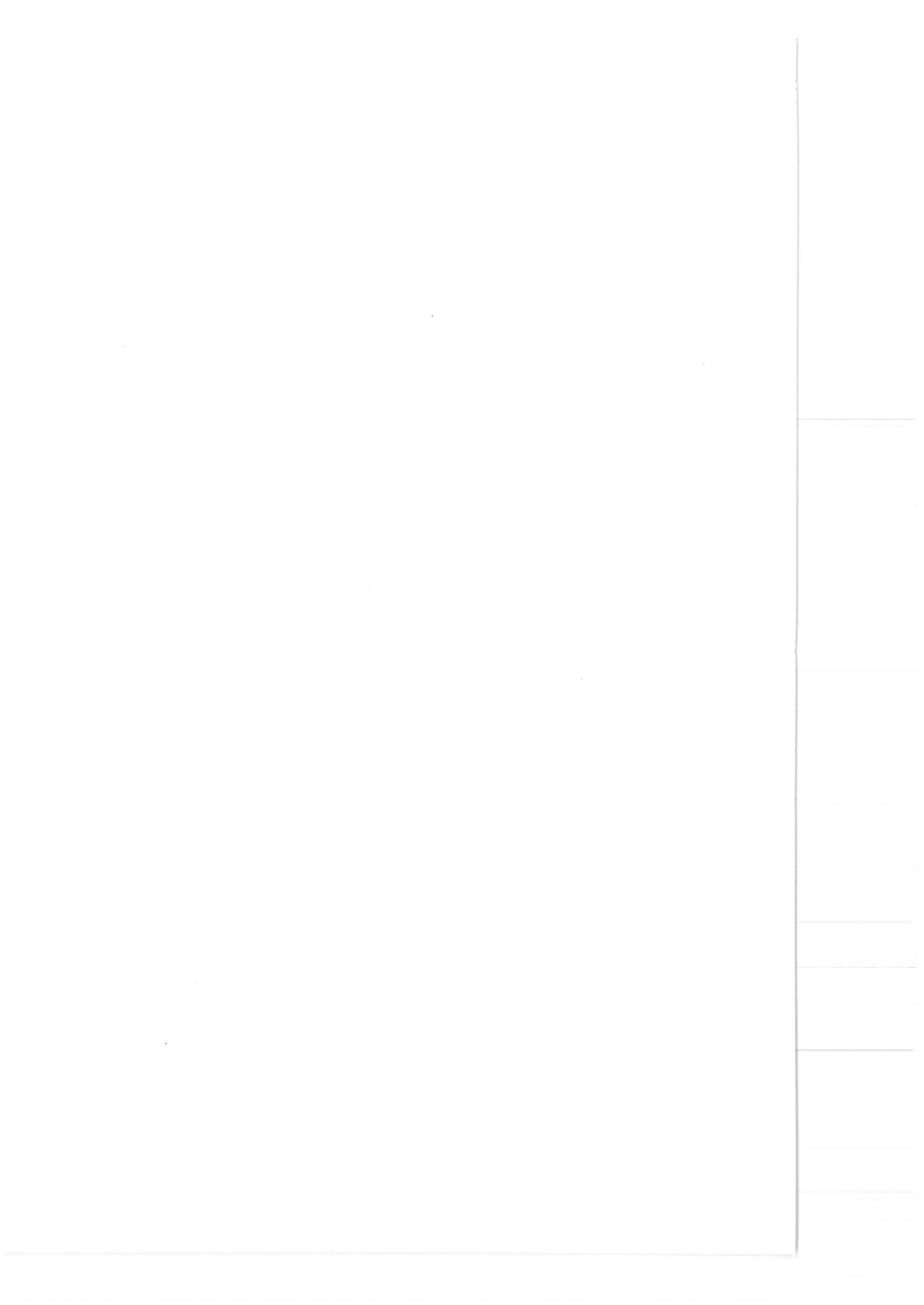
Samenwerking	17, 18, 20, 21, 23, 25, 33, 38
Verpleeghuizen-ELGZ	1, 19, 22, 28, 30, 36
Verzorgingstehuizen-ELGZ	22, 30
Scenario-onderzoek	6, 9
Sociale netwerken	25
Somatische patiënten	36
Statistische data	2, 6, 37
Substitutie	1, 3, 14, 25, 26, 29, 31, 33, 38
Symposia	1, 23

T	
Taakafbakening	16

V	
Verpleeghuisgeneeskunde	19
Verpleeghuisopname	18
Verpleeghuizen	1, 2, 6, 7, 14, 15, 21-23, 33, 34, 37, 38
Verzorgingstehuizen	3, 4, 6, 9, 11, 15, 17, 19, 21, 23, 35, 38

W	
Wijkverpleging	4, 6
Woonvormen	14, 17, 25-28, 30

Z	
Zorgplan	25



Auteursindex

A

AGHINA, M.J.	17
ASTEN, R. VAN	17

B

BERTELS, M.	17
BLOMMESTIJN, P.J.	3
BOM, J.C.	1
BOOM, R. Ch.	25
BRUIJNE, G.A.	13
BUIS, M.	25

C

COOLEN, J.A.I.	26
COOLS, H.J.M.	1
CREBOLDER, H.F.J.M.	26

D

DEKKER, M.C.	1
DORGELO, M.J.	18
DUIJN, J.	18
DUINE, T.	27
DUYNSTEE, M.S.H.	17

E

ENDE, P.C.VAN DER	25
-----------------------------	----

G

GERRITSEN, J.C.	18, 25
GOEDHARD, W.J.A.	1
GORTER, H.G.M.	13
GOUDRIAAN, F.W.G.	3

H

HAGENOUW, R.P.G.	19
HORST, A. VAN DER	28
HOUSELING, H.	28
HOUT, A.C. VAN DEN	14
HUBREGTSE, J.J.	19
HUIJSMAN, R.	4, 5, 26
HUISMAN, J.	28

J

JANSSSEN, T.	26, 29
JONGENEEL, F.	17, 33

K

KETELAAR, J.M.J.	15
KLAASSEN-VAN DEN BERG JETHS, A.	6
KNOOK, D.L.	1
KOCKEN, P.L.	20, 21
KOEDOOT, N.	26
KOOIJ, C. VAN DER	33

L

LIESHOUT, C.M.H. VAN	21
---------------------------	----

M

MEYBOOM-DE JONG, B.	13
MILTENBURG, Th.E.M.	33
MINDERHOUD, M.	21

N

NATIONALE ZIEKENHUISRAAD	22, 33
NEDERLANDS ECONOMISCH INSTITUUT	6
NIES, H.L.G.R.	7
NIVEL, NZI, NCGV	29
NUY, M.H.R.	34

P

PASSCHIER, J.	16
PERENBOOM, R.J.M.	31
PETERS, H.J.M.	27
PLAATS, J.J. VAN DER	33, 34
PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN MAAT- SCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING IN DE PROVINCIE UTRECHT	34
PROVINCIE NOORD-BRABANT	22

R

REDEKER, I.	35
RIBBE, M.W.	2, 19
ROMIJN, C.	26
ROMIJN, C.M.	29
RUTTEN, F.F.H.	5

S	
SAMENWERKINGS PLATFORM EERSTE LIJN (SPEL-FRIESLAND)	36
SCHMITZ, L.	30
SCHRIJVERS, A.J.P.	22
SCHROOTS, J.J.F.	31
SLUIJS, H. VAN DER	9
SMETS, J.A.J.	15
SPAAN, J.M.	37
STEGERMAN, J.N.L.M.	13
STICHTING INFORMATIECENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG	2
STOOP, J.A.	2, 19
STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG	9

T	
THEUNISSE, A.J.M.	35
TROMMEL, J.	19
TULDER, J. VAN	37, 38

V	
VERENIGING VAN NEDERLANDSE BEJAARDENOORDEN	11
VERNOOY-DASSEN, M.	34

W	
WEERT, N.J.H.W. VAN	33, 38
WERSCH-VAN DER SPEK, M.C.M. VAN	20
WILLEMS, R.	17
WILLEMSE, C.	22
WITLOX, A.H.T.	35
WOLDRINGH, C.	29
WOLFFENSBERGER, E.W.	18, 25

Z	
ZEE, J. VAN DER	23
ZIEKENFONDSRAAD	23
ZWIER, J.	38

Adressen

Nivel

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg

Drieharingstraat 6

Postbus 1568

3500 BN UTRECHT

030-319946

NZi/NZr

tegenw. Nederlandse Zorgfederatie (NZf)

Oudlaan 4

Postbus 9696

3506 GR UTRECHT

030-739911

WVC

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Sir Winston Churchilllaan 362-370

Postbus 5406

2280 HK RIJSWIJK

070-3407911

(bibliotheekbezoek op afspraak)

Nivel-bibliografieën

WILLEMSSEN, R.
Wijkverpleging/kruisvereniging. 1986, no. 1

LEEUEW, A.K. DE
Ouderen (I, II). 1986, no. 2 en 3

WILLEMSSEN, R.
Relatie eerste en tweede lijn. 1986, no. 4

LEEUEW, A.K. DE
De apotheker. 1986, no. 5

VELDE, A. VAN DER
Alternatieve geneeswijzen. 1986, no. 6

KUIJLEN, H.
Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1986, no. 7

LEEUEW, A.K. DE en A. VOS
Communicatie (huis)arts-patiënt. 1986, no. 8

WIEMAN, F.
Zelfzorg en mantelzorg. 1986, no. 9

KUIJLEN, H.
Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. 1986, no. 10.

DIJKHUIS, K.
De fysiotherapeut. 1986, no. 11

LEEUEW, A.K. DE
De Nederlandse verloskundige zorg. 1986, no. 12

HEIJDEN, P. VAN DER
Technology assessment. 1987, no. 13

WIEMAN, F.
Life events. 1987, no. 14

DIJKHUIS, K.
De diëtist. 1987, no. 15

HEIJDEN, P. VAN DER
Logopedisten. 1987, no. 16

WIEMAN, F.
Verzekeringstelsel en medische consumptie. 1988, no. 17

HEIJDEN, P. VAN DER
Patiëntenrechten. 1988, no. 18

WIEMAN, F.
Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. 1988, no. 19

DIJKHUIS, K.
Wijkverpleging in het buitenland. 1988, no. 20

CAMPEN, C. VAN en E.M. SLUIJS
Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989). 1989, no. 21

RENGELINK-VAN DER LEE, J.H. en A. DE MOL-VAN DER VELDE
Kwaliteit van verloskundige zorg. 1988, no. 22

SCHRIJNEMAEKERS, V.
De psychologie en de eerstelijnszorg. 1989, no. 23

GOOSSENS, J.M.A.W.
Huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. 1988, no. 24.

LEEuw, A.K. DE
Algemeen maatschappelijk werk. 1990, no. 25

HEIJDEN, P. VAN DER
Sociaal-economische status en gezondheid. 1990, no. 26

CAMPEN, C. VAN
Evaluatie thuiszorgprojecten en -experimenten. 1990, no. 27

HOOGEN, H. VAN DEN, T. DE MAAGT en J.H. RENGELINK-VAN DER LEE
Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. 1989, no. 28

CAMPEN, C. VAN
Community nursing. 1989, no. 29

KUIJLEN, J.A.J. en F.G. SCHELLEVIS
De zorg voor chronisch zieken. 1990, no. 30

KRUIHOF, W.H.
Psychogeriatric en eerstelijnszorg. 1990, no. 31

HEIJDEN, P. VAN DER en M. VAN LOO
Ouderen III. 1991, no. 32

KUIJLEN, J.A.J. en L. STOKX
De relatie tussen huisarts en specialist: een zaak van beloning. 1990, no. 33

MULDER, P.H.
Patiënten rechten II. 1991, no. 34

CAMPEN, C. VAN, R.L. FRIELE en J.J. KERSSSENS
Methods for assessing patient satisfaction in primary care: an annotated bibliography. 1992, no. 35

LEEuw, A.K. DE
Leefstijl en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1991, no. 36

CAMPEN, C. VAN
Euthanasia. 1991, no. 37

BERGHS, G.A.H., L. HINGSTMAN, J.A.J. KUIJLEN en J. RITECO
Primary care obstetrics and perinatal health. 1991, no. 38

MULDER, P.H.
Gezinsverzorging. 1991, no. 39

BOERINGA, F.H.
Verpleeghuizen. 1992, no. 40

KUIJLEN, J.A.J. en C.H. VAN DER KOOIJ
Placebo's. 1991, no. 41

MULDER, P.H. en J. DEKKER
Exercise therapy and musculoskeletal disorder. 1992, no. 42

CAMPEN, C. VAN
Massamedia en medici. 1991, no. 43

BLEIJERVELD, P.P.
Thuiszorgtechnologie. 1992, no. 44

BOERINGA, F.H.
Recertification of primary health care professionals. 1993, no. 45

BLEIJERVELD, P.P.
Ouderen in instellingen: substitutie en eerstelijnsgezondheidszorg. 1993, no. 46

HEIJDEN, P. VAN DER en A. KERKSTRA
Community nursing II. 1993, no. 47

MULDER, P.H. en E.M. SLUIJS
Dependent Elderly: Quality of Life Indicators. 1993, no. 48

