

11/1/91

BIBLIOGRAFIE

OUDEREN III

Samenstelling: P. van der Heijden
M. van Loo

Januari 1991



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

De bibliografie "Ouderen III" is een publicatie die deel uitmaakt van de bibliografieën-reeks van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030-319946

Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-17.00

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Heijden, P. van der

Ouderen III. /samenst.: P. van der Heijden, M. van Loo. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Afdeling Bibliotheek en Documentatie ; 1991, nr. 32)

Met index.

ISBN 90-6905-136-2

Trefw.: ouderen ; bibliografieën.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	v
VERANTWOORDING	vii
INDELING VAN DE BIBLIOGRAFIE	ix
AANWIJZINGEN VOOR HET GEBRUIK	xi
1. ALGEMEEN	1
2. BELEID	11
3. VOORLICHTING EN PREVENTIE	25
4. GEESTELIJKE EN LICHAMELIJKE GEZONDHEID	31
5. MEDISCHE CONSUMPTIE	41
6. ZORGVRAAG, ZORGBEHOEFTE	53
AUTEURSREGISTER	69
TREFWOORDENREGISTER	73
NIVEL BIBLIOGRAFIEËN-REEKS	77

Reeds in 1986 verschenen twee bibliografieën 'ouderen' in de NIVEL-reeks¹. Deze twee gaven een overzicht van de internationale literatuur, die tot dan verschenen was. Sinds 1986 is de aandacht voor het onderwerp ouderen, in zowel de media als in het wetenschappelijk onderzoek, eerder toe- dan afgenomen. Daarom zullen in deze bibliografie alleen Nederlandse publikaties aan de orde komen.

De Nederlandse samenleving vergrijst, dat betekent dat het aantal 65-plussers zowel absoluut als relatief toeneemt. In Nederland is zelfs sprake van *dubbele* vergrijzing. Dubbele vergrijzing treedt op als het aantal 85-plussers toeneemt binnen de populatie van 65-plussers².

De relatieve en absolute toename van het aantal ouderen stelt de Nederlandse samenleving en daarmee het gezondheidszorgsysteem voor een aantal niet geringe opgaven: de druk op de voorzieningen zal verder stijgen; er zal gezocht moeten worden naar een mogelijkheid de middelen doelmatiger te besteden; emancipatie van de ouderen heeft consequenties voor de inrichting van een toekomstige zorgstructuur³.

Ouderen hebben, hoewel de meningen hierover uiteen lopen, de naam zogenaamde *grootverbruikers* van de gezondheidszorg te zijn. Dit betreft zowel het gebruik van medicijnen als het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen. Met behulp van voorlichting over zowel geneesmiddelengebruik als over leefstijl en gezondheid en door preventie kan het grootverbruik teruggebracht worden om enerzijds de druk op de voorzieningen en anderzijds de kosten te doen afnemen. De emancipatie van ouderen leidt ertoe dat ouderen steeds langer zelfstandig kunnen en willen blijven. Substitutie en thuiszorg zijn in dit verband sleutelwoorden voor de inrichting van de toekomstige zorgstructuur.

Een groot deel van het onderzoek in Nederland richt zich op de hierboven aan de orde gestelde onderwerpen: medische consumptie, preventie van met name hart- en vaatziekten, geestelijke en lichamelijke gezondheid, voorlichting betreffende leefstijl, behoefte aan thuiszorg of zorg in het algemeen en de beleidsmatige en economische aspecten van de ouderenzorg. In deze bibliografie is voornamelijk hierover literatuur bijeengebracht.

¹ A.K. de Leeuw. Bibliografie Ouderen (I) en (II).
Utrecht, NIVEL 1986.

² R. Huijsman, F.F.H. Rutten (red.). Economie van de ouderenzorg.
Assen/Maastricht, Van Gorcum 1989. p. 8.

³ R.Huijsman.....p. 3.

De enorme hoeveelheid literatuur op het gebied van ouderen, leidde ertoe het te beschrijven gebied te beperken tot Nederland en tot literatuur van na 1986, omdat de literatuur tot en met 1986 reeds beschreven is in de eerder genoemde twee bibliografieën.

Naar aanleiding van de gestelde criteria kan verder opgemerkt worden dat niet gestreefd is naar volledigheid bij het verzamelen van de literatuur, omdat ook binnen deze criteria het aanbod aan publikaties overweldigend is. Gepoogd is echter wel om een zo goed mogelijke doorsnee van de literatuur bijeen te brengen, ten einde geïnteresseerden een handvat aan te reiken als zij zich wensen te verdiepen in het onderhavige onderwerp.

Om de literatuur op het spoor te komen is voornamelijk gebruik gemaakt van de eigen NIVEL catalogus. Daarnaast is de catalogus van het Nederlands Instituut voor Gerontologie en Geriatrie (N.I.G.) geraadpleegd. Ontbrekende publikaties in de NIVEL catalogus zijn vervolgens aangeschaft, zodat alle in de bibliografie opgenomen boeken, rapporten en artikelen in de NIVEL bibliotheek aanwezig zijn.

De titelbeschrijvingen in deze bibliografie zijn opgesteld volgens de richtlijnen die binnen het NIVEL worden gehanteerd. De referaten/samenvattingen zijn op verschillende manieren tot stand gekomen. In een aantal gevallen betreft het een kopie van de samenvatting zoals gegeven bij de oorspronkelijke publikatie; dit wordt aangegeven door de afkorting "aut. ref." (van auteursreferaat) aan het eind van de samenvatting. Als gebruik werd gemaakt van de conclusie van een publikatie dan is de afkorting "ref." vervangen door "concl." De referaten zonder verdere aanduiding zijn van de hand van de samenstellers.

INDELING VAN DE BIBLIOGRAFIE

De indeling van de bibliografie volgt in grote lijnen de onderzoeksgebieden zoals die in de inleiding ter sprake kwamen. Begonnen wordt met een hoofdstuk waarin publikaties opgenomen zijn, die meer algemeen van karakter zijn en niet in te delen volgens de gestelde criteria, maar wel zo belangrijk dat ze in deze bibliografie niet mochten ontbreken.

In het tweede hoofdstuk zijn publikaties opgenomen, waarin beleid in de ruimste zin van het woord aan de orde komt, dus niet alleen het gevoerde overheidsbeleid. In de volgende hoofdstukken komen achtereenvolgens voorlichting en preventie, geestelijke en lichamelijke gezondheid, medische consumptie en zorgvraag en zorgbehoefte aan de orde. Met betrekking tot medische consumptie geldt dat hier zowel gebruik van voorzieningen als gebruik van geneesmiddelen aan de orde komt. In het hoofdstuk over zorgvraag en zorgbehoefte kan men literatuur over thuiszorg terugvinden.

In een aantal gevallen is de keuze voor indeling in een hoofdstuk wat arbitrair maar dan kan met behulp van het bijgevoegde auteurs- en trefwoordenregister toch de gewenste publikatie gevonden worden.

AANWIJZINGEN VOOR HET GEBRUIK

De publikaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk geordend op naam van de eerste auteur. Wanneer in een hoofdstuk meerdere publikaties van één auteur zijn opgenomen, dan zijn deze publikaties gerangschikt op naam van de volgende auteur etc.

Om het zoeken op auteur en op onderwerp voor de gebruiker eenvoudiger te maken zijn achterin de bibliografie een auteursregister en een trefwoordenregister opgenomen. In deze registers wordt verwezen naar de pagina waar de publikatie besproken wordt.

In de titelbeschrijvingen is een vermelding opgenomen van het aantal referenties dat in de beschreven publikatie wordt gegeven. De gebruiker kan daaruit eventueel afleiden hoe nuttig de publikatie is wanneer hij meer literatuur over een bepaald onderwerp wil inzien.

Alle opgenomen titels zijn beschikbaar in de NIVEL bibliotheek. Als het rapporten, boeken of kopie-artikelen betreft, is steeds het plaatsnummer genoemd waar de publikatie in de NIVEL bibliotheek is terug te vinden. Uiteraard zijn de meeste publikaties ook te verkrijgen in andere bibliotheken.

1. ALGEMEEN

AAKSTER, C.W. (red.)

"Oud": beeld van ouderen en ouderenzorg.

Groningen: Wolters-Noordhoff, 1987. 274 p., lit. opgn.

NIVEL (B 1610)

In het eerste deel komt veroudering als biologisch proces aan de orde. Het tweede deel gaat over de beeldvorming rond en de sociaal-economische omstandigheden van ouderen. Het derde deel betreft aspecten als wonen, arbeid, houding, taalgebruik en inkomenspositie. Problemen rond gezondheid, ziekte, dood en het stervensproces worden in het vierde deel behandeld. In het vijfde deel gaat de aandacht uit naar de mogelijkheden van hulp, zowel in de huiselijke omgeving, als in tehuizen. Vervolgens bespreken de auteurs in het zesde deel het beleid dat de overheid ten aanzien van ouderen voert. Financiering en wetgeving staan daarbij centraal.

Aan het slot van het boek heeft redacteur Aakster de lijnen uit de diverse hoofdstukken in een overzichtelijk geheel samengebracht. Bovendien zijn enige belangrijke centrale ideeën en consequenties nader belicht. (aut. ref.)

BERENST, J., DRIJVER, J., PIETERS, J.

'Gaaf u maar mooi naar uw kamer': afhankelijkheidsversterkend taalgebruik in conversaties met ouderen.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 42, 1988, no. 10, p. 311-315, 3 lit. opgn.

NIVEL

Hoe mensen tegen elkaar aankijken verraadt zich veelal door de manier waarop ze met elkaar spreken. De kijk van mensen op elkaar is niet alleen een kwestie van persoonlijke appreciatie, maar heeft ook te maken met de groep waartoe men behoort. Ouderen vormen een groep in onze samenleving die in ieder geval als apart van andere volwassenen gezien wordt. Ouderen in verzorgingsinstellingen zijn daar meestal permanent, vanwege hulpbehoefvendheid. Dit kan een soort bejegening door hulpverleners tot gevolg hebben die in beginsel misschien cultuurgebonden is, maar ook juist de machtsongelijkheid in deze situatie versterkt en bevestigd. In deze bijdrage wordt met behulp van heel herkenbare voorbeelden helder uiteengezet hoe een oudere door een wijze van spreken afhankelijk gemaakt en gehouden kan worden. (aut. ref.)

BRASKER, J., VISSER, A.PH.

Patiëntgericht gedrag van verpleegkundigen ten opzichte van oudere patiënten. Verpleegkunde; 5, 1990, no. 1, p. 26-33, 16 lit. opgn.

NIVEL

Het groeiend aantal oudere patiënten leidt tot de vraag welk patiëntgericht gedrag verpleegkundigen ten opzichte van deze patiënten vertonen. Uit een onderzoek in enkele ziekenhuizen blijkt dat verpleegkundigen (n=154) geen onderscheid zeggen te maken in de frequentie van hun patiëntgericht gedrag ten opzichte van patiënten jonger dan 40 jaar en ouder dan 75 jaar. Dit patiëntgericht gedrag betreft het verstrekken van informatie, bespreken van de emotionele problemen en het bestrijden van de hospitalisatie. De visie van de verpleegkundigen op ouderen is neutraal en hangt niet samen met het patiëntgerichte gedrag dat zij zeggen te vertonen ten opzichte van ouderen. De resultaten wijzen erop dat verpleegkundigen in hun patiëntgerichte gedrag weinig rekening houden met specifieke kenmerken van oudere patiënten. Verschillende aspecten van de betekenis van de resultaten van het patiëntgericht gedrag voor verpleegkundigen ten opzichte van oudere patiënten worden bediscussieerd. (aut. ref.)

DRIEST, P.F.

Voorzieningen voor ouderen: de mythe rond de onzorgvuldige grootverbruiker. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek; 5, 1987, no. 1, p. 17-21.

NIVEL

De auteur schets de feitelijke situatie rond voorzieningen en de behoefte die daar nu en in de toekomst aan zou kunnen bestaan. Hij gaat hierbij met name in op het gevoerde overheidsbeleid hieromtrent (de 'zorgzame samenleving'). Voorts besteedt hij aandacht aan de medische consumptie van ouderen en aan de gevolgen die vergrijzing hiervoor kan hebben, waarbij ook de betaalbaarheid in ogenschouw genomen wordt.

GZO-DAG 1987

Vijfde gezondheidszorgonderzoeksdag, 15 december 1987, Rotterdam. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 23, p. 721-789.

NIVEL

Op het colloquium 'ouderen en patiëntenzorg' van deze onderzoeksdag werden de volgende vier lezingen gepresenteerd:

- F. Harmsze. Evaluatie ouderenbeleid Kerkrade;
- J.H.M. Keijsers. Slaapklachten en het ouder worden;
- D.S. Ploeger. Opname in een verzorgingstehuis: verkenning van enkele bevorderende en belemmerende factoren;
- B. Broomhaar. De beleving van het ziekenhuisverblijf door oudere patiënten.

NIVEL

Op de sessies 'zorg voor ouderen' van deze onderzoeksdag werden de volgende vijf lezingen gepresenteerd:

- J.F.B.M. Fiolet. Flankerend geriatrisch beleid;
- P. Kocken. Verpleging en verzorging in Rotterdam;
- P.A. Kok-Kuijken. Evaluatieonderzoek polikliniek geriatric;
- C.P. van Linschoten. Naar een integrale benadering van de behoeften van ouderen;
- H.J.L. van Rossum. Effecten van preventief ouderenbezoek.

GZO-DAG 1989.

Zevende gezondheidszorgonderzoeksdag, 19 december 1989, Utrecht.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 67, 1989, no. 11, p. 21-55.

NIVEL

Op de sessie 'ouderen' van deze onderzoeksdag werden de volgende vier lezingen gepresenteerd:

- M. Kastelein. Thuis of tehuis? Omstandigheden en besluitvorming rond zorgbehoevende ouderen;
- K. Zaal. Centrale verzorging in een substitutie-experiment;
- M.J.M. te Wierik. De hulpbehoefte van positief geïndiceerden en verzorgingstehuisbewoners vergeleken;
- C.M.A. Frederiks. Factoren die het gebruik van professionele zorg bij thuiswonende ouderen beïnvloeden.

MULLER, S.B.

Vergrijzing - en de mogelijke gevolgen voor fysiotherapie.
Fysioscoop; 12, 1987, no. 4, p. 10-16.

NIVEL

Integrale weergave van een inleiding door de auteur gehouden op een door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie georganiseerd symposium. De auteur gaat in op een aantal vragen betreffende vergrijzing en fysiotherapie: hoe ver moet de zorg gaan?, hoe lang moet ze doorgaan?, hoe kan men de gevolgen van de vergrijzing positief beïnvloeden?, en met welke hulpverleners.

De auteur komt aan de hand van deze vragen tot de conclusie, dat de vergrijzing wel degelijk gevolgen heeft voor de fysiotherapeutische behandelingen, met name in de eerste lijn.

'Gezond zijn is ouder worden': Jubileumcongres 21 en 22 mei 1987 te Amsterdam t.g.v. het 40-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 9, p. 251-298.

NIVEL

In dit nummer worden de abstracts van het congres gepresenteerd. De volgende onderwerpen kwamen onder andere aan bod in de verschillende sessies:

- dementie;
- gvo en psychotherapie;
- wonen, omgeving en verkeer;
- psycho-gerontologie;
- epidemiologie;
- theorie, methoden en technieken;
- voorzieningen en beleid.

GEEN, V. VAN

Meer greep op eigen leven: een procedure om de mening van bewoners over hun verzorgingshuis bespreekbaar te maken.

Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 1989. 163 p., 135 lit.opgn.

NIVEL (B 2083)

In instellingen als verzorgingshuizen en verpleeghuizen wonen volwassen mensen die invloed moeten kunnen uitoefenen op hun leefomgeving, dus ook op de instelling waar zij wonen. Tegen deze achtergrond begon dit onderzoek, waarin een procedure wordt ontwikkeld om bewoners van verzorgingshuizen meer greep op hun eigen verzorgingshuis te bieden. Aan bewoners werd gevraagd hun mening over de voor hen relevante aspecten van het leven in hun verzorgingshuis onder woorden te brengen. Dat biedt bewoners een basis voor het bespreken van hun verzorgingshuis, voor collectieve bewustwording en voor het trekken van conclusies. Om invloed op beleidsmakers beter mogelijk te maken wordt die mening gekwantificeerd. Het was de bedoeling de resultaten van de procedure aan de bewonerscommissie van het betrokken huis te verschaffen zodat deze gefundeerd verbeteringen in het verzorgingshuis zou kunnen voorstellen. Door allerlei beleidsmaatregelen echter is de populatie van verzorgingshuizen zodanig veranderd, dat veel bewonerscommissies niet in staat zullen zijn een dergelijk interventie-instrument te hanteren voor beleids-beïnvloeding. Het instrument zou daarom in handen gegeven moeten worden van bijvoorbeeld een vertegenwoordiger van het Landelijk Overleg Bewonerscommissies Bejaardentehuizen of een ouderenbond, een inspectie of een bestuur of directie van een verzorgingshuis.

Het boek bevat tevens een overzicht van de mogelijkheden en beperkingen van mondigheid bij bewoners van verzorgingshuizen en het bevat suggesties om organisatorische problemen daarbij het hoofd te bieden.

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

De ontwikkeling van een geïntegreerde zorgvoorziening voor bejaarden.

Wageningen: Landbouwwuniversiteit Wageningen, vakgroep Gezondheidsleer, 1988. 97 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 toekomstige bewoners van bejaardentehuis de Berkelhof en verpleeghuis de Pillinck in Lochem. Hier bij worden de volgende aspecten betrokken:

1. het zorgconcept
2. de intern-organisatorische mogelijkheden
3. de financiële positie.

De conclusie van het onderzoek luidt dat een geïntegreerd zorghuis, zoals dat in Lochem wordt beoogd, haalbaar lijkt, zowel op organisatorisch als op financieel gebied. Zo'n verandering is echter niet gemakkelijk realiseerbaar. Ondanks dat zijn er voor de ontwikkeling van het zorghuis geen doorslaggevende tegenargumenten aan te voeren.

KOCKEN, P.L., MINDERHOUD, M.

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

Rotterdam: GGD, afdeling Epidemiologie, 1989. 249 p., 34 lit.opgn., bijln.

NIVEL (R 4234)

In dit rapport wordt verslag gedaan van het Experiment Afstemming Verpleging Verzorging, waarin twee verpleeghuizen en drie verzorgingstehuizen hebben samengewerkt. Deze samenwerking was er op gericht dat duidelijk werd:

1. wat de mogelijkheden van afstemming zijn tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen, en
2. in hoeverre aan de taakverzwaring van verzorgingstehuizen kan worden tegemoet gekomen.

Deze doelstelling heeft men willen bereiken door een viertal samenwerkingsprogramma's te starten. Onder meer door een aantal belemmerende factoren in de voorwaardenscheppende sfeer is de doelstelling "nagaan van afstemmingsmogelijkheden tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen" niet gehaald. Het voornemen om een overlegstructuur tussen huisartsen, fysiotherapeuten werkzaam ten behoeve van bewoners van verzorgingstehuizen 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 samenwerkingsrelaties in de toekomst.

LEGE, W. DE, WEEGHEL, J. VAN

Mishandeling van ouderen: een verkennend onderzoek naar melding en signalering.

Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1989. 112 p., 70 lit. opgn., bijln.

NIVEL (R 4449)

Het hoofddoel van dit onderzoek is het vaststellen van de aard van mishandeling van ouderen en het verkrijgen van een indicatie van de omvang van het probleem. Behalve literatuur onderzoek is er een enquête te gehouden onder landelijke organisaties van beroepskrachten en landelijke organisaties op het terrein van ouderenzorg, -beleid en -belangenbehartiging. Verder is een exploratief onderzoek naar mishandeling van ouderen uitgevoerd door middel van interviews met sleutelfiguren in een grote wijk in Utrecht en een signaleringsonderzoek bij het publiek door middel van oproepen in de pers.

Mishandeling van ouderen blijkt moeilijk te signaleren. Of dit wordt veroorzaakt door het beperkte aantal gevallen van mishandeling of door de onbespreekbaarheid van het probleem is nog onduidelijk. De weinige resultaten rechtvaardigen niet de conclusie dat mishandeling van ouderen een structureel probleem is in Nederland. Dat betekent niet dat mishandeling niet voorkomt, zowel thuis als in een tehuis vindt mishandeling plaats. De situaties waarin de mishandeling optreedt zijn niet uniek; in veel gevallen gaat het om relatief gewone en veel voorkomende situaties van afhankelijkheid en verzorging. Gezien de beladenheid van het probleem is de mogelijkheid van onderrapportage duidelijk aanwezig. Voor het melden van mishandeling door een beroepsbeoefenaar is er geen eenduidige procedure; men kan terecht bij een veelheid van klachtinstanties. Voor het melden van mishandeling door een familielid zijn die mogelijkheden er niet; zij zijn voor bemiddeling aangewezen op hulp- en dienstverleners (politie, Algemeen Maatschappelijk Werk, Bureau Slachtofferhulp). Gepleit wordt voor een centraal of regionaal meldpunt voor gevallen van mishandeling van ouderen.

OTTEN, G.R., VLIST, J.A. VAN DER

Omslagpunten in de kosten van dienstverlening aan ouderen.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 21, 1990, no. 3, p. 109-114, 7 lit.opgn.

NIVEL

In aansluiting op een in 1987 uitgevoerde inventarisatie van het gebruik door ouderen van de diverse zorgvoorzieningen heeft het Nederlands Economisch Instituut in opdracht van de Centrale Commissie voor de bejaardenouderen een studie uitgevoerd naar de kosten die zijn gemoeid met dienstverlening in de maatschappelijke en/of gezondheidssector aan ouderen in relatie tot de validiteit en de woonsituatie. Voorts is bezien of intramuraal wonen bij een bepaald gebrek aan validiteit minder kosten met zich brengt dan zelfstandig wonen: de zogenoemde omslagpunten. Bij fysieke validiteitsgebreken tekenen zich duidelijke omslagpunten af, die echter verschillen indien uitsluitend de kosten voor de ouderen zelf

worden gezien. Het blijkt dat de lagere-inkomenstrekkers eerder geneigd of wellicht verplicht zullen zijn om het zelfstandig wonen op te geven. Zo is berekend dat circa 40% van de ouderen met validiteitsgebreken uit financiële overwegingen beter naar opname in een tehuis kan streven. Wat beter gesitueerden -de resterende 60%- zijn financieel gezien beter af met zelfstandig wonen. Aanbevolen wordt te zoeken naar oplossingen voor deze problematiek, zodat lagere-inkomenstrekkers ook meer van het behoud van zelfstandigheid kunnen genieten en er geen maatschappelijke verspilling meer optreedt als gevolg van te 'vroeg' opname in een tehuis.

NIMWEGEN, N. VAN, HOGEN ESCH, I., BEEKINK, E.

Jongeren en ouderen: een inventariserende studie naar demografische ontwikkelingen en de maatschappelijke positie van jongeren en ouderen.

Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI), 1989. 184 p., 146 lit.opgn., fign., tabn.

NIVEL (R 4522)

Tegen de achtergrond van huidige en toekomstige demografische tendenzen, beschrijft deze studie de demografische processen die van belang zijn voor ouderen en jongeren. In het bijzonder is aandacht besteed aan de demografisch gevoelige aspecten van de sociale positie van deze twee leeftijdsgroepen. De relatie tussen demografische trends en sociale levensgeschiedenissen worden beschreven met behulp van een inventarisatie van bestaande onderzoeksresultaten. Het proces van sociale emancipatie fungeert als uitgangspunt voor de studie.

De verkenningsperiode lijkt langer te zijn geworden, zowel in de demografische als in de sociale loopbaan van jongeren. Dit kan voor een deel toegeschreven worden aan het individualisatieproces; het maken van keuzen in de persoonlijke ontwikkeling -uit een veelheid van alternatieve gedragswijzen- vraagt immers om uitgebreide verkenning.

Bij de jongeren gaat het om onafhankelijk worden; de ouderen houden zich meer bezig met het behouden van hun onafhankelijkheid en met de overgang van onafhankelijkheid naar afhankelijkheid. Met het oog op het handhaven van onafhankelijkheid wordt aandacht besteed aan opleiding, werk en inkomen van de ouderen. Andere aspecten waaraan aandacht wordt besteed is het toenemende belang van behuizing en (gezondheids)zorgfaciliteiten. De descriptieve analyses hebben geleid tot een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek (vert. aut. ref.).

PEETERS, J., WOLDRINGH, C.

Groepswonen van ouderen.

Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1989. 92 p., 62 lit.opgn.

NIVEL (R 4402)

Een aantal maatschappelijke veranderingen en veranderingen in opvattingen over de plaats van ouderen in de maatschappij heeft ertoe geleid

dat zowel vanuit oudere leeftijdscategorieën zelf als van overheidswege een toenemende belangstelling bestaat voor het verschijnsel groepswonen van ouderen. Dit onderzoek is gericht op het groepswonen voor ouderen en met name wat er in een groep gebeurt nadat het groepswonen van start is gegaan. Het onderzoek is uitgevoerd bij vier woongemeenschappen die ieder bestaan uit 10 tot 15 wooneenheden. Beschreven wordt vooral het functioneren van het groepswonen, waarbij vragen aan de orde komen als: welke huishoudelijke activiteiten gebeuren gezamenlijk en welke niet, hoe is de verdeling van de voorkomende werkzaamheden geregeld, wordt vrije tijd gezamenlijk doorgebracht, hoe worden problemen (naar aanleiding van ziekte) opgelost, in hoeverre betekent het groepswonen een verandering in de bestaande relaties en netwerken, hoe reageren bestaande vormen van zorg op woongroepen van ouderen. Het onderzoeksverslag kan behulpzaam zijn bij de beeldvorming over wat groepswonen van ouderen inhoudt en kan van belang zijn voor groepen in oprichting.

SANTVOORT, M.M. VAN.

Gerontologie in Nederland: een momentopname van het gerontologisch onderzoek in Nederland.

Nijmegen: Nederlands Instituut voor Gerontologie (NIG), 1988. 198 p.

NIVEL (B 1916 (1)

+

CLAESSENS, L., ESCH, G.F.M. VAN

Jongbejaarden, anders? een profielschets van de ouderen van 65 tot 75 jaar.

Nijmegen: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1988. 188 p.

NIVEL (B 1916 (2) (1)

Het eerste deel in de serie NIG overzichtsstudies betreft een studie die is opgezet om de organisatie, omvang, aard en inhoud van het Nederlands gerontologische onderzoek te inventariseren en te beschrijven. Daartoe is gebruik gemaakt van gegevens uit een schriftelijke inventarisatie over het onderzoek in 1985. Om de situatie in Nederland te toetsen, is ter vergelijking ook de organisatie en inhoud van de gerontologie in drie andere West Europese landen onderzocht, te weten Duitsland, Engeland en Zweden.

Uit de resultaten blijkt dat Nederland vooruitgang heeft geboekt gedurende de afgelopen tien jaar; in ieder geval wat betreft menskracht. Er is een aanzienlijke toename in hoeveelheid onderzoek. Desalniettemin verloopt de ontwikkeling in het onderzoeksveld langzaam. Gerontologie is niet volledig geïnstitutionaliseerd in universiteitsstructuren: onderzoek is vaak op projectbasis en niet gefundeerd in onderzoeksprogramma's. Vele jonge onderzoekers werken op tijdelijke basis, wat invloed heeft op de voortgang van het onderzoek en de mogelijkheid om expertise op te bouwen. In de andere drie landen zijn de infrastructurele condities weinig beter, zij het dat men daar eerder begonnen is met gerontologisch onderzoek.

In Nederland is het biomedische onderzoeksveld de best ontwikkelde discipline. Dementie is bijvoorbeeld een van de belangrijkste onder-

zoekgebieden. Met onderzoekscentra in vier steden kan het Nederlandse onderzoek ook wedijveren met andere landen. Bij het geriatrische onderzoeksveld ligt dit anders: Nederland loopt hierin achter vergeleken met Engeland en Zweden. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door organisatorische aspecten. Wat betreft het sociaal gerontologisch onderzoek vertoont de Nederlandse situatie veel overeenkomsten met de situatie in de andere drie landen: het onderzoek is politiek georiënteerd en concentreert zich vooral op de problematische aspecten van het ouder worden. De aanpak is veelal projectmatig en wordt uitgevoerd door diverse, ongecoördineerde groepen onderzoekers.

In het tweede deel van de overzichtstudies staat het onderscheid tussen jongbejaarden en hoogbejaarden centraal. De beschikbare gegevens over de leefsituatie, de leefwijze, het activiteitenpatroon en de maatschappelijke opvattingen van de leeftijdscategorie van 65-75 jaar worden besproken. Verwacht wordt dat de gemiddelde leefsituatie van jongbejaarden zal verbeteren als gevolg van het feit dat een groter deel van hen een hoger inkomen heeft en een hogere opleiding heeft genoten. Deze groep zal in staat zijn de derde levensfase in te gaan met het positieve vooruitzicht gezond en welgesteld te zijn en zich te kunnen bezig houden met bevredigende activiteiten. Ook nu al tekent deze ontwikkeling zich af, bijvoorbeeld in het feit dat mensen graag met vervroegd pensioen gaan en in de toenemende belangstelling voor de oudere consument.

Deze mogelijke toekomstige ontwikkelingen kunnen echter ook negatieve consequenties hebben. Ouderen die een achterstand hebben omdat hun sociaal-economische status laag is of omdat zij een slechte gezondheid genieten, zullen extra gedepriveerd zijn. Dit geldt voor een minderheid van de jongbejaarden en voor een groter deel van de hoogbejaarden. Net als de kloof tussen werklozen en werkenden zal de scheiding tussen gedepriveerde ouderen en degenen die beter af zijn zichtbaarder worden. Een waarschuwende opmerking is hier op z'n plaats: voorspellen dat de jongbejaarden van morgen een totaal nieuwe groep zal zijn, brengt het gevaar met zich mee, dat de minder welgestelden uit het oog verloren worden. Deze categorie zal echter nog tamelijk groot zijn.

TEMPELMAN, C.J.J.

Welbevinden bij ouderen: constructie van een meetinstrument.

Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987. 211 p., 105 lit.opgn., tabn. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

NIVEL (B 1567)

In dit proefschrift wordt de constructie, validering en normering gerapporteerd van de Schaal Subjektief Welzijn Ouderen (SSWO). De SSWO bestaat uit vijf subschalen, te weten: Gezondheid, Zelfwaardering, Weerbaarheid, Optimisme en Kontakten. Naast skores op subschaal-niveau kan ook een totaalskore berekend worden als algemene indikator van welbevinden. Voor de SSWO-totaalskore worden, voor mannen en vrouwen afzonderlijk, normen gepresenteerd.

In een onderzoek naar de validiteit van de SSWO werd de relatie onderzocht tussen het zelfoordeel op de SSWO en een drietal valideringskriteria: 1) het oordeel over het welbevinden van de betreffende oudere door de levenspartner en één of twee volwassen kinderen; 2) het oordeel over het welbevinden van de betreffende oudere door onafhankelijke derden, te weten een interviewer en twee beoordelaars; 3) de score op een door de oudere zelf ingevulde lijst met gezondheidsklachten. Uit de resultaten blijkt dat er een duidelijke overeenstemming bestaat tussen het oordeel op de SSWO en deze valideringskriteria. Ook zijn er analyses uitgevoerd op de totaliteit van SSWO-gegevens, die verzameld zijn bij vijf proefgroepen. Hieruit blijkt dat mannen op vier van de vijf subschalen hoger scoren dan vrouwen. De enige subschaal waarvoor dit niet het geval is, Optimisme, laat daarentegen wel een leeftijdseffect zien: naarmate men ouder is, scoort men lager op deze subschaal. Dit effect treedt niet op voor de overige subschalen.

Tot slot wordt de SSWO vergeleken met andere instrumenten voor subjectief welzijn en wordt een vergelijking getrokken tussen de uitkomsten van dit onderzoek en die van anderen.

KLAASSEN, L.H., VLIST, J.A. VAN DER

De economie van de oudere Nederlander.

Economische Statistische Berichten; 72, 1987, no. 3629, p. 1018-1020, 7 lit. opgn.

NIVEL

Met grote regelmaat verschijnen er verhalen over de snelle vergrijzing van de Nederlandse bevolking en over de last die dat op de schouders van de werkenden legt. Het gemeenschappelijke kenmerk van dit soort verhalen is dat zij een nogal eenzijdige kijk op de economische gevolgen van de demografische ontwikkeling geven. In dit artikel wordt een heel ander beeld geschetst. De auteurs betogen dat 65-plussers een koopkrachtige categorie vormen die met hun bestedingen veel inkomen en werkgelegenheid scheppen, slechts een beperkt beroep op allerlei dure overheidsvoorzieningen doen en in diverse opzichten veel minder maatschappelijke kosten veroorzaken dan andere leeftijdsgroepen. De maatschappelijke kosten-batenbalans van de vergrijzing zou er daarom wel eens heel anders kunnen uitzien dan nu veelal wordt gesuggereerd.

BERTELS, M., WEERDEN, A. VAN

Doen hometeams en gezondheidscentra iets aan bejaardenbeleid?: resultaten van een inventarisatie onder 120 samenwerkingsverbanden.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 15, 1987, no. 5, p. 42-44.

NIVEL

Allereerst wordt in deze inventarisatie aangegeven wat onder hulpverleningsbeleid verstaan kan worden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen intern beleid en extern beleid. Vervolgens wordt geconstateerd dat ouderen de belangrijkste doelgroep is van dat hulpverleningsbeleid, waarna een overzicht gegeven wordt van de verschillende beleidsinitiatieven.

In hun commentaar gaan de auteurs in op het al dan niet op schrift stellen van beleidsinitiatieven. Voor- en nadelen hiervan komen aan de orde.

BOS, G.A.M. VAN DEN, ARNOLD, T.F., BAAR, M.E. VAN, GROOT, G.M. DE
Beleid over ouderen en chronisch zieken: vergrijzing, sociale ongelijkheid en substitutie.

Amsterdam/Rotterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1988. 140 p, 8 lit. opgn., bijln., tabn. Zorgbehoeften en zorggebruik bij chronisch zieken, 7.

NIVEL (R 2978 (7))

Eén van de doelstellingen van het onderzoeksproject "Zorgbehoeften en zorggebruik bij chronisch zieken" is het aanwijzen van mogelijkheden voor het beleid om het zorggebruik en de problemen die chronisch zieken op hun weg door de zorgverlening ondervinden, te beïnvloeden. Het onderzoek heeft betrekking op oudere mensen. In dit licht was er bij de onderzoekers een zekere nieuwsgierigheid om te weten welke plaats chronisch zieken en ouderen in de gezondheidszorg innemen. Hiertoe werden beleids- en adviesnota's doorgelicht van de landelijke overheid, adviesorganen en maatschappelijke organisaties. Deze nota's zijn gescreend op een drietal thema's: vergrijzing, sociale ongelijkheid en substitutie (de relatie tussen professionele en informele zorg). Deze drie thema's zijn belangrijke invalshoeken geweest bij de analyse en presentatie van de resultaten uit dit onderzoeksproject. De nota's zijn geïnventariseerd vanaf 1979. De inventarisatie is afgesloten per maart 1987.

In hoofdstuk 1 worden de drie onderzoeksthema's uitgewerkt. Hoofdstuk 2 bevat een overzicht en een samenvatting van de behandelde nota's. Tevens wordt hierbij aangegeven welke plaats de drie onderzoeksthema's hebben in de afzonderlijke nota's. Vervolgens worden de drie onderzoeksthema's uitgewerkt: vergrijzing in hoofdstuk 3, sociale ongelijkheid in hoofdstuk 4 en substitutie in hoofdstuk 5. Het laatste hoofdstuk bevat samenvattende conclusies over de plaats van deze drie grote thema's in het gezondheidszorgbeleid. In een aparte bijlage wordt per nota een overzicht gegeven van uitspraken met betrekking tot het

CLAASSEN, A.W.M.

Aan grenzen gebonden: vrijwilligers in de thuiszorg voor ouderen, (1) onderzoek naar Gelders vrijwilligerswerk voor en door ouderen.

Arnhem: Stichting Gelderland, 1989. 183 p., 59 lit. opgn., bijln., tabn.

NIVEL (R 4352 (1))

In opdracht van de Gelderse Raad voor het Ouderenbeleid is onderzoek verricht onder plaatselijke afdelingen van vrijwilligersorganisaties en ouderenbonden. Doel van dit onderzoek was enerzijds het Gelderse vrijwilligerswerk voor en door ouderen in kaart te brengen en anderzijds een antwoord te geven op de vraag of dit vrijwilligerswerk in staat geacht mag worden leemten op te vullen in de professionele hulpverlening.

HUIJSMAN, R., RUTTEN, F.F.H. (red.)

De economie van de ouderenzorg: visies vanuit wetenschap en beleid: preadviezen voor het congres van de Vereniging voor Gezondheidseconomie 24 november 1989, Maastricht.

Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989. v, 217 p., fig., lit.opgn., tabn.

NIVEL (B 2201)

Dit boek bevat een weerslag van de huidige discussie over de ouderenzorg in Nederland en België. Daarnaast geeft het een totaalbeeld van de momenteel beschikbare macro-gegevens in deze sector en biedt het ook kwantitatief inzicht in een aantal ontwikkelingen van belang voor de problemen van morgen. Het wordt gecombineerd met een overzicht van beleidsvoornemens met betrekking tot de ouderenzorg.

Het boek bevat de volgende hoofdstukken:

- R. Huijsman. Kosten en gebruik van voorzieningen door ouderen in Nederland;
- G. Dooghe. Vergrijzing en gebruik van voorzieningen in België;
- J.A.I. Coolen. Onderzoek naar de structurering van ouderenzorg: bijdragen tot de analyse van het substitutievraagstuk;
- W.J.A. van den Heuvel. Onderzoeksagenda voor de jaren negentig;
- P.H.B. Pennekamp, L.A.C. Goemans. Ondernemend ouderenbeleid;
- F.J. van der Heijden. Samen zorgen is zorgzamer;
- H.J.M. Cools. Verschuivingen in de ouderenzorg; gezien vanuit de verpleeghuissector.

WEERDEN, A. VAN, BERTELS, M.

Welke afspraken maken eerstelijns teams over hulp aan bejaarden?: resultaten van een inventarisatie onder 120 samenwerkingsverbanden (2).

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 15, 1987, no. 5, p. 26-29.

NIVEL

De aandacht bij deze inventarisatie ging vooral uit naar bovenindividuele afspraken over de taakverdeling en/of afstemming tussen de verschillende disciplines. Hebben samenwerkingsverbanden hierin al iets bereikt en zo ja, wat is dan de inhoud van die afspraken?

Bij negen samenwerkingsverbanden bleken afspraken gemaakt te zijn geldend voor de hulpverlening aan bejaarden. De afspraken zijn onder te brengen in drie thema's:

- controle- of signaleringsfunctie;
- coördinatie van de hulpverlening;
- verdeling en overname van taken.

Deze drie thema's worden door de auteurs aan de hand van een aantal voorbeelden verder besproken.

BELLEMAN, S.J.M., THOMESE, F.

Zorg voor ouderen; Amsterdam anno 2010 (1); scenariorapport.

Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1990. 183 p., 38 lit.opgn.

NIVEL (B 2269 (1)

+

WIERINGEN, J.C.M. VAN, BELLEMAN, S.J.M.

Zorg voor ouderen; Amsterdam anno 2010, (2); achtergrondstudie.

Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1990. 276 p., 112 lit.opgn., bijln., tabn.

NIVEL (B 2269 (2)

In dit rapport wordt verslag uitgebracht van een studie omtrent de toekomst van de ouderenzorg in Amsterdam. Met de studie wordt beoogd een aantal scenario's te presenteren voor de ontwikkeling van de ouderenzorg tot ongeveer het jaar 2010. Het rapport valt uiteen in drie delen:

1. Een methodisch deel, waarin de probleemstelling en de gehanteerde methoden uiteen worden gezet. De scenario's zijn gebaseerd op 3 elementen:
 - data; statistische gegevens uit een veelheid van bronnen omtrent de huidige situatie van ouderen in Amsterdam. Deze gegevens zijn terug te vinden in de Achtergrondstudie en op basis daarvan is een referentiescenario (zie verder) uitgewerkt.
 - veronderstellingen; veronderstellingen over de belangrijkste factoren, van invloed op de zorgbehoeften en het zorgsysteem voor ouderen.
 - voorkeuren; uitspraken over wenselijkheden met betrekking tot de Amsterdamse ouderenzorg in de toekomst.
2. Een deel waarin vier scenario's worden gepresenteerd, te weten:
 - een referentiescenario, dat dient om er één of meer scenario's tegen af te zetten. Gekozen wordt hierbij voor een nulvariant, waarin de toekomstige vraag naar voorzieningen berekend wordt de huidige gebruikscijfers toe te passen op de verwachte bevolking in 2010.
 - scenario 1: een geregeld zorgsysteem. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de ouderenzorg hoort bij een veelomvattend pakket van sociale voorzieningen dat wordt opgebracht uit collectieve middelen (premie-

- en belastingheffing volgens het draagkrachtprincipe).
- scenario 2: een zorgsysteem per stadsdeel. In dit scenario vertoont het zorgsysteem mengvormen, zowel wat de financiering aangaat als wat betreft de participanten. Naast organisaties voor vrijwillige hulpverlening, zijn er professionele aanbieders van zorg. Het zorgsysteem is georganiseerd op de schaal van de stadsdelen.
 - scenario 3: zorg op bestelling. Dit scenario gaat uit van een situatie waarin van overheidsbemoediging met ouderenzorg geen sprake is; het accent ligt op de particuliere sector. De oudere wordt in dit scenario meer als zelfstandig individu benaderd en niet als lid van een specifieke bevolkingscategorie met een bepaald zorgbehoeftepatroon. Zorgbehoefte blijkt als het individu dit te kennen geeft en is niet vanzelfsprekend in grotere mate aanwezig omdat men behoort tot de categorie die de 55 jaar is gepasseerd.
3. Een deel waarin een voorzet wordt gegeven voor discussie.

M.W.M. POST, ELBERSE, W.P., SCHRIJVERS, A.J.P.

Ouder in Den Haag.

Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, 1989. 53 p., bijln, 31 lit.opgn.

NIVEL (R 4301)

Op verzoek van gemeente Den Haag is onderzoek verricht naar de samenhang in de zorgverlening voor ouderen en naar een betere verdeling van de gelden uit het flankerend ouderenbeleid in de gemeente. Het onderzoek bestond uit vier deelonderzoeken en dit boek geeft een overzicht van de relaties tussen de deelonderzoeken met als centraal punt: wijkgerichte ouderenzorg.

Allereerst komt de relatie tussen zorgaanbod en zorgbehoefte aan bod, waarvoor een kleine groep ouderen met een positieve indicatie voor een verzorgingstehuis werd geïnterviewd. Gezien de resultaten mag van capaciteitsuitbreiding van gezinsverzorging en wijkverpleging nauwelijks een substitutie-effect worden verwacht. Een vruchtbaarder weg naar preventie van opname lijkt het besteden van meer aandacht aan de flankerend-beleidvoorzieningen.

Vervolgens komt de organisatie van de zorg aan bod. De voorzieningen voor thuiszorg in Den Haag sluiten niet goed op elkaar aan wat betreft werkgebieden en niveau's van besluitvorming. De onderzoekers stellen een wijkgericht organisatiemodel voor, dat vooral meer gezamenlijkheid van de voorzieningen in een bepaald gebied impliceert. Daarnaast wordt het case-managementmodel genoemd als goed alternatief. De kern van dit model is de case-manager die een budget krijgt om voor zijn cliënten zorg te kopen.

Tot slot wordt berekend op welke wijze het budget voor flankerend ouderenbeleid beter afgestemd kan worden op de bestaande zorgbehoefte per wijk. Het tot op heden gebruikte verdeelcriterium voor de financiële middelen voor het flankerend ouderenbeleid is onvoldoende genuanceerd. Voor een betere verdeelsleutel worden vijf alternatieven ge-

CENTRALE COMMISSIE VOOR DE BEJAARDENOORDEN

Advies inzake het onderzoeksrapport "indiceren als instrument".

Rijswijk: Centrale Commissie voor de bejaardenoorden, 1988.

NIVEL (R 4129)

Het betreft een adviesondersteunend onderzoek met betrekking tot het verbeteren van het indicatie- en opnamebeleid voor verzorgings- en verpleeg(te)huizen. De evaluatie van het huidige indicatiesysteem voor verzorgingstehuizen en voor verpleeghuizen leverde de volgende conclusies op. De wijze van indicatiestelling voor de bovengenoemde voorzieningen is nogal verschillend. Voor verzorgingstehuizen is er een landelijk uniform indicatiesysteem, zoals vastgelegd in het Besluit Opnemng in Bejaardenoorden, zodat de indicatiestelling geschiedt door een onafhankelijke commissie. De indicatiestelling voor psychogeriatrische verpleeghuizen is vaak in handen van een externe instantie (meestal het RIAGG). De meeste somatische verpleeghuizen hebben de indicatiestelling in eigen handen. Indicatiestelling en plaatsing zijn vaak gescheiden processen ten gevolge van de autonomie die verzorgings- en verpleeghuizen hebben ten aanzien van opname en ten gevolge van de lange wachtlijsten, die ontstaan door een tekort aan plaatsen. Er is een gebrek aan informatie-uitwisseling en samenwerking tussen de verschillende instellingen. De verantwoordelijkheid, deskundigheid en bevoegdheden ten aanzien van hulpverlening aan ouderen zijn te versnipperd. Deze situatie leidt ertoe, dat ouderen vaak niet de hulp krijgen die ze nodig hebben, op het moment dat die hulp nodig is. Een aantal ouderen, met gecompliceerde problematiek, blijkt moeilijk plaatsbaar te zijn.

Er worden een aantal aanbevelingen gedaan voor de invulling van een gezamenlijk indicatie- en opnamesysteem voor verzorgings- en verpleeg(te)huizen. De belangrijkste zijn:

1. Eén commissie voor de indicatiestelling voor zowel verzorgingstehuizen als voor verpleeghuizen heeft de voorkeur boven een centrale commissie met twee of drie gespecialiseerde kamers, aangezien het eerste model meer garantie biedt voor hulpverlening aan mensen met een gecombineerde problematiek.
2. Een regiogrootte die gebaseerd is op een minimum aantal aanmeldingen wordt noodzakelijk geacht.
3. De samenstelling van de commissie moet een afspiegeling zijn van de deskundigheid die vereist is voor de beoordeling van de aangemelde problematiek en dient zoveel mogelijk te bestaan uit onafhankelijke mensen.
4. De bevoegdheden van de indicatiecommissie met betrekking tot plaatsing dienen uitgebreid te worden. Een mogelijkheid daarvoor is

¹ de vier deelonderzoeken zijn apart verkrijgbaar in de NIVEL-bibliotheek, alsmede een tijdschriftartikel in Medisch Contact dat over het onderzoek verschenen is.

het overdragen van bevoegdheden met betrekking tot plaatsing aan een samenwerkingsverband van indicatiecommissie en betrokken instellingen.

5. De indicatie zou in principe moeten bestaan uit:

- een ideaal advies
- een noodoplossing voor de korte termijn, ter overbrugging van de wachtperiode
- een realiseerbaar alternatief.

Op deze wijze beschikt men naast de indicatie ook over gegevens voor de planning van voorzieningen.

HAKENS, M.J.H., KNIPSCHEER, C.P.M.

De houding van ouderen inzake informele thuiszorg en het ouderenbeleid.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 1988, 19, p. 177-183. 11 lit.opgn.

NIVEL (C 2815)

Recente beleidsontwikkelingen hebben de discussie over de 'zorgzame samenleving' hoog doen opblazen. De omgeving van ouderen zal meer zorg moeten gaan bieden. De opvattingen van de ouderen zelf hierover zijn nog slechts summier onderzocht. Twee theoretische modellen worden gepresenteerd die vraagtekens zetten bij de vanzelfsprekendheid dat ouderen een voorkeur zouden hebben voor mantelzorg. In Den Haag en West-Maas en Waal is in 1987 een leefsituatie-onderzoek afgerond, waarin 1100 65-plussers, naast vele andere vragen, vier uitspraken over thuiszorg beoordeeld hebben. Vijftien procent van de respondenten wil zelf liever verzorgd worden door bekenden (familie) dan door een bejaardenverzorgster, terwijl slechts 21% het voor bejaarden beter vindt door de eigen kinderen verzorgd te worden. De antwoorden bleken samen te hangen met de variabelen leeftijd en urbanisatiegraad. Voorts kiezen degenen die kinderen hebben, die kinderen nabij hebben wonen en die vaak bezoek ontvangen van hun kinderen vaker voor informele zorg. In de toekomst zal het aantal alleenstaanden toenemen, ca. 25% van de ouderen zal geen kinderen hebben, een aanzienlijk deel van hen zal geen kinderen binnen redelijke afstand hebben wonen. Vooral voor deze ouderen is het niet eenvoudig, voor zichzelf in de eigen omgeving zorgalternatieven te mobiliseren. (aut. ref.)

JANSSEN, T., ROMIJN, C., HUIJSMAN, R., COOLEN, J.A.I., KOEDOOT, N.

(red.)

Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: het onderzoek van de projecten in de beginfase.

Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1989. 353 p., 87 lit.opgn., bijln, 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 WVC 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 van ouderen van 75 jaar en ouder. Er wordt ondermeer aangegeven welke gradaties van hulpbehoefte zich in deze populatie voordoen, daarnaast in welke mate formele zorgvoorzieningen zijn ingeschakeld en welke verhouding tussen intramurale 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.

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, 1988. 81 p., 19 lit.opgn., bijln., fign., tabn.

NIVEL (R 4069)

Aanleiding voor dit onderzoek was een adviesaanvraag van het College van Gedeputeerde Staten van de provincie Utrecht over de wijze waarop het flankerend beleid de afgelopen drie jaar in de provincie heeft gefunctioneerd. Er worden drie soorten flankerende voorzieningen onderzocht, namelijk dagverzorging, tijdelijke opname en nachtopvang. De resultaten zijn verkregen door middel van literatuuronderzoek, vragenlijsten aan bejaardenoorden en interviews met sleutelfiguren.

Ten aanzien van de dagverzorging blijken er veel verschillen te bestaan tussen indicatiecriteria, omvang van de groepen, zwaarte van de doelgroepen en accommodatie. Ook wat betreft de tijdelijke opname wordt geconstateerd dat de opnamecriteria op uiterst verschillende wijze geïnterpreteerd en gebruikt worden. Een paar voorbeelden van oneigenlijk gebruik: doorschuiven van tijdelijke naar definitieve opname vindt in 12,5% van alle gevallen plaats; 21,4% van alle gebruikers verblijft langer dan 6 weken in tijdelijke opname; er worden eigen bijdragen gerekend die hoger zijn dan het wettelijk bedrag; naast de gesubsidieerde tijdelijke opnamen worden op grote schaal niet-gesubsidieerde tijdelijke opnamen gerealiseerd; meer dan 40% van alle tijdelijk opgenomen personen is ziekenhuisverlater. Wat betreft de nachtopvang wordt geconstateerd dat hier slechts incidenteel een beroep op wordt gedaan.

Uit de interviews met de sleutelfiguren komt naar voren dat er behoefte

is aan een onafhankelijke, centrale commissie voor de indicatiestelling voor de drie vormen van flankerend beleid, die daarbij gebruik maakt van uniforme criteria.

SLUIJS, H. VAN DER

Ordering en sturing in de ouderenzorg.

Den Haag: Staatsuitgeverij, 1988. 88 p.

NIVEL (R 3649)

Deze studie is uitgevoerd in het kader van een WRR-project (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid), waarin de juridische en bestuurlijke 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 particuliere sfeer en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken partijen bepalen. Ook in de ouderenzorg is gebleken dat het sturend beleid de aandacht voor orderingsvraagstukken 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 ordenende principes ten aanzien van de onderscheiden verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken overheden en instellingen, ook ten opzichte van de (potentieel) zorgbehoeftige burgers. Tegen de achtergrond van een dergelijk orderingskader kan worden vastgesteld welke doeleinden de overheid in haar positie kan nastreven en van welke middelen zij zich daarbij mag 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 ordening 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 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.

GOUDRIAAN, F.W.G.

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

Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990. 152 p., 251

Onder substitutie wordt in deze studie verstaan: het (doelbewust) zodanig verleggen van cliëntstromen tussen en binnen zorgvoorzieningen opdat dit zal leiden tot een verminderd gebruik van relatief dure voorzieningen. Daarbij staan twee vragen centraal:

1. In welke mate kan welk type voorziening aan substitutie bijdragen?
2. Tot welke kostenreducties kan zo'n substitutie leiden?

Bij het beantwoorden van deze vragen passeren een aantal voorzieningen de revue en wordt per voorziening aangegeven welke substitutie-effecten verwacht kunnen worden.

- De huisarts.

Substitutie-effecten bij de huisarts zullen vooral uitgaan van de samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines en van het bonus-malus-stelsel.

- De tweedelijnsgezondheidszorg.

De meest belangrijke substitutie-effecten die verwacht kunnen worden zijn: het terugbrengen van de verpleegduur in ziekenhuizen, uitbreiding van de zelf- en mantelzorg, de nazorg en aanwezigheid van technische hulpmiddelen bij patiënten thuis.

- Extra-murale voorzieningen (gezinsverzorging, kruiswerk, 7x24-uurs zorg, terminale thuiszorg).

Substitutie-effecten gaan uit van de 7x24-uurs zorg en kan nog verder uitgebreid worden door de terminale thuiszorg aan te bieden. Van samenwerking tussen professionele hulpverleningsorganisaties worden substitutie-effecten verwacht. De gezinsverzorging en het kruiswerk blijken niet altijd in staat (tijdig) in de hulpvraag te voorzien.

- Het verzorgingstehuis.

15 tot 50% van degenen met een positieve indicatie voor een verzorgingstehuis zouden met extramuraal zorg thuis geholpen kunnen worden. Bij matige handicaps zouden de kosten van de verzorging tweederde zijn van die van het verzorgingstehuis. Een ander kostenbesparend alternatief voor het verzorgingstehuis is het beschermd wonen. Van een substitutie-effect van de wijkfunctie van verzorgingstehuizen is nog geen sprake.

- Het verpleeghuis.

Dagbehandeling draagt bij aan het voorkomen dan wel uitstellen van intramuraal opname. Van de somatische patiënten zou 40% in een verzorgingstehuis verzorgd kunnen worden (mits de capaciteit van deze tehuizen met 9% uitgebreid wordt). Ook zou 20% van de langdurige somatische patiënten in aanmerking komen voor een aangepaste woning in de buurt van het verpleeghuis. Van de psychogeriatrische patiënten zou 26% in aanmerking komen voor het gezamenlijk wonen in groepjes van vier a vijf personen. Dit levert een reductie van ten minste 32% van de kosten.

- De voorzieningen buiten de gesubsidieerde zorgverlening (informele zorg, commerciële zorg, zorg door vrijwilligers, preventie en voorlichting door de wijkverpleging).

De verwachtingen over wat informele zorg kan bijdragen aan substitutie

zijn uiterst somber. Over de bijdrage van commerciële zorg zijn weinig onderzoeksgegevens bekend. Van het preventief ouderenbezoek door wijkverpleegkundigen gaat wel een substituerend effect uit.

De studie wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek op het gebied van substitutie.

STEENVOORDEN, M.

Flankerend ouderenbeleid: ontwikkelingen en vernieuwingen.

Den Haag: Studie- en Informatiecentrum voor Ouderenbeleid (NFB), 1988. 91 p., 34 lit. opgn.

NIVEL (R 3652)

Het hoofddoel van deze studie is het leveren van een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van het flankerend beleid in die zin dat naast de zorgkant ook andere aspecten van flankerend beleid zoals emancipatie en preventie aandacht krijgen. De studie bevat voorts een inventarisatie van het in 1986 gevoerde beleid, waarbij allereerst ingegaan wordt op de bestedingen van de gelden die het ministerie van WVC ter beschikking stonden. Geconcludeerd wordt dat niet het gehele budget daadwerkelijk besteed is, maar dat het budget voor experimenten en de ontwikkeling van flankerend beleid door landelijke bejaardenorden wel besteed is. Opvallend daarbij is dat ongeveer de helft uitgegeven is aan experimenten 'samenwerking verpleeghuis-verzorgingstehuis'. Hieruit spreekt een verbreding van het begrip flankerend beleid. Blijkbaar kan flankerend beleid ook projecten binnen intra-murale voorzieningen inhouden.

Vervolgens wordt een overzicht gegeven van het beleid van de provincies en grote steden. Hieruit blijkt het volgende: net als in de voorafgaande jaren ging in 1986 ruim 60% van de bestedingen naar zorgvoorzieningen en veel subsidie-gelden gingen naar professionele instellingen zoals verzorgingstehuizen en gecoördineerd ouderenwerk. In 1986 is wel bijna het gehele budget uitgegeven en is het uitgave-aandeel aan de voorziening 'alarmering' drastisch gedaald.

Tenslotte wordt een overzicht gegeven van drie jaar flankerend ouderenbeleid gegeven. Op basis van dit overzicht zijn de belangrijkste conclusies:

1. 85% van het totaal beschikbare budget is daadwerkelijk besteed.
2. Het op elkaar afstemmen en samenwerken van voorzieningen relevant voor ouderen is een belangrijke doelstelling van het flankerend beleid.
3. Het is moeilijk het gevoerde beleid over de jaren '84-'86 te evalueren aangezien duidelijke criteria ontbreken. Wanneer bij de beoordeling van het beleid uitgegaan wordt van de betekenis van 'zelfstandigheid' zoals deze gedefinieerd wordt in de Nota Flankerend Ouderenbeleid uit 1983 (zorg, preventie en emancipatie zijn drie gelijkwaardige aspecten van het beleid), dan kan worden geconcludeerd dat het beleid zich eenzijdig naar de zorgkant ontwikkeld heeft en dus maar zeer ten dele geslaagd is. Indien wordt uitgegaan Reikwijdtebesluit (het wettelijk kader van het beleid in 1985 en 1986), waarin zelfstandigheid de betekenis kreeg van zelfstandig blijven wonen dan kan het beleid

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL

Ouderenbeleid: voortgangsrapportage 1982-1988.

Rijswijk: Ministerie van WVC, 1988. 132 p., bijln.

NIVEL (K 20539)

In deze Voortgangsrapportage is aandacht besteed aan de ouderen, als handelende mensen die zelf initiatieven nemen, zich weten te organiseren, die op zoek zijn naar zingeving en een perspectief waarmee de derde levensfase kan worden aangevangen in een samenleving, die daarvoor ruimte en respect wil opbrengen.

Hoewel de positie van ouderen in de samenleving reeds jarenlang een belangrijk aandachtspunt in het totale regeringsbeleid vormt, wordt geconstateerd dat er gaandeweg meer aandacht is gekomen voor ouderen in het beleid. Het inzicht in de fundamentele wensen van ouderen is vergroot. De afgelopen jaren geven enkele opvallende ontwikkelingen te zien. Vele ouderen treden al vanaf hun 55ste jaar definitief uit het arbeidsproces; de levensverwachting stijgt. In kwalitatieve zin gaat dit gepaard met uiteenlopende leefwijzen, behoeften, gezondheid en validiteit. De tijd ligt achter ons waarin de problematiek van de ouder wordende mens te vaak werd geassocieerd met maatschappelijk achtergesteld en afhankelijk en daarom een probleem. Bij vele mensen leeft nog onbewust deze eenzijdige notie over ouderen. De boodschap van de ouderenbonden, ondersteund door onderzoeksresultaten, aan de samenleving was en is dan ook, dat het proces van ouder worden niet uitsluitend gezien moet worden als iets met negatieve gevolgen.

Het kabinet erkent, dat naast haar verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan ouderen gestreefd moet worden naar een gelijkwaardige positie van ouderen in de samenleving. Deze emancipatietoek is niet uitsluitend sprake van een aspect van het ouderenbeleid, maar van het kabinetsbeleid in het algemeen. Voorts is het aannemelijk te veronderstellen, dat de noden en problemen van de zorgbehoevende ouderen minder centraal komen te staan, indien het belangrijkste uitgangspunt voor het ouderenbeleid dat van emancipatie zou zijn. De overheid heeft en houdt een primaire verantwoordelijkheid voor de zorg van de (veelal kwetsbare) ouder wordende mens. Wellicht zou de conclusie kunnen worden getrokken, dat in het tot nu toe gevoerde interdepartementale ouderenbeleid de aandacht te zeer gericht is geweest op de meest zorgbehoevende ouderen (veelal de hoogbejaarden). Daar staat tegenover dat in de verslagperiode met name op het terrein van de sociale zekerheid de nodige aandacht is besteed aan de positie van andere dan de meest zorgbehoevende ouderen. In het toekomstige ouderenbeleid zal rekening gehouden worden met het feit dat ouderen niet één homogene groep vormen. De aanspraken van ouderen op de samenleving en op de overheid kunnen divers en in sommige gevallen zelfs onderling tegenstrijdig zijn. Het Kabinet acht het gewenst dat het beleid in de naaste toekomst wordt gericht op alle

ouderen. De indruk bestaat dat een dergelijk beleid een bijdrage kan leveren aan (de geleidelijke overgang) naar de derde levensfase. Een beschouwing 'om welke oudere het gaat en wat deze wil' is onvolledig als de gevolgen van de toegenomen heterogeniteit van deze bevolkingsgroep voor het overheidsbeleid zelf daarbij niet in ogenschouw worden genomen. De oudere wenst, dat de samenleving hem of haar een 'open perspectief' biedt. Een perspectief waarbij aan ouderen een zo volledig mogelijke participatie en medezeggenschap door de samenleving wordt geboden. Hiermee kan op den duur tevens het 'zelfbeeld' van en de beeldvorming over ouderen in het algemeen in meer positieve zin worden omgebogen. (aut. concl.)

Aan deze rapportage zijn bijlagen toegevoegd waarin o.m. is opgenomen:

1. Deelnota "Ouderen uit etnische groepen en woonwagenbewoners".
2. Achtergrondstudies over "Ouderen van nu en later".
3. "Onderzoek" en "Statistische informatievoorziening".
4. SOOM-adviezen over "Stimulering van gerontologisch onderzoek 1988-1992".

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL

Ouderen in tel: beeld en beleid rond ouderen 1990-1994.

Den Haag: SDU Uitgeverij, 1990. 108 p., bijln., fig., tabn.

NIVEL (R 4773 (1))

De centrale doelstelling van het ouderenbeleid is de maatschappelijke integratie van de ouderen (55 jaar en ouder). Het kabinet spitst deze algemene doelstelling toe op een serie prioriteiten:

- ontwikkeling van een preventiebeleid op lokaal en landelijk niveau;
- nauwe afstemming van wonen en verzorging;
- versterking van de zorg voor chronisch zieke ouderen;
- tegengaan van onvrijwillige uittreding uit het arbeidsproces;
- integratie van doelstellingen van vrouwenemancipatie in het ouderenbeleid;
- maatschappelijke herwaardering van de ouderdom.

De opbouw van de nota is als volgt. De positie van de ouderen wordt in kaart gebracht. Na een kwantitatieve beschrijving van de positie van ouderen volgt een kwalitatieve benadering aan de hand van terreinen die worden aangeduid als randvoorwaarden (inkomen, huisvesting en gezondheid) en instrumenten (arbeids-, sociale en educatieve participatie) voor maatschappelijke integratie. Speciale aandacht wordt besteed aan oudere vrouwen. Gegeven worden de opvattingen van de ouderenorganisaties op die terreinen. Op grond van de beschrijving van de genuanceerde posities van ouderen worden uitgangspunten en beleidsvoornemens geformuleerd voor een geïntegreerd ouderenbeleid. Per beleidsterrein worden maatregelen en hun consequenties aangegeven. Bijzondere aandacht behoeven o.a. oudere alleenstaande vrouwen, oudere leden van etnische minderheidsgroepen en oudere gehandicapten. Naar aanleiding van de prioriteiten worden concrete beleidsvoornemens in het Actieprogramma ouderenbeleid 1990-1994 geformuleerd. Hierin zijn

tevens de intensivering van de financiering van het actieprogramma weergegeven. Bij de nota behoort een vijftal deelnota's: het kabinetsstandpunt op de uitgebrachte adviezen over de toekomstige positie van oudere vrouwen; preventie en veroudering (waarbij vooral ingegaan wordt op participatie-belemmerende factoren van primair individuele aard); tussenrapportage van demonstratieprojecten (in beleidsontwikkeling gezondheidszorg t.b.v. ouderen); overzicht ouderenonderzoek dat wordt verricht in opdracht van de ministeries O & W, SZW, VROM en WVC; de sociale kaart van de Nederlandse ouderen.

3. VOORLICHTING EN PREVENTIE

BOKHOVEN, R.F.M. VAN

Patiëntenvoorlichting door de huisarts: geneesmiddelenvoorlichting aan oudere patiënten.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 41, p. 1339-1342, 12 lit. opgn.

NIVEL

Theorie en praktijk van de patiëntenvoorlichting in de huisartsgeneeskunde, toegespitst op het voorschrijven van geneesmiddelen aan oudere mensen. (aut. ref.)

BOKHOVEN, R.F.M. VAN, BARNHOORN, H., WIJKMANS-YNTEMA, M.

Geneesmiddelenvoorlichting aan ouderen schiet tekort: O & O-project ontwikkelt praktisch bruikbare hulpmiddelen.

Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting; 6, 1989, no. 3, p. 10-12.

NIVEL

Het project 'Ouderen en geneesmiddelenvoorlichting' van de Stichting O&O (Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg) richt zich op verbetering van de voorlichting over geneesmiddelen aan zelfstandig wonende ouderen met hart- en vaatziekten. In dit artikel wordt een aantal bevindingen, waaronder knelpunten uit het projectonderzoek beschreven en worden mogelijkheden genoemd om de geneesmiddelenvoorlichting aan ouderen te verbeteren. De auteurs gaan in op drie knelpunten:

- het gebrek aan systematiek en consequentheid;
- het gebrek aan voorlichtingsvaardigheden;
- de gebrekkige samenwerking tussen hulpverleners in de eerste lijn.

BORGERS, M.TH.A., VISSER, A.PH.

Voorlichting aan oudere kankerpatiënten: een literatuuroverzicht.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheid & Samenleving; 68, 1990, no. 3, p. 137-143, 83 lit. opgn.

NIVEL

Kanker is een ziekte die zich met name manifesteert bij de oudere mens met een leeftijd boven de 60 jaar. Onder de invloed van de vergrijzing en de trendontwikkeling van bepaalde kankersoorten bij deze leeftijdsgroep zullen meer oudere kankerpatiënten in aanraking komen met het ziekenhuis en de voorlichting die door hulpverleners wordt verstrekt over de ziekte en de behandeling. Literatuurstudie laat zien dat oudere kankerpatiënten problemen ervaren met de beleving van de ziekte, het innemen van medicijnen en zich onzeker tonen over de ziekte en de behandeling. Deze problemen lijken samen te hangen met het voorlichtingsgedrag van de oudere kankerpatiënt. Het inactieve voorlichtingsgedrag van ouderen kan direct veroorzaakt worden door een negatieve

houding ten aanzien van het vragen naar voorlichting, en indirect door een negatief zelfbeeld en verminderde cognities. De voorlichting die patiënten ontvangen wordt niet alleen bepaald door het eigen gedrag maar eveneens door het voorlichtingsgedrag van de hulpverlener. Ouderen zouden minder voorlichting van hulpverleners ontvangen dan jongeren alhoewel de behoefte aan voorlichting even groot is. Een verklaring hiervoor zou gelegen kunnen zijn in een negatieve attitude van hulpverleners in het voorlichten van ouderen. Een programma gericht op het voorlichten van oudere (kanker)patiënten is niet beschikbaar. De weinig beschikbare voorlichtingsprogramma's voor ouderen werken niet of nauwelijks vanuit een theoretisch kader. Meer aandacht wordt gevraagd voor toegepast onderzoek waarin het voorlichtingsgedrag van oudere kankerpatiënten en hulpverleners systematisch wordt bestudeerd en verklaard. Om vervolgens op basis van deze resultaten een interventie te kunnen ontwikkelen ter optimalisering van de voorlichting. (aut. ref.)

BUIJSSEN, H.

Preventief huisbezoek is beslist de moeite waard!

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 17, 1989, no. 7/8, p. 16-19, 2 lit. opgn.

NIVEL

Preventieve huisbezoeken bij ouderen; veel wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden hebben er moeite mee. Aan argumenten geen gebrek: betutteling, ontkennen van eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, ongevraagd is ongewenst, tijdgebrek, ouderenbonden zijn (ook) tegen enzovoort. Zelden of nooit hoor je iemand zeggen: 'Ik zou eigenlijk wel willen, maar ik weet niet goed wat ik in een dergelijk bezoek te bieden heb.'

De auteur van dit artikel betoogt dat een tekort aan kennis en vaardigheden vaak meer weerstand verklaart dan de eerder genoemde argumenten. (aut. ref.).

De auteur geeft aan de hand van voeding, osteoporose, voorbereiden op verlies en incontinentie aan wat de wijkverpleegkundige en -ziekenverzorgende aan preventie zouden kunnen doen.

GOEDHARD, W.J.A., KNOOK, D.L. (red.)

Preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, 1988. xii, 101 p., lit. opgn., fig., tabn.

NIVEL (R 4238)

Dit boek is gebaseerd op de lezingen die werden gepresenteerd op het 10e Gerontologie Symposium dat op 27 april 1988 te Utrecht werd gehouden. Het boek bevat de volgende bijdragen:

- W.J.A. Goedhard en D.L. Knook. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen: een inleiding;
- D.J.D. Dees. Het overheidsbeleid inzake preventieve zorg voor ouderen;
- W.J.A. van den Heuvel. Determinanten van gezondheid bij ouderen;

- W.J.A. Goedhard. Enige aspecten van preventieve gezondheidszorg voor ouderen;
- T.J.M. van Cammen. Zin en onzin van screening voor psychogeriatrische aandoeningen bij ouderen;
- A.C. Arntzenius. Hart- en vaatziekten: mogelijkheden voor preventie bij oudere mensen;
- S.A. Duursma. Preventieve zorg voor ouderen bij aandoeningen van het bewegingsapparaat, in het bijzonder osteoporose;
- E. van der Does. Haalbaarheid van preventieve gezondheidszorg en de plaats van de huisarts daarin;
- Discussie.

KERKHOF, A.J.F.M., VISSER, A.PH., DIEKSTRA, R.F.W.

Preventie van suïcide onder ouderen.

Gedrag & Gezondheid; 18, 1990, no. 1, p. 14-24, 17 lit. opgn.

NIVEL

Ongeveer een derde van alle zelfmoorden in Nederland wordt gepleegd door ouderen. Toch zijn tot voor kort geen waarneembare initiatieven ondernomen om suïcide onder ouderen te voorkomen. Een van de nog niet in overweging genomen mogelijkheden in dit geval is het gebruik van massamedia. In dit artikel worden enkele gedachten naar voren gebracht over het gebruik van televisie en andere media bij het overbrengen van boodschappen bedoeld om depressieve symptomen te onderkennen en om suïcidale neigingen tegen te gaan door middel van het mobiliseren van vrienden en familie. Gepresenteerd worden epidemiologische gegevens over suïcide onder ouderen, samen met data over de rol van huisartsen en het geestelijke gezondheidszorgsysteem in suïcidepreventie.

Benadrukt wordt dat veel depressieve ouderen geen adequate behandeling krijgen als gevolg van een aantal ongelukkige omstandigheden:

- omdat zij een aantal grote life-events overleefd hebben, gaat de familie er ten onrechte vanuit dat zij sterk genoeg zijn om nog een groot life-event, verlies of bedreigende omstandigheid te kunnen verwerken;
- de familie kan depressiviteit zien als een natuurlijke reactie en niet als alarmerend;
- als de familie gealarmeerd wordt, kan het zijn dat ze niet weet dat depressiviteit behandeld kan worden en waar hulp te verkrijgen is;
- depressieve ouderen zouden wel eens onwillig kunnen zijn om depressieve gevoelens of gedachten omtrent de dood en sterven te delen met anderen of ze zouden onwillig kunnen zijn om suïcidale ideevorming toe te geven;
- depressiviteit kan verward worden met het normale verouderingsproces. (vert. aut. ref.)

NATIONALE KRUISVERENIGING

Zorgen voor gezond ouder worden: preventieve ouderenzorg door het kruis-

werk.

Bunnik: NK, 1988. 60 p., 125 lit. opgn., bijln.

NIVEL (R 3944)

Het doel van deze nota is aan te geven dat de rol van het kruiswerk op dit terrein van groot belang is. Door de toegenomen hulpvraag naar curatieve zorgverlening van het kruiswerk komen GVO-activiteiten met inbegrip van activiteiten in het kader van de preventieve ouderenzorg, onvoldoende tot ontwikkeling en uitvoering. De nota bevat voorstellen om de preventieve ouderenzorg kwalitatief en kwantitatief uit te breiden. De nota is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft de algemene uitgangspunten weer en er worden enkele ontwikkelingen geschetst die het algemene kader vormen waartegen de betekenis van de preventieve ouderenzorg moet worden geplaatst. Er wordt een inventarisatie gepresenteerd van de verschillende preventieve activiteiten die momenteel door het kruiswerk worden aangeboden aan ouderen in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 bevat een beschouwing. In hoofdstuk 5 tenslotte worden conclusies en beleidsvoornemens gepresenteerd.

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG/TNO

Preventieve gezondheidszorg voor ouderen: PGVO-onderzoek.

Leiden: NIPG/TNO, 1987. 21 p.

NIVEL (R 3192)

Deze brochure presenteert een meerjarenperspectief voor onderzoek op het terrein van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen (PGVO), zoals dat op het ogenblik wordt uitgevoerd en - in de komende tijd - ook zou kunnen worden uitgevoerd in de gelijknamige sector van het NIPG/TNO.

Gedetailleerde uitgewerkte projectonderwerpen of projectvoorstellen vallen buiten het bestek van deze brochure. Het gaat allereerst om het verschaffen van informatie over de grote lijnen van onderzoek en de accenten die daarin gelegd worden.

WESTENDORP, I.M., SPRUIT, B. (samenst.)

Ouderen en gezondheidsvoorlichting: een geannoteerde bibliografie 1989.

Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1989. 150 p. (Overzichten GVO; 3-1989)

NIVEL (R 4350)

'Ouderen en gezondheidsvoorlichting: een geannoteerde bibliografie' is een inventarisatie van literatuur op dit gebied, welke grotendeels in de bibliotheek van het Landelijk Centrum aanwezig is.

De publikatie is een geheel herziene uitgave van 'Gvo en ouderen: een materiaaloverzicht' van 1986. Dit overzicht komt hiermee te vervallen.

De bibliografie is bedoeld voor iedereen die activiteiten ontwikkelt of gaat ontwikkelen op het gebied van gvo en ouderen. De publikatie is vooral een informatiebron voor gvo-consulenten bij het kruiswerk of de basisgezondheidsdienst en preventiewerkers bij riagg's die voorlichtings-

programma's opzetten voor ouderen en hun familie. De verschillende opgenomen rapporten en verslagen geven een indruk van wat men elders aan activiteiten heeft ontwikkeld. Ook mensen die in de hulpverlening of het welzijnswerk met ouderen werken kunnen veel informatie vinden in de bibliografie. (..) (aut. ref.)

BORSBOOM, S., BUN, C.

Combinatie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij ouderen in Nederland.

Wageningen: Lanbouw Universiteit Wageningen, 1988. 50 p., 70 lit. opgn., bijln., tabn. Gezondheidsleer; 346.

NIVEL (R 4211)

Bij ouderen worden veelvuldig verhoogde waarden voor risicofactoren voor hart- en vaatziekten waargenomen. In dit verslag wordt allereerst een literatuurstudie verricht, waarin de gevonden niveaus van de risicofactoren bloeddruk, serumcholesterol, roken en obesitas bij ouderen worden aangegeven en waarin vervolgens de voorspellende waarde van deze risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten bij ouderen aan de orde komt. De relatie van deze risicofactoren met voeding wordt eveneens besproken, alsmede de onderlinge samenhang van de risicofactoren.

In het tweede deel wordt verslag gedaan van een onderzoek, dat is uitgevoerd onder 483 ogenschijnlijk gezonde Nederlandse ouderen van 65 tot 80 jaar. De samenhang tussen de risicofactoren bloeddruk, serumcholesterol, roken en obesitas is onderzocht en de risicogroep is beschreven. De risicogroep werd in vergelijking met de referentiecategorie gekenmerkt door een groter aandeel van mensen uit een lage welstandsklasse, met een lage opleiding (mannen) en een geringe mate van lichamelijke activiteit. De implicaties van de resultaten voor preventieve activiteiten en op het gebied van voeding komen aan de orde.

BOSMA, A.

De gezondheid van mensen in de derde levensfase: een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten.

Eindhoven: GGD, 1988. 194 p., 83 lit. opgn., vragenlijsten, tabn.

NIVEL (R 4579 (1))

+

BOSMA, A., CORVEN, J. VAN

De geestelijke en lichamelijke gezondheid van ouderen in Eindhoven: een beknopt verslag van een gezondheidsonderzoek.

Eindhoven: GGD, 1988. 50 p., 14 lit. opgn., bijln.

NIVEL (R 4579 (2))

Met behulp van gestructureerde interviews bij de mensen thuis werden gegevens verzameld over drie aspecten van gezondheid; de ervaren lichamelijke gezondheid, de mate van welbevinden en de psychische gezondheid. Daarnaast zijn een aantal met de gezondheid interacterende factoren in kaart gebracht. Deze zijn: tabaksafhankelijkheid, alcoholgebruik, medicijngebruik, behoefte aan en beschikbaarheid van hulp, kennis en gebruik van voorzieningen. Aansluitend bij de vraagstelling van het onderzoek zijn per subpopulatie klachten, problemen en symp-

tomen geïnventariseerd voor elk van de drie genoemde gezondheidsaspecten. Deze zijn gecategoriseerd naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en sociaal-economische status. Verder is de onderlinge samenhang tussen de ervaren lichamelijke gezondheid, de mate van welbevinden en de psychische gezondheid nagegaan.

ANDRIESEN, C.

Psycho-sociale problemen bij ouderen.

s.l.: GIMD, 1987. 30 p., 19 lit. opgn.

NIVEL (R 3490)

In het eerste deel van deze in opdracht van het Gemeenschappelijk Instituut voor Maatschappelijke Dienstverlening Noord-Brabant gemaakte inventarisatie wordt een overzicht gegeven van mogelijke psycho-sociale problemen bij ouderen.

In deel 2 wordt een beschrijving gegeven van de benodigde voorzieningen om tegemoet te kunnen treden aan de problemen die zich voor kunnen doen.

DEEG, D.J.H.

'En ze leefden nog lang en gelukkig...': satisfactie als predictor voor overlevingsduur bij bejaarden.

Gezondheid en Samenleving; 8, 1987, no. 2, p. 98-107, 19 lit. opgn., bijl.

NIVEL

Heeft een gelukkige oudere kans op een langere levensduur? Uit de schaarse literatuur over dit onderwerp komen geen duidelijke resultaten naar voren, vooral niet wanneer geluk in relatie tot andere geestelijke, lichamelijke en sociale factoren is onderzocht. In 1955-1957 is bij 2645 personen ouder dan 65-jaar een onderzoek naar de gezondheidstoestand gedaan. In 1983 is gekeken of zij nog leefden, of wanneer zij overleden waren. Elf variabelen over gezondheid, maatschappelijke positie, familierelaties en het leven als geheel zijn onderzocht, waarmee een indruk wordt verkregen over geluk ofwel levensvoldoening. Een deel van de variantie in overlevingsduur wordt door deze satisfactievariabelen verklaard; met name acceptatie van het ouder worden, de waardering van het inkomen en het gevoel dat het leven op de oude dag zin heeft, hebben invloed op levensvoldoening. Dit geldt sterker voor mannen dan voor vrouwen en voor nooit-gehuwden dan voor ooit-gehuwden. Een gelukkig leven draagt dus in beperkte mate bij tot een langer leven.

HAHN, D.E.E., DAM, F.S.A.M. VAN

Ouderen en kanker: psychosociale zorg en kwaliteit van het leven.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 43, 1989, no. 8, p. 257-261, 16 lit. opgn.

NIVEL

De evaluatie van oncologische behandelingen heeft zich in het verleden

vooral gericht op biologische factoren, zoals de overlevingsduur. Voor de kwaliteit van het leven had men relatief weinig oog. Juist bij oudere patiënten die niet meer op genezing mogen hopen, verdient dit aspect echter aandacht.

Veelgehoord is dan ook de mening dat oudere patiënten niet nog eens met zware therapieën belast moeten worden. Anderzijds zijn er aanwijzingen dat deze patiëntengroep in psychologisch opzicht over een goed aanpassingsvermogen beschikt (..). (aut. ref.)

JONG, A.T.J. DE

Aktief als altijd: leefsituatie, leefstijl en initiatieven van jongbejaarden.

Rijswijk: Min. van WVC, 1989. 40 p., 13 lit.opgn.

NIVEL (R 4566)

Deze publicatie is een samenvatting van twee onderzoeken¹. De kernvraag bij het samenvatten luidt als volgt: "Hoe kan de deelname aan de samenleving van ouderen systematisch worden bevorderd en voor wie ontstaan er problemen?"

De twee onderzoeken laten zien dat ouderen de maatschappelijke mogelijkheden willen en de persoonlijke kwaliteiten hebben om mee te blijven doen. De centrale conclusie uit de onderzoeken wordt als volgt geformuleerd: De verschillen tussen ouderen hangen nauw samen met hun eerdere maatschappelijke positie. Ouderen met een behoorlijke opleiding en een redelijk inkomen blijken in de jaren daarvoor actiever, vitaler te zijn geweest dan anderen en dat zet zich bij het ouder worden door. De problemen van de oudere generatie worden vooral gelokaliseerd bij hen die in hun jongere jaren weinig mogelijkheden hadden een goede opleiding te volgen en een redelijk inkomen te verwerven. Deze mensen hadden buiten de beroepsarbeid weinig om handen. Dat verandert niet of nauwelijks wanneer zij buiten de betaalde beroepsarbeid komen te staan.

In de nabeschuiving worden enkele buitenlandse publicaties besproken, die illustreren hoezeer het denken over de 'derde levensfase' internationale dimensies aanneemt in de Westerse wereld.

KROMHOUT, H.A.

Zingeving en aftakeling: de herkenning van religieuze en/of levensbeschouwelijke aspecten in het bijzonder bij oudere patiënten.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 51/52, p. 1704-1706, 5 lit. opgn.

NIVEL

Juist bij het ouder worden kan de geestelijke dimensie een prominente rol gaan spelen bij belangrijke beslissingen. Gebrek aan herkenning van die dimensie door artsen leidt op z'n minst tot misverstanden en tot miskennis van de patiënt, in het bijzonder van de oudere patiënt. (..)

¹ Claessens en van Esch, Claessens en Mertens

LINNEMAN, M.A., LEENE, G.J.F.

Eenzaamheid onder hoogbejaarden en de interventiemogelijkheden van hulpverleners in de eerste lijn: verslag van een inventariserend onderzoek in twee buurten in Amsterdam.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 21, 1990, no. 4, p. 161-168, 30 lit. opgn.

NIVEL

In Amsterdam is in 1987 een onderzoek gehouden onder eerstelijns-hulpverleners (39 beroepskrachten en 22 vrijwilligers) en drie groepen zelfstandig wonende hoogbejaarden (totaal 100). Door middel van deels voorgestructureerde, deels open vragen is geïnventariseerd welke factoren hulpverleners in verband brengen met eenzaamheid onder hoogbejaarden. Voor drie van de door hen genoemde factoren, lichamelijke beperkingen, ontevredenheid over de woonsituatie en kinderloosheid is een verband met eenzaamheid gevonden. Andere factoren, zoals sekse, aanwezigheid van eigen kinderen in de buurt en burgerlijke staat vertoonden geen verband met eenzaamheid. Ondanks het feit dat niet alle door de hulpverleners genoemde factoren samenhang met eenzaamheid vertoonden, blijkt hun taxatie of een oudere eenzaam is redelijk accuraat. De hulpverleners boden bij eenzaamheid onder hoogbejaarden hulp aan die varieerde van praktische hulp tot aan psychosociale zorg. De cliënten herkenden de hulp echter niet als eenzaamheids-hulp. De hulp werd kennelijk latent verleend. Meer openheid over eenzaamheidsproblematiek kan de effectiviteit van de hulp vergroten. Het succes van de hulp werd mogelijk geblokkeerd doordat hulpverleners hun eigen beperkingen onvoldoende onder ogen zagen. Verlichting van eenzaamheidsgevoelens hoeft niet alleen te geschieden door verbetering van sociale contacten, maar kan ook bewerkstelligd worden door het ontplooiën van activiteiten die men alleen kan doen. (aut. ref.)

LINSCHOTEN, C.P. VAN, LEEMEIJER, M., HEUVEL, W.J.A. VAN DEN
Ouderen geholpen?

Groningen: RUG 1988. 59 p., 7 lit. opgn., tabn. Deelrapport in het kader van het onderzoek "samenwerking in de zorg voor ouderen".

NIVEL (R 4165 (1))

Een belangrijk doel van dit verslag bestaat uit een beschrijving van de leefsituatie van de onderzochte ouderen. Vervolgens wordt besproken, welke problemen door de onderzochte ouderen naar voren werden gebracht. Hierna wordt ingegaan op de verschillende vormen van hulpverlening die ouderen ontvangen en de ervaringen die zij hebben met hun hulpverleners. Tot slot volgen conclusies en discussie. (aut. ref.)

MEYBOOM-DE JONG, B., SMITH, R.J.A.

Cerebrovasculaire stoornissen bij ouderen in de huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 10, p. 359-365, 27 lit. opgn., tabn.

NIVEL

In het kader van het Autonomieproject - een onderzoek naar de morbiditeit en de functionele toestand van ouderen in de huisartspraktijk - werden door 25 huisartsen in 12 praktijken gedurende één jaar alle face-to-face contacten met 5502 bejaarden geregistreerd. Tijdens dat jaar registreerden zij 82 episoden met de diagnose 'transient cerebral ischemia' en 167 episoden met de diagnose 'other cerebrovascular disease'. Gemiddeld vonden drie à vier contacten per episode plaats, waarvan ruim driekwart bestond uit huisbezoeken. Naast de cerebrovasculaire stoornis werden gemiddeld zes andere aandoeningen geregistreerd. In de loop van het jaar overleden 29 patiënten. De functionele toestand van de patiënten was over het algemeen ernstig tot zeer ernstig beperkt. Van de patiënten met een voorbijgaande cerebrovasculaire stoornis werd 12 procent naar de specialist verwezen; van degenen met een blijvende stoornis was dat 47 procent. (aut. ref.)

PEUTE, L.J.M.

Dementie als belasting voor de familie: onderzoek en hulpverlening.

Tijdschrift voor Psychiatrie; 30, 1988, no. 2, p. 82-93, 46 lit. opgn.

NIVEL

In Nederland bestaat een kennisachterstand met betrekking tot de problemen die zich voordoen in de zorgverlening door de familie aan demente ouderen. De problemen rond de extramurale opvang van demente ouderen zullen in de komende decennia sterk toenemen. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur met betrekking tot dementie als belasting voor de familie en ontwikkelde interventiestrategieën ten aanzien van de familie. Besproken worden twee concepten van dementie als belasting: het anticiperend rouwmodel en het draaglast-draagkrachtmodel. In samenhang met enkele methodologische problemen worden de resultaten van het draaglast-draagkrachtonderzoek geïnventariseerd. Als laatste wordt een aanzet gegeven voor verder onderzoek. (aut. ref.)

VINK, M.T., KAM, P. VAN DER, DIESFELDT, H.F.A.

Gedragsproblemen in verzorgingstehuizen: een inventarisatie in zes verzorgingstehuizen en een vergelijking met enkele verpleeghuizen.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 20, 1989, no. 1, p. 3-11, 16 lit. opgn., bijl.

NIVEL (C 2662)

Met behulp van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten werd in zes verzorgingstehuizen de gedragsproblematiek van de 673 bewoners geïnventariseerd. Ongeveer de helft vertoonde depressief gedrag en be-

perkte zich in sociale contacten. Inactiviteit en problemen rond een zinvolle tijdsbesteding werden bij 30% geconstateerd. Bij 14% werd een gedrag geobserveerd dat wees op een verminderd cognitief functioneren. Zeer ernstige lichamelijke invaliditeit kwam voor bij circa 5% van de bewoners. In de verzorgingstehuizen vonden de auteurs dus een zeer gevarieerde problematiek. Wanneer men aan al deze zaken aandacht wil schenken, stelt dit hoge eisen aan de organisatie en kwaliteit van het werk. Deze resultaten zijn vergeleken met in dezelfde periode verzamelde BOP-scores van een somatisch (N=152) en een psychogeriatrisch (N=169) verpleeghuis. Zeer significante verschillen tussen de verzorgingstehuizen enerzijds en de verpleeghuizen anderzijds, werden gevonden bij de subschalen hulpbehoefte, agressiviteit, lichamelijke invaliditeit, psychische invaliditeit en inactiviteit. Allen de mate van depressief gedrag was in de verschillende instellingen gelijk. Op grond van deze gegevens kunnen wij niet de veelgehoorde opvatting onderschrijven, dat het verzorgingstehuis en verpleeghuis elkaar dicht zijn genaderd wat betreft hun verzorgingsproblematiek. (aut. ref.)

WESTENBRINK, S., LÖWIK, M.R.H., HULSHOF, K.F.A.M., SCHRIJVER, J., MEULMEESTER, J.F.

Voeding(stoestand), gezondheid en dieetgebruik van ouderen.

Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten; 42, 1987, no. 9, p. 222-224, 1 lit. opgn.

NIVEL

In het algemeen blijkt de voeding van zelfstandig wonende ouderen in Nederland meer te worden gekenmerkt door overvoeding dan door voedingstekorten. De voeding bevat in het algemeen voldoende vitamines, mineralen en vocht, hetgeen wordt bevestigd door de biochemische bepalingen. Vitamine B₆ (marginale inneming) en vitamine D (relatief veel ouderen met lage concentraties in plasma) vormen een uitzondering op deze algemene constatering. Duidelijke tekorten (met klinische symptomen) zijn niet geconstateerd. Bij veel ouderen wijkt de inneming van macrovoedingsstoffen af van de aanbevelingen. Algemeen erkende risicofactoren voor hart- en vaatziekten (roken, overgewicht, hoog serumcholesterolgehalte en hypertensie) zijn bij een aanzienlijk deel van de ouderen waargenomen. Het zwaartepunt van de gezondheidsproblematiek van de ogenschijnlijk gezonde ouderen ligt bij hart- en vaatziekten. Dit ondanks de selectieve sterfte die op middelbare leeftijd reeds heeft plaatsgevonden vooral bij mannen. De waargenomen gezondheidsproblematiek komt eveneens tot uitdrukking in het dieet- respectievelijk geneesmiddelengebruik. (aut. ref.)

WEVERS, C.W.J.

Signalering van dementie en depressie in een huisartspraktijk.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 18, 1987, no. 3, p. 179-186, 26 lit. opgn.

NIVEL (C 1680)

In dit artikel wordt ingegaan op de signalering van dementie en depressie in een huisartspraktijk aan de hand van een secundaire analyse van onderzoeksgegevens. Uit het materiaal van het onderzoek 'Ouderen en hulpverlening' zijn ten aanzien van 282 65-plussers 20 items geselecteerd. Deze hebben betrekking enerzijds op geestelijke stoornissen specifiek voor dementie en depressie en anderzijds op stoornissen die niet specifiek voor één van beide aandoeningen genoemd kunnen worden. Teneinde eventuele samenhangen tussen deze items, die afkomstig zijn van huisarts en cliënt, te onderzoeken is een eenvoudige vorm van loglineaire analyse toegepast. In de onderzochte praktijk blijkt er ten aanzien van dementie en depressie sprake te zijn van klachten en stoornissen die de huisarts niet zozeer in diagnostische entiteiten kan of wil inpassen. Een eerdere bevinding van Verhaak wordt hiermee bevestigd. Bovendien blijken huisarts en oudere cliënt het meermalen niet eens te zijn over de aanwezigheid van depressieve klachten. Het percentage 65-plussers, dat dement kan worden genoemd, komt redelijk overeen met morbiditeitsgegevens van ander onderzoek. Epidemiologisch onderzoek in andere landen laat echter beduidend hogere percentages zien. (aut. ref.)

WEVERS, C.W.J., LEDEN, J. VAN DER

De hulp van de huisarts aan ouderen.

Huisarts en Wetenschap; 30, 1987, no. 1, p. 3-8, 12 lit. opgn. bijl.

NIVEL

Gegevens over het functioneren van de huisartsenzorg voor ouderen zijn schaars. In een pilot-study met de Reason For Encounter Classification in een duopraktijk bleek dat slechts een kleine groep verantwoordelijk is voor het grootgebruikers-*imago* van ouderen. Bij deze groep is sprake van een multipathologie van relatief ernstige aard. Vele contacten met ouderen hebben een routinematig karakter: de contactreden was in 52 procent van de gevallen een behandeling en in driekwart van deze gevallen ging het om een bekende diagnose. Klachten kwamen als contactreden op de tweede plaats; in slechts een kwart van de gevallen ging het daarbij om een nieuwe klacht. In ongeveer de helft van de gevallen speelde de huisarts een doorslaggevende rol bij de totstandkoming van het contact. (aut. ref.)

LÖWIK, M.R.H., MEULMEESTER, J.F., WESTENBRINK, S.

Komt ouderdom met voedingsgebreken: literatuuronderzoek naar voeding(stoestand) en veroudering.

Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten; 42, 1987, no. 9, p. 218-221, 15 lit. opgn.

NIVEL

In zowel sociaal-economisch als (patho-)fysiologisch opzicht behoort de groep ouderen tot de kwetsbare groepen. Met betrekking tot de sociaal-economische situatie moet vooral worden gedacht aan inkomenspositie en sociale isolatie. Biologische veroudering gaat doorgaans gepaard met

functievermindering van een groot aantal organen, hetgeen mede ten grondslag ligt aan een verhoogde prevalentie van chronische ziekten en degeneratieve afwijkingen bij ouderen. Een inadequate voeding(stoestand) kan zowel direct als indirect een gevolg zijn van ziekten. Verder kunnen chronische aandoeningen aan het dagelijks functioneren van oudere mensen aanzienlijke beperkingen opleggen met als gevolg een verhoogde hulpbehoefte. Gezien de heterogeniteit in voeding(stoestand) die ook de oudere bevolking kenmerkt, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van het bestaan van risicogroepen binnen de groep ouderen. (aut. ref.)

MEYBOOM-DE JONG, B.

Bejaarde patiënten: een onderzoek in twaalf huisartspraktijken.

Lelystad: Meditekst, 1989. 2 delen, 111 p., 178 lit.opgn. Proefschrift RU Groningen.

NIVEL (B 2082)

In dit boek worden de resultaten beschreven van het onderzoek naar de functionele toestand van bejaarden in relatie tot de gezondheidsproblemen waarvoor deze bejaarden hun huisarts raadpleegden. De functionele toestand en gezondheidsproblemen zijn tijdens een één jaar durend prospectief onderzoek geregistreerd bij 5502 ouderen, ingeschreven in 12 praktijken, waar 25 huisartsen werkzaam waren. In totaal registreerden deze huisartsen 25.964 contacten met 82 procent van alle ingeschreven ouderen. De onderzoeksgroep die is ingeschreven bij de geselecteerde huisartsen, is vergelijkbaar met de bejaardenpopulatie in Nederland.

Deze registratie levert een aanzienlijke hoeveelheid gegevens op over de morbiditeit en de functionele toestand van de onderzochte populatie. In het bijzonder is daarbij aandacht besteed aan de volgende diagnoses: hypertensie, diabetes mellitus, gewrichtsartrose, acute bronchitis, emfyseem, decompensatio cordis, Parkinsonisme, huisvestingsproblemen, verlies of overlijden van de partner, bijwerkingen van geneesmiddelen, 'geen ziekte', kanker en psychische problemen. Tezamen met het bijbehorende tabellenboek vormt dit boek een naslagwerk over de bejaarde patiënt in de Nederlandse huisartspraktijk.

MHEEN, H. VAN DE, MINDERHOUD, M.

Gezondheid van Rotterdamse ouderen: de 55- tot en met 69-jarigen uit de gezondheidsenquêtes nader beschouwd.

Rotterdam: GGD, afdeling Epidemiologie, 1989. 109 p., 20 lit.opgn., bijln.

NIVEL (B 2179)

De belangrijkste doelstelling van het ouderenbeleid van de gemeente Rotterdam is het zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen van de ouderen. Hierbij wordt voornamelijk aandacht besteed aan de "oude ouderen" (75-plussers). Wellicht zal, als de groep "toekomstige jonge ouderen" (55 tot en met 64 jaar) zorg nodig heeft, de zorgbehoefte zodanig veranderd

zijn, dat de voorzettingenstructuur aangepast moet worden. Daarom werd in dit onderzoek de laatst genoemde groep onderzocht aan de hand van belangrijke gezondheidsenquêtes (Reelick & Toet, 1988 en Reelick, 1988). Hierbij komen gegevens naar voren omtrent rook- en drinkgedrag, gezondheidsbeleving, gezondheidsklachten, medicijngebruik, psychosociale klachten en medische consumptie. De gegevens zijn tevens uitgesplitst naar sekse en leeftijd.

Uit de resultaten volgen een aantal aanbevelingen voor het beleid:

1. Er moet meer aandacht komen voor eenzaamheid en problemen die ouderen ondervinden door veranderingen in de maatschappij.
2. Er moet meer bekendheid gegeven worden aan psycho-sociale hulpverlening.
3. Er moet nader onderzoek gedaan worden naar:
 - het voorkomen van ouderdomsziekten en -aandoeningen en de invloed hiervan op het dagelijks leven.
 - psycho-sociale en psychiatrische problematiek van ouderen in Rotterdam.
 - de betekenis van een "omslagpunt" voor ervaren gezondheid op jongere leeftijd.
 - de redenen voor verhoogd gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen.
4. De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen uit bestaand onderzoeksmateriaal van de GGD dat is verzameld bij niet-geïnstitutionaliseerde Rotterdammers van 16 tot en met 69 jaar. Het verdient aanbeveling om dergelijk onderzoek ook bij Rotterdammers van 70 jaar en ouder te doen.

5. MEDISCHE CONSUMPTIE

GEURTS, J., BREKEL, E. VAN DEN (samenst.)

Gezondheidsproblemen en medische consumptie bij ouderen.

Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 7, 1988, no. 7, p. 4-20, 27 lit. opgn., bijl. tabn.

NIVEL

Op basis van gegevens uit diverse CBS-onderzoeken wordt in dit artikel een overzicht gegeven van de gezondheidstoestand van en het gebruik van (para)medische voorzieningen door personen van 55 jaar en ouder. Het gebruik van medische voorzieningen vertoont bij zelfstandig wonenden een sterke samenhang met de ervaren gezondheid; in het algemeen gaat een slechte gezondheid samen met een hoger gebruik. Het gebruik van hulp verstrekt door het kruiswerk vertoont de sterkste samenhang met het aantal gerapporteerde functie-beperkingen.

Samenhangen van leeftijd en geslacht met medische consumptie zijn slechts gering in vergelijking met de verbanden van de gezondheidsindicatoren.

Daarnaast wordt de samenhang van het voorzieningengebruik met enkel sociaal-demografische kenmerken (te weten burgerlijke staat, opleiding en inkomen) onderzocht. Na correctie voor verschillen in gezondheidstoestand, leeftijd en geslacht, blijken de volgende samenhangen:

Gescheiden en verweduwde personen gaan wat meer naar de huisarts en de fysiotherapeut. Gescheiden personen maken ook meer gebruik van algemeen maatschappelijk werk en gebruiken minder medicijnen op recept.

Hoger opgeleiden gebruiken, ceteris paribus, meer medicijnen niet op recept en bezoeken vaker de specialist.

Personen met een hoger inkomen ontvangen meer hulp van de fysiotherapeut en alternatieve genezers.

Tenslotte werd de zorgbehoefte en medische consumptie van ouderen in een verzorgingstehuis in de afgelopen jaren nader onderzocht. Als gevolg van een stringenter opnamebeleid zien we dat de gemiddelde verzorgingsbehoefte van de opgenomen personen in de afgelopen 10 jaar is toegenomen. In vergelijking met zelfstandig wonenden is de gezondheidstoestand van tehuusbewoners (uiteraard) slechter en maken zij meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Het gebruik van hulp verleend door het kruiswerk vormt hierop een uitzondering. (aut. ref.)

HAAGSMA, C.J., GRIBNAU, F.W.J., BRUYNS, E.

De invloed van opname op de geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis op het geneesmiddelengebruik van bejaarden.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 133, 1989, no. 47, p. 2341-2344, 21 lit. opgn.

NIVEL

Verblijf op de geriatrische afdeling van ons (de auteurs, PH) algemeen ziekenhuis van 100 achtereenvolgens opgenomen bejaarden resulteerde in een geringe daling van hun geneesmiddelengebruik. De gegevens werden retrospectief verzameld. De voornaamste daling betrof het aantal hart- vaatmiddelen, de toename vooral de sedativa en laxantia. Van de diureticagebruikers had 43% verschijnselen van dehydratie; van degenen die geen diuretica gebruikten, had slechts 12,5% deze verschijnselen, een statistisch significant verschil.

De opvallendste conclusie is dat een kwart van de medicatie bij opname gestaakt kon worden doordat de indicatie ervoor ontbrak. (aut. ref.)

HAAIJER-RUSKAMP, F.M., STEWART, R., WESSELING, H.

Het geneesmiddelengebruik van ouderen.

Groningen: RUG, 1988. 28 p., 24 lit.opgn., fign., tabn.

NIVEL (R 4104)

In het onderzoek wordt de geneesmiddelenprescriptie aan ouderen beschreven in de huisartspraktijk. Het prescriptievolume stijgt sterk met de leeftijd, voornamelijk ten gevolge van een toename van de herhalingsreceptuur. Dit geldt in het bijzonder voor de cardiovasculaire middelen en de psychofarmaca. Ook als rekening gehouden wordt met de verslechterende gezondheidstoestand van ouderen, blijken zij meer geneesmiddelen voorgeschreven te krijgen dan patiënten jonger dan 60 jaar. Dit impliceert dat andere mechanismen mede het hoge geneesmiddelengebruik bij ouderen ten gevolge hebben. In het bijzonder valt hierbij te denken aan het automatisch herhalen van receptuur via telefoon of assistente, invloed van de specialist of bijzondere omstandigheden zoals wonen in een verzorgingstehuis. Ouderen gebruiken ook veelvuldig meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd. In dit onderzoek is gekeken naar polyfarmacie tijdens een consult, hetgeen waarschijnlijk een onderschatting van de problematiek inhoudt. Over het algemeen lijkt een gebruik van ongewenste combinaties dan niet al te frequent voor te komen. (aut. ref.)

HUIJSMAN, R., DOLMANS, E.L.J.

Ouderen en het gebruik van gezinsverzorging: verleden, heden en toekomst.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 21, 1990, no. 1, p. 17-25, 23 lit. opgn.

NIVEL

Gezinsverzorging is met een bereik van ruim 10% van alle 65-plussers een belangrijke voorziening, die weliswaar algemeen toegankelijk is, maar een categoriaal karakter krijgt door het grote aantal oudere gebruikers. Deze algemene observatie, ontleend aan ambtelijke beleidsstatistieken over de periode 1970-1986, wordt uitgewerkt op basis van cliëntgegevens (Maastricht; N=1404), zodat inzicht verkregen wordt in de aard en omvang van de hulpverlening aan ouderen. Deze hebben thans een aandeel van ongeveer 60% in de totale hulpverlening. Bij alpha-hulp is

net merendeel (80% of meer) der cliënten 65-plus. Het bereik van gezinsverzorging loopt op met de leeftijd van cliënten en is met 15% het hoogst in de leeftijdscategorie 80-84 jaar. Ongehuwden worden in grotere mate bereikt dan gehuwden of samenwonenden. Bijna 70% van alle cliënten is alleenstaand. Tweederde van de oudere cliënten heeft de AOW als maximum, zodat 30% van de cliënten slechts het minimumtarief hoeft te betalen, ongeacht de aard en omvang van de hulp. Dit verklaart het kleine aandeel van retributies in de totale kosten. Bij Alpha-hulp vormt de eigen bijdrage 14,7% van de uurprijs van f 20,- en bij traditionele hulp 7,6% van f 30,-. De hulpduur is gemiddeld ruim drie jaar en stijgt met de leeftijd. Alleenstaanden zijn anderhalf maal langer in zorg dan gehuwden. De gemiddelde hulpomvang is 6,8 uur per week en bij traditionele hulp (ruim 8 uur) bijna twee maal zo groot als bij alpha-hulp. Bij 65-plussers wordt een positief verband tussen leeftijd en de totale hulp (uren en duur) gevonden. De dubbele vergrijzing leidt ertoe dat het gebruik van gezinsverzorging (uitgedrukt in aantal cliënten) tot de eeuwwisseling met gemiddeld 1,8% per jaar zal toenemen. Verbetering van de efficiëntie en verdere differentiatie van het aanbod (zorg op maat) kunnen wellicht de op grond van demografische ontwikkelingen te verwachten kostenontwikkeling enigszins mitigeren, maar de financiering van gezinsverzorging zal bij volledige opnemings in de AWBZ speciale aandacht moeten krijgen. (aut. ref.)

KEMPEN, G.I.J.M., SUURMEIJER, T.P.B.M.

Depressieve klachten, invaliditeit en het gebruik van professionele thuiszorg door ouderen: replicatie en nuances.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 20, 1989, no. 1, p. 13-17, 11 lit. opgn.

NIVEL (C 2663)

Nederlandse onderzoekers vonden, onafhankelijk van fysieke invaliditeit, een tweemaal zo hoge prevalentie van depressieve klachten onder oudere gebruikers van professionele thuiszorg in vergelijking met 'niet-gebruikers'. Ze kwamen tot de conclusie dat depressieve klachten een risico-indicator kunnen zijn voor het gebruik van professionele thuiszorg. Andere onderzoekers vonden echter nauwelijks een verband tussen depressie en het gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen. Een onderzoek naar het functioneren van thuiszorg in de provincie Drenthe bood de mogelijkheid om deze bevindingen opnieuw empirisch te toetsen, nader te analyseren en te nuanceren. Hoewel de gegevens uit het replicatie-onderzoek ook wijzen op een positief verband tussen fysieke invaliditeit en depressieve klachten, kon een tweede hypothese uit het Nederlands onderzoek niet worden ondersteund: het verschil in depressieve klachten tussen gebruikers en 'niet-gebruikers'. Het verschil tussen de bevindingen kan wellicht worden toegeschreven aan de verschillen in opzet van beide onderzoeken alsmede aan de nauwkeurigheid waarmee de diverse analyses zijn uitgevoerd. (aut. ref.)

LAKO, C.J., ZONNEVELD, R.J. VAN., CLUITMANS, R., FREDRIX, L., VASBINDER, I.

Subjectieve gezondheid en medische consumptie van ouderen in grote steden en op het platteland.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 5, p. 131-135, 15 lit. opgn.

NIVEL

Op het leefsituatie-onderzoek van het CBS uit 1982 onder de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder is een secundaire analyse verricht met als doel om na te gaan of er tussen zelfstandig wonende ouderen in de stad en op het platteland verschillen bestaan in gezondheid en medische consumptie. Twee contrasterende groepen ouderen zijn onderscheiden: ouderen in de stad en ouderen op het platteland.

Tussen beide groepen blijken geen verschillen te bestaan in de aanwezigheid van langdurige aandoeningen. Wel blijken mannen in de stad meer geestelijke klachten te hebben dan mannen op het platteland. Bij vrouwen is er een soortgelijk verband ofschoon niet significant. Vrouwen in de stad voelen zich minder gezond dan vrouwen op het platteland. Voorts bezoeken mannen in de leeftijdsgroep 55-74 jaar in de stad in een periode van 12 maanden meer de huisarts dan hun leeftijdsgenoten op het platteland. Hetzelfde geldt voor de vrouwen van 75 jaar en ouder die ook meer de specialist bezoeken.

Bij de interpretatie van deze uitkomsten moet bedacht worden dat deze kunnen samenhangen met andere verschillen tussen stad en platteland. Deze effecten zullen door de auteurs nog nader geanalyseerd en beschreven worden. (aut. ref.)

LEUFKENS, H.G.M.

Epidemiologie van geneesmiddelengebruik bij bejaarden.

Pharmaceutisch Weekblad; 124, 1989, no. 24/25, p. 437-439, 9 lit. opgn.

NIVEL

De huidige demografische ontwikkelingen en de consequenties daarvan voor het gebruik van geneesmiddelen, maken duidelijk dat we in de naaste toekomst te maken zullen krijgen met een sterke toename van de toepassing van de farmacotherapie. Aan de hand van enige voorbeelden maakt de auteur duidelijk dat bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen meer aandacht besteed moet worden aan de gevolgen voor ouderen en dat in verband hiermee ouderen vaker betrokken zouden moeten worden bij het testen van geneesmiddelen.

WALMA, E.P., BOUKES, F.S., PRINS, A., DOES, E. VAN DER

Diureticagebruik door 65-plussers in een huisartspraktijk: wie kunnen er stoppen?

Huisarts en Wetenschap, 1989, no. 9, p. 326-328, 25 lit. opgn.

NIVEL

In een huisartspraktijk werd nagegaan hoeveel bejaarde patiënten diuretica gebruikten, hoe lang dat al het geval was, op grond van welke indicatie, en op wiens advies (huisarts of specialist). De belangrijkste vraag was bij hoeveel diureticagebruikers een indicatie bestond voor voortzetting van het gebruik. De gegevens zijn voor een deel retrospectief verzameld uit de dossiers van alle 280 patiënten van 65 jaar en ouder; aanvullende informatie werd verkregen door middel van een vragenlijst en lichamelijk onderzoek. Bijna 20 procent van de bejaarde patiënten gebruikt diuretica; de mediane gebruiksduur was twee jaar en drie maanden. Verhoogde bloeddruk en verschijnselen van decompensatio cordis waren de belangrijkste indicaties en in tweederde van de gevallen was de huisarts de voorschrijvende arts. Bij de helft van de diureticagebruikers zou de medicatie kunnen worden gestaakt. (aut. ref.)

ZUYLEN, C. VAN, OOSTENDORP, F.M.G.M., BEUSEKOM, B.R., COOLS, H.J.M., BOLK, J.H., LIGTHART, G.J.

Toenemend geneesmiddelengebruik in het verpleeghuis.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 132, 1988, no. 37, p. 1692-1695, 17 lit. opgn.

NIVEL

Onderzoek is gedaan naar het geneesmiddelengebruik van oudere verpleeghuispatiënten. Er werd een aselechte steekproef genomen van 10 procent uit de patiënten van 75 jaar en ouder uit de 9 verpleeghuizen van de regio Zuid-Holland Noord (te zamen 1471 bedden). Het gebruik van geneesmiddelen bij opname en op de peildatum werd gemeten en onderling vergeleken. Eveneens werd op de peildatum (gemiddeld 3,5 jaar na opname) de reden nagegaan voor het voorschrijven van de medicatie en of af te raden combinaties van middelen voorkwamen. Bij somatische patiënten steeg het gemiddelde gebruik van 3,8 naar 5 middelen per patiënt per dag ($p=0,002$); deze toename gold vooral voor psychofarmaca, diuretica en laxantia. Bij psychogeriatrische patiënten steeg het geneesmiddelengebruik van 2,7 naar 3,4 ($p=0,02$). Het betrof bij hen slechts het gebruik van laxantia. Af te raden combinaties van medicijnen kwamen bij een kwart van de patiënten voor. Voorstellen worden gedaan om het geneesmiddelengebruik terug te dringen. (aut. ref.)

BOERSMA, F., GROOTHOFF, J.F., EEFSTING, J.A.

Het dementiesyndroom in de praktijk van 15 huisartsen: een oriënterend prevalentie-onderzoek in de regio Zwolle.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 20, 1989, p. 153-157, 23 lit.opgn.

NIVEL (C 2784)

In een pilot-onderzoek bij 15 huisartsen in de regio Zwolle is getracht een indicatie te verkrijgen van de prevalentie van het dementiesyndroom bij thuiswonende ouderen. Van de populatie van personen van 65 jaar en ouder vertoont naar het oordeel van de huisarts - op basis van de

Clinical Dementia Rating - 4,4% symptomen van dementie, een percentage dat in vergelijking met buitenlandse onderzoeken laag is. Opvallend is het verschil in prevalentie tussen stad (2,8%) en platteland (5,7%). De meest voor de hand liggende verklaring is de betere informele zorg in de plattelandsgemeenten rondom Zwolle en de hogere tolerantie voor demente bejaarden, waardoor opname in verpleeghuizen wordt voorkomen. Ondersteuning van deze veronderstelling is te vinden in het identieke verschil in opnamecijfers voor verpleeghuizen. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op het krijgen van het dementiesyndroom toe, hoewel niet gelijkmatig. Ondanks het erkend belang van een gedegen diagnostisch onderzoek bij demente ouderen, geschiedt dit in slechts geringe mate. De auteurs pleiten voor een uitgebreider onderzoek naar de prevalentie. Dit maakt planning van een beleid voor voorzieningen voor deze categorie patiënten beter mogelijk. (aut. ref.)

PERENBOOM, R.J.M., LAKO, C.J., SCHOUTEN, E.G.

Verschillen in gezondheid en medische consumptie bij ouderen: een secundaire analyse van CBS-data naar verschillen in gezondheid en gebruik van medische en welzijnsvoorzieningen tussen ouderen ten plattelande en ouderen in stedelijke gebieden.

Wageningen: Landbouw Universiteit Wageningen, 1987. 101 p., 66 lit.opgn., tabn. NIVEL (R 4060)

In dit onderzoek wordt geconstateerd dat er verschillen zijn in zowel gezondheidstoestand als in het gebruik van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen tussen ouderen op het platteland en ouderen in de stad. Factoren als inkomen, sociale netwerken, sociale participatie en vorm van hulpverlening vormen apart en te zamen geen voldoende verklaring van deze verschillen. Andere verklaringen kunnen gezocht worden in culturele verschillen, zoals verschillende opvattingen ten aanzien van gezondheid en verschillen in leefstijl. Dit kan ook een rol spelen in het feit dat de geconstateerde verschillen slechts klein zijn. Nederland is in sterke mate een verstedelijkt land, waarbij de grenzen tussen stedelijk gebied en platteland steeds meer vervaagd zijn, zowel in ruimtelijk als in cultureel opzicht. Meer definitieve uitspraken hierover zijn niet mogelijk, gezien de aard van de geanalyseerde gegevens. Een verklaring voor de minder grote medische consumptie op het platteland kan wellicht gevonden worden in het begrip substitutie van zorg. Enerzijds zijn hiervoor aanwijzingen te vinden in het feit dat ouderen op het platteland frequenter gebruik maken van gezins-/bejaardenzorg of wijkverpleging dan ouderen in de stad. Anderzijds zijn er geen verschillen geconstateerd in de mate van mantelzorg die ouderen op het platteland en ouderen in steden verkrijgen. Ook de bereikbaarheid, zowel in ruimtelijk als cultureel opzicht, kan een verklaring vormen voor de geconstateerde verschillen in medische consumptie. De aard van de CBS-gegevens biedt geen mogelijkheden definitieve uitspraken te doen over mogelijke verklaringen. Nader onderzoek, waarbij een scherpere afbakening stad-platteland gebruikt kan worden en waarin de concepten sociaal netwerk, sociale participatie, substitutie van zorg en bereikbaarheid

van voorzieningen gericht geoperationaliseerd kunnen worden is dan ook gewenst.

VISSER, A.PH. (red.)

Sociale aspecten van de veroudering: onderzoeksprogramma.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990. 96 p. Verouderingskatern, 1.

NIVEL (R 4610 (1)

+

BREEMHAAR, B. KEIJSERS, J.H.M., WOUTERS, I.A.M.V., VISSER, A.PH.

Gebruik van professionele hulp door zelfstandig wonende ouderen in een plattelandsgeschiedenis.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989. 92 p., 33 lit.opgn. Verouderingskatern, 2.

NIVEL (R 4610 (2)

+

VISSER, A.PH., BREEMHAAR, B., KLEIJNEN, J.G.V.M. (red.).

Sociale wenselijkheid en het enquêteren van ouderen.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989. 35p. Verouderingskatern 3.

NIVEL (R 4610 (3)

Het Verouderingskatern is een publicatiereeks van de Rijksuniversiteit Limburg in het kader van het multidisciplinaire onderzoeksprogramma over de sociale aspecten van de veroudering, de zorgverlening voor ouderen en de oudere patiënt.

In het eerste deel van deze serie wordt een overzicht gegeven van de lopende en afgesloten onderzoeken in het kader van het onderzoeksprogramma "Sociale aspecten van de veroudering", dat deel uitmaakt van het hoofdproject "Veroudering" van de Rijksuniversiteit Limburg. De beschreven onderzoeken zijn onder te brengen in de clusters gezonde ouderen; aanbod, gebruik en evaluatie van voorzieningen voor ouderen; oudere chronisch zieken.

Het tweede deel van de serie is een onderzoeksverslag naar de leef-situatie van zelfstandig wonenden van 75 jaar en ouder die in verschillende mate structureel gebruik maken van extra-murale professionele hulp. Hieronder wordt verstaan het gebruik van gezinszorg of wijkverpleging of het in het bezit zijn van een positieve indicatie voor een verzorgingshuis. Tevens wordt onder deze ouderen nagegaan welke relatie bestaat tussen de woon- en leefsituatie en hulpgebruik. Uit de resultaten blijkt, dat hulpgebruik sterk samenhangt met psychosociale variabelen: hoe sterker de eenzaamheidsgevoelens, hoe meer hulpgebruik. De hoeveelheid informele hulp die men ontvangt levert een bijdrage aan de beperking van professionele hulp. Naarmate ouderen meer belangrijke voorzieningen in hun buurt missen en sterker aangeven te willen verhuizen, gebruiken zij meer professionele hulp. Ook het lichamelijk functioneren beïnvloedt het hulpgebruik, maar in geringere mate dan bovengenoemde woonomstandigheden.

Het derde deel is een verslag van een bijeenkomst die georganiseerd werd in het kader van het deelproject "voorzieningen voor ouderen". Het initiatief voor deze bijeenkomst is ontstaan vanuit de vraag welke eisen

de situatie van onderzoek stelt aan sociale wenselijkheid en het enquêteren van ouderen. Bij de beantwoording van die vraag worden verscheidene onderzoeken betrokken.

VRIES, J.M.P. DE (voorzitter)

Inventariserend vooronderzoek naar dienstverlening voor ouderen.

Rotterdam: Nederlands Economisch Instituut, 1987. 46 p.

NIVEL (R 3387)

In dit onderzoek is een inventarisatie gemaakt van de consumptie, de kosten en de financiering van een aantal vormen van dienstverlening waarvan ouderen (65-plussers) gebruik maken.

In 1985 maakte ca. 8% gebruik van de gezinsverzorging, ca. 20% van het kruiswerk en ca. 8% verbleef in een bejaardenoord. Ruim 28% van de ouderen was opgenomen in een verpleeghuis en circa 20% van de ouderen is opgenomen geweest in een ziekenhuis. Van een aantal vormen van dienstverlening zijn de gebruikpercentages onbekend.

Tevens wordt de totale omvang van de kosten van de onderscheiden vormen van dienstverlening aangegeven en de wijze waarop deze worden gefinancierd. Het verschil in financiering tussen voorzieningen komt hierin duidelijk naar voren: de maatschappelijke dienstverlening wordt veelal via de rijks-, provinciale en gemeentelijke begroting gefinancierd en de voorzieningen op het terrein van de volksgezondheid worden gefinancierd via de AWBZ of via de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Naast dit totale kostenoverzicht worden ook de kosten van de onderscheiden vormen van dienstverlening ingedeeld naar rato van het gebruik dat ouderen ervan maken. Ook de kosten per oudere per jaar en per dag worden aangegeven. Het gaat om gemiddelde cijfers afgeleid van landelijke gegevens, op grond waarvan het niet mogelijk is uitspraken te doen over de gevolgen van het gebruik van vormen van dienstverlening voor individuele ouderen. In een nader onderzoek zullen rekenmodellen ontwikkeld moeten worden voor een nader te bepalen aantal "standaard" ouderen die in meer of mindere mate gebruik maken van een of meer van de onderscheiden vormen van dienstverlening.

KEMPEN, G.I.J.M.

Thuiszorg voor ouderen: een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en/of gezinsverzorging op verzorgend en huishoudelijk gebied.

Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1990. Proefschrift RU Groningen. 220 p., 178 lit. opgn., tabn.

NIVEL (B 2326)

De algemene onderzoeksvraag die in deze studie aan de orde kwam luidt: in welke mate kunnen factoren worden opgespoord die het gebruik van professionele thuiszorg door ouderen (mede) beïnvloeden?

Bij de opzet en uitvoering van het onderzoek is een door Andersen en Newman ontwikkeld model gehanteerd dat kan worden gebruikt om het

gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg te beschrijven. In het (sub)model van de zogenaamde individuele determinanten worden 'need', 'enabling' en 'predisposing' variabelen onderscheiden. In dit onderzoek kregen deze variabelen de volgende invulling. Als 'need' variabelen werden problemen met zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied, depressieve klachten, gevoelens van eenzaamheid en tevredenheid met de gezondheid in het onderzoek opgenomen. Als 'enabling' variabelen werden de volgende kenmerken onderscheiden: de mate van ontvangen informele thuiszorg, de mate van overige sociale/-emotionele ondersteuning en het inkomen van de ouderen. Tenslotte zijn als 'predisposing' variabelen de leeftijd, de sexe, het opleidingsniveau, het wel/niet alleen wonen en de omvang en nabijheid van het sociaal netwerk van de ouderen in het onderzoek betrokken.

Uit de resultaten blijkt dat, ongeacht het niveau van zelfredzaamheid, 'nieuwe' gebruikers van professionele thuiszorg in vergelijking met 'nieuwe' gebruikers' frequenter alleen wonend zijn, frequenter van het vrouwelijk geslacht zijn, in mindere mate hulp van informele zijde ontvangen en gemiddeld genomen een lager inkomen hebben; het verband tussen de mate van ontvangen informele en professionele thuiszorg bleek echter te verdwijnen indien de sexe of het wel/niet alleen wonen in de analyse werden betrokken. Over de mate waarin gebruik wordt gemaakt van professionele thuiszorg door ouderen die nieuw in zorg komen bij een instelling voor professionele thuiszorg bleken de volgende factoren een rol te spelen: zij die veel problemen ondervonden met hun zelfredzaamheid, in sterkere mate depressieve klachten rapporteerden, ontevreden waren over hun gezondheid, relatief veel informele thuiszorg ontvingen, een hoog inkomen hadden, van het vrouwelijk geslacht waren, niet alleen woonden, relatief weinig netwerkleiden hadden die binnen 15 minuten reistijd woonden en zij die een hoog opleidingsniveau hadden genoten ontvingen op T1 (tijdstip vlak na de eerste intake) relatief veel hulp.

Tenslotte werd over de factoren die verband houden met veranderingen in de professionele thuiszorg na de intake het volgende gevonden: bij personen die op T1 veel problemen ondervonden met zelfredzaamheid, veel informele thuiszorg ontvingen, een hoog inkomen hadden en bij de vrouwelijke respondenten, bij niet alleen wonende respondenten en bij hoog opgeleide respondenten bleek de mate van ontvangen professionele thuiszorg gedurende de eerste vier maanden na de 'intake' relatief sterk af te nemen. Uit de multiple regressie analyses bleek dat vooral de gerapporteerde problemen met zelfredzaamheid op T1 een voorspellende waarde hadden voor de mate waarin veranderingen optraden in ontvangen professionele thuiszorg tussen T1 en T2 (4 maanden na de intake). Aan de mate waarin professionele thuiszorg op T2 werd ontvangen bleken de volgende variabelen (enkelvoudig) gerelateerd te zijn: problemen met zelfredzaamheid op T1, het voorkomen van depressieve klachten op T1 en gevoelens van eenzaamheid op T1. Uit de multiple regressie analyses bleek dat ook hier vooral de gerapporteerde problemen met zelfredzaamheid op T1 een voorspellende waarde hadden voor de mate waarin op T2 gebruik werd gemaakt van professionele thuiszorg.

BOS, G.A.M. VAN DEN

Zorgen van en voor chronisch zieken.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1989. Proefschrift. 191 p., 279 lit. opgn., bijln. tabn.

NIVEL (B 2186)

Chronisch zieken vormen een belangrijke groep consumenten van de gezondheidszorg. Het aandeel van chronische ziekten in het totaal aantal ziekten is geleidelijk gestegen en zal in de toekomst zeer waarschijnlijk verder toenemen. Deze toename hangt samen met de verbeterde levensverwachting, de vergrijzing en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Deze studie betreft een onderzoek naar somatische chronische aandoeningen vanuit het oogpunt van gezondheid en (gezondheids)zorg. Een breed spectrum van chronische aandoeningen is daarbij in beschouwing genomen: zowel levensbedreigende en invaliderende aandoeningen als minder ernstige en minder beperkende aandoeningen. In het eerste hoofdstuk worden het kader van de studie en het empirisch onderzoek besproken.

In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet welke veranderingen in de volksgezondheid in het verleden hebben plaatsgevonden en welke gevolgen deze hebben voor het vóórkomen van chronische aandoeningen en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. De dynamiek van de volksgezondheidsontwikkeling wordt beschreven aan de hand van het model van de epidemiologische transitie en aan de hand van de compressie-theorie van Fries. De verbetering van de levensverwachting gaat naar alle waarschijnlijkheid gepaard met een toename in de prevalentie van chronische aandoeningen en beperkingen. Het gevolg is dat meer mensen gedurende een langere periode van hun leven aangewezen raken op (gezondheids)zorgvoorzieningen.

In Hoofdstuk 3 wordt de prevalentie van chronische aandoeningen onder de oudere bevolking in samenhang met leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en regio beschreven. Speciale aandacht gaat uit naar de methodologische aspecten van de prevalentiebepaling van chronische aandoeningen middels een gezondheidsenquête. In de leeftijdscategorie van 55-79 jaar rapporteert 73% van de Amsterdamse bevolking één of meer chronische aandoeningen. De prevalentie van de meeste chronische aandoeningen neemt met de leeftijd toe. Vrouwen rapporteren meer chronische aandoeningen dan mannen. De morbiditeitsgegevens bevestigen het bestaan van sociaal-economische en regionale gezondheidsverschillen.

In hoofdstuk 4 worden de gevolgen van chronische aandoeningen voor enkele aspecten van het lichamelijk en psychisch functioneren beschreven in samenhang met leeftijd, geslacht en sociaal-economische status. Hoewel chronische ziekten in lichamelijk en psychisch opzicht belastend zijn, wordt het leven van de meeste chronisch zieken niet gedomineerd door gezondheidsproblemen. Mensen met beroerte en gevolgen van beroerte, ziekten van het zenuwstelsel, longziekten, hartklachten, suikerziekte en kanker ondervinden naar verhouding de meeste problemen in

het dagelijks functioneren.

In hoofdstuk 5 worden de gevolgen van chronische aandoeningen voor het gebruik van professionele hulp en voor het gebruik van informele hulp onderzocht. Nagegaan wordt in welke omvang chronisch zieken een beroep doen op (gezondheids)zorgvoorzieningen, bij welke diagnosegroepen naar verhouding een hoog zorggebruik wordt waargenomen en hoe de relatie is tussen het feitelijke zorggebruik en de behoeften aan zorg. Voor chronisch zieken is de kans op contact met medische voorzieningen zeven keer zo groot als voor hun generatiegenoten zonder chronische aandoeningen; de kans op contact met voorzieningen in de sfeer van revalidatie, verpleging en verzorging is vier à vijf keer zo groot. Het gebruik van informele hulp wordt vergeleken met het gebruik van professionele zorgvoorzieningen in de sfeer van verpleging en verzorging. De veelgehoorde stelling dat de inschakeling van professionele hulp leidt tot een verzwakking van de informele hulp, vindt geen bevestiging in dit onderzoek. Aan de hand van ervaringen en problemen van chronisch zieken op hun weg naar en door de zorgverlening wordt de plaats van de professionele zorg en van de informele hulp in het dagelijks leven van mensen besproken. Op het gebied van de medische zorg en revalidatie treden vooral informatie- en communicatieproblemen op de voorgrond. Op het gebied van verpleging en verzorging richten de problemen van chronisch zieken zich op het dilemma autonomie versus afhankelijkheid. Wat betreft de organisatie van de zorg komen problemen naar voren rond de toegankelijkheid en coördinatie.

In hoofdstuk 6 wordt nagegaan welke plaats chronische ziek(t)en innemen in het gezondheidszorgbeleid. Daartoe zijn beleidsnota's op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg van de rijksoverheid, adviesorganen en maatschappelijke organisaties uit de periode 1979 tot en met 1988 bestudeerd. Naast het specifieke thema chronische ziek(t)en wordt een drietal daarmee samenhangende thema's in beschouwing genomen: vergrijzing, sociale ongelijkheid en substitutie. Hoewel de categorie chronisch zieken maatschappelijk als een belangrijk aandachtsgedebied wordt erkend, is het beleid in dezen nog weinig gericht. De toenemende zorgafhankelijkheid wordt als het belangrijkste probleem aangewezen. De problematiek van chronisch zieken wordt beschouwd als onderdeel van het algemener vergrijzingsvraagstuk. Het substitutiebeleid en het daarmee samenhangend voorzieningenbeleid worden in dit verband centraal gesteld. Naast het gezondheidszorgbeleid staat recent het gezondheidsbeleid op de voorgrond. Het preventiebeleid wordt gezien als een mogelijkheid om de gevolgen van vergrijzing op te vangen en de ongelijkheid in gezondheid in gezondheid terug te dringen.

In hoofdstuk 7 worden de onderscheiden vraagstukken in samenhang besproken. Nagegaan wordt weke categorieën patiënten in het gezondheidszorgonderzoek en -beleid speciale aandacht zouden moeten krijgen. Hiertoe worden criteria ontleend aan de in deze studie beschreven ziektebelasting en verdelingsaspecten van chronische aandoeningen. Tot slot worden de beleidsoriëntaties in het licht van de onderzoeksresultaten nader besproken aan de hand van een viertal contrasterende concepten: gezondheidszorgbeleid versus gezondheidsbeleid; 'cure' versus 'care'; eerstelijnszorg versus tweedelijnszorg; informele zorg versus

FREDERIKS, C.M.A.

Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990. Proefschrift RU Limburg. 133 p., 112 lit. opgn. tabn.

NIVEL (B 2290)

In Maastricht is een onderzoek gedaan onder thuiswonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners. Het doel van deze studie is het inventariseren van factoren anders dan lichamelijke invaliditeit die een bijdrage leveren aan het gebruik maken van professionele thuiszorg (wijkverpleging of gezinszorg) of van het verzorgingstehuis. Aan het onderzoek in Maastricht is een pilotstudie in Geleen vooraf gegaan. Voor het onderzoek zijn thuiswonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners geïnterviewd. Om thuiswonende ouderen met een bepaald zorggebruik en een bepaalde mate van invaliditeit te kunnen identificeren is aan hen eerst een postenquôte gestuurd. Op grond van de gegevens van deze postenquôte zijn ouderen met bepaalde kenmerken uitgenodigd voor een verder interview. In het interview is gevraagd naar kenmerken, waarvan verwacht kon worden dat zij bij zouden dragen aan het gebruik van professionele hulp. Behalve de eigenlijke behoeftefactor, hier gedefinieerd als het aantal lichamelijke beperkingen, zijn een aantal faciliterende en predisponerende factoren onderzocht. Onder de predisponerende factoren worden kenmerken gerekend die al aanwezig waren voordat de eigenlijke aanleiding om hulp te vragen ontstond. In dit onderzoek zijn hiertoe behalve leeftijd en geslacht, het sociale netwerk, de woonsituatie en de geestelijke toestand geïnventariseerd. Tot de faciliterende factoren worden kenmerken gerekend die het bereiken van hulp vergemakkelijken, zoals de toegankelijkheid van voorzieningen en de sociaal-economische situatie. Omdat de toegankelijkheid van voorzieningen binnen één stad niet veel zal verschillen is in dit onderzoek alleen de sociaal-economische toestand van ouderen geïnventariseerd. Het onderzoek is weergegeven in zeven hoofdstukken die ieder, in de vorm van een artikel, een bepaald aspect van het onderzoek belichten. Hieronder volgen de titels van deze artikelen.

1. De validiteit van de postenquôte als selectie instrument voor het mondelinge interview.
2. Een schaal om de functionele staat van thuiswonende ouderen te bepalen.
3. De functionele staat en het zorggebruik van thuiswonende ouderen.
4. Depressieve klachten en het gebruik van professionele zorg door thuiswonende ouderen.
5. Waarom gebruiken ouderen professionele thuiszorg?
6. De functionele staat van verzorgingstehuisbewoners.
7. Verzorgingstehuisbewoners vergeleken met thuiswonende ouderen.

6. ZORGVRAAG, ZORGBEHOEFTE

BROEK, R. VAN DEN, BUKKEMS, A., DAM, M. VAN, GOEY, P. DE, TRIENEKENS, H.

Het ontwikkelen van een vragenlijst ten behoeve van het inventariseren van wensen van ouderen met betrekking tot het takenpakket van de kruisvereniging. Nijmegen: HSN, 1988. 47 p., lit. opgn., bijl., tabn.

NIVEL (R 3724)

In het kader van de Voortgezette Opleiding Beroepsinnovatie hebben de auteurs een vragenlijst ontwikkeld, waarmee de behoeften en wensen van ouderen op een aantal gebieden met betrekking tot preventieve activiteiten van de kruisvereniging geïnventariseerd kunnen worden. De vragenlijst voldoet en kan door ouderen aan ouderen voorgelegd worden, zo bleek uit het onderzoek wat ermee is uitgevoerd. Als bijlage is de vragenlijst toegevoegd.

JANSSEN, T., RAMAKERS, C.

Thuiszorg: 'n hele zorg: opvattingen en ervaringen van centrale verzorg(st)ers van hulpbehoevende oudere mensen.

Nijmegen: KUN 1988. viii, 165 p., 50 lit. opgn., bijln., tabn.

NIVEL (R 4100)

Dit onderzoek richt zich op de ervaringen en opvattingen van informele centrale verzorg(st)ers van hulpbehoevende oudere mensen. Geprobeerd wordt aan de hand hiervan een beeld te krijgen van de voorwaarden, moeilijkheden en grenzen van thuiszorg. Het onderzoek is kleinschalig en exploratief, het is niet op representativiteit maar op fundamenteel inzicht gericht. De gegevens zijn verzameld in diepte interviews met 52 verzorg(st)ers: 24 partners, 21 kinderen en zeven overigen. De probleemstelling richt zich op de factoren en mechanismen die een rol spelen bij het ervaren van stress, bij het nemen van beslissingen om (al dan niet) professionele hulp in te roepen en bij het onhoudbaar worden van de situatie. (aut. ref.)

JONG, M.J. DE

Functies in de ouderenzorg: mogelijkheden voor 'zorg op maat' zijn beperkt. Medisch Contact; 45, 1990, no. 12, p. 383-384

NIVEL

In dit artikel wordt allereerst het begrip 'functies' gedefinieerd. Vervolgens wordt uiteengezet hoe met name in de ouderenzorg door het beleid het denken in functies anders gebruikt wordt dan voor het koppelen van zorgaanbod aan zorgvraag. In de beschouwing zet de auteur uiteen hoe het anders zou moeten.

KEMPEN, G.I.J.M., SUURMEIJER, TH.P.B.M.

Thuiszorg nader bekeken: verslag van een onderzoek naar het bereik en functi-
oneren van wijkverpleging en gezinsverzorging onder ouderen en hulpverleners
in de provincie Drenthe.

Groningen: RUG, 1989. v, 142 p., 48 lit.opgn., bijln., tabn.

NIVEL (R 4049)

In het eerste hoofdstuk van dit onderzoek wordt ingegaan op de twee
centrale thuiszorgdisciplines: de gezinsverzorging en het kruiswerk.
Verder worden enkele opmerkingen gemaakt omtrent het thuiszorgcon-
cept in de provincie Drenthe. Hoofdstuk II bevat de vraagstelling, de
opzet en de uitvoering van het onderzoek. In de hoofdstukken III tot en
met VII komen de onderzoeksresultaten aan de orde. Hoofdstuk III
omvat een profielschets van de oudere gebruiker van professionele
thuiszorg; hierbij wordt aandacht besteed aan demografische variabelen,
de gezondheidstoestand en in welke mate thuiszorg wordt ontvangen.
Hoofdstuk IV gaat in op de effecten en de kwaliteit van de professionele
thuiszorg; in hoeverre treden verschuivingen op en in welke mate zijn de
gebruikers van professionele thuiszorg (on)tevreden over de geboden
hulp. In hoofdstuk V komt het informeel zorgnetwerk aan de orde: hoe
ziet het sociaal netwerk van oudere cliënten/patiënten eruit en wat zijn
de ervaringen van de centrale informele verzorgers omtrent het realise-
ren van thuiszorg. In hoofdstuk VI wordt nader ingegaan op het bereik
van de professionele thuiszorg en de factoren die een rol spelen in het
professioneel thuiszorggebruik door ouderen. Tenslotte bevat hoofdstuk
VII een beschrijving van de professionele hulpverleners die betrokken
zijn geweest bij de thuiszorg aan de in dit onderzoek betrokken oude-
ren. Besloten wordt met een samenvatting, enkele beschouwende op-
merkingen en een aantal aanbevelingen.

KNOL, H.R., KOOIKER, S.E., RINGERS, M.F.

Zelf redden: ja (1): het onderzoek naar de leefsituatie van 55-plussers in
Menaldumadeel.

Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG), 1989. v,
181 p., tabn.

NIVEL (R 4107 (1))

+

KNOL, H.R., TAHEIJ, J.

Zelf redden: ja (2): de vragenlijst en de verdeling van de antwoorden voor
verschillende woonsituaties.

Groningen: NCG, 1989. 47 p., tabn.

NIVEL (R 4107 (2))

+

KNOL, H.R., KOOIKER, S.E., RINGERS, M.F.

Zelf redden: ja (3): samenvatting, conclusies, aanbevelingen.

Groningen: NCG, 1989. ii, 14 p.

NIVEL (R 4107 (3))

In de maanden januari en februari van 1988 is een leefsituatie-onderzoek gehouden onder een steekproef van in totaal 628 ouderen (personen van 55 jaar en ouder) uit de gemeente Menaldumadeel. Het onderzoek bestond uit een vraaggesprek van ongeveer 1½ uur.

In het voorwoord wordt aangegeven dat Menaldumadeel wat betreft de ouderenzorg een bijzondere positie inneemt: in verhouding wonen veel ouderen hier zelfstandig. In het tweede hoofdstuk wordt Menaldumadeel vergeleken met andere Friese gemeenten. De bevindingen uit het tweede hoofdstuk worden in "Toch naar het verzorgingstehuis" nader onderzocht en er worden gegevens over het verzorgingstehuis zelf gebruikt.

In hoofdstuk 4 wordt een verantwoording gegeven van de steekproef. In de hoofdstukken 5 en 12 worden demografische kenmerken van nu en tot 2000 gepresenteerd. In verband met de doelstellingen van het Flankerend Ouderenbeleid worden vervolgens leefsituatie, zorg en hulpverlening, sociale integratie en emancipatie aan de orde gesteld. In hoofdstuk 11 worden vervolgens de leeftijdscohorten 55/64 en 65/74 vergeleken om een inschatting te maken van het cohort 65/74 in het decennium tot het jaar 2000.

In hoofdstuk 13 (ook zelfstandig verschenen als deel 3) tenslotte worden alle gegevens op elkaar betrokken en worden de kaders aangegeven van een mogelijk beleid in relatie met de doelstellingen van het flankerend ouderenbeleid.

LINSCHOTEN, C.P. VAN, HEUVEL, W.J.A. VAN DEN

Patronen van behoefte bij ouderen.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 67, 1989, no. 12, p. 411-415, 25 lit. opgn.

NIVEL

In deze bijdrage wordt het behoefte-begrip bij ouderen verkend. Na een overzicht van verschillende invalshoeken met betrekking tot het begrip wordt een conceptueel kader geformuleerd waarin psychosociale problematiek en HADL-problematiek (Huishoudelijke en Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen, MvL) een centrale rol spelen. De relatie tussen deze twee vormen van problematiek wordt onderzocht met behulp van empirische gegevens. In het tweede deel van de bijdrage wordt ingegaan op een typering van behoefte-patronen aan de hand van een aantal relevante achtergrondvariabelen. Tot besluit worden de resultaten bediscussieerd. (aut. ref.)

LINSCHOTEN, C.P. VAN, LEEMEIJER, M., HEUVEL, W.J.A. VAN DEN

Behoeften benaderd.

Groningen: RUG, 1988. 84 p., 39 lit. opgn., bijln., fign., tabn. Deelrapport in het kader van het onderzoek "samenwerking in de zorg voor ouderen".

NIVEL (R 4165 (2))

In dit rapport wordt allereerst ingegaan op de gehanteerde theorie en

methodiek in het behoefte-onderzoek. In het tweede hoofdstuk wordt het begrip behoefte verkend en wordt een eenvoudig conceptueel model gepresenteerd, dat als basis voor het ontwikkelen van de vraagstellingen en de verdere analyse dient. In de daarop volgende hoofdstukken worden verschillende vormen van behoeften verkend. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar de relaties tussen verschillende vormen van behoefte. Vervolgens wordt de overlap tussen verschillende behoefte-componenten in kaart gebracht. In het daarop volgende hoofdstuk wordt onderzocht welke de determinanten van de diverse behoeften zijn om de overlap en verschillen te verklaren. Ten slotte wordt de betekenis van de resultaten voor onderzoek en praktijk bediscussieerd. (aut. ref.)

WIJNMAALEN, J.

Huisartsenzorg voor de mantelzorg van bejaarden.

Amsterdam: VUA, 1987. 27 p., 30 lit. opgn. Doctoraalscriptie, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Sociale Geneeskunde.

NIVEL (R 3240)

Een belangrijk probleem voor de toekomst is de vraag wie er moet zorgen voor de bejaarden die dat zelf niet meer kunnen. De bevolking vergrijsd immers en het aantal plaatsen in verzorgingstehuizen worden van overheidswegen verminderd. Tegen de achtergrond hiervan lijkt familiezorg weer steeds belangrijker te worden.

Allereerst wordt in deze scriptie beschreven hoe familiezorg in de praktijk functioneert en welke problemen zich daarbij kunnen voordoen.

Gesteld wordt dan dat professionele ondersteuning van familiezorg (=mantelzorg) belangrijk is om haar draagkracht te verhogen. In het kader van deze scriptie wordt gekeken hoe de huisarts zou kunnen bijdragen aan deze ondersteuning.

HUIJSMAN, R.

Het gecoördineerd ouderenwerk in Maastricht: een onderzoek naar het bereik van haar functies.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989. 78 p., 31 lit. opgn., bijln.

NIVEL (R 4584)

Dit rapport maakt deel uit van een reeks onderzoeken naar het gebruik van en de behoefte aan voorzieningen voor ouderen. Er wordt verslag gedaan van het onderzoek naar het gecoördineerd ouderenwerk (GOW) in Maastricht en naar de deelname van ouderen aan activiteiten die onder verantwoordelijkheid van het GOW georganiseerd worden, zowel binnen als buiten zgn. dienstencentra voor ouderen. Ook het Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) werd in het onderzoek betrokken. De belangrijkste conclusies zijn:

- Het bereik van de dienstencentra en GOW-activiteiten op andere locaties is 2% voor mannelijke 65+ers en 3% voor vrouwelijke 65+ers en stijgt met de leeftijd.
- De bezoekfrequentie aan de dienstencentra en GOW-activiteiten is

hoog; gemiddeld ca. twee keer per week.

- Het gebruik van andere voorzieningen (warm eten, activiteiten in bejaardenoord, gezinszorg, alpha-hulp, wijkverpleging) stijgt met de leeftijd (van 21% tot 55% bij 80+).
- Via MBvO wordt 2,4% van de mannelijke 65+ers bereikt en 9% van de vrouwen. Het hoogste bereik zowel voor mannen als voor vrouwen wordt gevonden in de leeftijdsgroep van 65-69 jaar.

HUIJSMAN, R., VISSER, A.PH.

Educatief werk met ouderen: onderzoek naar omvang, aard en effecten.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, 1989. 68 p., 96 lit.opgn.

NIVEL (R 4583)

Er zijn enkele trends te benoemen die het aannemelijk maken dat de behoefte aan allerlei vormen van educatief werk met ouderen verder zal toenemen. Genoemd wordt o.a. de (dubbele) vergrijzing, het stijgende opleidingsniveau van ouderen en de aandacht voor de invloed van vergrijzing op de omvang en de kosten van de zorgverlening aan ouderen. In het rapport wordt een overzicht gegeven van de verschillende activiteiten die onder educatief werk met ouderen vallen en er wordt een algemeen theoretisch model ontwikkeld voor de verklaring van de effectiviteit van het educatief werk voor en met ouderen. Hierbij is gebruik gemaakt van modellen die eerder in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zijn ontwikkeld. Tot slot wordt gesteld dat effect-studies met betrekking tot educatief werk met ouderen zeer schaars zijn en dat de beschikbare studies slechts wijzen op toename in kennis en vaardigheden, die (nog) niet tot uitdrukking komen in attitude- of gedragsveranderingen. Er worden aanbevelingen gedaan om deze leemtes op te vullen.

HUIJSMAN, R.

Model van voorzieningen voor ouderen.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990. Proefschrift RU Limburg. 333 p., 412 lit. opgn., tabn.

NIVEL (B 2338)

Deze studie is gebaseerd op de resultaten van het project Model van Voorzieningen Ouderen dat in opdracht van de voormalige Stuurgroep Onderzoek Ouderwordende Mens (SOOM) is uitgevoerd door de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg. De leidende vraagstelling van dit onderzoek was of het mogelijk is een simulatiemodel van voorzieningen voor ouderen 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.

hoek; 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 bij ouderen 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. Voor elk van deze drie centrale thema's zijn verschillende probleemstellingen geformuleerd.

De onderzoeksofzet kende een twee-sporen-aanpak: enerzijds is de aanbodzijde van de ouderenzorg geanalyseerd en zijn daartoe de verschillende voorzieningen voor ouderen onderzocht (met name gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenwerk en bejaardenoorden; iets minder gedetailleerd de indicatiecommissie voor bejaardenoorden en het verpleeghuis) op nationaal niveau en in de gemeente Maastricht; anderzijds is een secundaire analyse gemaakt van de gegevens uit complementair onderzoek dat bij ouderen zelf gedaan is op basis van volledig gestructureerde, geesloten en zowel schriftelijke als mondelinge vragenlijsten (Frederiks e.a., 1988; Te Wierik en Frederiks, 1988, 1990; Frederiks, 1990). Ten behoeve van de tweede onderzoekslijn bevat dit boek een secundaire analyse van gegevens over thuiswonende, eventueel positief geïndiceerde ouderen, bejaardenoordbewoners en recent opgenomen verpleeghuispatiënten.

GOEWIE, R.

Gezinsverzorging, een alternatief voor het verzorgingstehuis?

Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1987. 160 p., bijln.

NIVEL (B 1843)

Het onderzoek had tot doel na te gaan welke (potentiële) substituerende functie de gezinsverzorging heeft ten opzichte van het verzorgingstehuis. Gezinsverzorging als alternatief voor het verzorgingstehuis is nagegaan bij:

1. een groep positief geïndiceerden voor opname in het verzorgingstehuis, die in de tussentijd hulp ontvangen van de gezinsverzorging.
2. een groep positief geïndiceerden voor opname in het verzorgingstehuis, die in de tussentijd geen hulp ontvangen van de gezinsverzorging.
3. een groep gezinsverzorgingshulpontvangers, die bij het indienen van een aanvraag positief geïndiceerd zou worden.

De conclusies van het onderzoek luiden als volgt.

In het onderzoeksgebied verleent de gezinsverzorging hulp aan 42% van de positief geïndiceerden die wachten op opname. Voor 18% van de positief geïndiceerden die op opname wachten fungeert de gezinsver-

zorging (in samenwerking met andere hulpverleners) als alternatief voor het verzorgingstehuis.

Bij een aantal positief geïndiceerden acht de gezinsverzorging op korte termijn het inzetten van hulp raadzaam. Wanneer deze groep zich ook daadwerkelijk tot de gezinsverzorging zou wenden zal het percentage positief geïndiceerden waarvoor de gezinsverzorging als alternatief kan fungeren stijgen tot 35.

Ruim 14% van de 2000 bejaarde leefeenheden die hulp ontvangen van de gezinsverzorging hebben een positieve indicatie c.q. zouden positief geïndiceerd worden. Voor 10% van de leefeenheden fungeert de gezinsverzorging als alternatief voor het verzorgingstehuis. Zeven procent bestaat uit bejaarde cliënten die bij het indienen van een aanvraag een positieve indicatie krijgen en drie procent is positief geïndiceerd en bereid thuis te blijven wonen.

Oplossingen voor het ontvangen van de toenemende hulpvraag bij de positief geïndiceerden zijn volgens de gezinsverzorgingsinstelling niet binnen het huidige hulpvolume te vinden. Uitbreiding van het hulpvolume acht men noodzakelijk.

De hulp van de gezinsverzorging aan de positief geïndiceerden bestaat voornamelijk uit hulp bij de zwaardere huishoudelijk taken. Bij een klein deel van de hulpontvangers is er ook sprake van hulp bij enkele verzorgende taken.

Kostenvergelijking -op basis van hulpverleningsuren- tussen gezinsverzorging en verzorgingstehuis toont aan dat het omslagpunt op ongeveer 10 uur hulp gezinsverzorging ligt. Aangezien één op de drie hulpontvangers tevens wijkverpleging heeft, betekent dit dat het omslagpunt voor de gezinsverzorging lager komt te liggen.

HOFLAND, E.

Huisvesting en zorg voor ouderen in Amsterdam-Noord: een probleemverkenning.

Amsterdam: Onderzoekspatform Sociaal-medische Dienstverlenig Amsterdam, 1988. 83 p., 51 lit.opgn., bijln, tabn.

NIVEL (R 3761)

Het doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan verbetering van het inzicht in factoren op het vlak van huisvesting en thuiszorg die belemmerend werken op de mogelijkheid van ouderen zelfstandig te blijven wonen. De resultaten van het onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan de besluitvorming in Amsterdam-Noord over verbeteringen in de huidige situatie. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van analyse van de indicatielijsten bij de indicerende instanties en interviews met deskundigen van deze instanties, hulpverleningsinstellingen en ouderen zelf. Op basis hiervan zijn een aantal knelpunten gesignaleerd en werden gedachten verzameld over mogelijke oplossingen.

Voor de huisvesting van ouderen worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Er zou per buurt met de ouderen in die buurt een huisvestingsplan gemaakt moeten worden.

2. Het doel van een dergelijk plan moet zijn meer 'geschikte' woninge voor ouderen te realiseren. Ook zouden er kleine clusters bejaarder woningen moeten worden gebouwd; een verscheidenheid van h aanbod is gewenst.
3. In de eerste plaats moet worden geprobeerd de bestaande wonin voor ouderen zo aan te passen dat men daarin langer kan functio eren.
4. Een zichzelf regulerend sociaal netwerk per buurt moet zovee mogelijk gestimuleerd worden. Een invalshoek hiervoor kan zijn h zelfbeheer door bewoners van woningcomplexen of de direct woonomgeving, maar ook het stimuleren van ontmoetingsmogelijk heden.
5. Bij de woningdistributie zouden ouderen boven de 75 meer begelei ding moeten krijgen. Gepleit wordt voor een soepel doorschuifregimi van woningbouwverenigingen.

Wat betreft de thuiszorg is de algemene conclusie dat deze afgestemd zou moeten worden op de behoefte van de individuele ouderen en da vermeden moet worden de hulpvraag uitsluitend te vertalen in h voorzieningenaanbod zoals dat nu is georganiseerd. De hulpverlening in z'n algemeenheid wordt als niet goed op elkaar afgestemd ervaren. Een mogelijke oplossing daarvoor zou zijn een soort 'steunpunt' pe wijk waarvanuit de hulpverlening georganiseerd wordt: één intake, één indicatiesysteem, en één aanspreekbaar iemand per hulpvrager.

KEMPEN, G.I.J.M., SUURMEIJER, TH.P.B.M.

Thuiszorg nader bekeken: verslag van een onderzoek naar het bereik en functio neren van wijkverpleging en gezinsverzorging onder ouderen en hulpverleners in de provincie Drenthe.

Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep Gezondheidswetenschappen, 1989. 142 p., 48 lit.opgn., bijln., tabn.

NIVEL (R 4049)

In dit onderzoek staan drie vragen centraal:

1. Welke professionele thuiszorg wordt in zowel kwalitatieve als kwanti tatieve zin gevraagd en welke hulp wordt gerealiseerd?
Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat gedurende een tijdsbestek van ruim vijf maanden 186 mensen van 60 jaar en ouder nieuw in zorg kwamen bij de wijkverpleging en/of gezinsverzorging. Van deze groep hebben 101 personen meegedaan aan het onderzoek. Geble ken is dat de gezinsverzorging over het algemeen eerder 'over de vloer' komt dan de wijkverpleging. De respondenten kunnen als 'hulpbehoevend' worden omschreven: naast vele problemen op huishoudelijk en ADL (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen) gebied, hadden ook bijna allen last van ziekten of aandoeningen waarvan bijna driekwart hinder ondervond in de dagelijkse bezighe den. Hoewel 7x24-uurs hulp in de onderzoeksgebieden beschikbaar was, bood de gezinsverzorging nauwelijks hulp buiten kantoorijden aan de respondenten in de onderzoeksgroep (hetgeen samengaat met de aard van de werkzaamheden die deze instelling verricht). In

de vier maanden nadat professionele hulp werd gestart daalde het invaliditeitsniveau aanzienlijk, hetgeen vooral bij de wijkverpleging leidde tot het uit zorg gaan van de respondenten of het geven van minder zorg.

2. Welke factoren beïnvloeden het professionele zorggebruik?

Geconcludeerd wordt dat, ongeacht het invaliditeitsniveau, oudere gebruikers van professionele thuiszorg in vergelijking met niet-gebruikers relatief vaker alleenwonend zijn, gemiddeld genomen een lager inkomen hebben en van minder informele en particuliere hulpverleners hulp ontvangen. De meer invalide cliënten/patiënten ontvangen ook meer professionele thuiszorg. In grote lijnen komt de professionele thuiszorg terecht bij ouderen die relatief weinig alternatieven hebben.

3. Wat zijn de effecten van professionele thuiszorg?

Relatief veel in een ziekenhuis opgenomen cliënten en patiënten gaven te kennen dat zij eerder naar huis konden omdat zij aanspraak konden maken op respectievelijk de gezinsverzorging en de wijkverpleging. Van substitutie door uit- of afstel van een opname was naar het oordeel van de respondenten minder sprake. De hulpverleners zijn van mening dat door de introductie van 7x24-uurs diensten vooral substitutie heeft plaatsvonden door uit- of afstel van opname in een verzorgings- of verpleegtehuis. Wat betreft het effect van thuiszorg op de samenwerking tussen de twee professionele disciplines kan worden geconcludeerd dat de hulpverleners van wijkverpleging en gezinsverzorging verschillend denken omtrent een verdergaande samenwerking. Vooral van de zijde van de wijkverpleging bestaat er weinig behoefte de samenwerking te veranderen.

Het inschakelen van professionele hulp bracht een lichte terugtrek van de informele hulp teweeg. Van een massale terugtrek van de informele helpers is zeker geen sprake.

Een aanzienlijk deel van zowel de cliënten van de gezinsverzorging als de centrale informele verzorgers vond dat men te weinig hulp ontving van de gezinsverzorging. Ook waren relatief veel cliënten ontevreden over het aantal verschillende uitvoerenden waarvan men hulp kreeg. Ten aanzien van de wijkverpleging waren de respondenten positiever.

Vooral veel leidinggevendenden van de gezinsverzorging rapporteren een toename van de werkbelasting en beoordelen deze als negatief. Bij de uitvoerenden van de gezinsverzorging en de wijkverpleging was dit in mindere mate het geval.

KEMPERS-WARMERDAM, A.H.H.M., DIELEMAN, F.M., HAUER, J., HUIGEN, P.P.P.

Vergrijzen in het groen: het bereik van ouderen en de bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden.

Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1988. 228 p., 188 lit.opgn., bijln., fign., tabn. NIVEL (B 2080)

Het onderzoeksthema van deze geografische studie is het analyseren

van de factoren die van invloed zijn op het bereik van zelfstandig wonende ouderen en de bereikbaarheid van voorzieningen door ouderen in landelijke gebieden. Hierbij staat de invloed van de ruimtelijke omgeving, in casu het landelijke gebied, centraal.

Landelijke gebieden worden gekenmerkt door een geringe bevolkingsdichtheid en een ongelijke spreiding van voorzieningen over de kernen in deze gebieden.

Het bezoeken van voorzieningen door zelfstandig wonende ouderen is afhankelijk van een aantal factoren, waarvan de belangrijkste zijn de leeftijd van de oudere en het inwonersaantal van de kernen, waarmee het aantal voorzieningen samenhangt. Zoals verwacht mag worden neemt het aantal activiteiten buitenshuis af met het klimmen van de leeftijd. Daarnaast is het voorzieningenniveau van de woonplaats van invloed op de bereikbaarheid van voorzieningen. De bereikproblemen treden vooral op in de kleine en middelgrote dorpen bij hoogbejaarden en ouderen zonder auto. Het buiten bereik zijn of het moeilijker bereikbaar zijn van een voorziening vertaalt zich veelal in een geringer gebruik. In de toekomst zal het voorzieningenbezoek van ouderen toenemen omdat het aantal ouderen absoluut en relatief toeneemt. Het voorzieningenbezoek zal ook sterker bepaald worden door hoogbejaarden (75-plussers). Voor de grote kernen betekent dat, dat er meer hulp van anderen bij het voorzieningenbezoek nodig zal zijn. In de kleine en middelgrote kernen zullen ouderen veel meer aanspraak maken op mobiele voorzieningen. De oriëntatie op de eigen woonkern zal in de middelgrote kernen belangrijker worden. In de toekomst zullen echter ook in een geringer aantal kernen in het studiegebied voorzieningen worden aangeboden, wat tot gevolg heeft dat de bereikbaarheid zal afnemen. Uitgaande van een sombere toekomstvisie zal waarschijnlijk in 30% van de kernen in landelijke gebieden de algemene bereikbaarheid van alledaagse voorzieningen afnemen. Dit gegeven zal met name de oudere bewoner in de kleine kernen treffen. Verwacht mag worden dat ten behoeve van het bezoeken van voorzieningen meer hulp van vrijwilligers nodig zal zijn. Tevens is het denkbaar dat steeds meer ouderen zullen verhuizen naar kernen met een hoger voorzieningenniveau om opkomende bereik- en bereikbaarheidsproblemen het hoofd te bieden. Hoewel dit onderzoek uitgevoerd is in de West- en Midden Betuwe mogen de conclusies en trends die naar voren zijn gekomen in belangrijke mate vertaald worden naar landelijke gebieden in het algemeen.

KLAASSEN-VAN DEN BERG JETHS, A.

Zorgvoorzieningen voor ouderen: determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstontwikkelingen.

Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1989. 263 p., 153 lit.opgn., bijln, fign., 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:

1. 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?
2. Geven deze factoren een bevredigende verklaring voor (verschillen in) het gebruik van voorzieningen?
 3. Welke kennis is er op dit moment 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 voor ouderen?
 4. Wat zijn de mogelijke patronen van zorg, die in aansluiting op de resultaten van het voorgaande kunnen worden onderscheiden?

Ter beantwoording van de eerste drie vragen is een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij zowel Nederlands als buitenlands onderzoek is betrokken. Gebleken is dat niet alleen de gezondheidstoestand van invloed is op het gebruik van voorzieningen, maar ook allerlei persoonsgebonden en maatschappelijke factoren. Teneinde de derde onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er twaalf variabelen geselecteerd die van invloed zijn op de vraag naar voorzieningen. Er is nagegaan welke wijzigingen in de toekomst hierin te verwachten zijn en wat de consequenties zijn voor de vraag naar voorzieningen.

Ter beantwoording van de vierde onderzoeksvraag is gekozen voor het schetsen van één zorgpatroon waarin de vermoedelijke gevolgen van de huidige beleidsvoornemens voor de zorg voor ouderen in kaart worden gebracht. Dit zorg patroon confronteert de gevolgen van de koersveranderingen in de zorg met ontwikkelingen in de twaalf geselecteerde determinanten van de vraag naar zorg.

KLEIJNEN, J.G.V.M., VISSER, A.PH., ZUTPHEN, W.M. VAN

De hulpvraag van oudere huisartspatiënten: verandering zorgverlening door vergrijzing.

Medisch Contact; 45, 1990, no. 27/28, p. 867-869. 13 lit.opgn.

NIVEL

Om inzicht te krijgen in de aard van de verschillen in de hulpvraag van oudere en jongere patiënten werd in Limburg onderzoek verricht. De conclusie luidt dat oudere patiënten vaker dan jongere patiënten een beroep doen op hun huisarts vanwege de diagnose hypertensie of diabetes en voor het voorschrijven van medicatie. Verder blijkt de hulpvraag van oudere patiënten goed te typeren te zijn naar chronische of kortdurende hulpvragen. De studie werd uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma over veroudering van de Rijksuniversiteit Limburg (aut. ref.).

MANDEMAKER, T., WILLEMSE, A.

Hulpverlening aan zelfstandig wonende blinde en slechtziende ouderen (1): onderzoek onder ouderen.

Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1988. 88 p., 15 lit.opgn.

n (R 4532 (1)

+

MANDEMAKER, T., WILLEMSE, A.

Hulpverlening aan zelfstandig wonende blinde en slechtziende ouderen (2): aanzet tot netwerkontwikkeling.

Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1988. 21 p.

n (R 4532 (2)

+

MANDEMAKER, T., WILLEMSE, A.

Hulpverlening aan zelfstandig wonende blinde en slechtziende ouderen (3): evaluatie van het netwerk. 52 p., 26 lit.opgn.

n (R 4532 (3)

+

MANDEMAKER, T., WILLEMSE, A.

Hulpverlening aan zelfstandig wonende blinde en slechtziende ouderen (4): netwerkdossier.

Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1989. 125 p., bijln.

n (R 4532 (4)

De Steffenberg, een tehuis voor volwassen en oudere visueel gehandicapten, heeft het initiatief genomen voor een project ter verbetering van de hulpverlening aan zelfstandig wonende visueel gehandicapte ouderen, nadat in de praktijk was gebleken dat deze hulpverlening in de praktijk om verschillende redenen tekort schiet.

De probleemstelling die daaruit volgde luidt als volgt:

1. Wat is de aard van de hulpvragen van de verschillende categorieën thuiswonende blinde en slechtziende ouderen?
2. Welke hiaten en knelpunten worden door deze visueel gehandicapte ouderen ervaren in de bestaande hulpverlening?
3. Hoe kunnen de hulpverleners/instanties beter inspelen op de hulpvragen van zelfstandig wonende visueel gehandicapte ouderen en welke steunfuncties zijn daar (eventueel) bij nodig?

Het totale project bestaat uit twee delen, namelijk een onderzoeksdeel, dat meer inzicht moet verschaffen in de hulpvraag, en een actiedeel, gericht op verbetering van het hulpaanbod. Deze rapportage heeft betrekking op het onderzoeksdeel. Er wordt een onderzoeksmodel ontwikkeld voor het verwerken van een visuele handicap. In het model komen aan de orde: de achtergrondvariabelen, de praktische en psychosociale problemen, de verwerkingsstrategieën en de hulpverlening. Uit de resultaten blijkt, dat de meest gehanteerde verwerkingsstrategie die van actieve aanpassing is: tweederde van de respondenten herkent zich hierin. De achtergrondvariabelen geven een combinatie van externe omstandigheden en persoonlijkheidskenmerken te zien, waardoor unieke situaties ontstaan. Voor de hulpverlening verdient het aanbeveling recht te doen aan deze unieke aspecten. Minder dan eenderde van de respondenten ontvangt hulp van de gezinszorg of de wijkverpleging. Deze groep is daar weliswaar tevreden over, maar in de interviews komt naar voren dat de hulp nauwelijks inspeelt op de specifieke behoeften van visueel gehandicapte ouderen. De specifieke knelpunten worden geïnventariseerd.

Het tweede deelonderzoek heeft een kwalitatief karakter, wat inhoudt dat

de onderzoeksopzet niet gericht is op het verzamelen van gedetailleerde kwantitatieve gegevens omtrent de hulpvraag van thuiswonende visueel gehandicapte ouderen, maar op het verkrijgen van een diepgaander inzicht in de hulpvraag. Hiervoor zijn een beperkt aantal visueel gehandicapte ouderen geïnterviewd (n=30). Uit de resultaten blijkt dat zelfstandig wonende blinde en slechtzienende ouderen doorgaans in staat zijn om op redelijk bevredigende wijze om te gaan met de problemen die hun visuele handicap met zich meebrengt. Dit algemene beeld neemt echter niet weg dat er een aantal belangrijke knelpunten te signaleren zijn die een bedreiging vormen voor het continueren van de zelfstandige leefwijze.

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat ook visueel gehandicapte ouderen zo lang mogelijk hun zelfstandigheid willen behouden. Zij moeten daarvoor echter een niet gering aantal problemen zien te overwinnen. Om de in het onderzoek gesignaleerde knelpunten op te lossen wordt voorgesteld een experimenteel netwerk van visueel gehandicapte ouderen op te zetten. De centrale gedachte achter zo'n netwerk is dat visueel gehandicapte ouderen en hulpverleners op lokaal niveau gezamenlijk een communicatiestructuur opzetten om problemen en lacunes in de hulpverlening op te lossen. Bij wijze van experiment wordt een netwerk gestart in Tilburg.

Het derde deelonderzoek betreft het Netwerk Visueel Gehandicapten Tilburg en richt zich op het realiseren van de volgende doelstellingen:

1. Visueel gehandicapte ouderen in staat stellen hun hulpvragen te formuleren en op te lossen.
2. Werken aan de belangenbehartiging van visueel gehandicapte ouderen in de lokale situatie.
3. Stimuleren van aandacht voor visueel gehandicapte ouderen bij instellingen voor hulpverlening aan ouderen.
4. Bevorderen van de samenhang in de hulpverlening aan visueel gehandicapte ouderen en het opvullen van hiaten in deze hulpverlening.

Gekozen is voor een projectmatige werkwijze van het Netwerk en gedurende het eerste jaar zijn er een viertal projecten gerealiseerd, te weten: voorlichting, deskundigheidsbevordering, aangepaste vervoersvoorziening en aangepaste ontspanningsactiviteiten.

De belangrijkste conclusie die kan worden getrokken is, dat de netwerkbenadering blijkt te werken. Door deze manier van werken is het mogelijk geweest de voorgenomen projecten als een totaal-pakket aan de visueel gehandicapte ouderen aan te bieden. De samenwerking tussen een groot aantal personen en instellingen in het Netwerk is vrijwel probleemloos verlopen. De respons van de Tilburgse visueel gehandicapte ouderen op de verschillende activiteiten is erg groot geweest. Het experiment met het Netwerk lijkt zeker vatbaar voor uitbreiding naar andere steden. Het rapport besluit met een aantal aanbevelingen voor het opzetten van overeenkomstige netwerken.

In het vierde deel is het schriftelijke materiaal bijeengebracht dat ontwikkeld werd in het kader van het experiment met het Netwerk Visueel

Gehandicapte Ouderen Tilburg. Deel 3 en deel 4 tezamen vormen een handboek netwerkontwikkeling. In dit rapport worden alle documenten, voordrachten, informatiematerialen, cursusmateriaal e.d., die ten behoeve van de projecten ontwikkeld werden, overzichtelijk gepresenteerd.

MUNNICHES, J.M.A., GOEDHART, W.

Hulpbehoevendheid bij ouderen: concepten en research, een trend-rapport. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989. 18 p., 44 lit.opgn. NIVEL (R 4643)

Slechts een interactionistische benadering doet recht aan het complexe karakter van de werkelijkheid die met het begrip hulpbehoevendheid wordt aangegeven. Immers niet alleen de hulpvrager maar ook de hulpverlener definieert de hulpbehoevendheid. Het eerste doel van deze studie is een scherpere probleem-definitie. Vervolgens is nagegaan of er over de afzonderlijke aspecten bruikbare en inzicht gevende research is verricht. Tenslotte wordt aangegeven waaruit het braakliggend terrein bestaat. Besloten wordt met enkele suggesties. (aut. ref.)

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG

Ontwikkelingen met betrekking tot het zelfstandig wonen van ouderen.

Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1988. 57 p., 67 lit.opgn., tabn.

NIVEL (R 4275)

In dit signaleringsrapport over vergrijzing wordt ingegaan op de ontwikkelingen die van invloed zijn op de zelfstandigheid van ouderen. Geconstateerd wordt dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen; de leeftijd waarop men opgenomen wordt in een intramurale instelling stijgt. Dit gegeven vindt geen compensatie in een toegenomen gebruik van de extramurale, via de collectieve middelen gefinancierde voorzieningen. In de afgelopen jaren is in deze sector de vergrijzing opgevangen, maar niet meer dan dat: het percentage 65-plussers met gezinsverzorging is constant gebleven; het percentage 65-plussers met wijkverpleging is iets afgenomen (maar per cliënt wordt intensiever zorg verleend); het percentage 65-plussers in behandeling bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg is licht gestegen. Op grond van deze bevindingen wordt geconcludeerd dat een versterking van deze drie vormen van extramurale hulpverlening wenselijk is. Metingen van de algemene gezondheidstoestand van ouderen wijzen erop, dat zich hierin sedert 1970 geen belangrijke wijzigingen hebben voorgedaan. Wel zijn een aantal specifieke behandelingsmogelijkheden verruimd, wat een positief effect heeft op de redzaamheid van ouderen.

De kwaliteit van de woning van ouderen verbetert enigszins, wat eveneens mogelijkheden biedt om aan validiteitsproblemen tegemoet te komen. Verdere verbetering is gewenst, als mede een groter gebruik van technische en andere hulpmiddelen.

De mate waarin de toegenomen zelfstandigheid van ouderen wordt

ondersteund door informele hulp, is slechts gedeeltelijk zichtbaar. Wel kan geconcludeerd worden dat het vrijwilligerswerk toegenomen is. Over een verandering in de hoeveelheid mantelzorg is niets bekend en evenmin is precies duidelijk wat de rol is van commerciële hulp aan ouderen.

BRINK-MUINEN, A. VAN DEN, SIXMA, H.

Project evaluatie gezondheidszorg Almere (7): de zorg voor ouderen in Almere. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1990. 91 p., 36 lit.opgn., bijln., tabn.

NIVEL (R 3561 (7)

De twee doelstellingen van dit onderzoek zijn informatie te verkrijgen over de zorgbehoefte en het zorggebruik van de zelfstandig wonende ouderen in Almere en verklaringen te zoeken voor een verschillend gebruik van zorgvoorzieningen met een gelijke mate van hulpbehoevendheid. De zorgbehoefte en het zorggebruik zijn geïnventariseerd aan de hand van een aantal algemeen dagelijkse en huishoudelijke levensverrichtingen (ADL en HDL) bij een representatieve steekproef onder de 65 tot 75-jarigen en een populatieonderzoek onder de 75-plussers in Almere. Hierbij zijn vergelijkingen gemaakt tussen geslachts- en leeftijdscategorieën en tussen informele en professionele zorggebruikers. Door de mate van hulpbehoevendheid - de belangrijkste verklarende variabele voor zorggebruik - uit te schakelen (via matching) is gezocht naar andere factoren die het verschillend soort gebruik zouden kunnen verklaren. Hiertoe zijn hypothesen opgesteld over de samenhang van somatische, sociaal-demografische en psycho-sociale factoren met het soort zorggebruik. (aut. ref.)

AUTEURSREGISTER

A

Aakster, C.W. 1
Andriessen, C. 32
Arnold, T.F. 11
Arntzenius, A.C. 27

B

Baar, M.E. van 11
Barnhoorn, H. 25
Beekink, E. 7
Belleman, S.J.M. 13
Berenst, J. 1
Bertels, M. 11, 12
Beusekom, B.R. 45
Boersma, F. 45
Bokhoven, R.F.M. van 25
Bolk, J.H. 45
Borgers, M.T.H.A. 25
Borsboom, S. 31
Bos, G.A.M. van den 11, 50
Bosma, A. 31
Boukes, F.S. 44
Brasker, J. 1
Breemhaar, B. 2, 47
Brekel, E. van den 41
Brink-Muinen, A. van den 67
Broek, R. van den 53
Bruyns, E. 41
Buijssen, H. 26
Bukkems, A. 53
Bun, C. 31

C

Cammen, T.J.M. van 27
Claassen, A.W.M. 12
Claessens, L. 8
Cluitmans, R. 44
Coolen, J.A.I. 12, 16
Cools, H.J.M. 12, 45
Corven, J. van 31

D

Dam, F.S.A.M. van 32
Dam, M. van 53

Deeg, D.J.H. 32
Dees, D.J.D. 26
Diekstra, R.F.W. 27
Dieleman, F.M. 61
Diesfeldt, H.F.A. 35
Does, E. van der 27, 44
Dolmans, E.L.J. 42
Dooghe, G. 12
Driest, P.F. 2
Drijver, J. 1
Duursma, S.A. 27

E

Eefsting, J.A. 45
Elberse, W.P. 14
Esch, G.F.M. van 8

F

Fiolet, J.F.B.M. 3
Frederiks, C.M.A. 3, 52
Fredrix, L. 44

G

Geen, V. van 4
Geurts, J. 41
Goedhard, W.J.A. 26, 27
Goedhart, W. 66
Goemans, L.A.C. 12
Goewie, R. 58
Goey, P. de 53
Goudriaan, F.W.G. 18
Gribnau, F.W.J. 41
Groot, G.M. de 11
Groothoff, J.F. 45
GZO-dag 2, 3

H

Haagsma, C.J. 41
Haaijer-Ruskamp, F.M. 42
Hahn, D.E.E. 32
Hakens, M.J.H. 16
Harmsze, F. 2
Hauer, J. 61
Heijden, F.J. van der 12

Heuvel, W.J.A. van den 12, 26, 34, 55

Hofland, E. 59

Hogen Esch, I. 7

Huigen, P.P.P. 61

Huijsman, R. 12, 16, 42, 56, 57

Hulshof, K.F.A.M. 36

J

Janssen, T. 16, 53

Jong, A.T.J. de 33

Jong, M.J. de 53

K

Kam, P. van der 35

Kastelein, M. 3

Keijsers, J.H.M. 2, 47

Kempen, G.I.J.M. 43, 48, 54, 60

Kempers-Warmerdam, A.H.H.M. 61

Kerkhof, A.J.F.M. 27

Ketelaar, J.M.J. 5

Klaassen, L.H. 10

Klaassen-van den Berg Jeths, A. 62

Kleijnen, J.G.V.M. 47, 63

Knipscheer, C.P.M. 16

Knol, H.R. 54

Knook, D.L. 26

Kocken, P. 3

Kocken, P.L. 5

Koedoot, N. 16

Kok-Kuijken, P.A. 3

Kooiker, S.E. 54

Kromhout, H.A. 33

L

Lako, C.J. 44, 46

Leden, J. van der 37

Leemeijer, M. 34, 55

Leene, G.J.F. 34

Lege, W. de 6

Leufkens, H.G.M. 44

Ligthart, G.J. 45

Linneman, M.A. 34

Linschoten, C.P. van 3, 34, 55

Löwik, M.R.H. 36,37

M

Mandemaker, T. 63

Meulmeester, J.F. 36, 37

Meyboom-de Jong, B. 35, 38

Mheen, H. van de 38

Minderhoud, M. 38

Muller, S.B. 3

Munnichs, J.M.A. 66

N

Nationale Kruisvereniging 27

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO 28

Nimwegen, N. van 7

O

Oostendorp, F.M.G.M. 45

Otten, G.R. 6

P

Peeters, J. 7

Pennekamp, P.H.B. 12

Perenboom, R.J.M. 46

Peute, L.J.M. 35

Pieters, J. 1

Ploeger, D.S. 2

Post, M.W.M. 14

Prins, A. 44

R

Ramakers, C. 53

Redeker, I. 17

Ringers, M.F. 54

Romijn, C. 16

Rossum, H.J.L. van 3

Rutten, F.F.H. 12

S

Santvoort, M.M. van 8

Schouten, E.G. 46

Schrijver, J. 36

Schrijvers, A.J.P. 14

Schroots, J.J.F. 4

Sixma, H. 67

Sluijs, H. van der 18

Smets, J.A.J. 5
Smith, R.J.A. 35
Spruit, B. 28
Steenvoorden, M. 20
Stewart, R. 42
Suurmeijer, TH.P.B.M. 43, 54, 60

T

Taheij, J. 54
Tempelman, C.J.J. 9
Theunisse, A.J.M. 17
Thomese, F. 13
Trienekens, H. 53
Tweede Kamer der Staten-Generaal
21, 22

V

Vasbinder, I. 44
Vink, M.T. 35
Visser, A.P.H. 1, 25, 27, 47, 57, 63
Vlist, J.A. van der 6, 10
Vries, J.M.P. de 48

W

Walma, E.P. 44
Weeghel, J. van 6
Weerden, A. van 11, 12
Wesseling, H. 42
Westenbrink, S. 36, 37
Westendorp, I.M. 28
Wevers, C.W.J. 36, 37
Wierik, M.J.M. te 3
Wieringen, J.C.M. van 13
Wijkmans-Yntema, M. 25
Wijnmaalen, J. 56
Willemse, A. 63
Witlox, A.H.T. 17
Woldringh, C. 7
Wouters, I.A.M.V. 47

Z

Zaal, K. 3
Zonneveld, R.J. van 44
Zutphen, W.M. van 63
Zuylen, C. van 45

TREFWOORDENREGISTER

A

afstemming vraag en aanbod 53,
57, 59, 63
almere 67
attitude 1, 16, 25, 57

B

belasting 35
beleidsnota 22
bereikbaarheid 46, 61
bestuurlijke aspecten 18
bewonerscommissies 4

C

centrale indicatiecommissie 15, 17
cerebrovasculaire aandoeningen
35
chronisch zieken 11, 50

D

deelname aan de samenleving 33
definiering 66
dementie 4, 35, 36, 45
demografische aspecten 7
demonstratieprojecten 16
depressie 27, 36
determinanten van zorggebruik 3,
48, 52, 57, 62, 67
dienstencentra 56
dienstverlening 6, 48
diuretica 44

E

eenzaamheid 34
eerstelingsgezondheidszorg 3
effectonderzoek 20
epidemiologie 4, 44
evaluatie onderzoek 16, 17, 57

F

financiële aspecten 2, 5, 6, 10, 12,
14, 17, 18, 20, 48, 58

flankerend ouderenbeleid 3, 14,
17, 20, 54
functies 53
functionele toestand 38
fysiotherapie 3

G

gecoördineerd ouderenwerk 56
geïntegreerde zorg 5
geneesmiddelen 25, 41, 42, 44, 45
gerontologisch onderzoek 8
gezinsverzorging 42, 52, 54, 58,
60
gezondheidsbeleving 9, 31, 44
gezondheidscentra 11
gezondheidsgedrag 38
gezondheidsproblemen 1, 35, 36,
38, 41
groepswonen 7
gvo 27, 28
gzo-dagen 2, 3
hadl-problematiek 55
hart- en vaatziekten 25, 26, 31, 36,
44
hometeams 11
huisartsen 18, 25, 26, 36-38, 42,
44, 45, 56, 63
huisbezoeken 26
hulpvraag 3, 11, 16, 37, 41, 48,
53, 55, 57, 63, 66, 67

I

indicatiestelling 15, 17, 59
informele zorg 16, 18, 35, 46, 50,
53, 54, 56, 60, 66, 67
inspraakprocedures 4
instrumentontwikkeling 9
interventie 34
inventarisatie 8, 11, 12, 34, 48, 53

J

juridische aspecten 18

K

kanker 25, 32
koopkracht 10
kostenomslagpunten 6, 58
kruiswerk 26, 27, 52-54, 60
kwaliteit van de zorg 16, 54
kwaliteit van het leven 32

L

leefsituatie 8, 33, 34, 54
leeftijdsgebonden verschillen 7, 63
levensbeschouwelijke aspecten 33
levensvoldoening 32
literatuuroverzicht 28

M

massamedia 27
methodologie 4
mishandeling 6
morbiditeit 35, 38, 45

N

netwerken 63

O

onderzoeksoverzicht 28, 47
opname 2, 41
organisatorische aspecten 8
osteoporose 26
oudereneducatie 57
ouderenzorg 1, 3, 12-14, 18, 26, 28, 34, 53
overheidsbeleid 1, 2, 4, 11, 12, 18, 20, 21, 22, 26, 50
overlevingsduur 32

P

platteland 44, 61
poliklinische zorg 3
positief geïndiceerden 3, 58
prevalentie 50
preventie 3, 4, 26-28, 53
psychische gezondheid 31
psychogeriatric 26
psychosociale aspecten 4, 32, 34, 35, 38, 47, 52, 55

R

regionale verschillen 44-46
risicofactoren 31, 36, 43
risicogroepen 37

S

samenwerking 5, 12, 34
screening 26
signalering 6
slaapklachten 2
sociaal-economische status 1, 7, 8, 33, 41
sociale ongelijkheid 11
substitutie 3, 12, 14, 16, 18, 58, 60
suicide 27

T

taakverdeling 12
taalgebruik 1
thuiszorg 12, 16, 18, 43, 46-48, 52, 53, 56, 59, 66
toekomstscenario's 13
tweedelijnsgezondheidszorg 18

V

vergelijkend onderzoek 52
vergrijzing 10, 50
verpleeghuizen 4, 5, 12, 15, 18, 35, 45
verpleegkundigen 1
verzorgingsproblematiek 35
verzorgingstehuizen 2, 4, 5, 15, 18, 20, 35, 58
visueel gehandicapten 63
voedingsgewoonten 36
voedingstoestand 37
voorlichting 25
voorschrijven 42, 44, 45
voortgangsrapportage 21
vrijwilligerswerk 12

W

welbevinden 9, 16, 31
woonsituatie 3, 4, 6, 7, 20, 38, 41,

Z

zelfredzaamheid 48

ziekenhuizen 1, 2, 41

zorgaanbod 57

zorgbereik 54, 56, 61

zorggebruik 2, 11, 12, 37, 38,
41-44, 46-48, 50, 52, 54, 60-62, 67

zorgsystemen 13, 14

zorgvoorzieningen 50, 57

NIVEL BIBLIOGRAFIEËN-REEKS

- WILLEMSSEN, R. Wijkverpleging/kruisvereniging. 1986, nr. 1
LEEUEW, A.K. DE. Ouderen (I, II). 1986, nr. 2 en 3
WILLEMSSEN, R. Relatie eerste en tweede lijn. 1986, nr. 4
LEEUEW, A.K. DE. De apotheker. 1986, nr. 5
VELDE, A. VAN DER. Alternatieve geneeswijzen. 1986, nr. 6
KUIJLEN, H. Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1986, nr. 7
LEEUEW, A.K. DE, A. VOS. Communicatie (huis)arts-patiënt. 1986, nr. 8
WIEMAN, F. Zelfzorg en mantelzorg. 1986, nr. 9
KUIJLEN, H. Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. 1986, nr. 10.
DIJKHUIS, K. De fysiotherapeut. 1986, nr. 11
LEEUEW, A.K. DE. De Nederlandse verloskundige zorg. 1986, nr. 12
HEIJDEN, P. VAN DER. Technology assessment. 1987, nr. 13
WIEMAN, F. Live events. 1987, nr. 14
DIJKHUIS, K. De diëtist. 1987, nr. 15
HEIJDEN, P. VAN DER. Logopedisten. 1987, nr. 16
WIEMAN, F. Verzekeringstelsel en medische consumptie. 1988, nr. 17
HEIJDEN, P. VAN DER. Patiëntenrechten. 1988, nr. 18
WIEMAN, F. Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. 1988, nr. 19
DIJKHUIS, K. Wijkverpleging in het buitenland. 1988, nr. 20
CAMPEN, C. VAN, E.M. SLUIJS. Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989). 1989, nr. 21
RENGELINK-VAN DER LEE, J.H., A. DE MOL-VAN DER VELDE. Kwaliteit van verloskundige zorg. 1988, nr. 22
SCHRIJNEMAEKERS, V. De psychologie en de eerstelijnszorg. 1989, nr. 23
GOOSSENS, J.M.A.W. Huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. 1988, nr. 24.
LEEUEW, A.K. DE. Algemeen maatschappelijk werk. 1990, nr. 25
HEIJDEN, P. VAN DER. Sociaal-economische status en gezondheid. 1990, nr. 26
CAMPEN, C. VAN. Evaluatie thuiszorgprojecten en -experimenten. 1990, nr. 27
HOOGEN, H. VAN DEN, T. DE MAAGT, J.H. RENGELINK-VAN DER LEE. Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. 1989, nr. 28
CAMPEN, C. VAN. Community nursing. 1989, nr. 29
KUIJLEN, J.A.J., F.G. SCHELLEVIS. De zorg voor chronisch zieken, 1990, nr. 30
KRUIITHOF, W.H. Psychogeriatric en eerstelijnszorg, 1990, nr. 31
HEIJDEN, P. VAN DER, M. VAN LOO. Ouderen III, 1991, nr. 32
KUIJLEN, J.A.J., L. STOKX. De relatie tussen huisarts en specialist: wie krijgt de rekening?, 1990, nr. 33

