Model van voorzieningen voor ouderen

Citation for published version (APA):

Huijsman, R. (1990). *Model van voorzieningen voor ouderen*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Kerckebosch. <https://doi.org/10.26481/dis.19901214rh>

Document status and date:

Published: 01/01/1990

DOI:

[10.26481/dis.19901214rh](https://doi.org/10.26481/dis.19901214rh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

MODEL VAN VOORZIENINGEN VOOR OUDEREN

MODEL VAN VOORZIENINGEN VOOR OUDEREN

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Dr. F. I. M. Bonke,
volgens het besluit van het College van Dekanen,
in het openbaar te verdedigen
op vrijdag, 14 december 1990 om 14.00 uur

door

Robbert Huijsman

geboren te Rotterdam op 26 januari 1962

Promotor: Prof. dr. F. F. H. Rutten

Beoordelingscommissie: Prof. dr. J. A. M. Maarse, Rijksuniversiteit Limburg (voorzitter)
Prof. dr. H. A. Becker, Rijksuniversiteit Utrecht
Dr. J. A. I. Coolen, Universiteit Twente
Prof. dr. C. P. M. Knipscheer, Vrije Universiteit Amsterdam
Dr. A. Ph. Visser, International Health Foundation te Brussel

Het in dit boek beschreven onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de (voormalige) Stuurgroep Onderzoek Ouderwordende Mens (SOOM) en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Omslagontwerp: Frits Reijnt - Zeist

CIP / ISBN 90-6720-098-0

© 1990, R. Huijsman / Kerckebosch bv, Zeist

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Kaar!

(Aniek, anderhalf jaar oud,
na voltooiing van elke handeling)

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1. Het onderzoeksproject	1
1.2. Achtergronden van de studie	1
1.3. Probleemstellingen van het onderzoek	3
1.4. Opzet van de studie	6
2. Demografische trends in Maastricht en Nederland	11
2.1. Inleiding	11
2.2. (Dubbele) vergrijzing in cijfers	11
2.3. De 65-plussers naar burgerlijke staat en huishoudsamenstelling	13
2.4. Verwachtingen ten aanzien van de toekomst	15
2.5. Vergrijzing en de invloed op voorzieningengebruik	17
2.6. Samenvatting en conclusies	18
3. De ontwikkeling van ouderenbeleid in vogelvlucht	19
3.1. Inleiding en afbakening	19
3.2. Belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidszorg vóór 1945	19
3.3. Ouderenbeleid in de periode 1945-1970	20
3.4. Ouderenbeleid in de periode 1970 - 1990	20
3.5. Ontwikkeling van voorzieningen in vogelvlucht	26
3.5.1. Korte beschrijving van de gezinsverzorging	26
3.5.2. Korte beschrijving van de wijkverpleging	27
3.5.3. Korte beschrijving van het gecoördineerd ouderenwerk en dienstencentra	28
3.5.4. Korte beschrijving van de bejaardenoorden	30
3.5.5. Korte beschrijving van de verpleeghuizen	32
3.6. Samenvatting	32
4. Het gebruik van voorzieningen door ouderen in Nederland	35
4.1. Inleiding	35
4.2. Overzicht van gebruik per voorziening	35
4.2.1. Gezinsverzorging in Nederland	36
4.2.2. Wijkverpleging in Nederland	39
4.2.3. Gecoördineerd ouderenwerk in Nederland	42
4.2.4. Bejaardenoorden in Nederland	43
4.2.5. Verpleeghuizen in Nederland	48
4.3. Gebruik van voorzieningen door ouderen: samenvatting en ramingen	52
4.4. Omvang van cliëntenstromen en potentie van substitutie	54
4.5. Kosten van voorzieningen voor ouderen	56
4.6. Tot besluit	58
5. Introductie op de beschrijving van voorzieningen voor ouderen in Maastricht	63
5.1. Inleiding	63
5.2. Wijze van aanpak: de instellingsenquête	63
5.3. Functionele indeling van ouderenzorg: afbakening van functies	64
5.4. Afwijkingen van het centrale stramien	68
5.5. Opzet van deel B	69

6. Gezinsverzorging	71
6.1. Inleiding	71
6.2. Gegevensverzameling	71
6.3. Trendmatige ontwikkelingen in het gebruik van gezinsverzorging	72
6.4. Kenmerken van cliënten	74
6.5. Beëindiging van hulp van de gezinsverzorging in 1988	78
6.6. Analyse van activiteiten gezinsverzorging en relatie met hulpomvang	80
6.6.1. Inleiding	80
6.6.2. Dimensies van hulpverlening, afzonderlijk bezien	81
6.6.3. Dimensies van hulp en de invloed op aard en omvang van hulp	82
6.6.4. Verklaring van de verstrekte hulp	83
6.7. De kosten van gezinsverzorging	84
6.8. Samenvatting en conclusies	85
7. Wijkverpleging	87
7.1. Inleiding en dataverzameling	87
7.2. Nadere toelichting op rapportagesysteem in Maastricht	87
7.3. Analyse van kenmerken van cliënten van wijkverpleging	88
7.3.1. Leeftijdverdeling van cliënten	88
7.3.2. Contacten: aantallen naar leeftijdsgroepen	89
7.3.3. Contacten: aard en doelen	90
7.3.4. Contacten: tijd en plaats	92
7.3.5. Bereik van wijkverpleging	93
7.3.6. Personeelsinzet en aard van contacten	94
7.4. Duur van hulpverlening en invloed op verdeling van contacten	95
7.5. Personeelsformatie van kruiswerk in Maastricht	99
7.6. Kosten en financiering van het kruiswerk in Maastricht	100
7.7. Samenvatting en conclusies	101
8. Gecoördineerd ouderenwerk en het gebruik van dienstencentra	103
8.1. De ontwikkeling van het GOW in Maastricht	103
8.2. Dataverzameling	104
8.3. Analyse van kenmerken van bezoekers dienstencentra	105
8.3.1. Leeftijdsituatie van bezoekers dienstencentra	105
8.3.2. Bereik van dienstencentra	106
8.3.3. Bezoek aan dienstencentra: frequentie en aard	107
8.3.4. Vervoer naar en wijze van kennismaking met GOW	108
8.3.5. Gebruik van andere voorzieningen	109
8.4. Kosten en financiering van het gecoördineerd ouderenwerk	110
8.5. De coördinatietaak van het GOW	112
8.6. Samenvatting en conclusies	113
9. Indicatiecommissie en bejaardenoord:	
globaal overzicht periode 1985-1988	115
9.1. Inleiding	115
9.2. Indicatiecommissie bejaardenoord (oude stijl)	115
9.2.1. Inleiding	115
9.2.2. Werkwijze indicatiecommissie	116
9.2.3. Beslissingscriteria bij de adviesbepaling	117
9.2.4. Aantal aanvragen en verstrekte adviezen in de periode 1980-1987	118
9.2.5. Indicatiecommissie Ouderenvoorzieningen nieuwe stijl	121

9.3.	Overzicht van de bejaardenoorden in de periode 1985-1988	122
9.3.1.	Capaciteitsontwikkelingen in bejaardenoorden te Maastricht	122
9.3.2.	Opbouw van het bewonersbestand sinds 1985	123
9.3.3.	In- en uitstroom bejaardenoorden	125
9.3.4.	Wijkfuncties bejaardenoorden	127
9.3.5.	Personeel in algemene bejaardenoorden	128
9.3.6.	Kosten en financiering van de bejaardenoorden	130
9.4.	Samenvatting van de belangrijkste bevindingen	133
10.	Analyse van bewonerskenmerken in de Maastrichtse bejaardenoorden	135
10.1.	Inleiding	135
10.2.	Gebruikte onderzoeksinstrumenten en gegevensverzameling	135
10.2.1.	Registratiesystemen voor meerzorg in bejaardenoorden	135
10.2.2.	Beoordelingsschaal Psychische en Sociale problemen (BPS)	137
10.2.3.	Gegevensverzameling in Maastrichtse bejaardenoorden	138
10.3.	Individuele meerzorg in Maastrichtse bejaardenoorden	138
10.3.1.	Algemene bewonerskenmerken	139
10.3.2.	Totale en gemiddelde meerzorg	140
10.3.3.	Verschillen in meerzorg naar sexe, leeftijd en burgerlijke staat	141
10.4.	Resultaten van de BPS-metingen in Maastrichtse bejaardenoorden	144
10.4.1.	Aanwezigheid van psycho-sociale problemen	144
10.4.2.	Samenhang met bewonerskenmerken	146
10.4.3.	De onderlinge samenhang tussen de BPS-schalen	147
10.4.4.	De samenhang tussen meerzorg en BPS-scores	148
10.5.	Verschillen tussen bejaardenoorden?	150
10.5.1.	Instellingsverschillen bij kenmerken van bewoners	150
10.5.2.	Instellingsverschillen met betrekking tot uitkomsten van normeringssysteem	152
10.6.	Samenvatting en conclusies	153
11.	Verpleeghuizen	155
11.1.	Inleiding	155
11.2.	Gebruik verpleeghuiszorg in de periode 1980-1988	156
11.3.	Patiëntenstromen naar, door en uit het verpleeghuis	159
11.4.	Dagbehandeling in het verpleeghuis	161
11.5.	Personeel en kosten verpleeghuiszorg in Maastricht	163
11.6.	Samenvatting: vergelijking van lokale met nationale ontwikkelingen	164
12.	Samenvatting aanbodbeschrijving	167
12.1.	Inleiding	167
12.2.	Bereik van voorzieningen	167
12.3.	De kosten van ouderenzorg	169
12.4.	Functionele benadering van personeelslasten	170
12.5.	Kanttekening	172
13.	Begrippen, methoden en datamateriaal	177
13.1.	Inleiding en afbakening	177
13.2.	Gehanteerde 'behoefte'-begrippen	177
13.3.	Verklaringsmodellen voor voorzieningengebruik	179
13.3.1.	Het model van Andersen	179
13.3.2.	Het begrip 'afhankelijkheid' van zorg	181
13.4.	Analyse technieken	183
13.5.	LISREL-analyse	188
13.6.	Datamateriaal	189

14. Belangrijke factoren in de leefsituatie van ouderen	197
14.1. Introductie	197
14.2. Demografische kenmerken	198
14.2.1. Inleiding	198
14.2.2. Onderlinge samenhang bij demografische kenmerken	198
14.2.3. Samenhang tussen demografische en andere variabelen	199
14.3. (Instrumentele) Activiteiten van het Dagelijks Leven	200
14.3.1. Inleiding	200
14.3.2. Constructie (I)ADL-schalen	202
14.3.3. Relaties met andere aspecten uit de leefsituatie	205
14.4. Andere indicatoren voor lichamelijk functioneren	208
14.4.1. Inleiding	208
14.4.2. Constructie van en onderlinge samenhangen tussen gezondheidsindicatoren	208
14.4.3. Relaties met andere variabelen	210
14.5. Psychisch functioneren	212
14.5.1. Inleiding	212
14.5.2. Schaalconstructie psychisch functioneren	213
14.5.3. Samenhang tussen psychisch functioneren en andere variabelen	217
14.6. Woonsituatie	219
14.6.1. Inleiding	219
14.6.2. Constructie van en onderlinge relaties tussen woon-variabelen	221
14.6.3. Relaties tussen kernvariabelen woonsituatie en andere variabelen	223
14.7. Sociaal-economische status	225
14.7.1. Inleiding	225
14.7.2. Schaalconstructie SES	228
14.7.3. Samenhang tussen SES en andere variabelen	229
14.8. Sociaal netwerk	230
14.8.1. Inleiding	230
14.8.2. Constructie van sociaal netwerk variabelen	232
14.8.3. Relaties tussen sociaal netwerk en andere variabelen	235
14.9. Zelfzorg en informele hulp	237
14.9.1. Inleiding	237
14.9.2. Zelfzorg en informele hulp: patronen en constructie van variabelen	238
14.9.3. Samenhang tussen informele hulpverlening en andere variabelen	242
14.10. Samenvatting	243
15. Voorzieningengebruik door ouderen	247
15.1. Inleiding	247
15.2. Voorzieningengebruik en determinanten daarvoor: een globale verkenning	248
15.3. Regressie-modellen ter verklaring van het gebruik	253
15.4. Constructie van een kostenvariabele	259
15.5. Een MIMIC-model voor afhankelijkheid	264
15.6. Effect-simulatie met betrekking tot voorzieningen-gebruik	271
15.7. Samenvatting en discussie	275
16. Algemene samenvatting en conclusies	279
16.1. Inleiding	279
16.2. Onderzoekslijn 1: de aanbodzijde van de ouderenzorg	281
16.3. Onderzoekslijn 2: de vraagzijde van de ouderenzorg	283
16.4. Een verbijzondering: de individuele kostenvariabele	285
16.5. Het MIMIC-model van afhankelijkheid	286
16.6. Suggesties voor vervolgonderzoek	287
16.7. Relevantie voor beleid	288

Summary	289
Literatuur	293
Bijlage 1. Tijdbalk ouderenzorg	307
Bijlage 2. Instellingsenquête	312
Bijlage 3. Berekening van de kosten van indicatie-stelling	329
Bijlage 4. Ruwe tellingen uit de peilingen van individuele meerzorg	330
Bijlage 5. Ruwe scores bij beoordeling psycho-sociale problematiek in verzorgingstehuizen	331
Bijlage 6. Correlatie-matrix tussen de verschillende (I)ADL-items	332
Curriculum Vitae	333

Voorwoord

Alle promovendi hebben één ding gemeen: zij zijn in het finale stadium van hun dissertatie zo onuitsprekelijk opgelucht dat 'de klus' geklaard is dat zij de hele wereld zouden willen bedanken. Deze onbedwingbare wens omzetten in een leesbaar voorwoord moet worden beschouwd als de laatste hindernis voordat het manuscript naar de drukker kan gaan. Het is twijfelachtig of deze hindernis de eenvoudigste is in de reeks van hindernissen die onlosmakelijk verbonden is aan het doen van onderzoek en het schrijven van een proefschrift.

Op 1 mei 1986 is met mijn aanstelling bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht het project Model van Voorzieningen voor Ouderen van start gegaan. Het project, gefinancierd door de (voormalige) Stuurgroep Onderzoek Ouder wordende Mens (SOOM) was het resultaat van een voorstudie die al in 1984 vericht was. Het project werd in 1985 goedgekeurd, maar het duurde tot 1 mei 1986 tot een onderzoeker gevonden was om het ten uitvoer te brengen. De aanvankelijk vastgestelde looptijd was op 1 mei 1989 verstreken, maar werd verlengd tot 1 mei 1990 en later nog eens tot 1 december 1990. Ik ben de opdrachtgever, het Ministerie van WVC, zeer erkentelijk voor het gestelde vertrouwen (als een tot twee maal toe verleende verlenging zo uitgelegd mag worden). Gedurende de gehele looptijd van het project heeft een deskundige begeleidingscommissie bestaan om te waken over de voortgang van het project. Naast deze officiële taak was de meedenk- en klankbordfunctie, waarop altijd een beroep gedaan kon worden, vele malen belangrijker, zodat de samenwerking altijd prettig en vruchtbaar verliep. In de begeleidingscommissie hadden de volgende leden zitting: mw. drs. M. Duynstee (Nationale Kruisvereniging; lid vanaf april 1989), mw. drs. P.S.A. Gho (thans werkzaam bij het Nationaal Instituut voor Zorg en Welzijn; lid tot april 1989), drs. F.G.W. Goudriaan (Directie Onderzoek en Ontwikkeling van het Directoraat Welzijn van het Ministerie van WVC; sinds 1 mei 1989 tevens secretaris begeleidingscommissie), drs. J.R. Kraan (plaatsvervangend directeur van de Directie Onderzoek en Ontwikkeling van het Directoraat Welzijn van het Ministerie van WVC; voorzitter begeleidingscommissie), drs. R. de Laat (thans werkzaam bij het NIZW), mw. drs. S.A.G. van der Linde, (Directie Ouderenbeleid van WVC; tot 1 mei 1989 secretaris begeleidingscommissie), drs. G. Rutten (Centrale Raad Gezinsverzorging), drs. J. Timmermans (Sociaal Cultureel Planbureau) en drs. T.F.W. Wehkamp (voorzitter van het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen). Ik wil van deze gelegenheid gebruik maken deze commissie te bedanken voor de prettige samenwerking en de leden tevens te complimenteren met het feit dat zij het zo lang hebben kunnen volhouden hun waardevolle en gewaardeerde bijdrage te leveren.

Het is een goed universitair gebruik om voor een project een onderzoeksteam te formeren. Immers, 'alleen is maar alleen' en ik kon het ook niet alleen. De leiding was in handen van prof.dr. Frans Rutten die vanaf het begin bevorderde dat het project werd 'omgebouwd' tot een promovabel onderzoek. De vrijheid die hij mij in (en buiten) het onderzoek en bij dit proefschrift gaf was groot en bleef absoluut niet beperkt tot de zakelijke aspecten. Mijn waardering voor Frans is daarmee evenredig, zodat ik mij verheug op het blijven voortbestaan van onze samenwerking, zij het op een andere lokatie.

In een begeleidende rol maakte dr. Adriaan Visser mij op een prettige en luchtige wijze deelgenoot van zijn grote onderzoekservaring en leerde mij de betekenis van de stelling 'publish or perish'. Daarnaast hebben wij bij diverse projecten binnen het Deelproject Voorzieningen voor Ouderen (eveneens gefinancierd door de voormalige SOOM), waarvan Adriaan Visser de voortvarende leider was, op aangename wijze samengewerkt.

Voor het ontwikkelen van het onderzoeksplan, het uitvoeren van de voorstudie en het wegwijzen maken op het onderzoeksterrein bij mijn start in 1986 ben ik drs. Frits Harmsze veel dank verschuldigd. Hij verschafte mij ook de broodnodige toegang tot 'het veld'.

Tot 1 juli 1989 had ik bij het onderzoek een student-assistent als 'maatje': Eric Dolmans. Omdat ik zelf student-assistent geweest ben, weet ik wat het is om je voor het eerst op een vreemd studieterrein te begeven, zeker als je daarbij bovendien 'in het diepe gegooid wordt'. Neem echter van mij aan dat je dat goed is afgegaan (het bewijs staat in de literatuurlijst). Wat echter wellicht belangrijker is dan het resultaat is de weg waarlangs dat wordt bereikt; die was in mijn ogen zo prettig dat ik het bepaald niet leuk vond dat je in 1989 besloot af te gaan studeren en daarvoor je assistentschap op te geven.

Nu kan je nog zo graag onderzoek willen doen, maar mensen die al dat geschrijf kunnen en willen omzetten in leesbaar drukwerk zijn daarbij onmisbaar. Ik heb het geluk gehad in de afgelopen jaren twee dames te treffen die dat zowel goed als snel als (meestal) goedgemutst deden. Toidat zij in eind 1988 bij de universiteit een andere baan aanvaardde was dat mw. Yvonne Lemmen-Lagarde en sindsdien mw. Maria Korbmacher-Kalivas. Beide 'meisjes' (echt, het is hun eigen jargon) verdienen hun gewicht in goud. Technische assistentie werd met grote inzet gegeven door ir. Jan van Emmerik. Deze man heeft 'gouden handjes' en is het levende bewijs dat de intelligentie niet onder maar boven het toetsenbord zit. Hij maakte in een paar jaar tijd vijf of zes proefschriften, waar anderen er maar één in hun leven doen. Hij blijft daarbij -in tegenstelling tot de promovendus- bovendien stressbestendig. Dit laatste gaat ook op voor mw. Jacqueline Micheels en mw. Ellen Breevoort-Zeguers die onder vaak grote tijdsdruk een onbetaalbare bijdrage hebben geleverd aan de verzameling en accurate verwerking van grote hoeveelheden gegevens.

In de slotfase van het onderzoek heeft mw. drs. Mirjam de Klerk een grote rol gespeeld. Hoewel zij nog geen drie jaar op het onderzoeksterrein werkzaam is, heeft zij al mijn concepten dermate kritisch doorgelicht dat je je geen betere collega en paraninf kan wensen. Dit vol te houden tot de laatste versie van het proefschrift moet een bezoeking zijn geweest. Zij heeft dat echter nimmer laten merken. Of soms toch? Promoveer je zelf nog? Inhoudelijke steun met betrekking tot de 'ins en outs' van het ouderenbeleid van de overheid kreeg ik steeds van drs. Marcelis Boereboom, hoofd van de Hoofdafdeling Ontwikkeling en Afstemming van de Directie Ouderenbeleid van het Ministerie van WVC. Hij vormt het bewijs dat werk samen kan gaan met vriendschap en ik ben daarom blij dat hij bereid is mij als paraninf bij te staan.

Het in dit boek beschreven onderzoek zou onmogelijk geweest zijn zonder de medewerking van vele mensen in 'het veld' en aan de universiteit. Allerlei organisaties zijn in de afgelopen jaren door mij 'bestookt' met vragen om en over gegevens. Ondanks het feit dat voor hen de relevantie van het onderzoek -in ieder geval in eerste instantie- niet altijd duidelijk was en de instellingen er ook niet direct baat bij hadden, hebben toch vrijwel alle organisaties op een goede en prettige wijze meegewerkt. Ik ben de gezinsverzorging, de lokale en provinciale kruisverenigingen, alle bejaardenoorden, het verpleeghuis, het gecoördineerd ouderennetwerk, de gemeente en de provincie hiervoor zeer erkentelijk. Met name het gezamenlijk bespreken van resultaten, het doordenken van de mogelijkheden en het -in enkele gevallen- gezamenlijk ontwikkelen van instrumentarium heb ik boeiend gevonden en op prijs gesteld. Dat ik daarbij -zeker in het begin- soms als een 'olifant door de porseleinen kast' ging, moet u maar toeschrijven aan mijn enthousiasme, jeugdigheid, ambities, onervarenheid, gebrek aan tact of aan een combinatie van voorgaande factoren. Bij het leerproces heeft u echter in alle opzichten een verdienstelijke rol gespeeld.

Een speciaal dankwoord wil ik richten tot mw. dr. Carla Frederiks en mw. drs. Margreet te Wierik. Zij hebben mij de gegevens beschikbaar gesteld die zij voor hun eigen onderzoek verzameld hebben bij ruim 900 ouderen in de gemeente Maastricht. Let wel: dit betreffen gegevens die zij zelf nog maar net gereed hadden voor analyse en waarop zij zelf (gaan) promoveren. Begin oktober heeft Carla dat reeds volbracht en Margreet zal snel volgen.

Dat je in zo'n situatie gegevens beschikbaar stelt aan een derde, is in de universitaire onderzoekswereld een zelden aangetroffen fenomeen. Dat je vervolgens tussen de bedrijven door ook nog kans ziet om concepten van commentaar te voorzien, is helemaal ongelofelijk. Carla en vooral Margreet ben ik daarvoor zeer dankbaar. Als jullie soms het gevoel bekroop dat ik wat al te voortvarend construeerde en concludeerde, dan biedt ik daarvoor mijn excuses aan; dat is nooit mijn opzet geweest. De op het betreffende datamateriaal gebaseerde analyse en conclusies vallen natuurlijk onder mijn verantwoordelijkheid.

Het bevorderen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen staat in het huidige overheidsbeleid centraal, zoals ook in deze studie zal blijken. Er wordt echter vaak vergeten dat ouders hieraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren door de wijze waarop zij hun kinderen opvoeden. Ik ben mijn ouders dankbaar voor de kansen die zij mij gaven bij het ontwikkelen van die zelfstandigheid, waarvoor opleiding, doorzettingsvermogen, werklust en een beschutte thuisbasis van kind tot jong-volwassene, belangrijke bouwstenen zijn. De eerlijkheid (die zij mij eveneens bijbrachten) gebiedt echter te zeggen (ook dat moet je leren) dat je dit alles pas echt gaat waarderen als je zelf komt te staan voor de 'ouderrol'.

Terugkijkend op een periode van ruim vier jaar sinds ik in Maastricht aan de slag ging, bekruipt mij het gevoel dat een skiër moet krijgen als hij een lawine op zich af ziet komen. Dit geldt te meer omdat ook in de prive-sfeer veel gebeurd is: Anne en ik zijn verhuisd en getrouwd; Aniek en Mark hebben hun opwachting gemaakt en in december verhuizen wij. Dat ik naast dit alles bij mijn werk en het schrijven van het proefschrift de voortdurende en liefdevolle steun van Anne kreeg is voor haar geheel vanzelfsprekend en daarom in haar ogen niet vermeldenswaardig. Ik zie dat volstrekt anders!

1. Inleiding

1.1. Het onderzoeksproject

Begin 1986 startte aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg het project 'Model van Voorzieningen voor Ouderen' met de vraagstelling: 'Is het mogelijk een simulatiemodel van voorzieningen voor ouderen te ontwikkelen dat kan dienen als instrument voor de voorbereiding en de evaluatie van maatregelen op het terrein van het ouderenbeleid?' Het onderzoek is mogelijk gemaakt door een projectsubsidie van de Stuurgroep Onderzoek Ouder Wordende Mens (SOOM)¹ en maakte onderdeel uit van een eveneens door de (voormalige) SOOM gefinancierd onderzoeksprogramma 'Voorzieningen voor ouderen' (Jolles en Visser, 1989; Visser, 1990). Aan het onderzoeksproject gingen twee voorstudies vooraf, een bij het Sociaal en Cultureel Planbureau in de periode 1979-1981 en een aan de Rijksuniversiteit Limburg in de periode 1984-1985 (zie de achtergronden in paragraaf 1.2). Met dit boek komt een (voorlopig) einde aan het onderzoeksproject 'Model van Voorzieningen voor Ouderen'.

In dit hoofdstuk worden de achtergronden van de studie toegelicht (paragraaf 1.2) en de problemstellingen die daaraan ten grondslag liggen verder uitgewerkt (paragraaf 1.3). Wij besluiten met de opzet van deze studie, die in drie delen uiteenvalt, namelijk:

- (a) een inventarisatie op nationaal niveau van demografische ontwikkelingen, het ouderenbeleid van de overheid en het gebruik van voorzieningen door ouderen;
- (b) een analyse van de 'aanbodzijde' van de ouderenzorg in de gemeente Maastricht;
- (c) een analyse van de 'vraagzijde' van de ouderenzorg op basis van individuele gegevens van diverse groepen ouderen in Maastricht

In het derde deel wordt tevens een koppeling tussen de vraag- en aanbodzijde tot stand gebracht, uitgaande van de individu-gebonden kosten van de ouderenzorg op lokaal niveau. De problemstellingen van het onderzoek worden besproken in paragraaf 1.3 en de opzet van de gehele studie komt in paragraaf 1.4 aan de orde.

1.2. Achtergronden van de studie

Aan het project gaat een geschiedenis vooraf die terug te voeren is tot juli 1979. Toen kreeg het Sociaal en Cultureel Planbureau van het Ministerie van CRM de opdracht een vooronderzoek te doen naar een modelmatige analyse van de samenhangen tussen voorzieningen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, waarbij tevens de mogelijkheden om deze samenhangen te kwantificeren onderzocht dienden te worden. In tweede instantie werd deze opdracht verbijzonderd tot de samenhangen in de ouderenzorg. Dit onderzoek (De Groot e.a., 1981) werd uitgevoerd op basis van geaggregeerde regionale gegevens, doch kon op basis van interregionale vergelijkingen geen substitutie tussen het professionele voorzieningen vaststellen. Dit werd met name toegeschreven aan het hoge aggregatieniveau van de studie, zodat het SCP tot de aanbeveling kwam eerst case-studies

1. De SOOM is bij beschikking van de Staatssecretaris van CRM op 22 april 1982 ingesteld met de opdracht om gedurende een periode van vijf jaar een samenhangend onderzoeksprogramma op het terrein van de ouder wordende mens te laten uitvoeren, te evalueren en bij te sturen. Eind 1987 heeft de SOOM haar werkzaamheden beëindigd, doch in 1988 kreeg zij een opvolger in de vorm van NESTOR (Nederlands Stimuleringsfonds Ouderen Research); deze zal tot 1995 onderzoek verder gaan stimuleren.

van het beleid en het functioneren van instellingen op regionaal niveau te doen uitvoeren alvorens tot voortzetting van het modelmatig onderzoek te besluiten (Directeur drs. A.J. van der Staay in het Ten geleide bij Groot e.a., 1981).

Eind 1983 werd aan de Vakgroep Economie van de Gezondheidszorg gevraagd een onderzoeksvorstel op te stellen voor de ontwikkeling van een simulatiemodel. Het oorspronkelijke onderzoeksvorstel dateert van 1985 (Denis, 1985; Subsidieaanvraag SOOM, no. SOO/SO-U-6423, 1985) en wordt in deze paragraaf beknopt samengevat. Na enkele aanpassingen werd eind 1985 door de SOOM de opdracht verleend om het project uit te voeren.

Het oorspronkelijke onderzoeksvorstel beoogde de ontwikkeling van een model van voorzieningen voor ouderen dat kan dienen als basis voor de voorbereiding en evaluatie van alternatieve beleidsmaatregelen. Een betere afstemming van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van ouderen en oplossing van problemen binnen het voorzieningssysteem staan centraal in deze beleidsalternatieven. Het onderzoek wordt benaderd vanuit een economische invalshoek; de vraag voor de toekomst is daarbij hoe binnen een bepaald financieel kader zo goed mogelijk kan worden aangesloten op de wensen en behoefte van ouderen. Voor de analyse zijn dan drie onderwerpen relevant. Allereerst dient onderzocht te worden door welke factoren de mate van afhankelijkheid van zorgverlening bij ouderen wordt beïnvloed of -anders gezegd- welke determinanten het gebruik van voorzieningen bepalen. Ten tweede dient onderzocht te worden op welke wijze voorzieningen aansluiten op de afhankelijkheid van ouderen of hoe met andere woorden het aanbod van ouderenzorg gestructureerd is. 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. In eerste instantie werd in het oorspronkelijke onderzoeksvorstel een model toegezegd dat statisch en beschrijvend van aard zou zijn.

Het onderhavige onderzoek gaat uit van drie categorieën van ouderen in relatie tot het wel of niet gebruiken van een bepaalde voorziening. Deze drie categorieën zijn:

1. Ouderen die geen gebruik maken van voorzieningen (later verder afgebakend tot die niet-gebruikers die wél beperkingen hebben of hulp wensen);
2. Ouderen die gebruik maken van intramurale voorzieningen voor verpleging of verzorging (bejaardenoord of verpleeghuis);
3. Ouderen die gebruik maken van voorzieningen in de thuissituatie.

De onderzochte voorzieningen in de thuiszorg (ad 3) betreffen met name gezinsverzorging, wijkverpleging en gecoördineerd ouderenwerk. Via mondelinge interviews bij ouderen zijn ook (meer globale) vragen opgenomen over andere soorten voorzieningen, namelijk: informele hulp, huisarts, specialist, fysiotherapeut, pedicure, maaltijdvoorziening, maatschappelijk werk (AMW), sociaal-geriatrische dienst (SGD), dagbehandeling in verpleeghuis, dagopvang in bejaardenoord en het ziekenhuis.

Deze gegevens zijn complementair aan het onderhavige onderzoek verzameld aan de hand van gesloten schriftelijke en mondelinge interviews bij verschillende groepen ouderen (Frederiks en Te Wierik, 1988; Te Wierik en Frederiks, 1989; Frederiks, 1990). Deze enquêtegegevens geven aan welke voorzieningen ouderen gebruiken en welke ze zouden willen gebruiken². Hieronder wordt ook de informele hulp begrepen. Daarnaast werd informatie verzameld over verschillende aspecten die relevant zijn bij de beoordeling van de leefsituatie van ouderen. Hierbij gaat het met name om het voorkomen van beperkingen in de dagelijkse activiteiten, gegevens over het sociale netwerk, de aard en mate van gebruik van informele hulp, de woonsituatie, de financiële situatie en de geestelijke toestand.

2. In de literatuur over de behoefte aan en de vraag naar voorzieningen worden aan deze begrippen verschillende betekenissen toegekend, expliciet of impliciet. In hoofdstuk 13 wordt bepaald welke betekenissen in het kader van dit onderzoek aan de begrippen zorgbehoefte en vraag toegekend worden.

Binnen de zorgverlening aan ouderen kunnen verschillende functies worden onderscheiden. Een zorgfunctie kan door één of meerdere soorten van voorzieningen geleverd worden. Zo kan bijvoorbeeld persoonlijk lichamelijke verzorging geboden worden door gezinsverzorging, wijkverpleging, bejaardenoord en verpleeghuizen. Uitgaande van de behoeftebenadering wordt in deze studie in principe beoogd het gehele veld van ouderenzorg te beschrijven met behulp van een functionele indeling. Op deze wijze is het mogelijk de zorgbehoefte via de functies te koppelen aan het bestaande aanbod van de zorgvoorzieningen. Bij een beschrijving van deze voorzieningen ontkomt men echter niet aan een institutionele indeling, omdat dat nu eenmaal het gangbare ordeningsprincipe is.

Ook in deze studie gaan wij uit van een institutionele indeling van het bestaande aanbod, maar wordt tevens een eerste aanzet gegeven tot een functionele indeling van de werkzaamheden van personeel in de ouderenzorg. Deze beschrijving van voorzieningen voor ouderen of de 'aanbodzijde' van de ouderenzorg in de gemeente Maastricht vindt plaats in deel B van deze studie (zie paragraaf 1.4 voor de opbouw van de gehele studie) en geschiedt op grond van bedrijfsmatige kenmerken zoals kosten, technische middelen en voorzieningen, personeelsformatie, enzovoorts. De structuurbeschrijving behoeft niet voor iedere soort voorziening even gedetailleerd te zijn. Voorzieningen die speciaal of voor een groot deel ten behoeve van ouderen functioneren en waarbij de kosten dus (bijna) helemaal voor rekening van de ouderen komen, vereisen een meer gedetailleerde beschrijving. Bij voorzieningen die in principe voor iedereen toegankelijk zijn en waarbij het aandeel van de kosten voor rekening van de ouderen niet het hoofdbestanddeel hoeft te vormen, kan worden volstaan met een minder gedetailleerde structuurbeschrijving. Voor het verzamelen van de gegevens over de 'aanbodzijde' van de ouderenzorg is een instellingsenquête ontwikkeld, die in verschillende fasen werd uitgevoerd (zie hoofdstuk 5).

Het geheel van voorzieningen voor ouderen wordt beschouwd als een systeem. Binnen dit systeem spelen de relaties tussen de verschillende onderdelen een belangrijke rol. Welke samenhangen bestaan er in de aanbodzijde van de ouderenzorg en in het voorzieningenbeleid? Deze samenhangen kunnen worden omschrijven door middel van verschillende begrippen (Coolen, 1986), zoals 'integratie' (vormen van samenwerking tussen de verschillende voorzieningen), 'complementariteit' (dit treedt op als voorzieningen elkaar aanvullen), de mate waarin er sprake is van 'overlap' (als dezelfde functies door verschillende organisaties aangeboden worden) of juist van 'blinde vlekken' (al geen hulp ontvangen wordt omdat de gevraagde functie in het grensgebied tussen twee voorzieningen valt) en tenslotte 'substitutie'. Voor de laatste begrip zijn in de literatuur vele omschrijvingen gegeven (Stikker, 1985; NRV, 1989; Goudriaan, 1989), maar centraal staat het verleggen van cliëntstromen naar en tussen voorzieningen, met behoud van de zorgfuncties en de kwaliteit van zorg (Huijsman en De Klerk, 1989; NVR, 1989). Het substitutiebeleid van de overheid geeft ook aan in welke richting de verschuiving van cliënten dient te verlopen, veronderstellend dat thuiszorg goedkoper is dan intramurale zorg (Goudriaan, 1989).

Bovenstaande begrippen hangen nauw met elkaar samen of zijn zelfs een voorwaarde voor elkaar: substitutie is slechts mogelijk als verschillende voorzieningen (gedeeltelijk) dezelfde functies aanbieden (overlap). Door het functie-onderscheid aan te brengen, krijgt het substitutiebegrip inhoud (NRV, 1989). Dit wordt in deel B van deze studie nader uitgewerkt.

1.3. Probleemstellingen van het onderzoek

Een beknopte schets van de ontwikkelingen in het ouderenbeleid tot op heden (zie hoofdstuk 3) wordt hier benut om de relevantie van het onderzoek nader aan te duiden en om te komen tot de formulering van de verschillende probleemstellingen van deze studie.

Het uitgangspunt bij de opdrachtverlening van het onderzoek (zie paragraaf 1.1) betrof de wens om een beter inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen en effecten van beleidsalternatieven. De overheid wordt immers geconfronteerd met een aantal belangrijke en complexe problemen, waarbij geleidelijk duidelijk is geworden dat de kennis over de aard en invloed van deze problemen onvoldoende is. Daarbij kunnen, zoals in de vorige paragraaf uiteengezet werd, drie thema's onderscheiden worden: aan de vraagzijde van de ouderenzorg worden ten eerste de demografische ontwikkelingen en de invloed daarvan op het gebruik van voorzieningen onderzocht en ten tweede worden andere individu-gebonden factoren die van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen bestudeerd; als derde thema wordt de structuur van de aanbodzijde van de ouderenzorg bestudeerd in termen van personeel, kostprijzen en kosten. Deze globale aanduiding van de drie thema's wordt hierna voor elk afzonderlijk thema verder uitgewerkt. Daarbij wordt niet alleen het belang van het thema geïllustreerd, maar worden tevens voor elk thema steeds de probleemstellingen geformuleerd; deze kunnen betrekking hebben op ontwikkelingen op nationaal niveau en/of ontwikkelingen op het niveau van het lokale onderzoek in de gemeente Maastricht.

Het eerste thema betreft de demografische ontwikkelingen en de invloed daarvan op het gebruik van voorzieningen door ouderen. De Nederlandse samenleving kenmerkt zich onder andere door een toenemend aantal ouderen, zowel in absolute als in relatieve termen. Er wordt gesproken over 'vergrijzing' en zelfs over 'dubbele vergrijzing' omdat binnen de populatie het aantal hoogbejaarden nog eens extra toeneemt. Voor de komende decennia wordt een voortschrijdende vergrijzing verwacht die tot ver in de twintigste eeuw zal aanhouden. Waarom vormt dit een belangrijk thema in het ouderenbeleid en waarom is de overheid zelfs bevreesd voor de mogelijke gevolgen van (dubbele) vergrijzing? De belangrijkste reden ligt in het feit dat ouderen relatief vaker en langduriger gebruik maken van voorzieningen en dat dat gebruik bovendien toeneemt naarmate de leeftijd stijgt. Dit laatste kan worden uitgedrukt in cijfers omtrent het leeftijdsspecifieke 'bereik' van voorzieningen, dat wil zeggen het aantal gebruikers in procenten van de bevolking naar leeftijdsgroep. Een verdergaande vergrijzing zal daardoor, onder de veronderstelling dat andere relevante factoren niet veranderen, een belangrijke autonome invloed hebben op de kosten van de gezondheids- en welzijnszorg. Deze demografische bepaalde invloed op het voorzieningengebruik is onder de veronderstelling dat de huidige bereikcijfers constant blijven, echter een redelijk inzichtelijk te maken probleem. Immers, de volgende generatie ouderen bestaat reeds, zodat de vergrijzing van de Nederlandse bevolking relatief gemakkelijk te ramen is. Dat deze ramingen toch niet zo zeker zijn als op het eerste gezicht verwacht zou kunnen worden, wordt eveneens in het betreffende hoofdstuk geïllustreerd (zie hoofdstuk 2).

Voor dit eerste thema kunnen op nationaal en lokaal niveau de volgende probleemstellingen worden geformuleerd:

- (1) Welke demografische trends ten aanzien van ouderen hebben zich tot op heden afgetekend ('dubbele' vergrijzing) en zullen zich in de nabije toekomst voordoen?
- (2) Hoe groot is, gegeven de demografische ontwikkelingen, het bereik van de belangrijkste voorzieningen in de ouderenzorg op nationaal en lokaal niveau?

Het tweede thema betreft de individu-gebonden factoren die van invloed zijn op de vraag naar en het gebruik van voorzieningen. Dit thema valt uiteen in twee onderdelen, namelijk (a) de kennis over de gezondheidstoestand en behoeften van ouderen aan hulpverlening en (b) de invloed daarvan op het gebruik door ouderen van professionele voorzieningen en informele hulp. In wezen is dit een -zij het uiterst relevante en noodzakelijke- verbijzondering van het demografische model dat zojuist aan de orde kwam (Klaassen-van den Berg Jeths, 1989; zie ook hoofdstuk 13); naast de demografische kenmerken zoals leeftijd, sexe en burgerlijke staat, worden ook andere aspecten van de leefsituatie betrokken in de analyse van het gebruik van voorzieningen.

Het belangrijkste uitgangspunt in het ouderenbeleid van de overheid betreft het bevorderen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen. De afhankelijkheid van ouderen met betrekking tot professionele zorg dient met andere woorden verminderd te worden. In de literatuur vormt het begrip 'afhankelijkheid' (in de Anglosaksische literatuur aangeduid als 'dependency') dan ook een belangrijk concept (zie bijvoorbeeld Munnichs en Van den Heuvel, 1976; Phillipson e.a., 1986). Ook in deze studie (en met name in deel C) staat de afhankelijkheid van ouderen centraal. Onderzoeksvragen die daarbij bestudeerd worden betreffen de factoren die gerelateerd zijn aan de determinanten van afhankelijkheid, de belangrijkste afhankelijkheidsdimensies en de relatie tussen (de mate van) afhankelijkheid enerzijds en het voorzieningengebruik en de daaraan verbonden kosten anderzijds.

Het voorgaande samenvattend kunnen met betrekking tot het tweede thema de volgende probleemstellingen worden geformuleerd:

- (3) Welke aspecten van de leefsituatie van ouderen kunnen worden aangemerkt als determinanten van het gebruik van voorzieningen door ouderen en welke operationalisering kan hiervoor worden gebruikt?
- (4) Welke verbanden bestaan er tussen deze determinanten of hoe groot is de verwevenheid tussen de verschillende aspecten van de leefsituatie?
- (5) Welke van deze determinanten leveren een daadwerkelijke bijdrage als indicatoren voor de afhankelijkheid van ouderen in de verklaring van het voorzieningengebruik?
- (6) Spelen naast deze determinanten ook nog andere factoren een rol, zoals verwijspatronen tussen de voorzieningen?

Deze probleemstellingen worden voornamelijk op lokaal niveau bestudeerd en uitgewerkt.

Het derde thema in deze studie betreft de structuur van de aanbodzijde van de ouderenzorg; het zorgsysteem en haar 'output' vormen een belangrijk studie-object. Er bestaat een gebrek aan kennis over het huidige zorgpatroon: door welke structuur wordt het huidige zorgsysteem gekenmerkt, hoeveel en welk soorten cliënten gebruiken welke diensten, hoe verlopen de cliëntstromen tussen de voorzieningen en met welke inzet van middelen en kosten gaat het gebruik van voorzieningen, gedifferentieerd naar cliëntcategorieën, gepaard? Bij dit derde thema worden vraagstukken op het geaggregeerde niveau van de aanbodzijde van de ouderenzorg centraal gesteld. Vragen die daarbij bestudeerd worden betreffen: welke voorzieningen zijn (in belangrijke mate) voor ouderen werkzaam, welke omvang van dienstverlening aan ouderen wordt er gerealiseerd, met welke kosten gaat dat gepaard en welke groepen ouderen, verbijzonderd naar mate van afhankelijkheid, worden daarmee bereikt? Ook gaan wij in op de functies van de ouderenzorg. Sinds enige jaren is er een discussie gaande met betrekking tot de toekomstige structuur van de Nederlandse ouderenzorg en de eventuele aanpassingen die daarvoor nodig zijn met betrekking tot het aanbod, de wet- en regelgeving en de financiering van de voorzieningen. De discussie richt zich met name op de samenstelling van het functie- en takenpakket van de verschillende voorzieningen. Er bestaat echter nog niet veel consensus over het begrip functie van zorgverlening, over de vraag welke functies kunnen worden onderscheiden in de ouderenzorg en over de omschrijving van voorzieningen in termen van deze functies.

Voor het derde thema worden de volgende probleemstellingen opgesteld:

- (7) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de verschillende cliëntgroepen in de ouderenzorg (zowel in termen van persoonskenmerken als in termen van omvang en duur van de hulpverlening)?
- (8) Hoe verlopen de cliëntstromen naar, door en uit de verschillende voorzieningen?
- (9) Wat zijn op voorzieningenniveau de 'inputs' in termen van personeel en andere middelen en de 'outputs' in termen van 'productie' en kosten?
- (10) Hoe groot zijn de huidige kosten van de ouderenzorg en welke toename kan daarin op grond van demografische ramingen worden verwacht?
- (11) Welke zorgfuncties leveren de voorzieningen en zijn deze te kwantificeren?

Probleemstelling 11 wordt alleen op lokaal niveau belicht; de andere vraagstellingen worden -zij het in wisselende mate- zowel op nationaal als lokaal niveau bestudeerd.

Wij komen tot het hoofddoel van het onderzoek. Het (individuele) gebruik van voorzieningen voor ouderen wordt nader geanalyseerd, waarbij verondersteld wordt dat dit in belangrijke mate bepaald wordt door de mate van afhankelijkheid van ouderen. Deze analyse mondt uit in een simulatiemodel dat dienst zou kunnen doen als een van de instrumenten om (beoogde) beleidsmaatregelen op hun gevolgen te evalueren. De belangrijkste beleidsvarianten die in deze studie worden gezien met behulp van het simulatiemodel betreffen: verdergaande vergrijzing, verbetering van de inkomenspositie van ouderen, versterking van hun sociale netwerk en uitbreiding van particuliere betaalde hulp.

De probleemstellingen ten aanzien van het beoogde model betreffen de volgende:

- (12) Is het mogelijk een simulatiemodel van voorzieningen voor ouderen te ontwikkelen?
- (13) Welke tendenties in het zorggebruik kunnen op basis van dit model 'voorspeld' worden voor (bij wijze van illustratie) een verbetering in de inkomenspositie van ouderen, een verbetering in hun sociaal netwerk en een uitbreiding van het gebruik van particuliere (betaalde) hulp?

1.4. Opzet van de studie

Deze studie is als volgt gestructureerd (zie figuur 1.1).

Deel A geeft een inventarisatie op nationaal niveau en bestaat uit de hoofdstukken 2, 3 en 4. Hoofdstuk 2 richt zich op de demografische ontwikkelingen in Nederland en het gebied waar de onderhavige studie is uitgevoerd, de gemeente Maastricht. Hoofdstuk 3 geeft in vogelvlucht een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen in het ouderenbeleid en de ouderenzorg. Daarbij wordt van de relevante (ouderen-)voorzieningen een historische schets gegeven, waarbij met name het overheidsbeleid ten aanzien van die voorzieningen aan de orde komt. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens een kwantitatieve analyse gemaakt van de verschillende voorzieningen in termen van cliënten, personeel en kosten. Dit hoofdstuk besluit onder andere met een analyse van de instroom van patiënten c.q. cliënten in de voorzieningen en van de doorstroom tussen de voorzieningen onderling in Nederland. Tevens wordt op nationale niveau een demografisch bepaalde raming van het gebruik van voorzieningen door ouderen gemaakt voor het jaar 2000.

Deel B, bestaande uit de hoofdstukken 5 t/m 12, geeft een vergelijkbaar overzicht van de lokale voorzieningenstructuur in de gemeente Maastricht, maar gaat op veel facetten dieper in dan mogelijk was bij het nationale deel. Met name wordt een statistische analyse gegeven van de verschillende cliëntbestanden van een vijftal voorzieningen, namelijk dienstencentra van het gecoördineerd ouderenwerk, gezinsverzorging, wijkverpleging, bejaardenoorden en verpleeghuizen. Ook wordt de indicatiecommissie (oude stijl) besproken. Ook op lokaal niveau wordt in het laatste hoofdstuk van deel B een demografische raming gemaakt van

Deel A

Nationale inventarisatie van voorzieningen voor ouderen

Dit deel beoogt inzicht te verschaffen in enkele Nederlandse ontwikkelingen die het lokale niveau overschrijden, maar daarop wel van invloed zijn en daarom voor een globaal inzicht in de ouderenzorg van belang worden geacht. In drie hoofdstukken komen achtereenvolgens aan de orde: demografische trends (hoofdstuk 2), het overheidsbeleid ten aanzien van (de zorgverlening aan) ouderen, waarbij ook de beleidsmatige ontwikkelingen met betrekking tot de belangrijkste voorzieningen aangestipt worden (hoofdstuk 3) en tot slot een kwantitatief overzicht van de voor ouderen belangrijkste voorzieningen (hoofdstuk 4).

2. Demografische trends in Maastricht en Nederland

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de (dubbele) vergrijzing, zowel in Maastricht als in Nederland, waarbij ook de lange termijn ontwikkelingen in het verleden en hedene worden belicht. Voor nationale gegevens gaan wij uit van publikaties van het CBS. De gegevens voor Maastricht zijn afkomstig van de gemeentelijke afdeling Onderzoek en Statistiek.

In deze inleiding past een kanttekening bij de omschrijving van de onderzoekspopulatie. De termen 'bejaarde' en 'oudere' hebben in het verleden elk een eigen (bij-)klank gekregen. In het vervolg zal zo veel mogelijk de neutrale benaming van '65-plus' of '65-plusser(s)' worden gehanteerd, als weergave van het feit dat een bepaalde leeftijdsgrens overschreden is. Voor andere leeftijdscategorieën worden vergelijkbare benamingen gehanteerd (bijvoorbeeld 85-plussers). De leeftijdscategorieën zijn ingedeeld in intervallen van vijf jaar.

In dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen besproken: de (dubbele) vergrijzing van de Nederlandse bevolking sinds de Tweede Wereldoorlog en een vergelijking daarvan met de situatie in de gemeente Maastricht (de gemeente waarin het gehele onderzoek zich heeft afgespeeld) sinds 1980 in paragraaf 2.2; de samenstelling van de bevolking vanaf 65 jaar naar burgerlijke staat en omvang van het huishouden in paragraaf 2.3 (ook hier weer de nationale ontwikkelingen sinds 1950 en een vergelijking met lokale gegevens sinds 1980); de verwachtingen betreffende toekomstige ontwikkelingen in de omvang en de samenstelling van de oudere bevolking, de daarmee gepaard gaande onzekerheden van demografische prognoses in paragraaf 2.4; de invloed van vergrijzing op het voorzieningengebruik door ouderen in paragraaf 2.5 en tenslotte een samenvatting van de bevindingen in paragraaf 2.6.

2.2. (Dubbele) vergrijzing in cijfers

Met het begrip 'vergrijzing' wordt bedoeld op een toename van het aantal 65-plussers, niet alleen in absolute omvang, maar ook in relatieve termen, uitgedrukt in procenten van de totale bevolking. Vergrijzing wordt vaak afgeschilderd als een grote en niet te vermijden ramp, die bijvoorbeeld voor de gezondheidszorg onoverkomelijke financiële consequenties zou hebben (zie paragraaf 1.3). Deze onafwendbaar geachte problematiek zou door de zogeheten 'dubbele vergrijzing' nog pregnanter zijn. Dubbele vergrijzing treedt op als niet alleen het aantal 65-plussers toeneemt, maar als binnen deze populatie bovendien het aandeel van de 85-plussers (bij sommige auteurs 80-plussers) eveneens toeneemt. Dubbele vergrijzing hangt samen met een steeds verdergaande vermindering van het sterfterisico als gevolg van een zich geleidelijk aan verbeterende algemene leefsituatie en gezondheidstoestand, waardoor men langer kan blijven leven (CBS, 1989). Deze toegenomen levensverwachting is echter te kenschetsen als een zeer geleidelijk proces, dat slechts een bescheiden bijdrage levert aan de vergrijzing (Van der Maas, 1989). Veel belangrijker is de enorme geboortegolf na de Tweede Wereldoorlog en andere veranderingen in geboortecijfers. Bij dit laatste spelen culturele veranderingen een belangrijke rol; deze vinden onder andere hun weerslag de algemene acceptatie van contraceptie, de verdeling naar burgerlijke staat en veranderende keuzen met betrekking tot het aantal kinderen en het moment van hun geboorte. Omdat de naoorlogse geboortegolf in Nederland veel groter en langduriger was

Figuur 2.1. Grafische illustratie van dubbele vergrijzing in Nederland

dan in de ons omringende landen, zal de top van de vergrijzing (rond 2040; zie vervolg) pas optreden als andere landen al weer aan een 'verjongingskuur' begonnen zijn. Vergrijzing is derhalve vooral een kwestie van geboortecijfers en veel minder van toegenomen levensverwachting; dit laatste is wel relevanter voor de dubbele vergrijzing. Daarbij wordt vaak vergeten dat de Nederlandse vergrijzing pas na de eeuwwisseling op een niveau komt dat vergelijkbaar is met thans al bestaande situaties in een aantal andere Europese landen (Nijkamp e.a., 1990), zoals Denemarken en West-Duitsland (beide een vergrijzingspercentage van 15,4% in 1988) of België (14,4% in 1988).

In de periode 1945-1988 is in Nederland het percentage 65-plus geleidelijk gestegen van 7,3% tot thans 12,5% (zie figuur 2.1). Ook wordt zichtbaar dat de vergrijzing bij vrouwen sterker is dan bij mannen: bij vrouwen is het percentage 65-plus toegenomen van 7,6% in 1945 naar 15% in 1989 (gemiddelde stijging 2% per jaar); bij mannen is het percentage gestegen van 7,0% tot 10,2% (gemiddelde toename 1,1% per jaar). Dubbele vergrijzing is nog pregnanter bij de vrouwen geconcentreerd en treedt de laatste jaren bij mannen zelfs niet meer op. In de periode 1945-1989 is het aandeel 85-plus binnen de categorie 65-plussers gestegen van 3,3% tot 9,2% (mannen én vrouwen). Bij vrouwen en mannen afzonderlijk ligt dit in 1989 op 11% respectievelijk 6,7%.

Tabel 2.1. Vergrijzing naar sexe in Nederland en Maastricht, 1980-1989
(per 1 januari; aandeel 65-plus in % van totale bevolking)

jaar	Nederland			Maastricht		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
1980	9,53	13,37	11,46	10,38	15,09	12,79
1981	9,56	13,53	11,56	10,45	15,30	12,94
1982	9,61	13,71	11,68	10,41	15,37	12,96
1983	9,65	13,86	11,77	10,51	15,47	13,06
1984	9,68	14,01	11,87	10,48	15,52	13,07
1985	9,73	14,16	11,97	10,62	15,64	13,21
1986	9,88	14,42	12,18	10,80	16,06	13,52
1987	9,99	14,64	12,34	11,05	16,37	13,80
1988	10,10	14,85	12,51	11,26	16,62	14,05
1989	10,24	15,01	12,68	11,46	16,99	14,34

Tabel 2.2. Dubbele vergrijzing in Nederland en Maastricht, 1980-1989
(per 1 januari; aandeel van 85-plus als % van 65-plussers)

jaar	Nederland			Maastricht		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
1980	6.53	8.17	7.49	5.53	6.95	6.39
1981	6.63	8.54	7.75	5.69	7.51	6.79
1982	6.73	8.92	8.02	5.68	8.25	7.25
1983	6.56	9.12	8.08	5.79	8.90	7.68
1984	6.60	9.46	8.30	6.01	9.35	8.05
1985	6.66	9.82	8.55	5.99	9.61	8.21
1986	6.58	10.04	8.65	5.84	9.79	8.27
1987	6.55	10.28	8.79	5.64	9.72	8.15
1988	6.53	10.68	9.07	5.54	10.38	8.52
1989	6.68	10.99	9.24	5.52	10.78	8.77

De gemeente Maastricht telt relatief meer 65-plussers dan geheel Nederland en is derhalve sterker vergrijsd (zie tabel 2.1). Hiervoor bleek al dat de vergrijzing vooral aan vrouwen is toe te wijzen. Het tempo van vergrijzing was in Maastricht vergelijkbaar met de nationale trend, maar de laatste jaren lijkt een versnelling op te treden.

De dubbele vergrijzing wordt in tabel 2.2 weergegeven door het aandeel van 85-plus in de populatie 65-plussers, onderscheiden naar geslacht. Enerzijds blijkt dat de dubbele vergrijzing op de door ons gedefinieerde wijze in Maastricht in mindere mate aanwezig is dan in geheel Nederland, hetgeen betekent dat het aandeel van 85-plus in de populatie 65-plussers lager is. Anderzijds echter wordt dit verschil zeer snel ingelopen, met name door vrouwen.

Ook in Maastricht vindt de dubbele vergrijzing vooral plaats bij het vrouwelijk deel van de bevolking. Bij mannen neemt weliswaar het aandeel van 65-plussers in de totale bevolking toe (tabel 2.1), maar het aandeel van 85-plus binnen de populatie 65-plus neemt thans weer af. Het omslagpunt in de dubbele vergrijzing bij mannen blijkt te liggen in de jaren 1985 (Maastricht) en 1986 (Nederland). Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de Maastrichtse bevolking in sterkere mate vergrijsd dan de totale Nederlandse bevolking (waarbij het vergrijzingstempo vergelijkbaar is), dat de dubbele vergrijzing in Maastricht in mindere mate optreedt dan in Nederland (verschil wordt echter snel ingelopen) en dat de dubbele vergrijzing is geconcentreerd op het vrouwelijke deel van de 65-plussers (bij mannen treedt dubbele vergrijzing niet meer op).

2.3. De 65-plussers naar burgerlijke staat en huishoudsamenstelling

In diverse studies is naar voren gebracht dat met name alleenstaanden en nog specifiek alleenstaande vrouwen bij toenemende leeftijd een relatief groot beroep doen op voorzieningen (zie o.a. SCP, 1988). De verklaring hiervoor is dat bij alleenstaanden vaak de mogelijkheid ontbreekt om problemen en optredende gebreken in gezinsverband op te vangen (de zogenaamde informele zorg of mantelzorg door partner, kinderen en dergelijke). Bovendien hebben vrouwen door een gemiddeld hogere leeftijdsverwachting een grotere kans de laatste levensjaren zonder partner door te brengen. Inzicht in de (ontwikkelingen in de) samenstelling van de populatie 65-plussers naar de burgerlijke staat is derhalve van belang. In tabel 2.3 wordt met betrekking tot geheel Nederland de procentuele verdeling van 65-plussers gegeven naar de categorieën ongehuwd, gehuwd, verweduwd en gescheiden

Tabel 2.3. Verdeling van 65-plussers in Nederland naar burgerlijke staat*

jaar	ongehuwd	gehuwd	weduwstaat	gescheiden
1950	11,2	52,5	35,3	1,0
1955	11,1	53,7	34,0	1,2
1960	10,7	55,0	33,0	1,3
1965	10,0	55,9	32,7	1,4
1970	9,9	55,5	33,1	1,5
1975	9,7	54,6	33,9	1,9
1980	9,3	53,9	34,2	2,6
1985	8,6	53,1	35,1	3,2
1989	8,1	53,4	34,9	3,7

* Bron: CBS, 1970; CBS, Statistisch Zakboek, diverse jaren

voor de periode 1950-1989. Uit de gegevens komen verschillende trends naar voren. Allereerst is er een voortdurend dalende trend in het aandeel van ongehuwde 65-plussers en een voortdurend en sinds 1970 zelfs vrij scherp stijgende trend in het aandeel van gescheiden 65-plussers. Voor de andere twee categorieën zijn de trends minder eenduidig. Het aandeel van gehuwde 65-plussers steeg in de onderhavige periode eerst van 52,5% in 1950 tot een top van bijna 56% in 1965 en daalde daarna tot circa 53% in 1985. Sindsdien is er echter weer sprake van een geleidelijke toename (zie ook tabel 2.4). Een tegengestelde ontwikkeling kan worden teruggevonden in het aandeel van verweduwd 65-plussers: dat daalde eerst van ruim 35% in 1950 tot 33% in 1970, steeg daarna weer tot iets boven de 35% in 1985 en sindsdien lijkt zich weer een bescheiden daling af te tekenen. Samenvattend blijkt zich derhalve een verandering in de samenstelling van de bevolking van 65-plussers naar burgerlijke staat af te tekenen die in de tweede helft van de jaren tachtig gestart is.

In tabel 2.4 wordt daarom de analyse van de verdeling naar burgerlijke staat verbijzonderd naar de periode vanaf 1984, waarbij tevens een vergelijking gemaakt wordt tussen de gegevens over zowel 65- als 85-plussers op zowel nationaal als lokaal niveau. Nederlandse gegevens zijn ontleend aan Statistisch Zakboeken en Maandstatistieken Bevolking van het CBS; Maastrichtse gegevens zijn verstrekt door de gemeentelijke afdeling Onderzoek en Statistiek. De 65-plussers in Maastricht zijn relatief vaker verweduwd of ongehuwd (deels te verklaren door de aanwezigheid van kloosteroorden) en relatief minder vaak gehuwd. Grosso modo

Tabel 2.4. De 65-plussers en 85-plussers naar burgerlijke staat
(verdeling in % totale bevolking per leeftijdsgroep)

bevol- kings- groep	jaar (per 1-1)	ongehuwd		gehuwd		weduwstaat		gescheiden	
		Neder- land	Maas- tricht	Neder- land	Maas- tricht	Neder- land	Maas- tricht	Neder- land	Maas- tricht
65-plus	1984	8,8	10,7	53,2	49,7	35,0	36,9	3,1	2,7
	1985	8,6	10,9	53,1	49,6	35,1	36,7	3,2	2,8
	1986	8,5	10,8	53,1	49,5	35,0	36,7	3,4	3,0
	1987	8,3	10,6	53,3	49,5	35,0	36,7	3,4	3,3
	1988	8,2	10,3	53,4	49,8	34,9	36,5	3,5	3,4
	1989	8,1	10,2	53,4	50,0	34,9	36,2	3,7	3,6
85-plus	1984	10,1	13,8	17,8	16,9	70,0	68,3	2,0	1,0
	1985	10,3	12,8	17,8	16,6	69,8	69,3	2,1	1,3
	1986	10,3	12,8	17,5	15,6	69,9	70,0	2,3	1,6
	1987	10,4	12,8	17,5	15,9	69,9	69,5	2,2	1,8
	1988	10,4	12,2	17,5	14,4	69,8	71,5	2,3	1,9
	1989	10,5	12,8	17,5	14,8	69,7	70,3	2,3	2,1

Tabel 2.5. Ouderen die bij of met kinderen wonen (in %)

	1979	1983	1987
65-79 jaar	12,7	11,0	6,1
80 jaar en ouder	9,6	12,1	15,2
totaal 65-plus	12,2	11,2	8,2
Bron: SCP, 1988 (Ontleend aan Aanvullend Voorzieningen-onderzoek in de genoemde jaren)			

geldt het zelfde voor 85-plussers, met uitzondering van de verweduwdde populatie die in relatieve omvang thans vergelijkbaar is met het Nederlandse gemiddelde.

Recent is een interessante ontwikkeling zichtbaar geworden (SCP, 1988, p. 36-37). Het aantal ouderen dat bij of met hun kinderen woont is sedert 1979 geleidelijk afgenomen, maar bij hoogbejaarden (80-plus) is het tegendeel het geval (zie tabel 2.5). Dit betreft in veel gevallen bovendien dusdanig ernstig hulpbehoevende ouderen dat zij stellig in aanmerking zouden komen voor een bejaardenoord of verpleeghuis. De toename van het aantal hoogbejaarden dat bij of met hun kinderen woont kan samenhangen met verschillende factoren, zoals een toenemende bereidheid bij kinderen om hulp te bieden, een toename van de mogelijkheden en de kwaliteit van thuiszorg of een relatief geringer worden van het aanbod van bejaardenoorden en verpleeghuizen en een toename van de wachtlijsten daarvoor. Door een gebrek aan relevante gegevens kan hierover geen uitsluitsel gegeven worden; ook kan niet worden aangegeven hoe de ontwikkeling in het aantal meergeneratie-huishoudens was vóór 1979.

2.4. Verwachtingen ten aanzien van de toekomst

Demografische prognoses moeten, net als vele andere voorspellingen, met de nodige voorzichtigheid gehanteerd worden, omdat er rekening gehouden moet worden met een grote verscheidenheid aan factoren die op het bevolkingsverloop van invloed zijn. Variabelen die een rol spelen zijn onder andere vruchtbaarheid, huwelijk en scheiding,

Tabel 2.6. Prognose voor Nederlandse bevolking, aandeel van 65-plussers en verdeling van 65-plussers naar burgerlijke staat (middenvariant)*

jaar	totale bevolking (x1000)	aandeel 65-plus (in %)	verdeling 65-plus naar burg. staat (in %)			
			ongehuwd	gehuwd	weduwstaat	gescheiden
1990	14894	12,84	7,9	53,3	34,9	3,9
1995	15316	13,37	7,4	53,1	34,9	4,7
2000	15717	13,80	7,0	52,6	34,5	5,9
2005	16002	14,25	6,4	52,1	33,8	7,6
2010	16142	15,16	6,0	51,8	32,5	9,7
2020	16219	18,90	7,6	50,5	28,8	13,6
2030	16092	22,28	14,2	43,6	27,4	14,9
2040	15566	24,07	22,0	37,5	26,1	14,4
2050	14857	22,47	26,1	34,2	25,9	13,8

* Bron: CBS, 1989

aantal en samenstelling van huishoudens, sterfte-risico's, maar bv. ook sociaal-economische ontwikkelingen zoals werkgelegenheid en inkomen zijn van invloed op allerlei demografische verschijnselen (SER, 1987). In de huidige prognosemodellen voor demografische ontwikkelingen kunnen voornoemde vormen van onzekerheid slechts kwalitatief verwerkt worden door verschillende varianten te onderscheiden, waarbij de afstand tussen varianten de mate van onzekerheid weergeeft. Zo hanteert het CBS een lage, midden en hoge variant van het toekomstige bevolkingsverloop, waarbij de middenvariant als meest plausibele beschouwd wordt. Door de eerder geschetste onzekerheid kunnen echter, zelfs op korte termijn, misrekeningen ontstaan. Men spreekt dan ook liever van onzekerheidsvarianten dan van alternatieve toekomstbeelden (SER, 1987). Op basis van de midden-variant uit de CBS-bevolkingsprognose tot het jaar 2050 (CBS, 1989), wordt in tabel 2.6 de ontwikkeling van het aantal 65-plussers in Nederland geschetst.

De Nederlandse bevolking zal volgens de middenvariant tot 2020 stijgen tot 16,2 miljoen en daarna afnemen tot bijna 14,9 miljoen mensen. Het aandeel 65-plus in de totale bevolking zal volgens de middenvariant van de CBS-prognose uit 1989 toenemen van 12,5% in 1988 tot 24,1% in 2040. Daarna treedt er echter een daling in tot 22,5% in het jaar 2050. De conclusie lijkt gewettigd dat de vergrijzing de komende 25 jaar niet sneller zal verlopen dan de afgelopen 25 jaar, zodat de alom heersende vrees voor de vergrijzing enigszins gerelativeerd moet worden (Van de Maas, 1989). In figuur 2.2 wordt de vergrijzingstrend volgens de drie CBS-varianten weergegeven.

Naar verwachting zal het aandeel 85-plus onder 65-plussers de komende 20 jaar oplopen van 9% naar circa 12%. Voorspellingen voor de periode na de eeuwwisseling moeten echter met omzichtigheid gehanteerd worden.

De verdeling naar burgerlijke staat binnen de populatie 65-plus zal in de toekomst aanzienlijk verschuiven. In toenemende mate zullen 65-plussers scheiden, omdat verwacht wordt dat de eerder geschetste historische trend zich voort zal zetten. Het aandeel van de gescheiden 65-plussers neemt toe tot 9,7% in het jaar 2010. De eveneens geïllustreerde dalende trend in het aandeel van ongehuwde 65-plussers zal zich echter na de eeuwwisseling omkeren. Ondanks de gesignaleerde (bescheiden) toename in het aandeel van gehuwde ouderen in de periode 1985-1989 (zie tabel 2.3), wordt door het CBS verwacht dat dit een zeer tijdelijk verschijnsel was en dat het aandeel na 1990 verder zal dalen. Voorgaande verwachtingen

Figuur 2.2. Vergrijzingstrend tot 2050 volgens drie varianten (CBS, 1989)

zullen ertoe leiden dat éénpersoonshuishoudens bij 65-plussers een steeds vaker optredend verschijnsel zullen worden. De voorspellingen daarna reflecteren de eerder besproken onzekerheidsmarges in de prognoses op een bijzonder dramatische wijze: indien deze prognose realiteit wordt, dan zou het aandeel van ongehuwde 65-plussers toenemen tot ruim 25% in het midden van de volgende eeuw en is een op de zeven ouderen gescheiden.

In vergelijking met eerdere prognoses (1985-1989), die door het CBS jaarlijks gemaakt worden, zijn frappante verschuivingen te signaleren, die in het licht van de model-onzekerheden niet onverwacht, maar toch nog verrassend groot zijn als bedacht wordt dat het gaat om voorspellingen die in een betrekkelijk korte periode gemaakt zijn (Huijsman, 1989b; Pennekamp en Goemans, 1989). De prognose voor 1985-2035 ging het verst met een vergrijzingspercentage van 26,9% in 2035. In de daarop volgende prognoses (1986-2035 en 1987-2050) werd dit percentage neerwaarts bijgesteld tot 24,4% in de prognose 1986 en 22,8% in de prognose 1987. De recentste prognose (1988-2050) verwacht echter een iets hoger percentage in 2035, namelijk 23,65%. De thans geldende middenprognose is ongeveer gelijk aan de hoge variant uit 1985.

In tabel 2.7 is de prognose tot 2010 voor de Maastrichtse bevolking naar leeftijd in beeld gebracht (bron: gemeente Maastricht). Ook na de eeuwwisseling zal de vergrijzing voortgaan, zij het in minder sterke mate dan daarvoor (17,8% in 2010). In het jaar 2000 behoort 16,3% van de Maastrichtse bevolking tot de oudere populatie; landelijk zal dat waarschijnlijk 13,8% zijn (CBS, 1989). Bij vrouwen treedt, net als in het verleden, de vergrijzing het sterkst op. In 2000 ligt het vergrijzingspercentage bij hen in de gemeente Maastricht op 18,9% en in geheel Nederland op 16,3%. Bij mannen liggen de percentages op 13,4% respectievelijk 11,3%.

2.5. Vergrijzing en de invloed op voorzieningengebruik

Op grond van tal van studies zijn enkele trends te benoemen die een op z'n minst gelijkblijvend, doch zeer waarschijnlijk toenemend gebruik van allerlei voorzieningen door ouderen aannemelijk maken. Sleutelbegrip in het maken van ramingen over toekomstig voorzieningengebruik betreft het 'bereik' van voorzieningen. Dit brengt tot uitdrukking hoeveel cliënten gebruik maken van voorzieningen en wordt in deze studie gedefinieerd als het aantal cliënten uitgedrukt in procenten van de bevolking. Als het bereik wordt verbijzonderd naar leeftijdsgroepen in de bevolking, wordt in het vervolg van deze studie steeds gesproken van 'leeftijdsspecifiek(e) bereik(cijfers)'. De (dubbele) vergrijzing van de bevolking zal om verschillende redenen een aanzienlijke druk op de voorzieningen teweeg brengen.

Tabel 2.7. Bevolkingsprognose voor Maastricht, 1990-2010

leeftijdscategorie	1990			2000			2010		
	mannen	vrouw	totaal	mannen	vrouw	totaal	mannen	vrouw	totaal
≤ 54	43.585	43.923	87.508	42.892	43.871	86.736	37.842	39.172	77.014
55-59	3.159	3.260	6.419	3.331	3.399	6.730	4.272	4.411	8.683
60-64	2.780	3.349	6.129	2.973	3.154	6.127	4.029	4.057	8.086
65-69	2.647	3.221	5.868	2.643	3.068	5.711	2.780	3.182	5.962
70-74	1.701	2.441	4.142	2.061	2.983	5.044	2.200	2.801	5.001
75-79	1.220	2.137	3.357	1.606	2.582	4.188	1.592	2.448	4.040
80-84	690	1.507	2.197	785	1.607	2.392	944	1.961	2.905
≥ 85	372	1.156	1.528	530	1.516	2.046	669	1.757	2.426
Totaal	56.154	60.994	117.148	56.821	62.180	119.001	54.328	59.789	114.117

Bron: Gemeente Maastricht, Afdeling Onderzoek en Statistiek

Ten eerste neemt door de vergrijzing de absolute omvang van 65-plussers toe, zodat zelfs bij gelijkblijvende bereikcijfers het aantal oudere cliënten van voorzieningen zal toenemen. Daarbij is het feit van belang dat ouderen vaak een groot beslag leggen op de 'productie-capaciteit' van voorzieningen in de gezondheidszorg: niet alleen is hun aandeel in het totale cliëntenbestand vaak vele malen groter dan hun aandeel in de bevolking, maar tevens is het bereik van voorzieningen vaak groot genoeg om er voor te zorgen dat het om grote groepen gebruikers gaat (Goudriaan, 1989 en 1990; Huijsman, 1989b; Nijkamp e.a., 1990).

Ten tweede zijn er ontwikkelingen die het mogelijk maken dat de bereikcijfers zelf gaan stijgen, niet alleen door het dubbele karakter van de vergrijzing, maar ook door maatschappelijke trends zoals verdere individualisering en verkleining van huishoudens en sociaal-economische ontwikkelingen (zie bijvoorbeeld STG, 1985, 1987 en 1988).

Ten derde doet de overheid via het substitutiebeleid pogingen de cliëntenstromen naar en tussen voorzieningen (zie hoofdstuk 4) dusdanig te beïnvloeden dat het accent meer komt te liggen op de thuiszorg in plaats van op de relatief duur geachte intramurale zorg, zoals die van het bejaardenoord en het verpleeghuis (Nota Ouderenbeleid, TK, 1987/1988). Dit heeft als consequentie dat de bereikcijfers van thuiszorgvoorzieningen zullen oplopen ten koste van die van intramurale voorzieningen.

Tenslotte worden door verschillende auteurs ontwikkelingen aan de vraagzijde gesignaleerd, waar de ouderen steeds meer en steeds duidelijker aangeven dat zij zo lang en zo zelfstandig mogelijk in de eigen omgeving willen blijven wonen en functioneren, eventueel met aanvullende hulp van thuiszorgorganisaties. Een van de consequenties van deze wensen over en behoeften aan extramurale dienstverlening is echter dat in de thuiszorg de intensiteit en de duur van hulpverlening per, gemiddeld steeds ouder wordende, cliënt toe zal nemen. Bij de wijkverpleging wordt bijvoorbeeld geconstateerd dat het gemiddeld aantal contacten per 65-plusser door de jaren heen stijgt en een steeds intensiever en een steeds meer curatief gericht karakter krijgt (NK, 1988). In de volgende hoofdstukken worden deze ontwikkelingen uitgebreid aan de orde gesteld.

2.6. Samenvatting en conclusies

In deze paragraaf is stilgestaan bij de eerste probleemstelling van deze studie (zie paragraaf 1.3) en is ingegaan op de vraag welke demografische trends zich ten aanzien van ouderen aftekenen op nationaal en lokaal niveau. De stelling is verdedigd dat de alom heersende vrees voor de zogeheten (dubbele) vergrijzing gedeeltelijk ongegrond is omdat deze in de komende decennia geen wezenlijk ander trendmatig verloop zal kennen dan in de afgelopen decennia. Pas na 2010 zal de trendbreuk die ten gevolge van de geboortegolf na de Tweede Wereldoorlog is opgetreden zich doen gelden in een versnelling van de vergrijzing, maar ook hierbij is een relativering op zijn plaats omdat pas dan een vergrijzingsniveau ontstaat die nu al in andere Europese landen wordt aangetroffen. Wel zal Nederland in vergelijking tot deze landen op een later moment de top in het vergrijzingsproces beleven (rond 2040), omdat de naoorlogse geboortegolf hier omvangrijker was en langer voortduurde dan in de ons omringende landen. Vergrijzing en veranderende cultuurpatronen doen zich ook gelden in de samenstelling van de oudere bevolking, zodat een absolute en relatieve toename wordt verwacht van het aantal éénspersoonshuishoudens bij 65-plussers. In hoeverre de gesignaleerde toename van meergeneratiehuishoudens bij 80-plussers zich zal doorzetten is moeilijk te voorzien.

3. De ontwikkeling van ouderenbeleid in vogelvlucht

3.1. Inleiding en afbakening

In dit hoofdstuk worden in grote lijnen de historische ontwikkelingen geschetst die hebben geleid tot het huidige overheidsbeleid met betrekking tot de ouderen in Nederland. Deze ontwikkelingen worden gekenmerkt door wisselende accenten op toch telkenmalen terugkerende thema's, namelijk 'inkomen en sociale zekerheid', 'huisvesting', 'vergrijzing', 'zorg(-behoefte)' en 'substitutie'. Vele van deze thema's zijn niet alleen thans actueel, maar vormen al decennia lang onderwerp van discussie (Timmermans, 1989). Naast de beperking tot het terrein van de overheid en de zojuist genoemde thema's, wordt een afbakening in tijdvakken aangebracht. De bespreking concentreert zich op de periode 1945-1989 maar enkele ontwikkelingen vóór die tijd zijn eveneens van belang. In dit hoofdstuk zijn de verschillende tijdvakken als volgt gekozen: het tijdvak tot aan het einde van de Tweede Wereldoorlog in 1945 (paragraaf 3.2), de periode 1945-1970 die aangemerkt kan worden als een periode van heropbouw en het ontstaan van de 'welvaartsstaat' (paragraaf 3.3) en de periode 1970-1990 die start met de eerste overheidsnota die specifiek op ouderen toegespitst was (paragraaf 3.4). Voor het overzicht van het ouderenbeleid zijn naast de daarop toe geschreven nota's ook andere overheidsnota's van belang, met name die waarin de structuur van de gezondheidszorg ter discussie staat. Dergelijke structuurmaatregelen blijken ook relevant te zijn bij de beschrijving van de meest belangrijke historische ontwikkelingen per voorziening (zie paragraaf 3.5). In bijlage 1 is een chronologisch overzicht opgenomen van de belangrijkste wetten en regelingen van overheidswege, de verschillende overheidsnota's (die in deze studie steeds bij naam genoemd worden om ze te kunnen blijven onderscheiden) en andere belangrijke gebeurtenissen (zoals oprichting van nationale organisaties) die van invloed zijn geweest op de ontwikkelingen in de ouderenzorg.

3.2. Belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidszorg vóór 1945

Hoewel met name de periode na 1945 gezien wordt, is daarvoor reeds een aantal belangrijke zaken gerealiseerd, die kort aandacht verdienen. De vier geneeskundige wetten van Thorbecke (Stb. 1865, no. 60) regelden voor het eerst de uitoefening van de geneeskunst, zowel met betrekking tot opleiding, bevoegdheden en beroepsuitoefening als wat betreft het toezicht. Hiermee was nog niet bereikt dat de geneeskundige zorg voor iedereen toegankelijk werd. Wel was sedert het midden van de negentiende eeuw hierin enige verbetering bereikt door de Gemeentewet (Stb. 1851, no. 85) en de Armenwet (Stb. 1854, no. 165). Ouderenzorg was rond de eeuwwisseling met name armenzorg, door de overheid verstrekt aan arme ouden van dagen die geen familie (meer) hadden om voor hen te zorgen. Hieraan kwam geleidelijk een einde door het totstandkomen van het stelsel van sociale zekerheid, waarvan de Ongevallenwet (Stb. 1901, no. 157) en de Invaliditeitswet (Stb. 1913, no. 205) de eerste voorlopers waren. De particuliere aanpak van gezondheidszorg kreeg na 1875 vorm door de oprichting en groei van Kruisverenigingen (Nota Volksgezondheid, TK, 1965/1966; Boot en Knapen, 1988). Richtten de kruisverenigingen zich eerst op de bestrijding van besmettelijke ziekten, al snel (1880) kwam de wijkverpleging als hulp aan thuisverblijvende zieken centraal te staan (Nota Volksgezondheid, TK, 1965/1966, p. 21). In de periode 1900-1940 kwamen vervolgens de Gezondheidswetten (Stb. 1901, no. 157; Stb.

1919, no. 784) en de Ziektewet (Stb. 1929, no. 374) tot stand, waardoor de ziekenfondsen (oorspronkelijk aan het begin van de 19e eeuw ontstaan uit de gildenkassen) een belangrijke rol in de gezondheidszorg gingen spelen. De curatieve gezondheidszorg, met name het ziekenhuiswezen, nam een grote vlucht (Nota Volksgezondheid, TK, 1965/1966).

3.3. Ouderenbeleid in de periode 1945-1970

Ouderenbeleid tijdens de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog kan met name getypeerd worden als een inkomens- en huisvestingsbeleid. Rond 1960 kwam daarbij voor het eerst en op meer expliciete wijze een extramuraal ouderenbeleid bij. Deze drie thema's uit de periode 1945-1970 worden in deze paragraaf beknopt belicht.

Het inkomensbeleid als onderdeel van het ouderenbeleid is vormgegeven in het sociale zekerheidsstelsel en het systeem van volksgezondheidsverzekeringen. Tijdens de ontwikkeling van het stelsel van sociale zekerheid werd voor ouderen in 1957 een belangrijke stap gezet in de vorm van de Algemene Ouderdomswet (Stb. 1956, no. 281), waarin als opvolger van de Noodwet Drees (Stb. 1947, no. 155) het pensioen als algemeen recht werd vastgelegd. Naast deze inkomensgarantie kwam tevens een financieel fundament onder de gezondheids- en welzijnszorg via de Algemene Bijstandswet (Stb. 1964, no. 312) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ; Stb. 1967, no. 645). Bovendien werden voorzieningen voor 'ouden van dagen' gerealiseerd die zorg en vervangende woonruimte boden. Hoewel reeds in 1941 (na jaren van voorbereiding) het Ziekenfondsbesluit (Stb. 1941, no. 809) tot stand was gekomen, duurde het nog twintig jaar voordat de discussie over de wettelijk verplichte ziekenfondsverzekering in het sociale-zekerheidsstelsel was uitgemond in een wet (Ziekenfondswet; Stb. 1964, no. 392). De inkomenspositie van ouderen had in de tussentijd wel tot het inzicht geleid dat een verzekering voor hen sneller tot stand moest komen (Wet Ziekenfondsverzekering voor bejaarden; Stb. 1956, no. 634). De bejaardenverzekering gaf recht op dezelfde verstrekkingen als de verplichte verzekering, maar tegen aanmerkelijk gereduceerde premies.

Huisvestingsbeleid als onderdeel van het ouderenbeleid werd ingegeven door de woningnood na de Tweede Wereldoorlog. Tengevolge van deze woningnood nam het aantal bejaardenoorden een grote vlucht hetgeen leidde tot de noodzaak van toezicht op de instellingen en bescherming van hun bewoners. Dit resulteerde in de eerste Wet op de Bejaardenoorden (Stb. 1963, no. 18). Eind jaren zestig rees echter de vraag naar de financiële haalbaarheid en naar de afstemming op de behoeften en wensen van ouderen zelf. Niet alleen de aard en omvang van de intramurale zorg voor ouderen stond toen al ter discussie, maar tevens werden kanttekeningen geplaatst bij de wijze van organisatie en samenwerking in de totale zorg voor ouderen.

Het extramuraal onderdeel in het ouderenbeleid staat weliswaar in de huidige discussie centraal, maar de fundamenten hiervoor werden gelegd in de periode 1955-1965. In 1956 had de rijksoverheid al besloten om het extramuraal ouderenwerk financieel te ondersteunen. Zo ontstonden bijvoorbeeld de Wet Ziekenfondsverzekering Bejaarden (Stb. 1956, no. 634) en laat zich ook de totstandkoming van subsidieregelingen voor onder andere de gezinsverzorging (Stb. 1957, no. 250) verklaren.

3.4. Ouderenbeleid in de periode 1970 - 1990

In 1970 verscheen de eerste Nota Bejaardenbeleid waarin het vermoeden werd uitgesproken dat gedurende de periode na de Tweede Wereldoorlog de verbetering van de

leefsituatie van ouderen in zowel materieel als immaterieel opzicht achter was gebleven bij die van andere bevolkingsgroepen. De noodzaak tot een speciaal op de oudere bevolking gericht welzijnsbeleid werd sterk gevoeld. De Nota Bejaardenbeleid 1970 gaf voor het eerst de hoofdlijnen voor een dergelijk beleid aan. Een belangrijke hinderpaal betrof echter het ontbreken van voldoende (in zowel kwantitatief als kwalitatief opzicht) informatie over de leefsituatie van ouderen. Bij het verschijnen van de tweede Nota Bejaardenbeleid in 1975 was deze situatie nog weinig veranderd. Om in deze behoefte te voorzien ondernamen het CBS en het NIMAWO een onderzoek naar de leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. Het CBS heeft in 1982 opnieuw een vergelijkbaar onderzoek onder ouderen gedaan (een derde onderzoek zou in 1988 worden uitgevoerd, maar is - na voorbereidende activiteiten - nimmer van start gegaan).

Naast de hierboven beschreven noodzaak voor het genereren van beleidsrelevante informatie ter ondersteuning van het ouderenbeleid, rees in de zeventiger jaren een tweede probleem. Het werd steeds duidelijker zichtbaar dat de Nederlandse bevolking sinds de Tweede Wereldoorlog in sterke mate aan het vergrijzen was. Was in 1945 nog slechts 7,3% van de gehele bevolking ouder dan 65 jaar, in 1970 lag dat al op 10,1% (zie hoofdstuk 2). Bovendien nam de gemiddelde leeftijd van ouderen zelf eveneens steeds verder toe, zodat sprake is van dubbele vergrijzing.

Tot 1970 was het overheidbeleid met name gericht op de intramurale sector, waarbij vooral de bouw van bejaardenoordelen grote prioriteit kreeg om de tengevolge van de oorlog ontstane woningnood te bestrijden. In de **Nota Bejaardenbeleid 1970** (TK, 1970/1971) werd de aanzet gegeven tot ombuiging van dit beleid en werden voor het eerst uitgangspunten voor een integraal ouderenbeleid geformuleerd, waarvan de belangrijkste zijn (men sprak nog van 'bejaarden'): 'bejaarden en niet-bejaarden zijn in de samenleving gelijkwaardig; de gezondheid en de in de voorgaande levensperiode verworven zelfstandigheid dienen zo lang mogelijk in stand te blijven; de maatschappij kan hiervoor de helpende hand bieden door toekomstige bejaarden de kans te geven zich voor te bereiden op het bejaard zijn en bejaarden in hun behoeften tegemoet te komen; ouder worden is een proces waardoor de behoefte aan geschikte woonvormen, leefmilieu's en aan dienstverlening groter kan worden; onder de 'dienstverlening' wordt een breed scala van 'handreikingen en voorzieningen' begrepen, zoals bron van inkomsten, bevorderen van intermenselijk contact, huishoudelijke hulp, aangepaste huisvesting, medisch advies en behandeling, lichaamsverzorging, verpleegkundige hulp en voorlichting' (Nota Bejaardenbeleid 1970, TK, 1970/1971, p. 4).

Het beleid is in deze eerste Nota Bejaardenbeleid (p. 16) als volgt geformuleerd: 'Het - uitgaande van het grondbeginsel van optimale integratie in de samenleving en vermindering van isolement - bevorderen, dat een in onderdelen aaneensluitend geïntegreerd samenstel van activiteiten en voorzieningen tot stand komt en in stand gehouden wordt, waarin of waardoor bejaarden - al naar hun behoefte - kunnen blijven participeren in de samenleving, hun zelfstandige woon- en leefsituatie kunnen handhaven middels - aangepaste - dienstverlening, dan wel de subjectief gewenste verzorging en/of verpleging kunnen ontvangen, die op grond van objectieve criteria noodzakelijk worden (wordt) geacht'. De demografische ontwikkelingen zouden er voor zorgen 'dat er een grote behoefte zal blijven bestaan aan intramurale voorzieningen, voor zover deze althans niet vervangen kunnen worden door voorzieningen die slechts een gedeelte van een etmaal bestrijken. Duidelijk is evenzeer de nog veel groter behoefte aan voorzieningen voor zelfstandigen, mede gelet op de achterstand die hierbij aanwezig is'. Met als uitgangspunt (langere) zelfstandigheid van ouderen te bevorderen, werden in de nota van 1970 voorstellen gedaan voor onder meer verbetering van de inkomenspositie, uitbreiding van extramurale voorzieningen en dienstencentra en de bouw van bejaardenwoningen (minimaal 12.000 per jaar!).

Een algemene nota die ook voor het ouderenbeleid van belang geacht wordt, is de **Structuurnota Gezondheidszorg 1974** (TK, 1973/1974). Hierin werd onder meer het

uitgangspunt geformuleerd dat substitutie tussen de verschillende voorzieningen tot op zekere hoogte mogelijk moet zijn en dat in het belang van de cliënt voorkomen moet worden dat hij in een hoger echelon terecht komt dan strikt noodzakelijk is. Door het uitdrukkelijk streven de hulp- en zorgverlening in het eerste echelon te versterken en gelijktijdig die in het tweede echelon af te remmen, wordt in deze nota aan het begrip substitutie inhoud gegeven. Voorts is volgens de nota een onderdeel van het beleid gericht op het streven de voorzieningen zo dicht mogelijk bij de cliënt te brengen. Dit zou moeten worden bereikt via spreiding van voorzieningen, het opzetten van kleinschalige voorzieningen, voorzieningen in de wijk en het bevorderen van thuiszorg en mantelzorg.

De tweede Nota Bejaardenbeleid 1975 (TK, 1974/1975) onderstreepte nog eens het in de eerste nota genoemde uitgangspunt van gelijkwaardigheid van ouderen en accentueerde het beleid gericht op de zo lang mogelijke zelfstandigheid, participatie en integratie van ouderen in de samenleving. De doelgroep wordt ten opzichte van de eerste nota verbreed van de meest kwetsbare bejaarden tot de gehele categorie ouderen vanaf 65 jaar. Duidelijk komt het probleem van de onderlinge afstemming tussen de sterk in aantal gegroeide voorzieningen naar voren en wordt tot één van de kernpunten in het ouderenbeleid verheven. De terugdringing van de capaciteit in bejaardenoordelen werd neergelegd in de zogenaamde 7%-norm (in 1975 lag het feitelijk percentage op 9,5%). Ook werd voor het eerst specifieke aandacht besteed aan de kwaliteit van de zorgverlening, naast andere indicatoren zoals de kwantiteit en vormgeving van organisaties. Een van de doelstellingen in de tweede Nota Bejaardenbeleid betreft het 'gesloten circuit': 'een systeem van voorzieningen waarvan de elementen zodanig logisch en organisatorisch met elkaar zijn verbonden, dat het geheel in staat is de welzijns- en gezondheidsbehoeften van ouderen, althans voor zover dat redelijkerwijs vanuit instellingen en voorzieningen kan geschieden, integraal te behartigen'. Mede uit oogpunt van integratie van ouderen in de samenleving wordt het scheppen van afzonderlijke voorzieningen voor ouderen (categoriële voorzieningenbeleid) afgewezen. Een van de voorwaarden voor het functioneren van een gesloten circuit behelst de goede afbakening van functies en taken van instellingen. Waar dit onduidelijk blijft, ontstaan overlappings in het zorgaanbod (WRR, 1982).

In de (algemene) Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg uit 1980 (TK, 1979/1980) kreeg substitutie inhoud door de nadruk die in deze nota gelegd werd op een wijkgerichte opzet van kleinschalige voorzieningen en decentralisatie. Voorwaarde voor de realisatie van dit beleid is de versterking van eerstelijns gezondheidszorg en de terugdringing van de tweedelijns, die bovendien duurder is. Ook wordt aandacht gevraagd voor de mantelzorg en thuiszorg en de verschuiving van curatieve naar preventieve zorg. De schets wijst erop dat de veranderingen in de behoefte aan gezondheidszorg een betere aansluiting van het zorgaanbod daarop noodzakelijk maken.

In april 1982 verscheen een derde nota met betrekking tot het ouderenbeleid, **Bouwstenen voor een ouderenbeleid** (TK, 1981/1982). Het accent blijft liggen op het aanbieden van hulp die de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van ouderen bevordert. Daarbij wordt meer dan voorheen de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid en de onderlinge hulpverlening, waarop de professionele hulp aanvullend moet functioneren. Net als in de algemene gezondheids- en welzijnszorg (zie Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg; TK, 1979/1980), verschuift het accent bovendien naar preventieve zorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk.

Het nieuwe kabinet kwam met een nadere standpuntbepaling en publiceerde in 1983 de **Beleidsbrief Ouderenbeleid** (TK, 1983/1984a). Ten opzichte van de oorspronkelijke Bouwstenen-nota (TK, 1981/1982), uitgebracht door het voorgaande kabinet, zijn verschuivingen in beleidsprioriteiten waar te nemen, die deels ingegeven zijn door nieuwe demogra-

fische prognoses waarin dubbele vergrijzing nog verder gaat dan werd verwacht. De financiering van de ouderenzorg dreigde bij gelijkblijvend beleid onbetaalbaar te worden. Anderzijds noopte de sociaal-economische situatie tot bezuinigingen, waaraan ook de ouderenzorg niet zou kunnen ontkomen. Daarom worden maatregelen voorgesteld die onder meer moeten leiden tot een grotere doelmatigheid in de dienstverlening, een grotere samenhang tussen de vijf (basis-)voorzieningen voor ouderen en vermindering van overlappings in het zorgsysteem. Voorts wordt (verdere) verscherping van capaciteitsnormen en indicatiecriteria voorgestaan ten behoeve van de verdere terugdringing van intramurale ouderenzorg en wordt een nog grotere nadruk gelegd op zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk. Capaciteitsnormen werden noodzakelijk geacht, omdat de beoogde verschuiving van de intra- naar extramurale zorg niet spontaan plaatsgevonden bleek te hebben. Het normeringsbeleid heeft soms het karakter van restricties, bijvoorbeeld de 7%-norm voor bejaardenoordelen; in andere gevallen worden groeipercentages voor de komende jaren aangegeven, bijvoorbeeld bij het kruiswerk. De overheid beoogt een accentverlegging van 'de anonieme, collectief gefinancierde solidariteit' naar 'de individueel en in de gemeenschap gevoelde en persoonlijk tot uitvoering gebrachte, op intermenselijke relaties gebaseerde solidariteit'. De 'zorgzame samenleving' doet haar intrede.

De nota **Flankerend Ouderenbeleid** (Ministerie van WVC, 1983) wordt in november 1983 als discussiestuk toegestuurd aan alle organisaties die betrokken zijn bij het bejaardenwerk en de bejaardenzorg, 'om daarmee het flankerend beleid verder tot leven te brengen'. Er wordt een globale afbakening gegeven: 'Flankerend beleid is overigens niet gericht op het in leven roepen van enigerlei nieuw soort voorziening voor bejaarden. Het beoogt een betere benutting van de taken en functies van de relevante voorzieningen voor bejaarden (gezinsverzorging, kruiswerk, gecoördineerd bejaardenwerk, bejaardenoordelen, verpleeghuizen), waarbij het accent ligt op het ondersteunen van het eigen initiatief van ouderen en hun directe omgeving en initiatieven van vrijwilligers'. Flankerend beleid in enge zin beoogt dit voor de voorzieningen te bereiken; flankerend beleid in brede zin richt(te) zich op vernieuwende activiteiten op het gebied van technologische innovatie (strikt genomen buiten de grenzen van de ouderenzorg), maar is nooit goed van de grond gekomen (NFB, 1987 en 1988). Ter bevordering van het streven de zelfstandigheid van de in de wijk wonende ouderen te vergroten en om de bestaande leemtes in het aanbod (deels) aan te vullen, worden de wijkfuncties van bejaardenoordelen geïntroduceerd, waardoor zelfstandig wonende ouderen de mogelijkheid kregen gebruik te maken van faciliteiten van het verzorgingstehuis, zoals onder andere de warme maaltijdvoorziening, alarmering, bad en douche, pedicure, tijdelijke verzorging en sociaal-recreatieve activiteiten.

Naast de hierboven beschreven categorale nota's verschenen in 1983 ook enkele algemene nota's, zoals de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen (TK, 1983/1984b), Beleidsnota inzake wetgeving WVC (TK, 1983/1984c) en de Nota Eerstelijnszorg (TK, 1983/1984c). Het jaar 1983 brengt daarmee een omslag in het beleid (Goudriaan, 1989), waarbij de eerste lijn een substituerende in plaats van een verwijzende functie krijgt toebedacht en de term 'eerstelijnsgezondheidszorg' vervangen wordt door 'thuiszorg' (Van den Bos, 1989). In het zelfde jaar werd overigens het huidige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur tot stand gebracht (voorheen: Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk).

In de Nota volksgezondheid bij beperkte middelen (TK, 1983/1984b) staat bij de beoogde accentverschuivingen de doelstelling 'zelfstandigheidsbevordering' centraal. De nota presenteert een zorgmodel dat bestaat uit elkaar aanvullende en opvolgende functies met een onvermijdelijke afnemende mate van zelfstandigheid en mogelijkheid voor de cliënt om in het eigen milieu te blijven. De in de nota bepleite verschuivingen worden in dit zorgmodel weergegeven. Genoemd wordt de verschuiving van curatieve naar preventieve zorg, van klinische naar poliklinische zorg en van tweede naar eerstelijns zorg. Deze accentver-

schuivingen acht de nota noodzakelijk, onafhankelijk van de vraag naar kostenbeheersing en de noodzaak om tot ombuigingen te komen. Men maakt onderscheid tussen kwantitatieve substitutie (capaciteitsaanpassingen) en kwalitatieve substitutie (overheveling van functies). De maatregelen die daartoe doorgevoerd moeten worden, zoekt de nota in de sfeer van de regelgeving. De omvang en het tijdsplan van de substitutievoornemens worden in deze nota niet nader geconcretiseerd.

In de **Beleidsnota inzake wetgeving WVC (TK, 1983/1984c)** lijkt het kostenbeheersingsvraagstuk meer benadrukt te worden. Deze nota wijst op de noodzaak van overheveling van middelen: 'Uit oogpunt van beheersing alsmede met het oog op het stimuleren van het eigen verantwoordelijkheidsgevoel van mensen dient ernaar gestreefd te worden, de zorg dicht bij huis zoveel mogelijk te versterken, door een gerichte verschuiving van middelen uit veel duurdere intra- naar extramurale zorg.'

In de **Nota eerstelijnszorg (1983) (TK, 1983/1984d)** wordt de versterking van de eerste lijn centraal gesteld: 'Kwalitatieve en kwantitatieve versterking van de eerste lijn kan een beperking van het beroep op de doorgaans duurdere tweedelijnszorg mogelijk maken.' Deze nota is geschreven om te komen tot 'een begin van zodanige verschuivingen van de financiële middelen dat er sprake is van een totaalbeleid en versterking van de eerstelijns hulpverlening'. In eerdere nota's waren reeds belangrijke beleidsvoornemens voor eerstelijnszorg neergelegd. Als aanvulling op eerdere nota's wordt betoogd dat versterking van de thuiszorg behalve door gerichte overheveling van financiële middelen uit de intra- naar extramurale zorg, ook kan worden nagestreefd door het aanbrengen van een betere samenhang in beleid en planning.

De Algemene Rekenkamer evalueerde in 1985 de **Basisvoorzieningen voor bejaarden (TK, 1985/1986)** en kwam tot vernietigende conclusies: 'De harmonisatie van de instrumenten financiering, planning en wetgeving in het bejaardenbeleid heeft nauwelijks gestalte gekregen. Het streven van de rijksoverheid naar meer samenhang tussen de voor bejaarden relevante intra- en extramurale voorzieningen wordt ernstig belemmerd doordat de voorzieningen vanuit verschillende bronnen worden gefinancierd, ze grotendeels onafhankelijk van elkaar worden gepland en doordat samenhang ontbreekt tussen de van belang zijnde wettelijke regelingen' (p. 30). In 1985 wordt -mede naar aanleiding van dit rapport- de 7%-norm voor verzorgingstehuizen, 'die niet gebaseerd is op inzicht in het werkelijk benodigde aantal bedden voor verzorgingsbehoevende bejaarden' (p. 29), losgelaten als streefcijfer. Dergelijke normen passen overigens ook niet bij het substitutiebegrip, dat uitgaat van een zekere mate van overlap in taken en functies tussen voorzieningen, maar komen voort uit de idee met betrekking tot het zogenaamde 'gesloten circuit', of uit de idee van geplande substitutie ten behoeve van kostenbeheersing (Stikker, 1985; NRV, 1989). In de plaats van een norm van 7% werd in 1985 het budgetstelsel voor bejaardenoordelen als sturingsinstrument geïntroduceerd. Er worden sindsdien gelimiteerde budgetten (afgeleid uit de exploitaties van 1984) gedecentraliseerd naar de provincies, waarvoor in 1984 aanpassingen werden aangebracht in de Wet op de Bejaardenoordelen (WBO; Stb. 1984, no. 656).

In 1986 wordt in de **Nota zorg voor ouderen (TK, 1985/1986)**, bij wijze van voortzetting van het beleid uit zowel de eerdere bejaardennota's als de Nota volksgezondheid bij beperkte middelen (TK, 1983/1984b), naast de verschuivingen van de intramurale zorg naar extramurale zorg de verschuiving van professionele hulpverlening naar zelfzorg en mantelzorg en de verschuiving van curatieve naar preventieve zorg centraal gesteld. De versterking van de eerstelijns wordt tevens noodzakelijk geacht om de veranderende vraag te kunnen opvangen: 'Het is noodzakelijk zodanige randvoorwaarden te creëren dat zij de extramurale voorzieningen in staat stellen zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht te voldoen aan de zich wijzigende vraag naar hulp'. Een nadere aanduiding van de gevolgen van dit

voornemen voor de verschillende sectoren van de gezondheidszorg wordt in deze nota niet gegeven. Wel wordt ingegaan op met name de relatie tussen het bejaardenoord en het verpleeghuis, waarover in de Beleidsbrief van 1983 al een adviesaanvraag werd aangekondigd. De discussie concentreert zich rondom de onderwerpen indicatiestelling (per 1 januari 1989 gerealiseerd in Besluit Advisering hulpverlening ouderen; Stb. 1988, no. 456), de groepsverzorging in bejaardenoorden, de geleidelijke afbouw van de zogenaamde 1-oktoberbedden (later weer deels ongedaan gemaakt), de verpleeghuisarts als adviseur voor het verzorgingshuis (Stcrt. 1986, no. 103) en de aanpassing van de normen voor verpleeghuizen (zie ook Nota Ouderenbeleid; TK 1987/1988). De eerder door de Algemene Rekenkamer aangegeven knelpunten voor grotere samenhang op het terrein van financiering en wet- en regelgeving blijven voortdurende aandacht vragen, doch worden gedeeltelijk omzeild door een accentverschuiving van het aanbod naar de op individuele behoeften toegesneden 'zorg op maat'. De ideeën hierover zijn nog zo in ontwikkeling dat door de inhoudelijke discussies, de aandacht voor harmonisatie enigszins verslapt en tenminste tot enig respijt voor beleidsontwikkeling leidt.

De nota 'Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens', de zogeheten **Nota 2000** (TK, 1985/1986) pleit voor een betere afstemming van het zorgsysteem met het oog op veranderende behoeften aan zorg. Ontwikkelingen op het gebied van zelf- en mantelzorg, alternatieve geneeswijzen en het vrijwilligerswerk moeten hiervoor worden gestimuleerd. In de Nota 2000 worden de voornemens uit de Structuurnota 1974 en de Nota volksgezondheid bij beperkte middelen met betrekking tot zelfverantwoordelijkheid van de cliënt verder uitgewerkt uitgaande van een hiërarchie van zorgrelaties: primair staat hierin de zelfzorg, secundair is mantelzorg (gezin, vrienden, familie) en als laatste komen pas de geprofessionaliseerde, door de staat gegarandeerde en collectief betaalde vormen van zorg. Deze hiërarchie van zorgrelaties functioneert ook als een schuif- of substitutiemechanisme.

De Nota 2000 (TK, 1985/1986) meent dat de accentverschuivingen gevolgen moeten hebben voor de capaciteiten (p. 244). De overheveling van middelen wordt in deze nota voor het eerst voor het hele veld van gezondheidszorg financieel uitgewerkt en naar de diverse sectoren gedifferentieerd. Daarenboven moet het zorgsysteem veranderd worden. De capaciteit van de intramurale sectoren dient teruggebracht te worden en als compensatie kan het volume van een aantal andere sectoren extra toenemen. Het belangrijkste is een extra toename van extramurale zorg (1,2%). In totaal is er gemiddeld per jaar voor deze zorgsysteemverandering een volumetoename van 0,1% voorzien. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat de Nota 2000 wel substitutie bepleit, maar niet verwacht dat deze tot absolute kostenbesparingen zal leiden.

In de **Nota kosten van vergrijzing voor WVC** (Ministerie van WVC, 1986) werd onderzocht of het financiële meerjarenkader voldoende zou zijn om de gevolgen van de vergrijzing tot 1990 op te vangen. Het financiële gat tussen de meerjarenramingen en de demografische ramingen bedraagt ruim f 1,5 mld. In de nota wordt een substitutievoorstel gepresenteerd waardoor de kosten van de intramurale voorzieningen met ruim f 800 mln. verlaagd kunnen worden. Daartegenover staat extra ruimte van ongeveer f 300 mln. voor extramurale voorzieningen. In deze nota lijkt substitutie te zijn verworpen tot een middel om kosten te besparen zonder dat nog aandacht wordt besteed aan de zorginhoudelijke gevolgen (NRV, 1989). Ook deze nota erkent echter dat de toename van kosten slechts kan worden afgeremd, niet omgebogen (Ministerie van WVC, 1986, p. 29).

De meest recente categorale nota die binnen het besproken tijdsvak valt, is de **Nota Ouderenbeleid, Voortgangsrapportage 1982-1988** (TK, 1987/1988), de eerste in een reeks tweejaarlijkse rapportages aan de Tweede Kamer met betrekking tot het vanaf 1982 gevoerde en verder te voeren ouderenbeleid (medio oktober 1990 is de tweede voortgangs-

rapportage openbaar gemaakt). Tal van min of meer spontaan ontstane zorgvernieuwingen, zoals kleinschalige verpleeg- of verzorgingshuizen, dagverpleging in het ziekenhuis, 24-uurs bereikbaarheid, thuiszorg voor verpleeghuis-geïndiceerden en de functie geriatrie in algemene ziekenhuizen, krijgen hun (bescheiden én bewaakte) plaats in het ouderenbeleid. Daarbij is het interessant te vermelden dat ook de overheid erkent dat 'in het tot nu toe gevoerde interdepartementale ouderenbeleid de aandacht te zeer gericht is geweest op de meest zorgbehoevende ouderen'. 'In het toekomstige ouderenbeleid zal rekening gehouden worden met het feit dat ouderen niet één homogene groep vormen'. 'Hiermee kan op den duur tevens het zelfbeeld van en de beeldvorming over ouderen in het algemeen in meer positieve zin worden omgebogen' (TK, 1987/1988, p. 47).

Begin januari 1988 zijn tenslotte ook alle zogenaamde demonstratieprojecten in het kader van substitutie in de ouderenzorg van start gegaan. 'Het streven is om de resultaten van deze projecten nog in de lopende kabinetsperiode in het reguliere beleid te verwerken' (p. 46)! Deze projecten worden duidelijke voorbeelden genoemd van door de overheid gestimuleerde experimenten die een stapsgewijze invoering van de voorgestelde veranderingen voor een nieuw zorgbestel zullen bevorderen (Nota Verandering Verzekerd). De demonstratie-projecten worden noodzakelijk geacht omdat alle tot dan uitgevoerde, veelal zeer kleinschalige en lokale projecten sectorgericht waren en meer algemene conclusies over de (on-)mogelijkheden van substitutie moeilijk te toetsen zijn op grond van de resultaten tot dan toe (Nota Ouderenbeleid; TK, 1987/1988, p. 124). Tenslotte zullen de projecten informatie moeten leveren met betrekking tot de vraag of, en in hoeverre, door middel van substitutie een daadwerkelijke bijdrage aan de opvang van de demografische druk kan worden geleverd (TK, 1987/1988, p. 130).

3.5. Ontwikkeling van voorzieningen in vogelvlucht

In deze paragraaf worden de meest belangrijke ontwikkelingen belicht ten aanzien van gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenwerk, bejaardenoorden en verpleeghuizen. Hiermee ontstaat een referentiekader voor de beschrijving van het gebruik van deze voorzieningen door ouderen in het vervolg van deze studie.

3.5.1. Korte beschrijving van de gezinsverzorging

De eerste vereniging voor huisverzorging, zoals dat destijds heette, werd in 1895 opgericht in Deventer. Vlak na de Tweede Wereldoorlog werd de naam 'gezinsverzorging' gekozen, omdat men bij de wederopbouw het gezin als hoeksteen zag (Daal, 1987). Aan langdurige hulp aan bejaarden, gehandicapten of chronisch zieken in het kader van gezinsverzorging werd tot het eind van de jaren '50 niet of nauwelijks gedacht. De kwaliteitsbewaking stond bij de eerste subsidieregeling van 1948 voorop. Eind jaren vijftig brak het besef door dat vooral bejaarden en eerder genoemde groepen veel ambulante verzorgende hulp nodig hebben die vaak van langdurige aard is, maar tevens bleek dat de bestaande regelingen daarvoor geen mogelijkheden boden (gezinsverzorging was een tijdelijke voorziening, hoogstens voor enkele weken); dit leidde tot de invoering van de tweede subsidieregeling in 1958 (Maessen, 1989). Omdat bij hen niet noodzakelijkerwijs ook altijd hoog gekwalificeerd personeel ingezet hoeft te worden, ontstond het fenomeen 'helpster'. Vanaf het begin van de jaren zestig ging de overheid zich steeds meer bezig houden met planning, spreiding en doelmatigheid van voorzieningen. Schaalvergroting heeft sindsdien geleid tot enerzijds een afnemend aantal instellingen en anderzijds een toename van de gemiddelde grootte per instelling. In de eerste helft van de jaren zeventig ontstond de idee van 'welzijnsbeleid', waarbinnen gezinsverzorging een belangrijke plaats kreeg. De gezinsverzorging werd vanaf

dat moment grotendeels gesubsidieerd door de rijksoverheid en nam in omvang sterk toe. Pas in 1976 werd voor het eerst op grote schaal getracht die groei enigszins te beheersen, onder meer door de invoering van landelijke richtlijnen voor indicatiestelling en retributieheffing naar draagkracht. De indirecte (open eind-)financiering via de bijstandswet werd teruggedraaid. Sinds 1978 staan de ontwikkelingen in de gezinsverzorging vrijwel uitsluitend in het teken van de bezuinigings- en beheersingsmaatregelen, zoals vacaturestops, invoering alpha-hulp, kortingen op formatie-uren en retributieverhogingen (Maessen, 1989).

De taken van de gezinsverzorging zijn te omschrijven als huishoudelijke, verzorgende en begeleidende activiteiten, alsmede huishoudelijke ziekenverzorging, welke steeds aanvullend zijn op de tekorten in het huishouden. Om deze taken uit te voeren, maakt 85% van de instellingen onderscheid tussen traditionele en alpha-hulp. Alpha-hulp is sinds 1978 landelijk erkend en betreft puur huishoudelijke hulpverlening gedurende maximaal 12 uur per week en ten hoogste 2 werkdagen. Bij de alpha-hulp heeft de instelling een bemiddelende functie waarbij de alpha-hulpen in dienst treden van de cliënten. Alle hulp die meer dan 2 dagdelen per week betreft of van een andere aard is dan puur huishoudelijk, behoort tot de 'traditionele' hulp. Onder dit koepelbegrip vallen echter vele nieuwe vormen van hulpaanbod, die sinds begin tachtiger jaren in ontwikkeling zijn. Te noemen zijn de wijkbejaardenzorg, 24-uurs-bereikbaarheid en -beschikbaarheid en (terminale) thuiszorg. Het in 1985 ingevoerde budgetteringssysteem, dat onder andere een maximum stelt aan de overheadkosten binnen het totale budget, zou de instellingen meer ruimte bieden om de toenemende en zich wijzigende hulpvraag op effectieve wijze op te vangen.

De financiering van de gezinsverzorging geschiedt uit twee inkomstenbronnen. De belangrijkste is de overheidssubsidie op grond van de Rijkssubsidieregeling Gezinsverzorging, die sinds 1 januari 1989 als tijdelijke subsidieregeling integraal is overgenomen in de AWBZ (Stcrt. 1989, no. 16). Dit wordt beschouwd als overgangsmaatregel naar volledige opname in het AWBZ-verstrekkingspakket en is een van de gevolgen van het werk van de Commissie Dekker (1987). De tweede financieringsbron betreft de eigen bijdrage van de cliënten, die afhankelijk is van het inkomen en de samenstelling van het huishouden. De gemiddelde eigen bijdrage beslaat slechts een klein deel (ongeveer 8,5%) van de totale kosten.

3.5.2. Korte beschrijving van de wijkverpleging

De basis van het huidige kruiswerk werd gelegd in de 19e eeuw met de oprichting van de eerste verenigingen ter bevordering van de volksgezondheid en het weren van epidemieën in 1895 (Boot en Knapen, 1988). Na de oprichting van een opleiding voor verpleegsters, dijde rond 1900 het kruiswerk sterk uit en vormde vanaf 1911 landelijke koepelorganisaties. De groei van het kruiswerk komt tot uitdrukking in het aantal gezinnen dat lid is van een van de regionale op plaatselijke kruisverenigingen. Rekening houdend met de gemiddelde gezinsgrootte is in 1940 ruim 1/3 van de bevolking lid, in 1957 circa 60% en in 1987 bij benadering 70%, hetgeen neerkomt op ongeveer 3,3 miljoen huishoudens (Boot en Knapen, 1988; Nationale Kruisvereniging, 1988).

De drie op levensbeschouwelijke grondslag georganiseerde kruisverenigingen het Algemene Groene Kruis (1911), het Wit-Gele Kruis (1923) en het Oranje-Groene Kruis (1938) gingen in de jaren zestig samenwerken, hetgeen uiteindelijk resulteerde in volledige fusie in de Nationale Kruisvereniging in 1977. De samenwerking wordt nog versneld door schaalvergroting, de vorming van Erkende KruisOrganisaties (EKO's) en de financiering van het kruiswerk krachtens de AWBZ (per 1-1-1980; Stb. 1980, no. 655). Thans is een tweede proces van schaalvergroting bijna voltooid, waarbij het aantal EKO's teruggebracht wordt tot circa 60 (super-)regionale werkverbanden. Doel van deze operatie in het kader van de Herstructurering Landelijke Organisaties is te komen tot een oplossing van de problematiek van de zware bestuurlijk-organisatorische structuur van het kruiswerk en het ontbreken van

krachtige erkende kruisorganisaties met een doelmatige schaalgrootte op districtsniveau (FOZ 1989; TK, 1988/1989, p. 109).

Het zorgaanbod van het kruiswerk wordt in acht zorgterreinen of zorgfuncties ingedeeld (NK, 1988): zwangerschapszorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg (JGZ), zorg voor zieken en gehandicapten, de preventieve ouderenzorg, voedingsvoorlichting en dieetadvisering, gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) en tenslotte de verplegingsartikelen en hulpmiddelen. Hoewel het totale zorgaanbod van de kruisverenigingen zeer divers is, concentreren wij ons hier volledig op de voor ouderen belangrijkste zorgfunctie, de wijkverpleging.

3.5.3. Korte beschrijving van het gecoördineerd ouderenwerk en dienstencentra

Het gecoördineerd ouderenwerk als voorziening en als coördinerende instantie in de ouderenzorg is in de loop der tijden onderhevig geweest aan talrijke veranderingen die vrijwel parallel lopen aan de ontwikkelingen in het ouderenbeleid van de overheid. Hierdoor is het in deze paragraaf niet altijd mogelijk een strikt onderscheid te handhaven tussen enerzijds het gecoördineerd ouderenwerk als voorziening en anderzijds het gecoördineerd ouderenwerk als een van de instrumenten van overheidsbeleid.

In 1962 werd door de minister van CRM voor het eerst een pleidooi gehouden voor het dienstencentrum naar Scandinavisch model. In 1963 werd het eerste dienstencentrum geopend. Het aanvankelijk experimentele karakter werd benadrukt in de Voorlopige Rijksbijdrageregeling Dienstencentra voor Bejaarden (Stert. 1967, no. 199). Het dienstencentrum werd daarbij gedefinieerd als 'een instituut waarin of waaruit samenhangende diensten worden verleend'. Het accent lag in deze beginfase op het aanbieden en organiseren van activiteiten voor ouderen, met name op sociaal-cultureel terrein, maar ook in de vorm van kleine hand- en spandiensten (pedicure, wasbeurt, de was doen), met de nadruk op de ruimtelijke accommodatie waarin een en ander geschiedde. De aanvankelijke doelstelling om in iedere wijk een dienstencentrum te realiseren is echter nooit verwezenlijkt.

De tweede ontwikkelingsfase laat een verschuiving zien van het organiseren van activiteiten naar de coördinatie en startte in 1970 met de eerste Nota Bejaardenbeleid (TK, 1970/1971). Het bevorderen en stimuleren van zelfstandig functioneren van ouderen in de eigen omgeving komt als hoofddoelstelling van het gecoördineerd bejaardenwerk (afgekort tot GBW of, sinds de term 'ouderen' geprevaleerd wordt boven 'bejaarden', GOW) naar voren. Daarbij staat niet langer de accommodatie zelf centraal, maar de functies die vervuld worden. Hiervoor ontstond de benaming 'project gecoördineerd bejaardenwerk' en verdween steeds meer de benaming 'dienstencentra' uit stichtingsnamen en dergelijke.

De volgende fase wordt gemarkeerd door de tweede Nota Bejaardenbeleid (TK, 1974/1975) en de (discussie over de) ontwerp-Rijksbijdrageregeling Gecoördineerd Bejaardenwerk in 1977. In de Tijdelijke Rijksbijdrageregeling (Stert. 1980, no. 91) werd verwoord dat het gecoördineerd bejaardenwerk zich ten doel stelt de zelfstandigheid en maatschappelijke integratie van de ouderen te bevorderen, met inspraak van de ouderen zelf, door het coördineren van de in de gemeente werkzaam zijnde organisaties en instellingen, door aandacht te vragen voor de positie van bejaarden, te signaleren welke voorzieningen niet of onvoldoende ontwikkeld zijn en tenslotte door het organiseren van activiteiten. Deze regeling was tijdelijk, omdat zij gold in afwachting van een bredere Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening, die in 1980 weliswaar in eerste fase werd ingevoerd maar later (1986) is teruggetrokken. Bovendien werd een aparte regeling voor het GOW ongewenst geacht vanwege de in gang gezette decentralisatie en de opvatting dat een breder draagvlak noodzakelijk is voor de realisering van de coördinatie-functie. Twee andere, deels parallel lopende, ontwikkelingen speelden aan het eind van de jaren zeventig eveneens een

belangrijke rol. Ten eerste werd in 1977 bij de invoering van het Besluit Opnemings Bejaardennoorden (Stb. 1976, no. 619) de taak van het gecoördineerd bejaardenwerk voor personen die een advies van de (indicatie-) commissie ex artikel 6j van de WBO ontvangen hebben, benadrukt en vastgelegd. Deze taak richt zich op de coördinatie van de hulpverlening en de procedurele afwikkelingen, zodat de hulpverleners ontlast worden en de ouderen doelmatiger geholpen worden. Ten tweede kwam ook bij ouderen een emancipatiebeweging op gang, waarbij het gecoördineerd bejaardenwerk een ondersteunende en stimulerende rol werd toegeschreven (Nota Bejaardenbeleid 1975).

Langzamerhand ontstond de behoefte aan een meer planmatig en geïntegreerd ouderenbeleid, waarvoor de nota Bouwstenen voor een ouderenbeleid (TK, 1981/1982) een eerste aanzet poogde te geven. Het gecoördineerd ouderenwerk werd in deze structuur een belangrijke coördinerende rol toebedacht. Bij de behoefte aan een meer doordacht ouderenbeleid speelden naast ideële ook demografische en financieel-economische overwegingen een zeer belangrijke rol. De bedoelde integratie werd echter gefrustreerd door een versnipperde wet- en regelgeving, waarin bevoegdheden bij verschillende overheidsniveau's lagen (en nog liggen) en de financieringssystemen stringent gescheiden waren. Als oplossing werd gedacht aan een zeer brede Wet op de Bejaardennoorden of een algemeen (en niet categoriaal) geldende Welzijnswet, zodat de integratie van ouderen in de samenleving verbeterd kan worden. Gelijktijdig met deze ontwikkelingen loopt de wens tot versterking van het informele circuit, zoals verwoord in de Beleidsbrief Ouderenbeleid (TK, 1983/1984a) en de discussienota Flankerend Ouderenbeleid (Ministerie van WVC, 1983). Het Reikwijdtebesluit van de nieuwe WBO (Stb. 1984, no. 678) bracht in 1985 zowel het flankerend beleid en de wijkfuncties van bejaardennoorden als het gecoördineerd ouderenwerk (eerst voor één, later voor twee jaar) binnen één kader, waarvoor alle bevoegdheden zijn gedecentraliseerd naar de provinciale overheden. Per 1 januari 1985 is de officiële benaming veranderd in het Gecoördineerd OuderenWerk (GOW).

Vanaf 1985 vormde de wet op de bejaardennoorden (tijdelijk) het belangrijkste kader voor het ouderenbeleid en leek het met de coördinatie, in ieder geval op overheidsniveau, de goede kant uit te gaan. Het tijdelijke karakter werd aanvankelijk geacht tot 1990 te gelden: de bejaardennoorden zouden dan onder de Kaderwet Specifiek Welzijn (Stb. 1982, no. 539) worden gebracht en zodoende deel gaan uitmaken van één geïntegreerd gemeentelijk welzijnsplan. De gezondheidszorg zou hierbij ingekaderd worden door de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG; Stb. 1982, no. 497). In 1983 werd uiteindelijk duidelijk dat de WVG nooit gerealiseerd zou worden. De gedachten met betrekking tot welzijnsplannen op gemeentelijk niveau hebben echter stand gehouden en er toe geleid dat per 1 januari 1987 de bevoegdheden rondom het GOW verder zijn gedecentraliseerd van de provincies naar de gemeenten; dit gebeurde via de Welzijnswet (Stb. 1987, no. 73). Ook onderdelen van het flankerend beleid en de wijkfuncties behoren nu tot de gemeentelijke taken, uitgezonderd capaciteitsgebonden voorzieningen (tijdelijk wonen, dag- cq. nacht-opvang).

Tot slot van deze paragraaf worden de gevolgen van de Welzijnswet (Stb. 1987, no. 73) voor het GOW kort besproken (zie ook Werkboek GOW, 1978). Het GOW is als een van de 19 werksoorten in dit juridisch kader opgenomen en ressorteert thans onder de gemeentelijke welzijnsplanning, evenals het grootste deel van het flankerend ouderenbeleid en de woontussenvoorzieningen. Dit heeft voor het GOW de volgende consequenties. Ten eerste blijkt de rijksoverheid afgestapt te zijn van het idee van integrale planning en afstemming in het ouderenbeleid, zoals dat eerst was vastgelegd in het Reikwijdtebesluit WBO (Stb. 1984, no. 678). Hierdoor dreigt een tweedeling te ontstaan in welzijns- en gezondheidszorgbeleid voor ouderen, waardoor de (bestuurlijke) samenwerking en coördinatie tussen de basisvoorzieningen voor ouderen nadelig beïnvloed wordt. Het onderbrengen van het GOW in één (administratie van een) gemeentelijke welzijnsstichting wordt als een belemmering voor

het functioneren beschouwd. Aan de andere kant wordt 'decategoralisering' juist toegejuicht. De integratie van ouderen in de gehele maatschappij zou hiermee gediend zijn. Het belangrijkste gevolg is dat de beleidsverantwoordelijkheid voor het GOW verder gedecentraliseerd is naar het gemeentelijke niveau. De gemeentelijke overheid beslist of (!) en zo ja tot welk bedrag (vaak via budgetstelsel) het gecoördineerd ouderenwerk gesubsidieerd wordt.

3.5.4. Korte beschrijving van de bejaardenoorden

De geschiedenis van het fenomeen bejaardenoord gaat terug tot de middeleeuwen (Burger en Van Otterloo, 1983), toen nonnenkloosters een hospitaal voor arme vrouwen stichtten (Synode van Aken, 816). Ook hadden kloosters vaak hospitalen (inrichtingen van gastvrijheid) en gasthuizen om reizigers onderdak en verzorging te geven. Deze band tussen kloosters en gasthuizen werd door het Concilie van Vienne (1311) ongedaan gemaakt. Plaatselijke notabelen namen het bestuur over en richtten in de opkomende steden godshuizen voor arme en oude mensen op (16e en 17e eeuw). Toenemende verstedelijking, nijverheid en handel deden het aantal gebrekkigen en hulpbehoevenden toenemen, waardoor ook de vraag naar gast- en godshuizen toenam. Men ging toelatingscriteria hanteren (in de 17e eeuw!). Armen- en bejaardenzorg waren aanvankelijk charitatief werk van kerken en notabelen, doch het humanisme rond de 17e eeuw zorgde ervoor dat de zorg voor ouderen tot overheidstaak werd gemaakt. Aan het eind van de 18e eeuw veranderden de gasthuizen in tehuizen voor ouden van dagen met een vrij uniform verzorgingspakket. In de 17e en 18e eeuw ontstonden andere huisvestingsvormen voor ouderen, zoals 'hofjes' en pensiontehuizen met huisvesting en maaltijden. Na de Tweede Wereldoorlog krijgen deze pensiontehuizen een nieuwe impuls als een oplossing voor de woningnood. In de periode 1945-1969 kwamen er 56.500 bedden bij in 546 nieuwe, met rijkssteun gebouwde, bejaardentehuizen en nog eens 15.000 bedden in andere nieuwe of al bestaande tehuizen (Nota Bejaardenbeleid 1970, TK, 1970/1971). Langzaam ontstond het inzicht dat de bewoners naast huisvesting en maaltijden ook persoonlijke en lichamelijke verzorging nodig hebben. Aan het eind van de vijftiger jaren werd echter steeds duidelijker dat het peil van verzorging in de tehuizen niet altijd voldoende hoog is en dat soms zelfs sprake is van wantoestanden. De eerste Wet op de Bejaardenoorden (Stb. 1963, no. 18) is dan ook vooral een toezichtswet ter bewaking van de kwaliteit van de huisvesting en de verzorging in tehuizen die voor het eerst 'bejaardenoord' werden genoemd, namelijk inrichtingen waarin aan tenminste vijf personen van 65 jaar of ouder duurzame huisvesting, gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging, wordt verschaft (deze definitie geldt nog steeds). De provincies kregen een belangrijke rol bij het opstellen van en toezicht houden op regels voor bejaardenoorden. De toename in het aantal bejaardenoorden sinds 1963 werd deels veroorzaakt door de wetgeving, waarin het vrij uniforme verzorgingspakket omschreven is, en deels door het tot stand komen van een aantal sociale verzekeringswetten, waarbij met name de indirecte financiering van opname in het bejaardenoord via de Algemene Bijstandswet (Stb. 1964, no. 312) grote gevolgen heeft gekregen; in 1984 kreeg ongeveer 80% van alle bewoners een ABW-uitkering (Algemene Rekenkamer, 1985).

Tot 1970 was het overheidsbeleid met betrekking tot ouderen hoofdzakelijk gericht op de intramurale zorg, waarbij met name de bouw van bejaardenoorden grote aandacht had. In de eerste Nota Bejaardenbeleid van 1970 werd de aanzet gegeven tot ombuiging van dit beleid en komt de zelfstandigheid van ouderen voor het eerst in beeld (zie paragraaf 3.4). In de tweede nota Bejaardenbeleid van 1975 (TK, 1974/1975) werd uitgesproken dat de capaciteit van bejaardenoorden niet meer zou mogen bedragen dan 7% van de bevolking van 65 jaar en ouder. Deze veranderende beleidsopvattingen weerspiegelden zich in de wijziging van de WBO in 1972 (Stb. 1972, no. 344). Nieuwe elementen in de wet betreffen de planning en de indicatiestelling. Ook werd al gesproken over decentralisatie van de plan-

ningsbevoegdheid naar de provincies, maar dit werd pas in 1985 gerealiseerd. Wel dient de provincie vanaf 1972 een 'verklaring van geen bezwaar' te geven alvorens een nieuw bejaardenoord gebouwd kan worden. De eis tot indicatiestelling door een onafhankelijke commissie waarbij de te volgen procedures en later ook de te stellen criteria wettelijk vastgelegd waren in het Besluit Opnemings Bejaardenoorden (Stb. 1976, no. 619), betekende een wezenlijke breuk met het verleden, toen iedere instelling volledig autonoom was in haar opnamebeleid. Deze autonomie leidde echter tot grote wachtlijsten, ongelijke behandeling van ouderen en bovendien tot opnames van ouderen die wellicht langer thuis hadden kunnen blijven. Ook de onafhankelijkheid van de in de gewijzigde WBO van 1972 (Stb. 1972, no. 344) genoemde nieuwe commissie voor de advisering over de aard en de mate van zorgbehoefte wordt belangrijk geacht. De criteria die bij de beoordeling van een aanvraag gehanteerd moeten worden, werden echter pas enige jaren later vastgelegd in het eerder genoemde Besluit Opnemings Bejaardenoorden.

Op 1 januari 1985 is de Wet op de Bejaardenoorden (Stb. 1984, no. 656) opnieuw ingrijpend veranderd, met name op het punt van het beleidsregime. Bevoegdheden en middelen werden vanaf die datum vrijwel volledig toebedeeld aan de provincies en de vier grote gemeenten. Slechts de instellingen met een bijzondere functie (kloosterbejaardenoorden, tehuisen voor blinden en slechtzienden, etcetera; Stcrt. 1985, no. 14) bleven onder de competentie van de rijksoverheid vallen (met uitzondering van het kwaliteitstoezicht, dat bij de WBO-wijziging in 1988 (Stb. 1988, no. 77) echter alsnog naar de rijksoverheid is overgeheveld). In 1984 was een overgangsregeling van kracht, omdat de wijziging van de WBO langer duurde dan voorzien (Interimwet bejaardenoorden, Stb. 1983, no. 687), op grond waarvan het ministerie de nodige maatregelen (o.a. in verband met prijsstelling) heeft genomen. Vanaf 1 januari 1985 geldt via de nieuwe WBO (Stb. 1984, no. 562) een systeem van directe financiering, op grond waarvan de provincies een doel- (ook wel specifieke) uitkering krijgen waarmee de bejaardenoorden bekostigd worden voorzover de eigen bijdragen ontoereikend zijn. Voor de vaststelling, inning en afdracht van de eigen bijdragen zijn de gemeenten verantwoordelijk. De Gedeputeerde Staten stellen de begroting en tarieven vast en bepalen de hoogte van de provinciale bijdragen. De nieuwe financieringsmethodiek verliep niet bepaald vlekkeloos, omdat de hoogte van de rijksuitkeringen en de eigen bijdragen lang onzeker bleef en er bovendien tegelijkertijd structurele bezuinigingen op de budgetten van de instellingen (4%) werden doorgevoerd. Ook de middelen in het kader van het Flankerend Beleid werden in 1985 gedecentraliseerd. De berekening van de doeluitkeringen is bij de laatste wijziging van de WBO in 1989 voortaan gebaseerd op het aantal 75-plussers. Om de financiële gevolgen van deze wijziging op te vangen is een vereveningspad tot 1994 uitgestippeld (FOZ 1990, TK, 1989/1990).

Het bejaardenoord heeft zich ontwikkeld tot een verzorgingstehuis voor intensief verzorgingsbehoevenden. Deze karakterwijziging laat zich vertalen in een behoefte aan accommodatie, toegesneden op de zorgbehoefte van de bewonerspopulatie en een behoefte aan gekwalificeerd personeel (Nota Ouderenbeleid, TK, 1987/1988, p. 31). Geconstateerd wordt ook dat de grenzen tussen verzorgingstehuizen en verpleegthuizen steeds verder vervagen. Om de functies scherper te kunnen onderscheiden is een Algemene Maatregel van Bestuur afgekondigd inzake de indicatiestelling van bejaardenoorden en verpleegthuizen (Stb. 1988, no. 456), die per 1 januari 1989 van kracht is en leidt tot één centrale indicatiecommissie voor beide voorzieningen. Verdere harmonisatie is doorgevoerd in de eigen bijdrageregeling voor verpleegthuizen die per 1 juli 1988 is verhoogd van f 1350 naar f 2200 per maand en daarmee vergelijkbaar is geworden met het tarief voor verzorgingstehuizen. Ook de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen ten behoeve van het verzorgingstehuis en dagbehandeling worden genoemd als middel om de samenhang tussen beide voorzieningen te verbeteren. De zo groot mogelijke zelfstandigheid van ouderen, ook

in de intramurale sectoren van bejaardenoorden en verpleeghuizen, blijft centraal gedachtengoed.

3.5.5. Korte beschrijving van de verpleeghuizen

Het verpleeghuis is een instelling van gezondheidszorg waar verpleegkundige en (para-) medische hulp geboden wordt aan mensen die thuis of in het verzorgingstehuis niet meer voldoende kunnen worden geholpen. De verpleeghuiszorg wordt omschreven als een continue, systematische en vaak langdurige multidisciplinaire zorg, de zogenaamde CSLM-zorg, en wordt 'geleverd' in drie soorten verpleeghuizen: voor somatische zieken en voor psychogeriatrische patiënten of in gecombineerde verpleeghuizen waar beide groepen aan bod komen. Thans zijn er ongeveer 50.000 bedden, verdeeld over 120 verpleeghuizen voor somatisch zieken, 78 psycho-geriatrische en 123 gecombineerde verpleeghuizen. In het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV; Stb. 1970, no. 268) gelden expliciete normen voor de toegestane capaciteit in verpleeghuizen. Deze normen drukken het aantal bedden uit in procenten van de bevolking en zijn voor somatisch zieken 1,2% van de 65-plussers plus 0,35 promille van de totale bevolking en voor psycho-geriatrische patiënten 1,25% (in de vier grote steden tijdelijk 1,25%). Voor psycho-geriatrische patiënten bestaat al gedurende enige tijd een tekort aan bedden en wordt de thans geldende norm te laag geacht. Bovendien blijkt het onderscheid tussen somatisch zieken en psycho-geriatrische patiënten lang niet altijd scherp te maken (Nota Ouderenbeleid, TK, 1987/1988). Een aantal somatische bedden is 'omgeruild' ten behoeve van psycho-geriatrische patiënten, hoewel de capaciteit daarvan nog steeds onder de norm ligt (FOZ 1990). Het voornemen om de norm aan te passen en uit te gaan van één planningsnorm is nog niet gerealiseerd.

Circa 90% van de capaciteit van verpleeghuizen komt ten goede aan ouderen (65+), van wie een ruime meerderheid bovendien ouder is dan 80 jaar. De kosten, die ongeveer f 200 per dag bedragen, worden betaald krachtens de AWBZ. De patiënten betalen een bijdrage in de verblijfskosten, waarmee 2,5% van alle verpleegkosten gedekt wordt (Algemene Rekenkamer, 1985). De grenzen tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen lijken steeds verder te vervagen (Nota Ouderenbeleid, TK, 1987/1988; FOZ, 1990), hetgeen voor het Ministerie van WVC aanleiding vormde de indicering en toewijzing van beide voorzieningen, alsmede van dagbehandeling in het verpleeghuis, in één hand te brengen en de bevoegdheden van de voormalige indicatiecommissie voor bejaardenoorden in die zin per 1 januari 1989 uit te breiden (zie vorige paragraaf). Voorheen was de procedure voor opname in een verpleeghuis vastgelegd in het Besluit Verpleging in verpleeginrichtingen Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1968, no. 103), doch daarin waren ten aanzien van de indicatiestelling geen regels gesteld (zoals in het Besluit Opname Bejaardenoorden wel het geval was).

3.6. Samenvatting

Uit de verschillende overheidspublicaties blijkt dat substitutie binnen en tussen zorgsectoren vanaf het midden van de jaren zeventig consequent en consistent als beleidsvoornemen, maar soms ook niet meer dan een voornemen, wordt gepresenteerd. In deze publicaties worden zorgverschuivingen voorgestaan om de zorgverlening zo dicht mogelijk bij de cliënt te realiseren: binnen de intramurale sector van klinische naar poliklinische hulp, van intramurale naar semi- en extramurale hulpverlening, van professionele hulpverlening naar zelfzorg en mantelzorg en van curatieve naar preventieve zorg.

De overheid verwacht met deze zorgverschuivingen een verbeterde afstemming van de zorg op de behoefte van de cliënt (zorg op maat) te bewerkstelligen en stelt hierbij als voor-

waarde dat versterkingen ten behoeve van semi- en extramurale sector, respectievelijke zelf-zorg en mantelzorg, slechts tot stand worden gebracht bij overeenkomstige vermindering van de intramurale capaciteit, respectievelijk van professionele hulpverlening. Met name de herverdeling van de financiële middelen krijgt blijkens de verschillende beleidsnota's in de loop der tijd een steeds belangrijker plaats. In slechts een klein aantal nota's is concreet ingevuld op welke manier de voorgestane verschuivingen gerealiseerd dienen te worden en welke gevolgen hieraan verbonden worden voor de capaciteiten en de financiële middelen. De harmonisatie en integratie van wet- en regelgeving en planningsnormen is daarbij wel steeds als beleidsvoornemen een telkenmale terugkerend onderwerp, doch in de praktijk is deze materie -op z'n minst gezegd- weerbarstig gebleken (Algemene Rekenkamer, 1985). Uit de verschillende publikaties blijkt dat de overheid hoge verwachtingen van substitutie heeft. Veelal wordt echter in de overheidsnota's een concretisering van financiële gevolgen achterwege gelaten. Gedeeltelijk is de overheid daartoe tot op heden ook niet in staat gebleken, omdat zij onvoldoende kennis heeft van de mogelijke invloed van een aantal hoofdproblemen in het ouderenbeleid, zoals vergrijzing, gezondheidstoestand en maatschappelijke positie op het voorzieningengebruik van ouderen. Wanneer de financiële gevolgen wél worden uitgewerkt, worden de veronderstellingen meestal niet expliciet aangegeven. Het is dan ook onduidelijk, hoe nauwkeurig en betrouwbaar de berekende besparingen zijn die als gevolg van de voorgestane substitutievoorstellen zouden kunnen worden bereikt (Goudriaan, 1989 en 1990; Huijsman en de Klerk, 1989).

Tenslotte speelt de complexiteit van de materie het ouderenbeleid parten, omdat een veelheid van facetten steeds integraal benaderd moet worden. De belangrijkste facetten in het ouderenbeleid betreffen naast een zorg- of voorzieningenbeleid (inclusief indicatiestelling, retributie, samenhang en dergelijke), het huisvestingsbeleid en het inkomens- of sociale zekerheidsbeleid. Zonder een adequaat huisvestingsbeleid voor ouderen is een substitutiebeleid zoals door het kabinet beoogd, onmogelijk (Brinkman bij start Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting, Staatscourant 7 maart 1988). Zulks lijkt ook te gelden voor een inkomensbeleid en een technologiebeleid (Klaassen-van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985; Goudriaan, 1990). Er is in Nederland tot op heden nog nauwelijks integraal onderzoek gedaan naar de leefsituatie van en het voorzieningengebruik door ouderen. Dat onderzoek werd bovendien nimmer gekoppeld aan onderzoek bij instellingen naar de zorgintensiteit van de cliënten en de daarmee gemoeide kosten.

4. Het gebruik van voorzieningen door ouderen in Nederland

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het gebruik van voorzieningen door ouderen in Nederland in beeld gebracht, daarmee een eerder gepubliceerd en uitgebreider overzicht (Huijsman, 1989b) samenvattend. Daarbij staat een tweetal thema's centraal. Het eerste thema behelst het op nationaal niveau in beeld brengen van het gebruik van voorzieningen door ouderen, waarbij de speciale interesse uitgaat naar het 'bereik' van een voorziening (te berekenen als het percentage inwoners dat op jaarbasis gebruik maakt van de betreffende voorziening) en de kenmerken van de cliënten. Ook wordt nagegaan met welke kosten de verschillende vormen van ouderenzorg gepaard gaan om zo kostprijzen voor zorgverlening te berekenen. Dit gebeurt voor elke basisvoorziening (gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenvoork, bejaardenoorden en verpleeghuizen) apart in de paragrafen 4.2.1 tot en met 4.2.5.

Het tweede thema brengt de bereikcijfers en kostprijzen tesamen om op die wijze te totale kosten van de ouderenzorg in Nederland te berekenen. Bij constant veronderstelde bereikcijfers voor de basisvoorzieningen is het vervolgens mogelijk voor de eeuwswisseling een raming te maken van het aantal ouderen dat daarvan gebruik zal maken, uitgaande van de demografische prognoses die voor het jaar 2000 gepresenteerd zijn in hoofdstuk 2. Deze raming bij ongewijzigd beleid wordt gepresenteerd in paragraaf 4.3 en resulteert door de dubbele vergrijzing in een kostenstijging van circa 40% ten opzichte van de huidige uitgaven voor de genoemde basisvoorzieningen plus ziekenhuizen en huisartsen. Het substitutiebeleid beoogt deze bij ongewijzigd beleid te verwachten kostenontwikkelingen om te buigen, maar het merendeel van de onderzoeksresultaten tot nu toe wijst niet op grote mogelijkheden tot kostenreductie (Huijsman en de Klerk, 1989). In paragraaf 4.4 zal worden ingegaan op de mogelijkheden die het substitutiebeleid -bij de huidige kennis- heeft om de cliëntenstromen in de ouderenzorg en daarmee de kostenontwikkelingen te beïnvloeden. De huidige kosten van de Nederlandse ouderenzorg worden gepresenteerd in paragraaf 4.5. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele kanttekeningen bij de beperkingen die kleven aan de in gevolgd aanpak (paragraaf 4.6).

4.2. Overzicht van gebruik per voorziening

In deze paragraaf wordt een zeer beknopte schets gegeven van nationale gebruikscijfers met betrekking tot de belangrijkste voorzieningen voor ouderen. Aan de orde komen achtereenvolgens gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenvoork (slechts summier bekend), bejaardenoorden en verpleeghuizen. De aanpak is daarbij steeds hetzelfde: per voorziening wordt ingegaan op (a) het gebruik door ouderen in termen van 'bereik', de kenmerken van gebruikers en de hulpintensiteit; (b) de personeelsformatie in de betreffende sector en (c) de totale kosten van de voorziening. In paragraaf 4.3. wordt het laatste onderwerp toegespitst op ouderen. Beleidsmatige ontwikkelingen die hebben geleid tot de huidige opzet van de voorzieningen kwamen reeds in het vorige hoofdstuk aan bod.

Figuur 4.1. Cliënten (x 10.000) en hulpuren (x 1 mln.) gezinsverzorging in Nederland

4.2.1. Gezinsverzorging in Nederland

Figuur 4.1 laat de ontwikkeling van het totaal aantal cliënten en het totaal aantal feitelijk verleende hulpuren zien (Huijsman en Dolmans, 1990). Sinds 1980 is naast de traditionele gezinsverzorging tevens de alpha-hulp in figuur 4.1 opgenomen. Tot 1978 komt een sterke uitbreiding van de gezinsverzorging naar voren. In de periode 1970-1977 nam het aantal cliënten met circa 40% toe van 147.000 naar 206.000 personen en steeg het aantal hulpuren met 60% van bijna 35 naar 56 miljoen uur op jaarbasis. In 1978 trad echter een kentering op in deze historisch trend. Deze verandering heeft tot en met 1985 geen invloed gehad op het aantal cliënten dat op jaarbasis geholpen wordt, maar veel meer op de hulpomvang in uren, zodat het bereik (zie vervolg) niet is gedaald maar de hulpintensiteit per cliënt wel.

Het beslag dat ouderen leggen op de capaciteit is in het verleden sterk toegenomen. In 1969 was 36% van de cliënten 65 jaar of ouder. In 1986 was dit al ruim 61%. Vanaf 1970 is hiervoor een bewust beleid gevoerd (Nota's Bejaardenbeleid 1970 en 1975). Ook in het aantal hulpuren ten behoeve van 65-plussers is een soortgelijke ontwikkeling te zien: 42,7% in 1974 en 59,6% in 1986. In figuur 4.2 is voor de periode 1974-1986 de verdeling van traditionele uren weergegeven voor de belangrijkste cliëntcategorieën. Daarbij is de indeling die in de sector zelf gehanteerd wordt, aangehouden zodat drie groepen onderscheiden worden, namelijk ouderen, chronisch zieken (in deze indeling per definitie jonger dan 65 jaar zodat bij de gezinsverzorging geen overlap met de categorie ouderen bestaat) en de overige groepen. Tevens is het verschil tussen (productieve) hulpuren en de betaalluren van het personeel aangegeven. Dit verschil wordt veroorzaakt door de 'improductieve' uren, die naast vakantie en verlof bestaan uit ziekteverzuim, cursus, werkoverleg e.d. De aldus gedefinieerde 'improductiviteit' is in de loop der jaren geleidelijk gestegen van ruim 22% in 1974 tot bijna 34% in 1986.

Figuur 4.2. Improductieve uren en productieve uren naar doelgroep bij de traditionele gezinsverzorging in Nederland (in miljoenen uren)

Figuur 4.3. Bereik van gezinsverzorging in Nederland in procenten van totale bevolking en van de bevolking van 65 jaar en ouder (sinds 1980 inclusief alpha-hulp)

Met een bereik ten opzichte van alle 65-plussers in Nederland in 1986 van 7,4% bij traditionele hulp en 10,3% inclusief alpha-hulp is gezinsverzorging een belangrijke voorziening voor ouderen (zie figuur 4.3). Gezinsverzorging wordt dan ook beschouwd als een essentiële voorziening, waardoor ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen (Nota Zorg voor Ouderen, 1986). Het aandeel van 65-plussers in de alpha-hulp was in 1986/1987 volgens een raming van het Ministerie van WVC circa 75% (Nota Zorg voor Ouderen, TK, 1985/1986). Medio 1988 ligt dat aandeel op circa 80%, gebaseerd op een steekproef van 178 (77%) instellingen (Centrale Raad Gezinsverzorging, 1988). Landelijk wordt voor traditionele hulp een constant bereik gesignaleerd, in procenten van zowel de totale als de oudere bevolking. Het bereik van alpha-hulp is gestegen.

De totale beschikbare formatie (zie tabel 4.1) is in de beschouwde periode nagenoeg constant. Vergelijking tussen het aantal arbeidsplaatsen en het aantal werkzame personen laat zien dat part-time arbeid in de gezinsverzorging veel voorkomt. Waar eerder werd geconstateerd dat de omvang van de hulpverlening is blijven stijgen, blijkt hier dat de toenemende werklust bij een vrijwel constante personeelsformatie is opgevangen (FOZ 1989, TK, 1988/1989, p. 105). Ondanks het feit dat een verschuiving in de verhouding tussen het uitvoerend en overig personeel (het aandeel van overig personeel daalde van 12,8% in 1980 tot 11,8% in 1985) heeft plaatsgevonden, leidt het een en ander tot toenemende wachtlijsten en minder hulpuren per cliënt (FOGM 1988, TK, 1987/1988, p. 229).

De totale kosten van de sector gezinsverzorging zijn tot en met 1987 gestegen, met uitzondering van 1983 toen als gevolg van een overschrijding in 1982 een reductie van het uitgavenniveau met ruim 1% heeft plaatsgevonden (FOGM 1987, TK, 1986/1987). De stijgingen in 1984 en 1985 zijn het gevolg van herbezetting van arbeidsduurverkorting en een wijziging in de Ziektewet en zijn derhalve nominale ontwikkelingen, niet gerelateerd aan veranderingen in de hulpomvang. In 1984 is voorts het subsidiesysteem, gebaseerd op exploitatiebegrotingen, ingrijpend veranderd en overgegaan in een budgetteringssysteem voor alle kosten, waarbinnen aan de overheadkosten een maximum is gesteld (Rijkssubsidieregeling Gezinsverzorging, Stcrt. 1985, no. 29). Als gevolg van gewijzigd beleid zijn in 1986 de eigen bijdragen teruggelopen, doch door het toenemend aantal cliënten is deze daling een jaar later geheel gecompenseerd en zet de stijgende tendens zich verder door. Het aandeel van retributies in de totale kosten blijft echter gering. In 1988 is het retributiesysteem opnieuw gewijzigd, waarbij een maximum uurtarief van f 8,25 geldt tot het zogenaamde individuele draagkrachtmaximum (op basis van jaarinkomen van het gehele gezin) is bereikt. In 1988 werd door het Kabinet tevens het voorstel gedaan om de gesubsidieerde kortdurende hulpverlening (korter dan drie maanden) voor mensen jonger

Tabel 4.1. Personeel in de gezinsverzorging (omgerekend in f.t.e.)*

	totale formatie	werkzame personen	totale kosten	waarvan retributie
1980	39.210	100.170	1290	98
1981	41.490	105.780	1431	108
1982	40.580	108.780	1580	118
1983	38.610	109.630	1560	130
1984	39.525	114.940	1565	131
1985	40.107	111.980	1600	127
1986	40.769	109.120	1672	120
1987	40.975	107.769	1675	128
1988	40.651	105.996	1638	137

* Bron: FOGM/FOZ

dan 65 jaar te beëindigen (uitgezonderd gehandicapten en terminale patiënten). Dit plan is wegens heftig verzet gewijzigd in een bezuiniging van 3,5% die deels algemeen en deels selectief is opgelegd. Deze bezuinigingen blijken opgevangen te zijn uit risicovoorzieningen (FOZ 1989, TK, 1988/1989) en zouden niet hebben geleid tot veranderingen in het volume van de hulpverlening.

Het aandeel van ouderen in de totale kosten van de sector gezinsverzorging laat zich als volgt benaderen. In de hulpverlening, gemeten in uren, is het aandeel van de 65-plussers bij de traditionele hulp ongeveer 60% en bij de alpha-hulpverlening circa 80%. Gemiddeld betekent dit dat het aandeel van ouderen in de totale hulpverlening, waarvan 85% traditionele hulp betreft, bij benadering op 65% ligt. In financiële termen betekent dat het beslag dat ouderen leggen op de gezinsverzorging in 1988 ruim 1 miljard gulden bedraagt (1.065 miljoen, gebaseerd op 65% ten behoeve van 65-plus).

4.2.2. Wijkverpleging in Nederland

Het zorgaanbod van het kruiswerk wordt in acht zorgterreinen of zorgfuncties ingedeeld (zie paragraaf 3.5.2). Hier concentreren wij ons volledig op de voor ouderen meest belangrijke zorgfunctie, de wijkverpleging. Het wijkadministratiesysteem (WAS) is de belangrijkste gegevensbron en wordt door de wijkverpleegkundigen en ziekenverzoekers gebruikt als administratief hulpmiddel bij het vastleggen van het zorgverleningsproces (individu-gerichte zorgcontacten). Helaas gaan de beschikbare gegevens uit het WAS niet verder terug dan tot 1984, omdat zij voor die datum niet betrouwbaar worden geacht. In het WAS wordt de tijdsduur per contact niet geregistreerd; tot op heden zijn er ook geen bronnen beschikbaar met voldoende representatieve gegevens op dit punt. Wel zijn in enige provincies op basis van onder andere interviews, tijdschattingen met betrekking tot de contactduur gemaakt, die in gemiddeld 30 minuten per thuiscontact resulteren. Per gewerkt uur wordt $\pm$ 40 minuten aan contacten besteed inclusief tijd aan voorbereiding, reizen en administratie. Daarbuiten worden voorts andere taken vervuld (zoals consultatie-bureau, cursusaanbod en scholing). Gegevens uit de Peilstations Kruiswerk lijken op een toename van de gemiddelde contactduur te wijzen, hetgeen samenhangt met een toenemend aantal zorgintensieve patiënten.

De belangrijkste tendens in recente ontwikkelingen is een door de Nationale Kruisvereniging (NK, 1988) schrikbarend genoemde teruggang van preventie en een enorme toename van curatieve zorg. Een andere conclusie is dat de verleende zorg steeds intensiever wordt en steeds meer verschuift naar het bewerkelijke verpleegdoel lichamelijke hygiënische verzorging (zie tabellen 4.2 en 4.3). Uit de vergelijking tussen de ontwikkelingen tussen enerzijds het aantal contacten per 100 inwoners (stabiel of enigszins dalend) en anderzijds het gemid-

Tabel 4.2. Wijkverpleging in Nederland naar leeftijd, 1985-1988.^a

leeftijdsgroep	aantal contacten per 100 inwoners ^b				verdeling contacten in % van totaal				gemiddeld aantal contacten per cliënt			
	1985	1986	1987	1988	1985	1986	1987	1988	1985	1986	1987	1988
0-4	164	129	104	80	13,7	11,3	9,4	6,9	2,5	2,2	2,1	2,0
5-19	2	2	2	2	0,7	0,7	0,6	0,5	2,2	3,1	4,6	4,7
20-39	8	7	6	6	3,4	3,4	3,1	2,9	3,1	3,9	4,1	4,4
40-59	25	24	23	21	7,8	7,6	7,7	7,4	12,1	14,3	15,8	16,7
60-69	119	112	115	113	13,6	13,3	13,6	13,4	16,5	18,1	19,5	20,6
70-79	402	416	426	399	28,7	29,5	30,1	30,0	18,3	21,3	22,0	23,6
80-plus	1308	1435	1342	1317	32,1	34,2	35,1	39,0	23,2	27,4	27,2	29,0
Totaal	72	73	70	72	100,0	100,0	100,0	100,0	8,9	10,2	10,8	12,6

a) Bron: NK, 1988; exclusief groeps- en consultatiebureau-activiteiten

b) exclusief de bewoners van bejaardentehuizen

Tabel 4.3. Verpleegdoelen bij individuele contacten met de wijkverpleging*

verpleegdoelen (in % van totaal)	1984	1985	1986	1987	1988
oriëntatie	1,2	1,3	1,6	1,4	1,4
lichamelijke hygiënische verzorging	33,0	36,4	39,5	39,9	40,5
verpleegtechnisch handelen	16,0	16,9	18,6	24,3	23,6
medicijnen toedienen	18,0	18,6	17,3	15,0	14,9
reactivering	1,0	1,1	1,4	1,6	1,6
helpen bij therapie en leefregel	4,8	4,4	4,9	5,7	5,6
begeleiden probleemsituaties	5,1	5,1	4,7	4,4	4,4
GVO (w.o. preventieve ouderenzorg)	20,1	15,4	11,2	7,1	7,4
screeningen (jeugdgezondheidszorg)	0,8	1,0	0,8	0,5	0,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Bron: NK, 1986 en 1988; excl. groeps- en consultatiebureau-activiteiten

deld aantal contacten per cliënt (sterk toenemend), blijkt dat het bereik van de wijkverpleging geleidelijk daalt.

De intensievere zorg blijkt in de eerste plaats uit de toename van het gemiddeld aantal contacten per cliënt van 8,9 in 1985 tot 12,6 in 1988. Dit komt neer op een stijging van ruim 40% in twee jaar tijd. Het karakter van de wijkverpleging verschuift daarbij steeds verder naar de bewerkelijke verpleegdoelen lichamelijke hygiënische verzorging en verpleegtechnische handelingen. Werd in 1984 (FOGM 1986, TK, 1985/1986) nog 33% van de contacten hieraan besteed (bijvoorbeeld wassen, hulp bij aan- en uitkleden of in en uit bed gaan), in 1988 was dat 40,5%. Ook de verpleegtechnische handelingen nemen toe van 16% in 1984 tot 23,6% in 1988. Zoals eerder gezegd, gaan de ontwikkelingen in de curatieve zorg ten koste van preventieve werkzaamheden. Illustratief hiervoor is de afname in de contactdoelen 'begeleiding' en GVO. Ook is er minder tijd voor contacten met derden, zoals personeel van het zieken- of verpleeghuis, die geraadpleegd kunnen worden ter bevordering van dienstverlening aan de cliënt.

In het kruiswerk waren in 1970 3.368 verpleegkundigen (inclusief toen nog slechts 14 ziekenverzorgenden) werkzaam voor de verpleging en verzorging van hulpbehoevenden, voor preventieve huisbezoeken (bij zelfstandig wonende ouderen), voorlichting en consultatiebureaus. In 1979 is dit aantal 4.468 (Boot en Knapen, 1988). Tegenwoordig worden met name de in het kader van het AWBZ-basispakket toegestane formatieplaatsen geregistreerd (zie tabel 4.4). De toename van het direct verzorgend personeel weerspiegelt de in de afgelopen jaren toegekende volumegroei. De verhouding tussen direct verzorgend en indirect personeel ligt nu op 82,9% direct en 17,1% indirect (NK, 1988). Toch blijft er vooralsnog een discrepantie met de in 1983 in de Nota Eerstelijnszorg (TK, 1983/1984) geformuleerde streefnormen voor de verschillende personeelscategorieën, die in 1990 gerealiseerd zouden moeten zijn. De oude normering (1 wijkverpleegkundige op 3450 inwoners) zou

Tabel 4.4. Direct personeel bij kruisverenigingen (toegestane formatie)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	norm
wijkverpleegkundigen	4641	4774	4933	5009	5119	5172	6396
wijkziekenverzorgenden	1134	1202	1253	1270	1278	1321	2132
hoofdwijkverpleegkundigen	471	499	519	526	528	528	948
districtaverpleegkundigen	236	238	240	241	242	248	319
artsen consultatiebureau	233	242	251	260	262	266	363
diëtisten	115	139	163	167	169	171	319

vervangen worden door een norm van 1 wijkverpleegkundige op 2500 inwoners, 1 wijkziekenverzorgende op 6000 à 7500 inwoners (of 1 wijkziekenverzorgende op 3 wijkverpleegkundigen) en 1 diëtiste op 50.000 inwoners. De norm voor hoofdwijkverpleegkundigen ten opzichte van het totaal van wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen ligt op 1:9. In de toekomst zullen de normen komen te vervallen. Overigens zijn naast de genoemde formatie nog eens circa 200 naar fulltime omgerekende verpleegkundigen en ziekenverzorgenden werkzaam in de aanvullende thuiszorg, die (vooralsnog?) niet in het basispakket is opgenomen (NK, 1988).

Onder de kosten van het kruiswerk worden gerekend de kosten van alle instellingen van plaatselijk, provinciaal en landelijk kruiswerk. De kosten van de kruisorganisaties zijn slechts summier bekend. Bovendien wordt aanvankelijk slechts een onderscheid gemaakt tussen de personele en overige kosten (tabel 4.5). In de periode 1980-1988 bedraagt de jaarlijkse toename in de kosten van het kruiswerk gemiddeld ongeveer 5% en ligt daarmee aanzienlijk lager dan vóór 1980, toen percentages van 10 of meer gerealiseerd werden (FOZ 1989, TK, 1988/1989). De personele kosten beslaan circa 77,5% van de totale kosten (bron: CBS, gegevens 1986). Kruiswerk in Beeld (NK, 1986) gaf een (onderbouwde) raming voor de benodigde gelden tot 1990 en kwam op een (reële) volumegroei van 4% per jaar. Enerzijds wordt de volumegroei noodzakelijk geacht door de toenemende (dubbele) vergrijzing en anderzijds door de voorgenomen versterking van de eerstelijnszorg. De overheid heeft uit bezuinigingsoverwegingen deze groei tot twee keer toe gehalveerd en beoogde een volumegroei (totale kostenstijging minus loon- en prijsstijgingen) van 2% in 1987 en 1% in de jaren 1988 en 1989 (FOZ 1989, TK, 1988/1989). Door de kortingen in verband met de Herstructurering landelijke organisaties zullen de middelen per saldo slechts met 4 miljoen toenemen, doch de verwachting is dat dit niet ten koste van de hulpverlening zal plaats vinden. Inclusief vaccinatiekosten (circa 36 miljoen in 1987) komt de totale raming van de kosten van het kruiswerk uit op 841 miljoen in 1987, 864 mln in 1988 en 868 mln in 1989.

Het basispakket kruiswerk, waaronder circa driekwart van de taken van het kruiswerk vallen, wordt sinds 1 januari 1980 gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en lidmaatschapsgelden. In de periode 1980-1985 vond de bekostiging van het basispakket plaats via het systeem van begrotingsfinanciering. In 1986 werden de materiële kosten gebudgetteerd en sinds januari 1987 tevens de personele kosten. Slechts de som van deze twee deelbudgetten wordt vastgesteld, zodat daarbinnen volledige substitutievrijheid aanwezig is. Het budgetteringssysteem is steeds gebaseerd geweest op de historische kostenontwikkelingen, maar in augustus 1987 is tussen de Nationale Kruisvereniging, de financiers en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) overeenstemming

Tabel 4.5. Kosten en financiering van het kruiswerk (in mln. gulden)*

	totale kosten	personele kosten	belangrijkste financieringsbronnen		
			AWBZ	contributies	overheid
1980	541,9	413,2	374,2	115,9	19,4
1981	557	441			
1982	637,4	499,7	432,4	123,6	22,0
1983	676,9	529,7	496,4	124,1	21,9
1984	701,5	541,1	543,7	126,0	20,1
1985	751,9	580,0	553,6	127,6	20,5
1986	794,4	615,4	588,3	128,8	14,9
1987**	805		644	146	15
1988**	835		692	128	15

* Bron: CBS en FOGM/FOZ

** Bron: FOZ 1990; contributies incl. overige opbrengsten

Tabel 4.6. Gecoördineerd Ouderenwerk in Nederland (1985)

totaal aantal instellingen GOW	325
respons in onderzoek	224 (69%)
gemiddelde gegevens per instelling	
- deelnemers curassausen	167
- deelnemers MBvO	303
- deelnemers maaltijden	81
- idem per deelnemer per week	2,8

bereikt over de ontwikkeling van een integraal budgetteringssysteem dat per 1 januari 1990 effectief moet zijn. Vanaf deze datum is eveneens een wijziging van financieringsstromen voorzien. Voorheen werden de provinciale en nationale kruisorganisaties rechtstreeks gefinancierd; per 1990 wordt het totale macrobudget direct doorgesluisd naar de (dan nog 60) erkende kruisorganisaties, die vervolgens middelen ter beschikking (kunnen) stellen aan provinciale en landelijke organisaties.

Om een raming te maken van het aandeel van de ouderen in de kosten dient een benadering gemaakt te worden. Uitgaande van een aandeel van 75% in het totaal aantal contacten (zie tabel 4.2) bedragen de kosten voor ouderenzorg vanwege het kruiswerk in 1988 circa 626 miljoen gulden (inclusief aandeel van provinciale en landelijke organisaties, bureaukosten en dergelijke).

4.2.3. Gecoördineerd ouderenwerk in Nederland

Landelijke gegevens over het gecoördineerd ouderenwerk zijn zeer schaars en weinig gedetailleerd. Van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn de volgende gegevens over 1985 afkomstig (voorlopige cijfers).

Gegevens over activiteiten naar frequentie, aard en omvang ontbreken te enen malen, laat staan dat over de bezoekers en hun kenmerken iets bekend is. Dit ontbreken van landelijke data bracht ons tot de noodzaak van eigen onderzoek in Maastricht (zie hoofdstuk 8).

Tabel 4.7. Personele en financiële gegevens 1986-1987

	<u>gemiddeld per instell.</u>		<u>per formatieplaats 1987</u>	
	1986 ¹⁾	1987 ²⁾	totaal	uitvoerend
bezette formatieplaatsen	4,4	4,3	1,0	1,4
w.v. uitvoerend	3,0	3,1	0,7	1,0
administratief ³⁾	1,1	1,0	0,2	0,3
overig	0,3	0,2	0,1	0,1
werkzame personen	6,5	7,0	1,6	2,3
w.v. full-time	2,6	2,6	0,6	0,8
totale lasten (f 1000,-)	540	548	127,4	176,8
w.v. loonkosten	238	245	57,0	79,0
activiteiten	104	110	25,6	35,5
totale baten (f 1000) ⁴⁾	538	546	126,9	176,2
w.v. eigen bijdragen	70	80	18,6	25,8

1) gebaseerd op 258 instellingen

2) voorlopig, o.b.v. 147 instellingen

3) incl. huis. personeel

4) excl. saldi

Tot nu toe ongepubliceerde gegevens (met dank aan het CBS) over een deel van de instellingen (circa 80% in 1986 en 50% in 1987), laten de volgende personeels- en kosten-gegevens per instelling en formatieplaats zien (tabel 4.7).

Om een totaalbeeld van Nederland te krijgen gaan we uit van het aantal instellingen in 1985 (325) en de gemiddelde cijfers per instelling in 1986. In het gecoördineerd ouderenwerk zijn dan (bij benadering) 2100 personen werkzaam, die circa 1430 formatieplaatsen bezetten, waarvan 70% uitvoerend. Circa 40% werkt full-time. Deze benadering blijkt echter te grof te zijn als hij toegepast zou worden op de kosten van het GOW. Er resulteert dan een kostenplaatje voor de sector van in totaal 175,5 miljoen gulden. Uit financiële overzichten van de overheid blijkt dat de totale kosten echter circa 100 miljoen bedragen (zie tabel 4.8). Dit betekent derhalve dat de eerder gepresenteerde CBS-cijfers gebaseerd zijn op de grotere instellingen in Nederland en dat kleinere instellingen met minder financiële middelen geen respons gaven.

De totale lasten van de GOW-sector bestaan voor 44% uit loonkosten en voor 21% uit materiële activiteitenkosten (exclusief koepelorganisaties). De overige lasten betreffen huur (16%), interest en afschrijvingen (3,5%) en overige, niet gespecificeerde lasten (15,5%). Van de totale lasten wordt 13% gedekt door eigen bijdragen van ouderen zelf. Verrassend is dat bij gezinsverzorging het aandeel van de retributies in de totale kosten een vergelijkbare omvang heeft. De lasten voor de rijksoverheid bedragen ruim 80 mln, dat wil zeggen 80% à 81% van de totale lasten.

4.2.4. Bejaardenoorden in Nederland

Het Besluit Gegevensverstrekking Bejaardenoorden (Stb. 1969, no. 505) bevat de verplichting van houders van bejaardenoorden om bepaalde, nader omschreven gegevens jaarlijks aan het Centraal Bureau voor de Statistiek te verstrekken naar de toestand op 31 december. De deelname is dan ook, na enige jaren van startproblemen, vrijwel volledig.

In tabel 4.9 zijn algemene gegevens over het aantal bejaardenoorden en de verzorgingscapaciteit opgenomen voor de periode 1965-1985 (Huijsman, 1988b). Tengevolge van de wijziging van de Wet op de Bejaardenoorden met ingang van 1 januari 1985 zijn de kloosterbejaardenoorden in dat jaar voor het eerst meegenomen. Het totaal aantal instellingen kwam daarmee op 1575 (31 december 1985). Ondanks de afname van het aantal oorden is het aantal verzorgden sterk toegenomen, zodat gesproken kan worden van schaalvergroting. Het gemiddeld aantal bewoners per oord is vrijwel verdubbeld van 48 tot bijna 90 personen. In bejaardenoorden worden drie soorten plaatsen gehanteerd, namelijk voor verzorgden, zieken en verpleegden. De laatste worden sinds 1971 de zogenaamde 1-oktober bedden (Stb. 1971, no. 505) genoemd en betreffen voornamelijk niet-erkende verpleegafdelingen of dependances van verpleeghuizen in bejaardenoorden. Het bestaan van deze bedden, waarvan er nog 300 resteren (FOZ 1989, TK, 1988/1989), is niet zonder discussie

Tabel 4.8. Totale kosten (in mln.) van het GOW in Nederland (1981-1987)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986*	1987*
Totale kosten	85,0	89,0	94,0	95,8	95,5	101,9	101,9
waarvan t.l.v. WVC	68,0	71,2	75,2	76,6	76,4	81,5	81,5

*) raming

Tabel 4.9. Algemene gegevens omtrent bejaardenoorden, 1965-1984

	1965	1970	1975	1980	1985*
Aantal instellingen					
. opgave overheid**	1921	1976	1849	1571	n.b.
. CBS-statistiek	1528	1880	1709	1547	1575
Aantal bedden (x 1000)	78,2	117,9	144,4	144,8	148,7
waarvan in % voor:					
. verzorgden	89,7	90,1	92,1	93,3	94,6
. zieken	2,3	4,2	4,4	4,5	4,3
. verpleegden	8,0	5,7	3,5	2,2	1,1
Gemiddeld per oord					
. aantal bedden	51,2	62,7	85,5	93,6	94,4
. aantal verzorgden	48,0	57,9	78,8	87,4	87,3
. bezettingsgraad	93,8	92,3	93,3	93,4	92,5

*) Inclusief kloosterbejaardenoorden

**) Deze opgave is vaak onjuist en betreft soms instellingen die niet voldoen aan de WBO-definitie. Reële non-respons daalde tot 1971 van 10,2% naar 0,1%; sindsdien zeer gering (CBS, Statistiek Bejaardenoorden)

gebleven. Feit is echter dat de betekenis ervan zowel in absolute als in relatieve omvang sterk is verminderd. Eind jaren zestig ging het om circa 8% van het totaal aantal plaatsen; thans om nog geen 1%. Het aantal bedden voor verzorgden en zieken (de 'ziekenboeg') is sterk toegenomen. Het lijkt minder juist de ziekenbedden, die in tegenstelling tot de bedden op de verpleegafdeling vooral bedoeld zijn voor tijdelijke zieke eigen bewoners, mee te tellen bij het totale bestand aan bedden. Gebleken is echter dat in een aantal bejaardenoorden de ziekenbedden -wegens plaatsgebrek- in gebruik zijn als verzorgingsplaatsen. Het totaal aantal plaatsen in bejaardenoorden is van 1965 tot 1976 bijna verdubbeld tot ruim 146.000 en is sindsdien geleidelijk afgenomen tot 143.700 in 1984. In 1985 werden er circa 148.700 bedden geteld, doch in dat jaar werden voor het eerst ook de kloosterbejaardenoorden meegeteld. Indien de verschillen in capaciteit tussen 1984 en 1985 geheel worden toegerekend aan deze uitbreiding van de statistiek, dan zou het bij benadering gaan om 90 kloosterbejaardenoorden met circa 5000 plaatsen (gemiddeld 60 per instelling). Tenslotte dient te worden aangetekend, dat het aantal bedden in afzonderlijke woningen hierin niet is begrepen. Het aantal bedden in deze woningen is niet bekend. Van de totale capaciteit waren ultimo 1985 bijna 138.000 bedden (92,5%) bezet.

Voor de bespreking van het aantal verzorgden in bejaardenoorden en hun kenmerken, wordt gebruik gemaakt van de gegevens in tabel 4.10. Het aantal ouderen dat in bejaardenoorden verzorgd wordt, is gestegen van ruim 73.000 in 1965 tot 136.200 in 1985 en 133.500 in 1988 (FOZ 1990, TK, 1989/1990). Bekijken wij de sexeverdeling dan is de verhouding tussen vrouwen en mannen toegenomen van 2:1 in 1965 tot 3:1 in 1988. In procenten van de bevolking is het aantal opgenomen mannen gestegen van 5% in 1965 tot 6,6% in de beginjaren '70 om vervolgens te dalen tot 4,3% eind 1988. Bij de vrouwen is sprake van een gelijksoortige ontwikkeling, zij het op een hoger niveau, namelijk van 8% in 1965 via 10,9% in de beginjaren zeventig tot 8,9% eind 1988. Deze cijfers betreffen de totale bevolking vanaf 65 jaar. In de figuren 4.4 en 4.5 wordt de leeftijdsverdeling naar geslacht gepresenteerd in procenten van de desbetreffende bevolkingsgroepen. Voor de leeftijdsgroepen tot 90 jaar komt het beeld overeen met het hiervoor geschetste totaalbeeld. De oudste bewoners vanaf 90 jaar vertonen echter een vrijwel continue toename. In 1984 is 40% van alle mannen, respectievelijk 47% van alle vrouwen ouder dan 90 jaar opgenomen in bejaardenoorden. De leeftijd is dan ook sinds 1965 sterk toegenomen. De mediane leeftijd is thans ruim 83½ jaar (80 jaar in 1965). Voor veel mensen is het bejaardenoord hierdoor de laatste woonomgeving. Voor 78% van het totaal aantal personen dat jaarlijks

wordt uitgeschreven (circa 23.500), is overlijden hiervan de oorzaak. Circa 87% van het jaarlijks aantal opgenomen mensen is afkomstig uit de eigen omgeving.

Tot slot van deze schets van bewonerskenmerken wordt een enkele kanttekening geplaatst bij de validiteit van bejaardenoordbewoners. Jaarlijks wordt in de enquête van het CBS aan de instellingen gevraagd de bewoners per 31 december in te delen naar vier validiteits-categorieën (zie tabel 4.10): (1) praktisch voortdurend bedlegerig; (2) niet bedlegerig, doch wel volledig hulpbehoevend; (3) niet bedlegerig, doch gedeeltelijk hulpbehoevend en (4) niet lichamelijk hulpbehoevend. Het aantal bewoners dat niet lichamelijk hulpbehoevend is en alleen huishoudelijke hulp behoeft, is sterk afgenomen van 69% in 1965 tot 39% in 1988. Het percentage bewoners dat volledig hulpbehoevend én bedlegerig is, bleef sinds 1972 vrij stabiel, namelijk 2,6%. De laatste jaren wordt deze groep echter iets groter; zij vormde in 1988 3% van het totaal (FOZ 1990, TK, 1989/1990). Overigens is dit percentage nog steeds lager dan in de beginjaren van de statistiek (meer dan 4,5%). De bewoners die het minst of het meest valide zijn, worden in de discussie over substitutie aangeduid als groepen, waarvoor een andere voorziening of combinatie van voorzieningen relevant zou kunnen zijn (Remmen, 1985; Ouderenbeleid, TK, 1988/1989).

Tabel 4.10. Kenmerken van bewoners bejaardenoorden (per 31 december)

	1965	1970	1975	1980	1985*	1988*
Aantal bewoners						
• aantal mannen (x 1000)	24,5	34,8	41,5	39,5	35,4	32,5
• aantal vrouwen (x 1000)	48,8	74,1	93,2	95,8	102,1	100,9
• totaal in % bevolking	± 7	8,3	9,3	8,6	7,7	7,1
Leeftijdverdeling (in %)						
• 65 jaar en jonger	5,4	3,4	2,0	1,4	0,9	0,5
• 65 tot en met 69 jaar	6,5	5,4	4,4	3,2	2,5	1,9
• 70 tot en met 74 jaar	15,0	14,6	12,7	9,7	7,7	6,2
• 75 tot en met 79 jaar	25,3	26,1	24,9	21,6	18,4	16,4
• 80 tot en met 84 jaar	27,0	28,3	29,9	30,1	30,0	29,2
• 85 tot en met 89 jaar	15,5	16,4	18,9	23,4	25,7	29,1
• 90 jaar en ouder	5,3	5,8	7,2	10,6	14,7	17,7
Validiteitsverdeling (in %)						
• bedlegerig	4,8	3,2	2,6	2,7	2,9	3,0
• volledige hulp	9,2	9,2	11,5	13,7	18,3	20,5
• gedeeltelijke hulp	16,7	22,0	27,2	32,8	37,1	39,5
• alleen huish. hulp	69,3	65,6	58,7	50,8	41,7	37,0
Herkomst bij opname (in %)						
• eigen omgeving of flat	86,1	86,9	86,4	87,7	87,2	
• ziekenhuis	7,6	4,4	4,2	3,7	3,8	
• bejaardenoord	4,6	6,0	4,6	3,1	4,2	
• verpleeghuis	1,7	2,7	4,7	5,5	4,8	
Bestemming bij ontslag (in %)						
• overleden	74,1	74,0	74,2	77,6	78,5	79,9
• erkend verpleeghuis	n.b.	7,2	11,2	12,8	13,4	14,7
• bej.oord/onerk. verpl.h.	n.b.	6,4	5,1	4,0	4,0	2,4
• eigen omgeving/ziekenh.	n.b.	12,4	9,5	5,6	4,1	3,0

* Inclusief kloosterbejaardenoorden

Figuur 4.4. Mannen in bejaardenoorden, in procenten van bevolking naar leeftijd

De invloed van de afnemende validiteit van de bewoners op deze personeelsformatie blijkt zeer belangrijk te zijn (Huijsman, 1988b). Voor deze analyse is uit de verdeling naar mate van validiteit één index geconstrueerd, die vervolgens met behulp van lineaire regressie mede gebruikt werd om de gemiddelde personeelsinzet per oord te verklaren. Uit deze analyse blijkt dat de invloed van de validiteitsindex toeneemt naarmate het gaat om functies die directer betrokken zijn bij de verzorging en verpleging van de bewoners. De grootste coëfficiënt werd gevonden voor het verplegend personeel, gevolgd door verzorgend personeel. De conclusie dat de afnemende validiteit in de tijd gezien is samengegaan met een toenemende personeelsinzet is niet verrassend. Door middel van de statistische analyse is echter wel aangetoond dat de toenemende mate van invaliditeit inderdaad heeft doorgewerkt naar de toekenning van extra middelen aan de bejaardenoorden (zoals ingebed in formatie-modellen als van Twijnstra en Gudde, 1978).

Het aantal arbeidsplaatsen in de bejaardenoorden is sterk toegenomen (zie tabel 4.11). Betrof het in 1965 nog slechts 22.500 arbeidsplaatsen, in 1984 gaat het om 70.700 plaatsen. Omgerekend naar volledige banen is de ontwikkeling iets bescheidener, omdat het aantal deeltijdbanen sterk toenam. Overigens moet hierbij opgemerkt worden dat het CBS vanaf 1974 alle deeltijdbanen als halve full-time banen beschouwt. Met ingang van 1985 verstreken de instellingen zelf de juiste gegevens. In de totale personeelsformatie is het aandeel van verzorgende en verplegende functies relatief sterk toegenomen. De personeelssterkte per 100 verzorgden is gestegen van 28,3 in 1965 tot 38,7 in 1984 (steeds in voltijdse equivalenten). Hierboven werd geïllustreerd, dat de toenemende invaliditeit van de bewoners hierbij een belangrijke rol heeft gespeeld. Het tempo van de stijging is echter sinds 1980 afgezwakt, doch het personeel blijft ook na 1984 geleidelijk toenemen; het totale verzorgende en verplegende personeel telt eind 1986 28.700 voltijdse arbeidsplaatsen, waarvan bij benadering 21.000 formatieplaatsen voor de eerste categorie (CBS, 1989).

In 1969 werden voor het eerst ook financiële gegevens gepresenteerd. De eerste jaren na 1969 moeten ze met enige terughoudendheid beschouwd worden, omdat aanvankelijk lang niet alle oorden dit soort gegevens wilden verstrekken. Sinds 1974 verstrekt ruim 90% van de oorden een exploitatie-overzicht (95% van capaciteit). Met name de kleinere oorden blijven dus in gebreke.

Figuur 4.5. Vrouwen in bejaardenoord, in procenten van bevolking naar leeftijd

Ingevolge de verdelingssysteem van de nieuwe Wet op de Bejaardenoord wordt sinds 1985 jaarlijks voor de provincies en grote gemeenten een budget vastgesteld op basis van door het Parlement beschikbaar gestelde middelen. De provincies en grote gemeenten verdelen vervolgens dit budget over de instellingen in hun werkgebied. Voorts worden eigen bijdragen geheven bij de bewoners, die in 1987 in totaal ongeveer 1,8 miljard gulden bedroegen (FOZ 1989, TK, 1988/1989), ongeveer 41% van de totale kosten. Omdat de verslaglegging door het CBS sinds 1985 is gewijzigd en omdat sinds dat jaar tevens de kloosterbejaardenoord zijn toegevoegd, wordt het kostenoverzicht beperkt tot de periode 1970-1984.

Tabel 4.11. Personeel in bejaardenoord (in personen en formatie), 1965-1984

	1965	1970	1975	1980	1985 ¹⁾
Totaal personeel²⁾					
. full-time banen	18.460	27.381	35.772	35.977	32.399
. part-time banen	4.015	9.887	19.010	26.850	41.263
. formatie in f.t.e. ³⁾	20.737	32.781	45.277	49.402	52.649
. id. per 100 verzorgden	28,3	30,1	33,6	36,5	38,3
Verzorgend personeel^{2,4)}					
. full-time banen	5.648	9.554	13.858	14.755	13.608
. part-time banen	484	1.386	3.655	6.044	13.281
. formatie in f.t.e. ³⁾	5.922	10.311	15.686	17.770	20.752
Verplegend personeel^{2,5)}					
. full-time banen	1.857	2.644	3.525	4.379	4.193
. part-time banen	317	1.197	2.733	4.544	7.143
. formatie in f.t.e. ³⁾	2.037	3.298	4.892	6.651	7.728

1) Inclusief kloosterbejaardenoord

2) Personen met diploma en personen in opleiding tezamen

3) Full Time Equivalenten; afgerond op hele getallen

4) Bejaardenverzorgenden en -helpenden, verzorgingsassistenten

5) Verpleegkundigen en ziekenverzorgenden

Tabel 4.12. Kostenontwikkeling in de bejaardenoorden, 1970-1984

	1970	1975	1980	1984
Oorden met financiële gegevens	1282	1566	1412	1325
idem in % van alle oorden	68,2	91,6	91,3	90,0
idem in % van alle bedden	77,2	94,4	95,0	90,8
Totale uitgaven (mln.)	590,0	2064,8	3271,1	3957,1
Gemiddelde kosten per bed ¹⁾	6350	14440	21410	27540
Idem per verzorgde ¹⁾	6870	15480	22970	29570
Idem per verzorgde, gedeïfleerd ²⁾	6870	14200	15520	17500
Verdeling der kosten (in %)				
. personeelslasten	47,2	53,7	56,3	54,0
. voedingskosten	15,0	10,2	8,7	8,1
. huishoudelijke en energiekosten	7,1	6,9	8,6	9,3
. algemene kosten ³⁾	4,8	4,2	4,6	4,5
. overige kosten ⁴⁾	25,9	25,0	21,8	24,1

1) afgerond op tientallen guldens

2) o.b.v. prijsindex nationaal inkomen (1970=100; Statistisch Zakboek, CBS)

3) inclusief verzorgingsmiddelen

4) waaronder huur, onderhoud, afschrijvingen e.d.

De totale kosten zijn in de periode 1969-1984 bijna vertienvoudigd. Tot 1980 zijn de personeelslasten relatief sterk toegenomen. In de jaren tachtig zijn deze kosten in zowel de volume- als de prijs sfeer (lonen) enigszins teruggedrongen. De gemiddelde kosten per plaats per jaar zijn toegenomen met een factor 5, dat wil zeggen met gemiddeld 11% per jaar, tot f 27.540,- in 1984. De gemiddelde kosten per verzorgde bedragen dan f 29.570,-. Na 1984 zijn de kosten blijven stijgen met gemiddeld ruim 1% per jaar (FOZ 1989, TK, 1988/1989). Tenslotte wordt een gemiddelde kostprijs van f 84,- per verzorgingsdag gemeld (FOZ 1990, TK, 1989/1990). De totale kosten liggen in 1985 op 4,25 miljard gulden en zijn sindsdien geleidelijk gestegen tot 4,5 miljard in 1989 (FOZ 1990, TK, 1989/1990). Naast de opnemings van kloosterbejaardenoorden in 1985 speelt bij deze kostenstijging ook een andere toerekeningsmethodiek een rol en mogen de provincies en grote steden, die sinds 1985 als gevolg van decentralisatie de rol van financiers dragen, maximaal 5% van het budget van de in een bepaald jaar toegekende specifieke uitkering reserveren. In 1986 was dat omstreeks 69 miljoen (FOZ 1989, TK, 1988/1989). Deze reservering komt pas een jaar later tot uitdrukking in het kostenoverzicht. Daarnaast hebben de zogeheten bejaardenoorden met een bijzondere functie (bijvoorbeeld voor blinden en slechtzienden of voor culturele minderheden) nog een budget van zo'n 200 miljoen ten behoeve van circa 6300 bedden (in 1988).

4.2.5. Verpleeghuizen in Nederland

Bij een licht dalend aantal verpleeghuizen (van 327 in 1981 tot 321 in 1987) en een stijgend aantal bedden (van 47.400 in 1981 tot 50.000 in 1987), vindt een verschuiving plaats naar gecombineerde verpleeghuizen (van 87 in 1981 naar 123 in 1987). Het aantal somatisch zieken is door verschuiving slechts in geringere mate afgenomen van 28.123 in 1981 naar 27.265 in 1987, een daling met 3,2% in zes jaar. Van alle bedden is thans ongeveer 54,6% ten behoeve van somatisch zieken. In 1975 was dat nog 67,4% (Heroverweging Bejaardenbeleid, TK, 1981/1982). In vergelijking met de normcapaciteit is er nog een, zij het steeds kleiner wordend, overschot aan somatische bedden en een immer voortdurend tekort aan psycho-geriatrische bedden. Het totaal aantal patiënten bedraagt thans 50.000 personen die 17,8 miljoen verpleegdagen gebruiken.

In tabel 4.13 zijn enkele gegevens opgenomen met betrekking tot de patiënten in alle verpleeghuizen (somatisch, psycho-geriatrisch en gecombineerd). De leeftijdsverdeling van alle patiënten tezamen laat een steeds verdergaande verschuiving naar (zeer bejaarde) ouderen zien. De leeftijd is eind 1987 gemiddeld 80 jaar, met variatie naar geslacht (76 jaar bij mannen) en verpleegvorm (82 jaar bij psycho-geriatrie). Geconstateerd wordt dat de sexe-verschillen bij de leeftijd voor somatisch zieken steeds verder uiteen lopen: in 1982 was de leeftijd voor vrouwen nog twee jaar hoger dan die voor mannen; in 1987 bijna 4 jaar (SIVIS Jaarboek 1987). De gemiddelde verblijfsduur vertoont een enigszins grillig verloop in de afgelopen jaren. Na een aanvankelijk dalende tendens in de begin jaren tachtig, lijkt de gemiddelde verpleegduur thans weer op te lopen. Dit laat onverlet dat de gemiddelde verpleegtijd voor psycho-geriatrische patiënten twee à drie maal zo lang is als voor somatisch zieken. De gemiddelde verpleegduur verschilt niet alleen naar patiëntencategorie, maar tevens naar geslacht. Bij ontslagen patiënten (exclusief overledenen) bestaat in de somatiek geen sexeverschil, in de psycho-geriatrie daarentegen is de verpleegduur voor vrouwen bijna 1,5 maal langer.

Van de in 1987 opgenomen personen is ruim de helft afkomstig uit het ziekenhuis, 5% uit dagbehandeling, 11% uit het verzorgingstehuis en 24% uit de thuissituatie (zonder dagbehandeling). De reden van ontslag betreft bij ruim 57% overlijden (psycho-geriatrie: 79%), ruim 7% gaat naar het ziekenhuis, 21% naar huis (slechts 5,6% bij psycho-geriatrie), ruim 8% naar een verzorgingstehuis en nog eens 37% naar de dagbehandeling. De stromen tussen verpleeghuizen zouden nog aanzienlijk groter zijn dan uit de cijfers (3% à 4%) blijkt, omdat er ook nog andere routes bestaan om van het ene in het andere verpleeghuis te geraken. Geschat wordt dat uiteindelijk meer dan 10% van de psycho-geriatrische patiënten in twee of meer verpleeghuizen verblijven gedurende hun totale verpleegtijd (SIVIS Jaarboek 1987).

Tot slot van deze schets van het gebruik van verpleeghuizen is in figuur 4.6 het bereik van deze voorziening, waarbij het aantal patiënten per leeftijdsgroep is uitgedrukt in percentages ten opzichte van het inwonertal in Nederland. Voor de leeftijdscategorieën tot 90 jaar laat de figuur een vrijwel constant bereik zien dat oploopt met de leeftijd, variërend van 0,4% en 1% in de twee jongste groepen tot 75 jaar, respectievelijk 5% voor patiënten van 80 t/m 84 jaar en 9% voor 85-89 jarigen. De bereikcijfers voor de oudste leeftijdsgroepen zijn het hoogst, doch vertonen een dalende tendens: in de leeftijdsgroep 90 t/m 94 jaar was in 1982 14% opgenomen in verpleeghuizen en in 1987 nog maar 12,6%. Bij de oudste patiënten trad van 1981 tot 1983 een stijging op van 14,2% tot 18,1%, waarna een daling optrad tot 16,2% in 1987.

Vanuit het verpleeghuis wordt ook de mogelijkheid tot dagbehandeling aangeboden, waarmee beoogd wordt mensen die wel een verpleeghuisindicatie hebben, maar die de avond-, nacht- en weekendverzorging nog gewoon thuis kunnen krijgen, te reactiveren en te resocialiseren teneinde opname in het verpleeghuis uit te stellen of te voorkomen. Ook voor dagbehandeling gelden normen, te weten 0,72 promille van de bevolking van 65 jaar en ouder plus 0,02 plaats per 1000 van de totale bevolking voor somatisch zieken en 0,75 promille van de 65-plussers voor psychogeriatrische dagbehandeling. Dagbehandeling is eveneens een AWBZ-verstreking (Stb. 1977, no. 544). Per 1-1-1988 waren er in Nederland 2788 erkende plaatsen. In vergelijking tot andere voorzieningen is het aandeel van de mannen in de dagbehandeling vrij groot (ongeveer 46%), met name bij somatische dagbehandeling (52% in 1987). De normatieve ruimte volgens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (Stb. 1979, no. 466) is de laatste jaren vrijwel opgevuld. Mede daarom hebben de verpleeghuizen, die in principe allemaal de mogelijkheid tot dagbehandeling hebben, gebruik gemaakt van de mogelijkheid om bedden om te wisselen voor dagbehandelingsplaatsen. Voor deze vorm van substitutie binnen verpleeghuizen geldt de regel dat voor één bed twee dagbehandelingsplaatsen kunnen worden geschapen (FOZ 1989, TK, 1988/1989). Voorts

Tabel 4.13. Patiënten in verpleeghuizen en hun kenmerken*

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
gem. aantal patiënten	46060	46859	48154	47686	48229	48683	49974
. somatisch zieken	27123	27244	27964	26793	26686	26525	26434
. psycho-geriatriesch	18937	19615	20190	20893	21543	22158	22583
leeftijdverdeling (%)							
. t/m 64 jaar	10,13	10,88	10,37	9,90	9,61	9,14	8,80
. 65 - 69 jaar	6,10	5,76	5,61	5,39	5,40	5,33	5,24
. 70 - 74 jaar	11,40	10,92	10,73	10,46	10,00	10,05	9,56
. 75 - 79 jaar	18,87	18,46	18,70	18,61	18,54	18,54	17,93
. 80 - 84 jaar	22,65	23,27	23,45	23,79	23,92	24,03	24,31
. 85 - 89 jaar	18,61	19,08	19,34	19,82	20,30	20,38	21,12
. 90 - 94 jaar	9,08	9,33	9,33	9,62	9,69	9,86	10,19
. vanaf 95 jaar	2,12	2,31	2,48	2,42	2,54	2,67	2,85
herkomst 1ste opname (%)							
. eigen omgeving	30,5	30,2	29,6	26,6	25,9	24,2	24,0
. idem + dagbehandeling	2,0	2,3	2,2	4,2	4,8	5,2	5,3
. ziekenhuis	56,6	56,1	55,9	55,3	56,5	56,9	55,4
. bejaardenoord	6,8	7,1	8,4	9,9	9,7	10,9	11,2
. ander verpleeghuis	4,1	4,3	3,9	3,8	2,9	2,7	3,8
verpleegde mannen (in %)							
. somatisch	35,9	35,5	35,1	34,1	34,2	33,7	33,1
. psycho-geriatriesch	28,8	28,2	27,5	27,1	26,8	26,6	26,1

* Bronnen: SIVIS en NZI

wordt bij de planning uitgegaan van een plafond, gelijk aan 6% van de te plannen klinische bedden. In 1987 hadden 199 instellingen (62%) dagbehandeling in hun pakket en bedroeg de totale 'productie' 644.000 verpleegdagen, waarvan 45% psycho-geriatriesch. Gemiddeld komt een patiënt ongeveer 2 maal per week naar de dagbehandeling.

Van de in 1987 in behandeling genomen patiënten (bijna 5500) is ruim 2% afkomstig uit het ziekenhuis, bijna 8% uit een andere vorm van dagbehandeling, 17% uit het bejaardenoord (bij psycho-geriatrie 21%) en 68% uit de thuissituatie (zonder dagbehandeling). De reden van ontslag uit de dagbehandeling (5900 ontslagen in 1987) is bij 4% het overlijden, bijna 15% gaat naar het ziekenhuis, 37% naar huis (psycho-geriatrie: 20%), 15% naar een bejaardenoord en nog eens 5% naar een andere vorm van dagbehandeling. Naar het verpleeghuis gaat tenslotte 1/4 van de patiënten (bij psycho-geriatrie zelf 43%), zodat dagbehandeling als een 'tussenstation' voor uiteindelijke opname fungeert.

Het aantal personeelsleden (zie tabel 4.14) laat in de loop der jaren een stijgende tendens zien, die bovendien sneller verloopt dan de toename in capaciteit. Er treedt met andere woorden personeelsintensivering op, die echter enigszins is vertekend, omdat ook het personeel ten behoeve van dagbehandeling in de personeelsgegevens per 100 bedden is meegenomen. Voorts wordt niet gecorrigeerd voor de effecten van arbeidstijdverkortung (ATV) en wijzigingen in het leerlingenplan. Door de ATV-effecten zou nauwelijks sprake zijn van een toename in uren per bed, zodat de intensivering feitelijk niet plaats gevonden heeft (NZI, 1988). Men dient derhalve de gegevens met de nodige voorzichtigheid te bezien, ook al omdat de hulpbehoefte van patiënten in verpleeghuizen stijgt (FOZ 1989, TK, 1988/1989). De budgetteringssystematiek heeft het mogelijk gemaakt de toenemende zorgbehoefte binnen het totale, stabiel gebleven, budget op te vangen door verschuivingen tussen personele en materiële kosten (FOZ 1989, p. 86).

Uit de statistieken van het NZI blijkt dat zich grote verschillen tussen de drie soorten verpleeghuizen voordoen: sinds 1981 is het aantal arbeidsplaatsen (full-time equivalenten) in gecombineerde verpleeghuizen met 50% (sic!) toegenomen, in psycho-geriatrie verpleeghuizen met 15% en in somatische verpleeghuizen is een daling met 16% opgetreden door wijzigingen in de erkenningen van somatisch naar gecombineerd. Opvallend is de toename van deeltijdarbeid in verpleeghuizen van 30% in 1980 naar 51% in 1987 en de toenemende

Figuur 4.6. Patiënten in verpleeghuizen naar leeftijd per 1000 inwoners

professionalisering: van het totale verpleegkundige personeel was in 1980 42% gediplomeerd en in 1987 58% (bron: CBS). In de verpleeghuizen bestaat circa 64% van de personeelssterkte uit verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig personeel. Hiervan zijn de ziekenverzorgenden in de meerderheid (80%).

De totale kosten zijn gestegen van 3 mrd. in 1981 tot 3,76 mrd. in 1987 en bestaan voor 69% uit personeelskosten, welk aandeel geleidelijk toegenomen is. De totale kosten per bed bedragen in 1987 ruim 74.000 gulden. De totale kosten stegen in de periode 1981-1987 met gemiddeld 3,7% per jaar, de gemiddelde kosten per bed met 2,8% en per verpleegdag met 2,5%. De laatste tijd wordt de jaarlijkse kostenstijging bovendien steeds geringer.

Tabel 4.14. Personeel in verpleeghuizen naar functie*

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
totale formatie	47665	48856	50039	52956	52817	54511	55703
aantal personeelsleden	59588	61335	62756	65004	68521	71972	75354
. algemeen personeel	12240	12303	12454	12478	12900	13276	13192
. verpleegkundig pers.	29907	31131	31894	32426	33324	34289	35077
. (para-)medisch pers.	3651	3614	3772	3927	4043	4164	4310
. med. & soc.-wet. staf	507	479	506	506	544	619	638
. overig personeel	1358	1329	1413	1619	2006	2163	2486
formatie per 100 bedden							
. somatische vph's	106,5	106,8	108,8	108,5	110,7	112,7	113,7
. psycho-geriatriesch	97,5	96,8	101,9	103,6	106,2	107,5	108,9
. gecombineerde vph's	105,7	107,4	108,2	109,5	111,3	113,9	116,0

* Bron: NZI, uitgedrukt in full-time equivalenten, niet gecorrigeerd voor ATV

De baten bestaan voor 98% uit verpleeg- en verzorgingsgelden en worden vergoed door de AWBZ. De totale AWBZ-financiering is in de beschouwde periode sterk toegenomen tot thans ongeveer 3,8 miljard gulden. In 1968, toen de verpleeghuizen net in opkomst waren, was dat nog slechts 196 miljoen gulden (ZFR, 1988). De overige baten bestaan voor ruim tweederde uit de inkomsten uit dagbehandeling en poliklinische behandelingen. De AWBZ-financiering met betrekking tot dagbehandeling is eveneens sterk toegenomen van 3,7 miljoen in 1977, toen de dagbehandeling als verstrekking erkend werd, tot 73,7 miljoen gulden in 1986. Voor de dagbehandeling bestaat een vast AWBZ-dagtarief van f 122. De totale kosten van de sector verpleeghuizen beslaan 3,8 miljard gulden. Bij een aandeel van 65-plus van 91,2% in 1987, worden de kosten van verpleeghuiscare voor ouderen geraamd op 3,4 miljard, waarvan circa 67 miljoen voor dagbehandeling.

4.3. Gebruik van voorzieningen door ouderen: samenvatting en ramingen

In het voorgaande is van de voorzieningen die voor ouderen als zeer belangrijk zijn aangemerkt een overzicht gegeven van het gebruik naar leeftijdsgroep. Deze getallen werden vervolgens uitgedrukt in procenten van de bevolking om het bereik van de betreffende voorziening te kwantificeren. In de inleiding werd dit een van de thema's van dit hoofdstuk genoemd. Bij wijze van samenvatting wordt in tabel 4.16 het leeftijdsspecifieke bereik van de in dit hoofdstuk besproken voorzieningen in beeld gebracht voor 1987, het meest recente jaar waarvoor bij het merendeel van de voorzieningen de benodigde gegevens beschikbaar zijn. Deze presentatie gaat echter verder dan een samenvatting van de bevindingen uit het voorgaande, omdat ook voor andere voorzieningen, zoals algemeen maatschappelijk werk (AMW), huisartsen of fysiotherapeuten, bekend is hoe het leeftijdsspecifieke gebruik bij ouderen verloopt. Per leeftijdscategorie is aangegeven hoeveel procent van de Nederlandse ouderen gebruik maakt van de opgenomen voorzieningen.

Tabel 4.15. Kosten verpleeghuizen (in mln. guldens)*

Kostenpost	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
personeelskosten	2021,9	2162,4	2277,1	2279,2	2358,9	2501,1	2579,4
voeding	124,8	134,2	138,6	144,5	145,7	149,3	145,7
huish. en energiekosten	231,9	239,2	244,3	257,7	264,4	236,3	225,0
algemene kosten	110,7	135,1	141,0	149,7	156,6	166,0	170,9
med. en verz.middelen	83,6	90,1	94,0	97,6	101,0	107,6	109,3
onderhoud/aanvulling act.	84,0	92,1	98,2	105,3	109,3	112,9	115,7
afschrijving en intrest	405,6	409,5	429,4	448,5	441,5	456,8	459,4
doorberekende kosten	-41,1	-39,7	-40,4	-41,5	-40,8	-44,8	-43,3
totaal kosten	3021,4	3222,9	3402,6	3441,1	3536,5	3685,2	3762,2
totaal per bed (f)	63770,-	67385,-	70470,-	70690,-	71780,-	74120,-	75285,-
id.per verpleegdag (f)	175,-	185,-	192,-	191,-	195,-	201,-	203,-

* Bron: NZI

Enkele gegevens behoeven nog enige nadere toelichting. Zo zijn voor wijkverpleging andere gegevens opgenomen dan eerder zijn gepresenteerd, omdat deze bereikcijfers berekend zijn op basis van zelfstandig wonende ouderen en niet de totale bevolking, gebaseerd op een beperkte steekproef (geen grote steden). Voor de wijkverpleging zijn daarom twee andere soorten gegevens opgenomen, één voor het aantal cliënten en één voor het aantal contacten. Vanwege het relatief grote aantal cliënten dat slechts één contact op jaarbasis heeft (47% à 50%; NK, 1988), lijkt het (gemiddelde) aantal contacten per inwoner voor beleidsdoeleinden relevanter te zijn.

Bij een aantal voorzieningen is weinig tot niets bekend over het gebruik dat ouderen daarvan maken, met name bij dagverzorging in bejaardenoorden en aanleunwoningen. Bij beide voorzieningen is slechts het totaal aantal gebruikers bekend, waarvan verondersteld is dat allen minimaal 65 jaar oud zijn.

Op basis van de leeftijdsspecifieke gebruikcijfers uit tabel 4.16, is vervolgens een raming gemaakt van het absolute aantal gebruikers per voorziening in 1988 en 2000, uitgaande van de veronderstelling dat de bereikcijfers voor de leeftijdsgroepen constant blijven. Deze demografische raming van zogenaamd ongewijzigd beleid (zie tabel 4.17), gebaseerd op de meest recente bevolkingsprognose (CBS, 1989), kan als basisraming gebruikt worden voor de beoordeling van allerlei maatregelen in het kader van het substitutiebeleid.

Bij het analyseren van de demografische invloed op voorzieningengebruik blijken er drie typen voorzieningen te bestaan. Dit wordt duidelijk als de geraamde jaarlijkse toename voor een bepaalde voorziening wordt afgezet tegen de verwachte toename in het aantal 65-plussers in Nederland (die uitkomt op gemiddeld 1,4% per jaar). Alle voorzieningen worden beïnvloed door vergrijzing, maar het relatief zware beslag dat hoogbejaarden leggen op voorzieningen zoals bejaardenoord en wijkverpleging, zorgt ervoor dat bij deze voorzieningen de dubbele vergrijzing extra sterk doortelt, zodat de jaarlijkse stijging in het aantal gebruikers de toename van het aantal 65-plussers overtreft. Anderzijds zijn er ook voorzieningen waarvan hoogbejaarden relatief minder gebruik maken, zoals dagbehandeling in verpleeghuizen en dagverzorging in bejaardenoorden. Bij deze voorzieningen ligt de toename in het aantal gebruikers onder de vergrijzingstrend.

Tabel 4.16. Leeftijdsspecifiek voorzieningengebruik door ouderen in Nederland in 1987 (in % per leeftijdsgroep in bevolking)*

voorziening	Leeftijdscategorieën					Totaal 65+
	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85	
bejaardenoord	0,5	2,0	6,3	17,1	37,1	7,5
verpleeghuis	0,4	1,0	2,4	5,0	10,5	2,5
ziekenhuis	11,2	12,6	15,0	13,6	9,2	12,5
dagbehandeling vph.	0,1	0,2	0,4	0,5	0,5	0,3
dagverzorging oord			n.b.			0,9
aanleunwoning			n.b.			2,6
gezinsverzorging	2,1	5,9	11,8	15,0	12,5	7,7
wijkverpleging ^a	6,2	10,2	17,5	27,5	40,0	15,0
wijkverpleging ^b	1,5	2,8	5,1	12,3	15,6	5,1
huisarts	78,2	79,2	83,6	83,7	84,2	80,7
fysiotherapeut	12,2	13,0	11,9	12,4	7,7	12,2
alg. maatsch. werk	1,3	2,1	2,8	4,4	3,4	2,3
AGGZ/RIAGG	1,3	2,1	2,8	4,4	3,4	2,3
dienstencentra (GOW)	2,2	3,2	3,6	2,0	1,8	2,8
Meer Bewegen Ouderen	6,8	5,6	4,4	3,1	1,2	5,0

* Bron: Huijsman, 1989b

a. cliënten per 100 inwoners

b. contacten per 100 inwoners

Tabel 4.17. Raming van oudere gebruikers van voorzieningen in 1988 en 2000, ongewijzigd beleid; constante leeftijdsspecifieke bereikcijfers*

	gebruik 1988 a)		gebruik 2000 b)		toename in gebruikers p. jaar c)
	% 65+	aantal	aantal	% 65+	
bejaardenoorden	7,5	138.100	180.200	8,3	2,2%
verpleeghuizen	2,5	46.000	58.300	2,7	2,0%
ziekenhuizen	12,5	230.100	269.800	12,4	1,3%
dagbehandeling	0,3	5.500	6.200	0,3	1,0%
dagverzorging	0,9	16.600	19.500	0,9	1,4%
aanleunwoningen	2,6	47.900	56.400	2,6	1,4%
gezinsverzorging	7,7	141.800	176.100	8,1	1,8%
wijkverpleging	15,0	276.100	348.900	16,1	2,0%
wijkverpleging	5,1	93.900	120.200	5,5	2,1%
alg.maatsch.werk	2,3	42.300	53.100	2,4	1,9%
AGGZ/riagg	1,5	27.600	34.500	1,6	1,9%
Meer Bewegen Ouderen	5,0	92.000	106.100	4,9	1,2%

* Bron: Huijsman, 1989b

a) Op basis van bereik voor 65-plussers is aantal gebruikers berekend

b) O.b.v. leeftijdsspecifieke gebruikcijfers (tabel 8.1) zijn aantallen per leeftijdsgroep berekend en gesommeerd tot bereikcijfers 65+.

c) Stijging van 1,4% is voldoende om gelijke tred te houden met vergrijzing. Door dubbele vergrijzing en relatief zwaar gewicht van hoogbejaarden, ligt stijging bij o.a. bejaardenoorden boven dit gemiddelde.

4.4. Omvang van cliëntenstromen en potentie van substitutie

Het substitutiebeleid beoogt de door demografische ontwikkelingen bepaalde toename van de kosten van de ouderenzorg om te buigen door verschuivingen van cliëntenstromen tussen en binnen voorzieningen te bewerkstelligen, zodanig dat dit zal leiden tot een verminderd gebruik van relatief dure voorzieningen (Goudriaan, 1989).

In 1985 werd (WVC, 1986) een raming (vergelijkbaar met die die in de voorgaande paragraaf is gepresenteerd) gemaakt van de gevolgen van vergrijzing bij ongewijzigd beleid voor het voorzieningengebruik door ouderen en werd tevens een inschatting gemaakt van de substitutiemogelijkheden in het jaar 2000. Ongewijzigd beleid zou leiden tot een stijging van de collectieve uitgaven voor verzorgings-, verpleeg- en ziekenhuizen, kruiswerk, gezinsverzorging en huisartsen, van in totaal 40%. De geïnventariseerde substitutiemogelijkheden leiden tot een kostenreductie van 5% ten opzichte van de basisraming, waardoor per saldo derhalve nog steeds een forse toename van de kosten van ouderenzorg zal blijven bestaan. In twee andere ramingen (SCP, 1986; Nota Zorg voor ouderen, TK, 1985/1986) worden vergelijkbare gegevens gepresenteerd (Goudriaan, 1989). De Commissie Dekker (1987) heeft tenslotte een substitutiepakket samengesteld op basis van de bestaande onderzoeken, waarin onder meer een reductie van de intramurale ouderenzorg mogelijk geacht wordt van 25% in zowel bejaardenoorden als verpleeghuizen en een afname van verpleegdagen in ziekenhuizen met 20 à 30%. Het gehele pakket maatregelen zou op termijn een besparing van 1,5 à 1,8 miljard kunnen opleveren. Daarbij baseert men zich echter op onderzoeksresultaten uit vaak zeer lokale en kleinschalige projecten, zodat de onderlinge samenhang in en consistentie van het totale pakket niet bij voorbaat vaststaat en de resultaten niet zonder meer naar het macro-niveau kunnen worden vertaald (Nationale Raad Volksgezondheid, 1989). Het merendeel van de onderzoeksresultaten wijst niet op grote mogelijkheden tot kostenreductie (Huijsman en de Klerk, 1989). De totale kosten kunnen met maximaal 25% teruggedrongen worden, maar als ook nog rekening gehouden wordt met door vergrijzing bepaalde basisramingen, resteert niet meer dan 5% tot 15% aan besparingen (Goudriaan, 1989 en 1990). In theorie is substitutie derhalve aardig, maar in de praktijk bestaan er tal

van belemmeringen en knelpunten (Commissie Dekker, 1987; Nota Ouderenbeleid, TK, 1988/1989; NRV, 1989).

Het substitutiebeleid streeft vervanging van relatief dure door goedkopere zorg na door het bewust verleggen van cliëntenstromen van intra- naar semi- en extramurale voorzieningen, van professionele naar vrijwilligers- en mantelzorg, kortom van 'zwaar' naar 'lichter' (Nota Ouderenbeleid, TK, 1988/1989). Substitutie richt zich derhalve op de cliëntenstromen tussen en binnen de voorzieningen. Het gaat daarbij om een zo adequaat en efficiënt mogelijke beïnvloeding van de toestroom van (potentiële) cliënten naar voorzieningen door onder andere strengere indicatie- en toelatingscriteria te stellen, een betere analyse van de feitelijke behoefte te maken en een hechtere coöperatie tussen voorzieningen te bewerkstelligen via samenwerkingsverbanden en dergelijke. Het gaat om cliëntenstromen, omdat het nauwelijks denkbaar is dat reeds opgenomen ouderen (bestanden) 'verkast' worden naar andere voorzieningen (Coolen, 1989). In de ouderenzorg is echter op macro-niveau nauwelijks materiaal aanwezig om cliëntenstromen in beeld te brengen. Waar wel gegevens over herkomst bij opname en bestemming bij ontslag voorhanden zijn, blijken zij bovendien tussen de sectoren niet op elkaar aan te sluiten. Voor extramurale zorg zijn in het geheel géén doorstroomgegevens bekend. Het substitutiebeleid heeft derhalve een belangrijk gegevensgebrek.

In figuur 4.5 is op basis van de beschikbare informatie een globale schatting gemaakt van het aantal ouderen dat op jaarbasis de voorzieningen in komt en/of verlaat. De enige voorzieningen waarvoor dit op een enigszins consistente manier mogelijk bleek te zijn, zijn het bejaardenoord, de dagbehandeling van het verpleeghuis, het verpleeghuis en het ziekenhuis. Voor elk der genoemde voorzieningen is aangegeven hoeveel personen in 1987 direct uit de thuissituatie komen en hoeveel ouderen uit een van de andere voorzieningen afkomstig zijn. De onderste helft van de figuur geeft de uitstroom van de cliënten c.q. patiënten weer. Het merendeel van de ontslagredenen betreft het overlijden van de patiënt, uitgezonderd bij dagbehandeling en het ziekenhuis.

Het totaal aantal mutaties voor de voorzieningen (bejaardenoord, dagbehandeling, verpleeg- en ziekenhuis) en uitgezonderd overledenen, betreft ruim 460.000 ouderen, ofwel 25% van alle Nederlandse 65-plussers. Een op de vier ouderen beleefde in 1987 derhalve een verandering in leefomgeving ten gevolge van een opname in een (eventueel andere) intramurale of semi-murale voorziening. Als alleen gekeken wordt naar opnames in een bejaardenoord of verpleeghuis, dan treedt op jaarbasis bij 3,5% van alle 65-plussers een verandering in de leefsituatie op. In deze berekeningen wordt echter, wederom door gebrek aan gegevens, geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat dergelijke mutaties bij een en de zelfde persoon verschillende keren kunnen voorkomen. Zo is het traject van ziekenhuis (behandeling) naar verpleeghuis (revalidatie) naar dagbehandeling (resocialisering, behoud zelfstandigheid) en tenslotte naar extramurale zorg, geen ongebruikelijke route. Anderzijds is de gemiddelde verblijfsduur in het bejaardenoord dermate lang (circa 5 jaar), dat het aantal gevallen waarbij in één jaar tijd verschillende veranderingen bij dezelfde persoon voorkomen niet zo heel erg groot zal zijn. Het ziekenhuis vormt de uitzondering op deze regel. Tenslotte overlijdt 4,6% van alle 65-plussers per jaar tijdens een verblijf in het bejaardenoord, de dagbehandeling, het verpleeg- of ziekenhuis (de helft van het overlijden).

Stroomgegevens naar, binnen en uit de extramurale sectoren zijn op het macro-niveau al helemaal niet voorhanden. Dit maakt de toetsing van de resultaten van het substitutiebeleid op het niveau van de rijksoverheid nauwelijks mogelijk. Er zijn ook andere aanwijzingen dat het substitutiestreven, dat toch al sinds de jaren zeventig, maar vooral in de jaren tachtig, hoge prioriteit heeft, tot op heden nog niet veel resultaat heeft opgeleverd. Zo blijkt er geen duidelijk verband te zijn tussen het bereik van bejaardenoorden versus die van gezinsverzorging (Huijsman, 1989b). Op grond van het substitutiestreven zou een negatief verband

Figuur 4.7. Cliëntenstromen tussen de belangrijkste voorzieningen in 1987

tussen beide gepostuleerd moeten worden, dat echter op basis van macro-gegevens voor de periode 1969-1986 niet teruggevonden wordt. Deze conclusie wijkt niet af van die uit een in 1978 uitgevoerd onderzoek, eveneens gebaseerd op tijdreeksen (De Groot e.a., 1978). De conclusie verandert ook niet als regionale vergelijkingen worden gemaakt (De Groot e.a., 1978; Coolen, 1980; Timmermans, 1983).

4.5. Kosten van voorzieningen voor ouderen

In tabel 4.18 wordt een overzicht gegeven van de kosten die aan het gebruik van gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen verbonden zijn. Waar dat mogelijk was zijn hier gegevens voor het meest recente jaar, meestal 1987, bijeen gebracht. Dat moest uit veel verschillende en niet altijd met elkaar overeenstemmende bronnen gebeuren, zodat een aantal kostprijzen een meer tentatief karakter heeft. Waar alleen capaciteitgegevens en gemiddelde kosten op jaarbasis bekend waren, zijn de gemiddelde kosten per dag berekend en vice versa. Bij een aantal voorzieningen is alleen een uurtarief bekend. Berekening op jaarbasis is niet zinvol of onmogelijk omdat er dan meer gegevens nodig zijn of de opname-duur korter dan één jaar is.

Op basis van de kostenoverzichten is het zeer goed mogelijk om een prijskaartje te maken voor verschillende zogenaamde substitutie-pakketten (zie bijvoorbeeld ook Stikker, 1985 en Ouderenbeleid gewogen, 1987). Dit was ook de techniek die de commissie Dekker (1987) hanteerde bij het formuleren van haar voorstellen. Er zijn veel alternatieven denkbaar, die met behulp van de gepresenteerde gegevens op hun kosten beoordeeld kunnen worden (zie

Tabel 4.18. Overzicht van de gemiddelde kosten in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in 1987 (per patiënt/cliënt)*

Voorziening /dienst	gem. kosten per dag (op f 5,-)	wijze v. berekening <--of-->	gemid. kosten p.jaar/plaats (op f 50,-)
ziekenhuis	f 630,-		
id. bij 65+	f 350,-	<---	f 127.750,-
psych. ziekenhuis	f 235,-	---	f 86.000,-
verpleeghuis	f 205,-	---	f 75.300,-
beschermd wonen vph	f 120,-	<---	f 43.800,-
dagbehandeling vph	f 125,-	---	f 45.600,-
bejaardenoord	f 85,-	<---	f 31.000,-
bejaardenoord-plus	f 105,-	---	f 38.200,-
dagverzorging	f 30,-	---	f 11.000,-
dagverz. & -opvang	f 45,-	<---	f 17.300,-
24-uurs-zorg	f 175,-	<---	f 63.200,-
aanleunwoning bej.oord			f 4.600,-
RIAGG			f 3.650,-
Alg.Maat.Werk(AMW)			f 950,-
kosten per uur of per keer			
gezinszorg: trad. uur	f 30,-		
gezinszorg: alpha uur	f 20,-		
wijkverpleging: uur	f 80,-		
idem per contact 60+	f 50,-		
nachtopvang per keer	f 44,-		
warne maaltijd per keer	f 10,-		

* Bron: Huijsman, 1989b

bijvoorbeeld ook Timmermans, 1983; Mootz e.a., 1986). Bij de beoordeling van de verschillende substitutie-alternatieven dient echter wel rekening gehouden te worden met het feit dat bij een eventueel intramuraal verblijf impliciet de huisvestingscomponent van verzorgingskosten is inbegrepen in de totale kosten. Bij een met intramurale opname te vergelijken en te substitueren alternatief in de thuiszorg dient derhalve met deze huisvestingscomponent rekening gehouden te worden. Coolen (1985) stelt deze component op f 11.000, dat wil zeggen ongeveer een derde van de kostprijs van opname in het bejaardenoord. Hoewel dergelijke berekeningen op macro-niveau slechts indicatief zijn, kunnen toch belangrijke conclusies getrokken worden. Voor opname in het verpleeghuis bestaat een aantal alternatieven die veelal goedkoper zijn, zelfs indien zeer intensieve zorg geboden moet worden. Bij substitutie van het bejaardenoord zijn de calculaties niet altijd positief. Integendeel, afhankelijk van de zorgintensiviteit kan de thuiszorg zelfs (aanmerkelijk) duurder zijn. De baten van onder andere een betere afstemming op de behoeften van ouderen zelf, bijvoorbeeld tot uitdrukking komend in langer te handhaven zelfstandigheid van een eventueel zelfs hogere kwaliteit, zijn echter moeilijk in geld te waarderen en worden dan ook vaak niet meegenomen. Bij pogingen tot kwantificering hiervan verschuiven de omslagpunten ten gunste van de thuiszorg (Van der Vlist, 1984).

De kosten van de Nederlandse ouderenzorg zijn op grond van de in dit hoofdstuk gegeven overzichten te berekenen op ongeveer 15,5 miljard (zie tabel 4.19). Deze gegevens betreffen uitsluitend de belangrijkste vormen van gezondheids- en welzijnszorg voor ouderen. Op de terreinen van huisvesting (circa 1 miljard individuele huursubsidie aan 65-plussers) en sociale zekerheid (circa 23 miljard AOW-uitkeringen) zijn natuurlijk ook nog belangrijke uitgaven ten behoeve van ouderen gelokaliseerd. Tenslotte blijkt het niet mogelijk om de kosten op het gebied van genees- en hulpmiddelen zoals fysiotherapie aan ouderen te bere-

Tabel 4.19. Totale kosten van de ouderenzorg in 1987 (mld. guldens)

gezinsverzorging	1,1
kruiswerk	0,6
bejaardenoorden	4,5
verpleeghuizen	3,4
ziekenhuizen (incl. psychiatisch)	5,1
huisartsen	0,3
gecoördineerd ouderenwerk	0,1
aanleunwoningen	0,3
RIAGG	0,1
totaal	15,5

kenen. Over het algemeen zijn dit echter relatief kleinere posten, zodat de totale ouderenzorg met de gepresenteerde kosten (15 à 16 miljard) waarschijnlijk goed benaderd wordt.

4.6. Tot besluit

In dit deel is een overzicht gegeven van de beschikbare gegevens met betrekking tot de ouderenzorg in Nederland. Dit overzicht is geheel gebaseerd op ambtelijke beleidsstatistieken, statistieken van 'beroepsverzamelaars' zoals het CBS, het NZI of op statistieken van organisaties die een bepaalde sector bestrijken; dit is veelal de koepelorganisatie zoals de Nationale Kruisvereniging of de Centrale Raad van de Gezinsverzorging (deze zijn medio 1990 gefuseerd in de Nederlandse Vereniging voor Thuiszorg). Hoewel dergelijke statistieken veelal een goed globaal beeld van de eigen sector geven, kleven er bezwaren aan die een goed inzicht in de ouderenzorg bemoeilijken. Deze beperkingen van ambtelijke statistieken worden beknopt aangeduid.

Ten eerste liggen aan de diverse statistieken zeer verschillende informatiesystemen ten grondslag die een eigen geschiedenis kennen, gebaseerd zijn op verschillende en vaak uiteenlopende informatiebehoeften en hoofdzakelijk bedoeld zijn als hulpmiddel bij de analyse van beleidsvraagstukken betreffende de eigen sector. Ten tweede zijn veel gegevens op macro-niveau vaak niet of onvoldoende specifiek en wordt bijvoorbeeld zelden een differentiatie van cliëntgroepen gehanteerd; wel lenen de gegevens zich goed voor een globaal overzicht van de totale 'productie' van de verschillende sectoren. Dit gebrek aan specificiteit is onder andere ook de oorzaak voor het probleem dat er op nationaal niveau nauwelijks of geen inzicht te geven is in de cliëntstromen naar, tussen en uit de verschillende sectoren en voorzieningen; in deze studie is dat slechts met moeite en onder verschillende assumpties gerealiseerd voor slechts een beperkt aantal intramurale voorzieningen. Het voorgaande maakt een derde bezwaar duidelijk, namelijk dat de gegevens per sector vaak niet goed met elkaar in verband te brengen zijn om een sectoroverschrijvend overzicht te maken van bijvoorbeeld -zoals hier werd beoogd- de ouderenzorg. Daarvoor is de diversiteit in mate van detaillering en rubricering van cliënten, productie, personeel, kosten en dergelijke te groot. Een volgend bezwaar betreft het punt dat op macro-niveau niet voldoende recht kan worden gedaan aan de invloed van individuele factoren op het gebruik en de kosten van voorzieningen, omdat noodzakelijkerwijze met geaggregeerde of gemiddelde gegevens gewerkt moet worden. Juist bij het analyseren van de mogelijkheden voor substitutie is het echter van wezenlijk belang onderscheid te maken naar probleemgroepen van gebruikers, bijvoorbeeld door een verbijzondering naar belemmeringen op het terrein van de dagelijkse en/of huishoudelijke activiteiten. Ook de kostprijzen voor de verschillende voorzieningen zouden in deze zin verder verfijnd moeten worden. Tenslotte kennen de verschillende informatiesystemen elk een eigen dynamiek, die er toe kan leiden dat van jaar tot jaar veranderingen optreden in de samenstelling, formulering en fasering van de vragenlijsten die

ten grondslag liggen aan de ambtelijke statistieken. Dit euvel vormt naast de voorgaande problemen een grote belemmering om een gedetailleerd, actueel en sectoroverschrijdende overzichten van de ouderenzorg in Nederland te maken.

Samenvattend wordt geconcludeerd dat een analyse van het gebruik van voorzieningen door ouderen in belangrijke mate bemoeilijkt wordt door twee hoofdproblemen: (a) het naast elkaar bestaan van verschillende informatiesystemen die sectorgebonden zijn en (b) het feit dat nauwelijks of geen specificatie van de cliënt(situatie) is opgenomen in de bestaande systemen. In het vervolg van deze studie worden verschillende aanzetten gegeven om aan deze bezwaren tegemoet te komen. Daarbij wordt twee kanten belicht: de 'aanbodzijde' van de ouderenzorg, vertrekkend vanuit instellingsgegevens (Deel B van deze studie) en de 'vraagzijde' van de ouderenzorg, uitgaande van individuele gegevens van geselecteerde groepen ouderen. Een koppeling tussen beide mondt uit in een analyse van kostengegevens op individueel niveau in hoofdstuk 15.

Deel B

De aanbodzijde van de ouderenzorg

In dit deel staat de 'aanbodzijde' van de ouderenzorg in de gemeente Maastricht centraal. Zoveel mogelijk uitgaande van de eigen informatiesystemen van de betreffende organisaties is een aanbod-enquête ontwikkeld om het gebruik van voorzieningen door ouderen in beeld te brengen en te analyseren. Hierdoor kunnen de thema's uit het voorgaande (nationale) deel, waarin ambtelijke statistieken benut werden die slechts globale gegevens bevatten, verdiept worden. De belangrijkste thema's in dit deel betreffen (de veranderingen in) het bereik van de voorzieningen, de kenmerken van gebruikers, de gemiddelde hulpintensiteit per cliënt, het ingezette personeel en de kosten van de ouderenzorg in Maastricht. In het afrondende hoofdstuk wordt onder meer ingegaan op de empirische bevindingen met betrekking tot de gehanteerde functionele indeling van de ouderenzorg.

5. Introductie op de beschrijving van voorzieningen voor ouderen in Maastricht

5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk geeft het kader aan waarbinnen de geselecteerde voorzieningen te Maastricht beschreven en geanalyseerd worden. Er wordt hier uiteengezet op welke wijze de gegevensverzameling bij de instellingen in de gemeente Maastricht heeft plaatsgevonden. Eerst wordt het globale raamwerk besproken en wordt een toelichting gegeven op de in het onderzoek gehanteerde functionele indeling (paragraaf 5.2). Vervolgens wordt per voorziening besproken hoe en waarom er eventueel is afgeweken van het centrale stramien (paragraaf 5.3). Het hoofdstuk besluit met de opzet voor de rest van deel B van deze studie.

5.2. Wijze van aanpak: de instellingsenquête

Bij de aanvang van het onderzoeksproject in 1986 werd al snel duidelijk dat de gegevensverzameling bij alle verschillende organisaties in de ouderenzorg bemoeilijkt wordt door het feit dat verschillende informatiesystemen gehanteerd worden. De belangrijkste landelijke 'verzamelaar' van gegevens is ongetwijfeld het Centraal Bureau voor de Statistiek, dat bijvoorbeeld enquêtes heeft ontwikkeld voor bejaardenoorden (een algemeen en een financieel deel), voor intramurale instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen (afzonderlijk voor personeel, financiën en produktiegegevens) en voor extramurale voorzieningen (gezinsverzorging, personeel en kosten kruiswerk en dergelijke). Ook andere organisaties verzamelen informatie, meestal voor specifieke sectoren. Zo kunnen genoemd worden: de voormalige organisatie Landelijk Samenwerkende Bejaardenoorden (LSB; thans Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden) voor uitgebreide financiële overzichten over haar eigen sector; WVC voor de gezinsverzorging (beëindigd bij de overgang naar de AWBZ per 1-1-1989); het NZI voor bijvoorbeeld verpleeg- en ziekenhuizen en dergelijke. Het Centraal Bureau voor de Statistiek is wellicht de belangrijkste verzamelaar van gegevens (ook buiten de gezondheidszorg). Onderzoekers die voor verschillende typen voorzieningen gegevens willen verzamelen worden derhalve geconfronteerd met uiteenlopende systemen, die een variërende mate van detaillering kennen en vaak van jaar tot jaar aangepast worden, zodat zelfs binnen een bepaalde sector problemen ontstaan bij het samenstellen van tijdreeksen. Een ander probleem behelst de verschillende fasen van automatisering waarin de organisaties verkeren. Bij de bejaardenoorden is dit bijvoorbeeld nog nauwelijks aan de orde zodat met kaartenbakken gewerkt moet worden. Wijkverpleging (met het Wijk Administratie Systeem; afgekort tot WAS) en met name de gezinsverzorging (met het Landelijk Indicatie En Registratie systeem; in het vervolg: LIER-systeem) zijn veel verder.

In het onderhavige onderzoek werd aanvankelijk gedacht dat de problemen bij gegevensverzameling ondervangen zouden kunnen worden door één enquête te ontwikkelen, die als het ware de grootste gemene deler van de gehanteerde informatiesystemen zou moeten vormen. Eigenlijk is het gehanteerde instrument geen enquête in de strikte zin van het woord, maar een instrument voor gestructureerde en uniforme dossier-vorming. Daarbij zijn verschillende fasen onderscheiden. In de eerste stap werden alle beschikbare gegevens opgevraagd bij de instellingen zoals gezinsverzorging, kruiswerk, verzorgings- en verpleeghuizen. Deze gegevens worden veelal ontleend aan jaarverslagen en afschriften van

landelijke vragenlijsten (zoals CBS- of NZI-enquêtes) opgevraagd, aan de hand waarvan de enquêtes zoveel mogelijk door de onderzoekers zelf worden ingevuld. In de tweede stap worden de al gedeeltelijk ingevulde enquêteformulieren aan de instellingen opgestuurd met het verzoek om de enquêtes zoveel mogelijk te completeren. Tijdens de derde fase wordt door middel van gesprekken met leden van directie of leidinggevend personeel getracht om eventuele leemten op te vullen. Dit betrof met name de functionele indeling van werkzaamheden van het personeel (zie paragraaf 5.3). Omdat de enquête zoveel mogelijk wordt ingevuld door de onderzoekers zelf, is de tijdsbesteding voor de instellingen zo beperkt mogelijk. De mondelinge eindstap verzekert dat eventuele onduidelijkheden opgehelderd kunnen worden, hetgeen bovendien de betrouwbaarheid van die gegevens ten goede komt.

In de instellingenenquête (zie bijlage 2) komen de volgende onderwerpen aan bod:

- a. Algemene gegevens. Hier worden vragen gesteld over naam, adres, oprichtingsdatum, toelatingseisen en verzorgingsgebied van de instelling.
- b. Organisatie-gegevens. Dit betreft vragen over de formele en de informele organisatiestructuur en over de aard en de frequentie van overleg tussen verschillende niveaus binnen de instelling en met andere instellingen.
- c. Personeelsgegevens. Hier wordt gevraagd naar functies en taken op zowel uitvoerend als ondersteunend niveau, full-time of part-time banen, gemiddelde salarislust en inzet naar functies van zorgverlening (zie paragraaf 5.3).
- d. Capaciteit. Dit zijn vragen omtrent capaciteit en gemiddeld gebruik van de verschillende faciliteiten van de voorziening. Ook wordt naar patiëntgegevens zoals leeftijd, geslacht, contactfrequentie, herkomst bij opname en bestemming bij ontslag gevraagd.
- e. Kosten. Dit betreft vragen over personeelslasten, kosten van zorgverlening en ondersteunende dienstverlening, investeringen, afschrijvingen en dergelijke.
- f. Financiering. Hier wordt zowel naar financierende instanties als naar functies van zorgverlening gevraagd.

Uit dit overzicht blijkt dat de functionele indeling in deze studie (vooralsnog) is toegespitst op de personele hulpverlening. Dit neemt echter niet weg dat ook niet-personeelsgebonden middelen zijn toe te rekenen aan de verschillende functies (Van der Vlist, 1984; Centrale Commissie Bejaardenoord, 1989).

5.3. Functionele indeling van ouderenzorg: afbakening van functies

Aan de behoeften van ouderen wordt tegemoet gekomen door een bepaalde functie van zorgverlening. Deze zorgfunctie kan door één of meerdere soorten van voorzieningen geleverd worden. Uitgaande van de behoeftebenadering proberen we het gehele veld van zorggebruik in eerste instantie te beschrijven op grond van een functionele indeling, waarmee nagestreefd wordt de zorgbehoefte via de functies te koppelen aan het bestaande aanbod van de zorgvoorzieningen. Bij een beschrijving van deze voorzieningen ontkomt men echter niet aan een institutionele indeling, omdat dit aanbod nu eenmaal is georganiseerd in instellingen en beroepsbeoefenaren die vaak verschillende functies tegelijkertijd vervullen.

De indeling in functies kan twee 'uitersten' aannemen. Er is een indeling denkbaar in slechts enkele hoofdfuncties, maar een indeling kan ook zeer gedetailleerd zijn opgesplitst naar vele subfuncties. De eerste methode heeft het voordeel van de duidelijke structuur en de goede hanteerbaarheid. Het nadeel is echter dat binnen één functie zeer uiteenlopende activiteiten mogelijk zijn. Indien deze activiteiten of subfuncties worden weggelaten, zou belangrijke informatie over substitutiemogelijkheden tussen voorzieningen die eenzelfde functie uitoefenen, verloren kunnen gaan. Functies zijn meestal niet onderling substitueerbaar; voorzieningen die overeenkomstige functies in hun takenpakket hebben, zijn wel onderling substitueerbaar. De tweede methode, een zeer gedetailleerde uitsplitsing naar vele

subfuncties, kan een beter inzicht in de substitutiemogelijkheden bieden. Het nadeel is echter dat het een zeer fragmentarische benadering van de zorgbehoefte van de oudere mens in de hand kan werken. Bovendien kunnen subfuncties zo met elkaar verweven zijn dat afbakening zowel theoretisch als praktisch nauwelijks mogelijk is.

Iedere keuze tussen de twee uitersten is in meer of mindere mate arbitrair, maar de leidraad dient steeds te zijn dat de voor het onderzoek meest relevante informatie verkregen wordt. Na het opstellen van een concept-indeling is in gesprekken met de begeleidingscommissie van het onderzoek (zie voorwoord voor de samenstelling daarvan) en met de Stedelijke Werkgroep Ouderenbeleid Maastricht uiteindelijk gekozen voor een indeling in tien functies. Deze indeling wordt zo aanstonds gepresenteerd, maar eerst wordt ingegaan op de toepassing van de functionele indeling.

Iedere voorziening kan per periode een bepaald aantal eenheden dienstverlening produceren, verdeeld over de verschillende soorten functies. In een matrix (zie figuur 5.1) kan dit worden verduidelijkt: elk kolomtotaal van de matrix geeft het aantal eenheden dienstverlening van de voorzieningen aan. Dit totaal wordt verdeeld per voorzieningensoort over de onderscheiden functies. Als teleenheid wordt gedefinieerd de eenheid van dienstverlening (geld, tijd, aantal contacten). De teleenheid moet homogeen zijn: de eenheden binnen één functie zijn gelijk terwijl de eenheden binnen de voorzieningen optelbaar zijn. Ieder rijtotaal geeft het aantal eenheden dienstverlening dat ter beschikking komt van een functie. Element (3, M-2) geeft het aantal eenheden dienstverlening dat door de derde voorziening wordt geleverd aan de zorgfunctie M-2.

In de instellingenenquête worden tien functies onderscheiden die voor de instellingen in de bij de enquête behorende toelichting geheel zijn gedefinieerd en afgebakend. Vooralsnog wordt de functie-indeling alleen gebruikt voor verdere detaillering van personeelsformatie. Deze beslaan echter circa 70% van alle kosten van de voorzieningen voor ouderen. Bovendien zijn andere zaken zoals apparatuur, voedingskosten en andere kostenposten vrij eenvoudig terug te voeren tot de verschillende functies. Voor de tien functies worden eerst de gehanteerde omschrijvingen gegeven (met steeds enige voorbeelden), waarna vervolgens wordt ingegaan op enkele aspecten van de functie-indeling.

	Soorten voorzieningen						
	1	2	3		N-3	N-1	N
Functies	1						
	2						
	3						
	M-2		X				
	M-1						
	M						

Figuur 5.1. Weergave van het aanbod van functies door voorzieningen

- Functie 1: Woon- en verblijfsfunctie**
Omschrijving: bieden van een min of meer langdurige (vervangende) woon- en leefomgeving.
Kanttekening: het wordt niet relevant geacht of de woon- en verblijfsfunctie een expliciete doelstelling is (bijvoorbeeld bij aanleunwoningen en bejaardenoordelen), of een impliciet gevolg is van verzorging (zoals bij het verpleeghuis).
- Functie 2: Preventiefunctie**
Omschrijving: het geheel van activiteiten dat gericht is op het voorkomen van ongewenste situaties, met het doel het beroep op curatieve zorg te voorkomen of uit te stellen (ook wel: primaire preventie). Hieronder wordt tevens verstaan het opsporen van een zich ontwikkelende ongewenste situatie, die nog niet geleid heeft tot het afgeven van signalen door de betrokken persoon (secundaire preventie), terwijl door tijdig ingrijpen verergering van de situatie voorkomen kan worden.
Voorbeelden: periodieke controles, bevolkingsonderzoek, Meer Bewegen voor Ouderen, Gezondheids Voorlichting en Opvoeding.
- Functie 3: Medische zorg**
Omschrijving: alle activiteiten die gericht zijn op het diagnostiseren en behandelen van geconstateerde problemen op somatisch, tandheelkundig en psychisch gebied.
Voorbeelden: (deel van het) onderzoek van de indicatiecommissie, lichamelijk onderzoek, toedienen van injecties, transfusies en dergelijke.
- Functie 4: Verpleging**
Omschrijving: alle activiteiten, die bestaan uit een min of meer langdurige lichamelijke en medische verzorging onder medische toezicht en controle van de arts. Deze activiteiten komen voort uit de aanwezigheid van niet (meer) te behandelen beperkingen van de patiënt, het volgen van een diagnostisch of therapeutisch regime of lichamelijke en mentale inactiviteit.
Voorbeelden: wondverzorging, ziekenverzorging, verpleegkundige handelingen zoals medicijntoediening, temperatuurmeting en dergelijke.
- Functie 5: Revalidatie/reactivering**
Omschrijving: alle activiteiten, die vaak in een samenhangende groep van werkzaamheden gedaan worden met het doel een in zijn zelfstandigheid beperkte persoon de kans te geven op optimale mogelijkheden van ontplooiing, zowel lichamelijk, geestelijk, sociaal, educatief als arbeidstechnisch. In die gevallen dat volledig herstel niet mogelijk is, zal de behandeling erop gericht moeten zijn de patiënt in een toestand te brengen, waarin hij/zij zoveel mogelijk zelfstandig kan functioneren en overblijvende capaciteiten zo goed mogelijk kan benutten.
Voorbeelden: revalidatie in verpleeghuis of ziekenhuis (bij vervroegd ontslag).
- Functie 6: Persoonlijke verzorging**
Omschrijving: alle activiteiten die gericht zijn op het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en noodzakelijk zijn (geworden) op grond van diens gezondheidstoestand. Uitvoering van deze activiteiten geschiedt in principe door niet-verpleegkundigen (om het onderscheid met de betreffende functie zo scherp mogelijk te maken) en is gericht op het hulp bieden bij of (gedeeltelijk) overnemen van de activiteiten van het dagelijks leven, met als doel de zelfstandigheid van de betrokkene te bevorderen.

- Voorbeelden:** lichamelijke hygiëne en verzorging, hulp bij in en uit bed stappen, aan- en uitkleden of bij het gebruik van het toilet.
- Functie 7: Recreatie en sociale contacten**
Omschrijving: alle activiteiten, die gericht zijn op enerzijds de ondersteuning van de betrokkene bij zijn of haar zelfontplooiing en anderzijds het opheffen en/of voorkomen van isolement door middel van het bieden van de mogelijkheid van recreatie, gezelligheid, sociaal contact en dergelijke.
Voorbeelden: activiteiten dienstencentra/bejaardenoorden, Meer Bewegen voor Ouderen.
- Functie 8: Huishoudelijke verzorging**
Omschrijving: alle activiteiten, die door middel van het verrichten van eenvoudige diensten het dagelijkse leven ondersteunen en gericht zijn op het zelfstandig of met hulp uitvoeren van dagelijkse huishoudelijke werkzaamheden.
Voorbeelden: koken, huishoudelijk werk, boodschappen of klusjes doen.
- Functie 9: Kunst- en hulpmiddelen (technische hulp)**
Omschrijving: ondersteuning van de woonomgeving of de persoon zelf door middel van het beschikbaar stellen van de noodzakelijke hulpmiddelen, alsmede het verschaffen van de noodzakelijke genees- en heilkundige instrumenten met het doel dat de betrokkene zo optimaal mogelijk functioneert.
Voorbeelden: krukken, rolstoel, aanpassing van de woning, ADL-hulpmiddelen.
- Functie 10: Informatie- en adviesverstrekking**
Omschrijving: alle activiteiten, die ontvanger-gericht gedaan worden en bestemd zijn ter verrijking van de kennis en het inzicht bij de ontvanger, zodat deze beter in staat is om beslissingen te nemen en/of handelingen te verrichten.
Voorbeelden: advies over wettelijke regels (bijvoorbeeld door sociale raadslieden), hulp bij administratie (o.a. belastingbiljet), voorlichting.

Kanttekeningen bij een functionele indeling van ouderenzorg

In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel (zie hoofdstuk 1) zijn enkele opmerkingen over de functionele indeling opgenomen. De belangrijkste punten zijn als volgt samen te vatten: (a) substitutie vindt alleen plaats binnen één functie en niet tussen verschillende functies; (b) substitutie grijpt in op de aanbodzijde, niet op de vraagzijde; (c) voorzieningen worden gekenmerkt door de combinatie van functies die zij kunnen leveren; (d) functies kunnen complementair zijn en elkaar aanvullen.

Het formuleren van een goed hanteerbare functionele indeling stuit op een aantal problemen. Het eerste probleem betreft de mate waarin de opsplitsing in functies dient plaats te vinden. Een vergaande functionele indeling kan leiden tot een te fragmentarische indeling, waardoor het gevaar bestaat dat functies overeen gaan komen met de activiteiten van individuele zorgverleners of afzonderlijke voorzieningen. Bovendien leidt het tot theoretische en praktische problemen (Timmermans, 1987; SCP, 1988). Een globale functie-indeling kan echter leiden tot een te schematische weergave van vraag en aanbod. Een tweede probleem betreft de eenheden waarin functies worden weergegeven. Voor inzicht in de substitutiemogelijkheden dient deze per functie dezelfde te zijn; voor verschillende functies kunnen verschillende eenheden gebruikt worden op grond van punt (a). In het onderzoek is een pragmatische oplossing nagestreefd door de functie-indeling te concentreren op (de werkzaamheden van) het personeel in de verschillende organisaties en andere vormen van dienstverlening te benaderen op basis van de daarmee gemoeide kosten.

Het derde, maar misschien wel belangrijkste probleem betreft een technisch meetprobleem. Tijdstudies bij verschillende personeelscategorieën in verschillende typen van voorzieningen en instellingen zouden een belangrijk onderdeel moeten vormen voor de concrete invulling van een functionele indeling, omdat daarvoor thans geen registratie-methoden bestaan. In het onderzoek is een minder intensieve oplossing nagestreefd, waarbij via vraagg gesprekken met sleutelfiguren een benadering is gemaakt van de tijdsinzet van de verschillende personeelscategorieën voor de onderscheiden functies.

Voorzieningen laten zich beschrijven door de mix van diensten of functies die zij aanbieden. Voorzieningen verschillen van elkaar indien zij andere functies aanbieden of andere accenten op bepaalde functies leggen. Zo bieden zowel de wijkverpleging als de gezinsverzorging een combinatie van persoonlijke, huishoudelijke en verpleegkundige diensten aan, maar legt de wijkverpleging daarbij het accent op de verpleegfunctie en gezinsverzorging op persoonlijke en huishoudelijke verzorging. Vanuit deze functionele benadering wordt thans ook van overheidswege de integratie tussen verpleeg- en verzorgingstehuizen voorgestaan, omdat de functie-pakketten van beide voorzieningen steeds minder verschillen vertonen. De functionele benadering kan ook dienen als instrument om voorgestane samenwerking tussen instellingen te kwantificeren. In de tabel 5.1. is aangegeven welke functies in principe door welke voorzieningen worden aangeboden. Daarbij beperken wij ons tot de 'basisvoorzieningen' voor ouderen (Algemene Rekenkamer, 1985), namelijk gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenwerk, bejaardenoord en verpleeghuis. Andere auteurs hebben bijvoorbeeld voor gezondheidszorgvoorzieningen vergelijkbare functionele indelingen gepresenteerd (bijvoorbeeld Timmermans, 1987; SCP, 1988).

Bij de beschrijving van de voorzieningen in de hoofdstukken 6 t/m 11 komen de onderscheiden functies vaak slechts impliciet terug. In de samenvatting (hoofdstuk 12) wordt echter een poging gedaan om op basis van de gepresenteerde gegevens een benadering te geven van het gewicht dat de verschillende functies hebben in de werkzaamheden van het personeel en in de kosten van de onderzochte voorzieningen.

5.4. Afwijkingen van het centrale stramien

Hoewel in de volgende hoofdstukken per voorziening meer in detail wordt aangegeven waarom en hoe er is afgeweken van het centrale stramien zijn enkele algemene kanttekeningen hier op hun plaats. Algemeen kan gesteld worden dat de inventarisatie een zeer arbeidsintensieve aangelegenheid is die ook veel vergt van de instellingen omdat niet alle gevraagde gegevens standaard worden vastgelegd, de informatiesystemen vaak niet geauto-

Tabel 5.1. Typering van voorzieningen naar functies

functies	gezinaver- zorging	wijkver- pleging	GOW	bejaar- denoord	verpleeg- huis
1. woon/verblijffunctie				X	X
2. preventie		X	X		
3. medische zorg					X
4. verpleging		X		X	X
5. revalidatie		X			X
6. persoonlijke verzorging	X	X		X	X
7. recreatie/sociaal contact	X		X	X	
8. huishoudelijke verzorging	X		X (maaltijd)	X	
9. technische hulp		X		X	X
10. informatie en advies	X	X	X		

matiseerd zijn, jaarverslagen vaak globaal zijn en sommige gegevens 'gevoelig' liggen (met name kostengegevens). Bovendien zijn voor verschillende enquête-onderdelen vaak verschillende informanten binnen een organisatie vereist, waardoor een extra vertragende factor ontstaat (ondanks het feit dat vaak een sleutelfiguur binnen de instelling aangewezen werd). Een ander algemeen probleem betreft het feit dat bij een langlopend onderzoek als het onderhavige de interesse bij instellingen, die op basis van vrijwilligheid (zonder sancties, maar voor de instellingen ook zonder direct profijt) hun medewerking hebben verleend, kan verslappen. Tussentijdse personeelsswisselingen versterken dit verder. De derde algemene kanttekening die voor bijna alle voorzieningen opgaat betreft het feit dat de kostengegevens vaak pas na enig aandringen en bij bejaardenoordelen (via de provincie) onder de voorwaarde dat slechts sectorgemiddelden worden gepresenteerd, verkregen zijn. Tenslotte kan gemeld worden dat ondanks de (theoretische) aantrekkelijkheid van een functionele indeling, de praktijk leert dat deze slechts bij benadering en onder veel veronderstellingen geconcretiseerd kan worden.

De belangrijkste aanpassing op het centrale stramien vindt plaats vanwege het feit dat in de meeste gevallen de gebruikelijke schriftelijke verslaglegging door organisaties in de ouderenzorg onvoldoende informatie over de bereikte cliënten biedt. Bij de dienstencentra van het gecoördineerd ouderenwerk is daarom in 1988 een enquête onder de bezoekers gehouden (hoofdstuk 8) en bij de bejaardenoordbewoners een registratie (eind 1989/begin 1990) van de kenmerken van alle individuele bewoners uitgevoerd (hoofdstuk 10). Bij de gezinsverzorging (hoofdstuk 6) en bij de wijkverpleging (hoofdstuk 7) zijn secundaire analyses uitgevoerd op de door de betreffende instellingen ter beschikking gestelde cliënt-informatiesystemen. Bij het verpleeghuis tenslotte is geen eigen (veld-)onderzoek uitgevoerd, omdat deze in het complementaire project van het totale onderzoek (zie hoofdstuk 1) is ingebed (Te Wierik, 1990); de extra belasting die van de organisatie gevegd zou worden om mee te werken aan de instellingsenquête werd daardoor volgens de directeur te groot, mede omdat de resterende onderzoekstijd te krap was geworden.

5.5. Opzet van deel B

Hoofdstuksgewijs worden in dit deel van deze studie de volgende voorzieningen beschreven: gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenwerk, bejaardenoordelen en verpleeghuis. De aanpak is daarbij steeds hetzelfde. Eerst wordt een korte toelichting gegeven op de doelstelling en organisatiestructuur, vervolgens wordt de gegevensverzameling toegelicht en worden enkele kenmerken van de gebruikers beschreven (beknopt over de periode tot en met 1988 en meer in detail op basis van eigen onderzoek of secundaire analyse). Tenslotte komen de personeelsformatie, personeelskosten en andere kosten aan de orde. In de samenvatting in hoofdstuk 12 worden niet alleen de belangrijkste bevindingen nog eens bondig samen gevat, maar wordt ook een (eerste aanzet voor) kwantificering van een functionele indeling van ouderenzorg gepresenteerd.

6. Gezinsverzorging

6.1. Inleiding

De Stichting Gezinszorg Maastricht werd in 1942 opgericht op initiatief van enkele particulieren, die als vrijwilliger het bestuur vormden. Benodigde middelen werden aanvankelijk uit liefdadigheid verkregen. Thans is er een vrijwel volledige subsidiëring via de Rijkssubsidieregeling Gezinsverzorging (Stb. 1985, no. 29), waarbij de Stichting te Maastricht haar karakter van particuliere stichting zonder winstoogmerk behouden heeft. De doelstelling van de Stichting is als volgt omschreven: 'Huishoudens, die met betrekking tot de binnen deze huishoudens te verrichten taken tekorten hebben of dreigen te krijgen en hierin niet zelf kunnen voorzien, hulp te bieden bij de noodzakelijke verzorging van hun huishouding teneinde een zo zelfstandig mogelijk functioneren van die huishoudens te bereiken of te behouden'. Deze doelstelling is algemeen gangbaar in heel Nederland en heeft z'n oorsprong in de invoering van de landelijke richtlijnen voor indicatiestelling in 1976. Uit te voeren taken van de gezinsverzorging, die steeds aanvullend zijn op de tekorten in het huishouden, betreffen huishoudelijke, verzorgende en begeleidende activiteiten alsmede huishoudelijke ziekenverzorging en zijn steeds aanvullend op de tekorten in het huishouden. De hulpverlening van de gezinszorg is globaal te splitsen in traditionele hulp en alpha-hulp. Voor de alpha-hulp, die sinds 1978 landelijk erkend is als werksoort, heeft de Stichting slechts een bemiddelende functie. Alpha-hulp wordt omschreven als huishoudelijke hulpverlening gedurende maximaal 12 uur per week over ten hoogste 2 werkdagen. Problemen bij het sociaal functioneren dienen nadrukkelijk afwezig te zijn. Alle hulp die meer tijd neemt dan 2 dagdelen per week of van een andere aard is dan puur huishoudelijke hulp, behoort tot traditionele hulp, waarvoor circa 550 hulpverleners in loondienst van de Stichting zijn (bejaardenverzorgenden, bejaardenhulpers, gezinshulpers bij bejaarden, (gespecialiseerde) gezinsverzorgenden en gezinshulpers). Van de drie functies bij de hulpverlening aan bejaarden vereisen alleen de eerste twee functies een diploma. Gemiddeld over alle Nederlandse instellingen wordt 90% van de hulp aan ouderen uitgevoerd door gezinshulpers bij bejaarden. De bejaardenverzorgenden en -hulpers vervullen respectievelijk 4% en 6% van de hulp (FOGM 1987, TK, 1986/1987).

6.2. Gegevensverzameling

De Stichting Gezinszorg Maastricht was tot 1986 niet geautomatiseerd, waardoor gedetailleerde gegevens over de achterliggende jaren moeilijk te achterhalen waren. Voor de periode 1975-1986 is vrijwel uitsluitend gebruik gemaakt van het jaarverslag dat over de zelfde periode is uitgebracht en meer globale gegevens bevat (zie paragraaf 6.3). In de eerste onderzoeksfase (Huijsman en Dolmans, 1988) werden aanvullende gegevens verstrekt: in 1987 was het cliëntenbestand van de Stichting volledig geautomatiseerd, zodat sindsdien de meest relevante gegevens voor onderzoek beschikbaar kwamen (Huijsman en Dolmans, 1990). In 1987 ontbraken de geslachtgegevens echter nog, omdat deze niet in de officiële registratie opgenomen zijn. Ook het aantal productieve uren dat een cliënt gekregen heeft na correctie voor ziekte, verlof en dergelijke van het personeel, werd aanvankelijk niet in de cliëntregistratie opgenomen, maar afzonderlijk verwerkt bij de financiële administratie in verband met de afrekening van de eigen bijdragen van de cliënten. Vanaf begin 1988 zijn beide soorten gegevens (sexe en productieve hulp) op

verzoek van de onderzoeker opgenomen in de geautomatiseerde registratie. In dit hoofdstuk wordt, na een meer globaal overzicht over de periode 1975-1987, een analyse van de (oudere) cliënten van de gezinsverzorging gegeven. Deze analyse is gebaseerd op gegevens uit het (geautomatiseerde) Landelijke Indicatie En Registratie systeem (kortweg het LIER-systeem) per medio december 1988 (einde 13de periode).

6.3. Trendmatige ontwikkelingen in het gebruik van gezinsverzorging

In deze paragraaf worden de trendmatige ontwikkelingen in de periode 1975-1987 besproken. Ter inleiding op de dienstverlening door de gezinsverzorging te Maastricht wordt kort ingegaan op enkele nieuwe ontwikkelingen. In 1979 werd gestart met de bemiddeling voor **alpha-hulp**. In 1981 is gestart met een **centrale intake** voor alle hulpverlening. Voordelen van deze behandelingswijze met betrekking tot nieuwe cliënten, die voorheen per wijkteam plaats vond, zijn samen te vatten onder de noemers van efficiëntie, uniformiteit en objectiviteit (minder beïnvloeding door eventuele beschikbaarheid van hulp). In juni 1983 startte de instelling met een project **Tijdelijke Slaapwacht**, een voorziening voor ten hoogste vier weken om tijdelijke ondersteuning te kunnen geven met het doel de zelfstandigheid van het huishouden mogelijk te maken of te laten blijven. Deze voorziening biedt in feite niet meer dan aanwezigheid, in Maastricht van daartoe geselecteerde werkstudenten, die alleen bij nood hulp verlenen. Na een aanvangsperiode worden thans per jaar 35 à 40 personen geholpen met gemiddeld 17 à 18 nachten slaapwacht. Ook in 1983 werd gestart met groepshulpverlening aan ouderen, ook wel de **wijkbejaardenverzorging** genoemd. Kenmerkend voor deze differentiatie is de wijksgewijze aanpak, waarbij een team hulpverleners met een grote mate van organisatorische vrijheid verantwoordelijk is voor de hulpverlening aan een groep ouderen. De verleende hulp is een op de vraag toegesneden combinatie van huishoudelijke en persoonlijke verzorging, ook buiten de kantooruren. Ruim de helft van alle instellingen in Nederland heeft deze hulpvorm in het pakket. In december 1983 is gestart met acute hulpverlening of **hulp op afroep** die altijd van korte duur is (maximaal drie weken) en bestemd is voor plotseling in nood komende hulpverleningscategorieën (nieuwe of oude cliënten), maar ook gebruikt wordt om in minder acute situaties de continuïteit te waarborgen. In Maastricht zijn hiervoor vijf krachten beschikbaar met elk 30 uur per week. In Nederland biedt 25% van de instellingen deze hulp aan. In 1986 is op bescheiden schaal de **avond- en weekend-hulp** ingevoerd, die in eerste instantie alleen gericht was op assistentie bij ADL-activiteiten, toezicht op medicijngebruik en huiselijke ziekenverzorging. Met ingang van 1 september 1986 heeft de instelling bij wijze van experiment de hulp rondom terminale patiënten (**terminale thuiszorg**) verruimd tot buiten de kantooruren (avond, nacht en weekend). Daartoe is een groep van zes gekwalificeerde hulpverleners aangesteld, die zeer uiteenlopende werkzaamheden kunnen verrichten, variërend van huishoudelijk werk tot lichamelijke verzorging en psychische steun en begeleiding. Omvang en tijdstip is mede afhankelijk gesteld van de bereidheid en aanwezigheid van andere disciplines (vaak huisarts en wijkverpleging), maar ook van informele hulp. Per jaar wordt in Maastricht aan circa 50 cliënten terminale thuiszorg toegekend.

Tabel 6.1 geeft het verloop in de traditionele en alpha-hulpverlening weer, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen het aantal cliënten per peildatum (einde van de 13de periode, rond 13 december) en het aantal hulpgevallen gedurende het gehele jaar (inclusief nieuwe cliënten). De traditionele hulp kende per peildatum in 1975 nog 950 cliënten en was geleidelijk teruggelopen tot bijna 900 cliënten aan het begin van 1980. In dat jaar kwam de alpha-hulp in Maastricht tot ontwikkeling, waarvan ook de traditionele hulp aanvankelijk

Tabel 6.1. Verloop hulpverlening bij traditionele en alpha-hulp

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
traditionele hulp									
beginbestand	895	1001	999	909	919	970	912	978	1076
nieuwe cliënten	782	578	565	594	547	484	584	461	556
	1677	1579	1564	1503	1466	1484	1496	1439	1632
hulpgevallen afgesloten	676	580	655	584	487	551	518	363	533
eindbestand	1001	999	909	919	970	912	978	1076	1099
w.v. 65-plus(%)	75,9	76,4	77,1	75,1	76,4	79,9	79,4	83,5	85,4
alpha-hulp									
beginbestand	32	180	179	277	466	490	379	426	409
nieuwe cliënten	171	44	135	252	96	13	119	40	16
	203	224	314	529	562	503	498	466	425
hulpgevallen afgesloten	23	45	37	63	72	124	72	57	54
eindbestand	180	179	277	466	490	379	426	409	371
w.v. 65-plus(%)	89,4	96,1	97,1	78,1	80,8	96,3	97,7	98,3	100,0

geprofiteerd lijkt te hebben, omdat er in dat jaar aanmerkelijk meer nieuwe cliënten bij kwamen (ruim 17% meer dan het jaar daarvoor). Sindsdien loopt de omvang van de traditionele hulp echter weer geleidelijk terug tot thans circa 1500 hulpgevallen per jaar. In de traditionele hulp is het aandeel van ouderen sterk toegenomen: in 1975 nog 70%, in 1980 76% en thans ruim 85%. De alpha-hulp is sinds haar introductie in 1979 sterk toegenomen tot bijna 500 cliënten aan het eind van 1984. Sindsdien lijkt echter een zekere verzadiging in de vraag naar deze hulpvorm op te treden. Daarbij speelt sinds 1987 bovendien mee dat er door de wetgeving rond de tweeverdieners nauwelijks nieuwe alpha-hulpen beschikbaar komen, zodat in 1988 een daling (met 10%) in de verleende hulp

Figuur 6.1. Bereik gezinsverzorging bij ouderen volgens plannings- en gebruiksdefinitie

optrad. Door haar aard (puur huishoudelijk) is de alpha-hulp vooral geschikt voor ouderen. Dit blijkt ook uit het aandeel van ouderen in het cliëntenbestand: thans zijn zelfs alle cliënten van de alpha-hulp 65 jaar of ouder.

In figuur 6.1 wordt het bereik van gezinsverzorging voor ouderen in relatie tot de 65-plussers in de Maastrichtse bevolking sinds 1975 in beeld gebracht, vanaf 1979 inclusief alpha-hulp. Voor de berekening van het bereik zijn twee varianten denkbaar. Indien het aantal cliënten per peildatum (einde dertiende periode) wordt uitgedrukt in procenten van de bevolking (jaarultimo), dan kan gesproken worden van een 'planningsdefinitie' van bereik, die onder andere voor het personeelsbeleid gehanteerd kan worden. Indien men uitgaat van het aantal hulpgevallen per jaar dan is sprake van een 'gebruiksdefinitie' van bereik (Huijsman en Dolmans, 1988). De verschillen tussen beide bereiksvarianten nemen af naarmate het verloop in het cliëntenbestand afneemt, met andere woorden als de gemiddelde duur van de hulpverlening toeneemt. Het bereik volgens de gebruiksdefinitie ligt thans op bijna 10% van alle 65-plussers, waarvan bijna eenderde de alpha-hulp betreft.

De doorstroming in de gezinsverzorging neemt geleidelijk af (zie tabel 6.1). De hulpverlening per cliënt gaat steeds langer duren, zodat er per jaar steeds minder hulpgevallen worden afgesloten. Er zijn daardoor steeds minder mogelijkheden om nieuwe cliënten in zorg te nemen, hetgeen onder meer blijkt uit de oplopende wachttijden bij de traditionele hulp (zie tabel 6.2). Aanvankelijk werden in 1980 nog twee van de drie aanvragen binnen een week afgehandeld, maar in 1988 is dat nog maar één op drie. Wachttijden van een maand of langer zijn dan ook bepaald geen uitzondering meer; zij komen thans bij bijna 30% van de nieuwe cliënten voor. Bij de ouderen is de wachttijd nog sterker opgelopen; bijna 40% moet thans een maand of langer wachten.

6.4. Kenmerken van cliënten

Als datamateriaal voor de beschrijving en analyse van de cliëntkenmerken is gebruik gemaakt van (anonieme) individuele cliëntgegevens van de Maastrichtse instelling per peildatum in 1988 (zie Huijsman en Dolmans (1990) voor een vergelijkbare analyse over 1987). Ten behoeve van de financiële afwikkeling met het Ministerie van WVC is deze peildatum een vast gegeven, namelijk het einde van de dertiende periode (van telkens vier weken) van ieder jaar (rond 14 december). Als gevolg van beëindiging van de hulpverlening en nieuwe inschrijvingen gedurende het jaar, kunnen gegevens per peildatum niet dienen als

Tabel 6.2. Wachttijden bij de traditionele gezinsverzorging

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
alle cliënten							
• maximaal 6 dagen	64,6	55,2	51,7	61,3	46,8	43,2	35,1
• 7 tot 14 dagen	18,3	23,7	24,4	23,1	21,9	18,2	18,2
• 14 tot 30 dagen	8,7	11,1	12,6	7,4	15,2	16,7	17,5
• maand of langer	8,4	10,0	11,3	8,2	16,1	21,9	29,3
• aantal (=100%)	782	578	565	594	547	484	584
65-plussers							
• maximaal 6 dagen	49,3	44,9	36,5	50,2	34,5	32,7	25,3
• 7 tot 14 dagen	21,4	23,8	26,9	28,7	25,7	13,6	18,2
• 14 tot 30 dagen	14,5	14,7	16,5	10,1	17,9	15,5	18,5
• maand of langer	14,8	16,6	20,0	11,0	22,0	38,2	38,1
• aantal (=100%)	351	265	260	317	296	220	336

Tabel 6.3. Cliënten naar leeftijd en bereik in procenten van de bevolking, onderscheiden naar hulpvorm en burgerlijke staat, december 1988

leeftijdsgroep	leeftijdverdeling (%)			bereik in bevolking (%)			idem naar burg.staat	
	totaal	tradi.	alpha	totaal	tradi.	alpha	gehuwd	overig
≤ 54	7,8	10,2	0,8	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
55 - 59	1,5	1,7	0,8	0,3	0,3	0,0	0,2	0,8
60 - 64	2,3	2,8	0,6	0,5	0,5	0,0	0,2	1,4
65 - 69	8,8	9,4	7,0	2,4	1,9	0,5	1,0	4,9
70 - 74	15,9	13,3	23,7	5,5	3,4	2,1	2,8	9,4
75 - 79	25,6	22,3	35,2	11,5	7,5	4,0	7,9	13,8
80 - 84	22,8	22,4	24,2	16,3	11,9	4,4	12,8	16,9
≥ 85	14,9	17,4	7,5	15,7	13,7	2,0	14,8	14,9
65-plus	88,4	85,2	97,8	7,9	5,7	2,2	3,9	11,6
Tot.aantal	1462	1090	372				405	1057

maatstaf voor de totale hulpverlening op jaarbasis. Voor inzicht in de situatie en kenmerken van cliënten is het materiaal wel zeer goed bruikbaar. Afzonderlijk wordt tevens gekeken naar de kenmerken van cliënten bij wie de hulp in de loop van het jaar is beëindigd. In de analyse is ten eerste gekeken naar de achtergrondkenmerken van cliënten, zoals de leeftijd, de samenstelling van het huishouden en het inkomen. Ten tweede worden de omvang, de reden(en) en de duur van de hulpverlening nader onderzocht.

Leeftijdverdeling en bereik in procenten van bevolking

Tabel 6.3 geeft de leeftijdsverdeling van het cliëntenbestand en het leeftijdsspecifieke bereik in procenten van de Maastrichtse bevolking. Hieruit blijkt dat de leeftijdscategorieën 75 t/m 84 jaar (bij traditionele hulp) en 70 t/m 79 jaar (bij alpha-hulp) de belangrijkste zijn. Veronderstellend dat veel redenen voor het aanvragen van hulp van gezinsverzorging (zie ook hierna) leeftijdsspecifiek zijn, zal de dubbele vergrijzing leiden tot een grotere hulpvraag. Het dubbele karakter van vergrijzing zal de gesuggereerde toename van de hulpvraag nog versterken. De bereikcijfers zijn immers het hoogst bij ouderen vanaf 80 jaar.

Samenstelling huishouden

Het merendeel der cliënten is alleenstaand, dat wil zeggen ongehuwd, gescheiden of verweduwd. Bij de alpha-hulpverlening is het aandeel van alleenstaanden met 75% het grootst. Bij traditionele hulp is het percentage alleenstaanden 'slechts' 65%. In totaal is 67,8% van alle cliënten alleenstaand. Bij alleenstaanden is de hulpvorm in belangrijke mate de alpha-hulp en liggen de bereikcijfers in procenten van de bevolking (zie tabel 6.3) hoger dan bij de gehuwden of samenwonenden. Dit is onder andere te verklaren uit het feit dat een aanwezige partner vaak mantelzorg verleent waardoor een beroep op de gezinsverzorging (vooralsnog) achterwege kan blijven (Beleidsbrief Ouderenbeleid, TK, 1983/1984). De maatschappelijke trend betreffende individualisering zou tot een afname van de mantelzorg kunnen leiden en daarmee tot een grotere vraag naar professionele hulp (STG, 1985).

Redenen van hulpvraag

Tabel 6.4 is een weergave van de redenen voor de hulpvraag gesplitst naar leeftijd. De twee belangrijkste redenen voor hulpverlening zijn de aanwezigheid van respectievelijk lichamelijke handicaps en langdurige ziekte. Het onderscheid tussen langdurige en kortstondige ziekte wordt door de gezinsverzorging gelegd bij 6 maanden. De aanwezigheid van een lichamelijke handicap onderscheidt zich van langdurige ziekte door het permanente en stabiele karakter van de handicap. Het proces bij langdurige ziekte daarentegen is veelal

Tabel 6.4. Reden van hulpverlening, procentuele verdeling per leeftijdscategorie van de oudst geïndiceerde in het huishouden

Hulpredenen	≤54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85	Totaal
Tijdelijk ziek	22,8	13,6	20,6	14,0	3,4	5,3	5,1	2,8	7,2
Chronisch ziek	29,8	27,3	41,2	29,6	21,0	24,1	23,7	30,7	25,8
Psychisch ziek	14,9	4,5	17,6	4,7	6,4	3,7	3,3	4,1	5,4
Handicap	16,7	40,9	11,8	48,1	63,1	58,8	54,5	46,8	51,0
Bejaard			4,5	3,1	2,1	6,4	12,3	13,8	7,5
Overig ¹⁾	15,8	9,1	8,8	1,6	2,6	1,6	1,2	1,8	3,1
Aantal cliënten	114	22	34	129	233	374	334	218	1462

1) Zwangerschap, scheiding, sterfgeval, overbelasting en opname

in beweging. Lichamelijke handicaps blijken de meest frequente reden bij ouderen te zijn, terwijl bij jongere cliënten de reden langdurige ziekte het hoogste scoort (30%). Ook bij de jongste cliëntengroep (tot 55 jaar) komt een lichamelijke handicap als hulpreden echter nog vrij vaak voor (17%). Grofweg kan men stellen dat de hulpredenen bij 65-plus vallen onder de noemer handicaps en dat de hulpredenen voor de overige leeftijdsgroepen vallen onder de noemer ziekten (tijdelijk, chronisch of psychisch). Deze verschillen tussen cliënten onder en boven de leeftijdsgrens van 65 jaar zijn bovendien significant ($\chi^2=98,8$; $p<0,01$).

Inkomensverdeling van gezinsverzorgingscliënten

Het netto inkomen van de cliënten van alpha-hulp (gezinnen f 1741,- en alleenstaanden f 1200,- per maand) ligt iets lager dan dat van de cliënten van traditionele hulp (gezinnen f 1774,- en alleenstaanden f 1233,-), wellicht vanwege het feit dat de alpha-hulp bijna uitsluitend ouderen betreft, die relatief een enigszins lager inkomen hebben. De inkomensverschillen tussen de beide hulpvormen zijn echter niet significant. Vergelijking met nationale gegevens met betrekking tot de inkomensverdeling van gezinsverzorgingscliënten in 1986 (FOGM 1988, TK, 1987/1988) laat zien dat de Maastrichtse inkomensverdeling voor gezinnen en alleenstaanden vrijwel parallel loopt met de nationale verdeling en derhalve representatief geacht mag worden (Huijsman en Dolmans, 1988). De draagkracht van de cliënten van de gezinsverzorging is, zoals ook uit de hier gepresenteerde gegevens blijkt, in het algemeen laag (Kwekkeboom, 1985; Zijde, 1985). Bij 30% van alle cliënten ligt het inkomen beneden de ondergrens van de retributietabellen. Deze cliënten betalen het mini-

Tabel 6.5. Duur van zorgverlening in procentuele verdeling per leeftijdsgroep van de oudst geïndiceerde en gemiddeld

	≤54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85	totaal ¹⁾
Aantal cliënten	114	22	34	129	233	374	334	218	1462
Cliënten naar duur (%):									
• minder dan 1 jaar	43,0	36,4	29,4	31,8	16,7	16,3	18,0	17,4	21,0
• 1 tot 2 jaar	27,2	31,8	29,4	16,3	14,2	20,3	19,2	19,7	19,7
• 2 tot 5 jaar	14,9	9,1	29,4	34,1	38,2	31,6	29,3	28,0	30,0
• 5 jaar of meer	14,9	22,7	1,8	17,8	30,9	31,8	33,5	34,9	29,3
Gemiddelde duur (jaren):									
• gezinnen	1,8	1,4	3,7	2,7	3,3	3,4	3,2	2,7	2,8
• alleenstaanden	3,6	4,2	2,2	2,9	3,9	4,1	4,4	4,7	4,1
• traditionele hulp	2,1	3,0	2,7	2,5	3,2	3,4	3,9	4,3	3,4
• alpha-hulp	3,5	2,8	-	4,3	4,6	4,6	4,9	5,5	4,7
• alle cliënten	2,2	2,9	2,7	2,9	3,7	3,9	4,2	4,5	3,7

1) Inclusief cliënten van wie de leeftijd onbekend is (N=4)

mumtarief van f 3,- per week, ongeacht de hulpomvang. Ter verdere illustratie kan vermeld worden dat 65% van de oudere cliënten (65-plus) de AOW als maximum inkomen heeft. Aangezien het inkomen de grondslag is voor de eigen bijdragen in de kosten van hulpverlening, zal de vergrijzing en verdere individualisering van de bevolking kunnen leiden tot een grotere hulpvraag bij een gemiddeld lager inkomen (bij constant blijvende andere factoren).

Duur van hulpverlening

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat naarmate de leeftijd stijgt de hulpduur toeneemt. De reden lichamelijke handicap is immers de meest voorkomende reden bij ouderen. Idealiter moet de hulpduur gemeten worden bij de afgesloten gevallen, maar door de recente datum van automatisering is hun aantal nog te gering om betrouwbare analyses uit te voeren. Dit betekent dat de gepresenteerde cijfers met betrekking tot hulpduur (tabel 6.5) te laag berekend zijn en dat de werkelijke hulpduur langer is. Slechts 21% is korter dan één jaar in zorg (de gemiddelde hulpduur is 3,7 jaar). De hulpduur stijgt naarmate de leeftijd toeneemt (2,2 jaar bij jonger dan 55 jaar en 4,5 jaar bij 85-plus). Deze significante positieve samenhang met leeftijd ($\chi^2=2362,2$; $p<0,001$) komt ook bij traditionele en alpha-hulp afzonderlijk naar voren. De hulpduur bij alleenstaanden (4,1 jaar) is anderhalf keer zo lang als bij gezinnen (2,8 jaar) en ook dit verschil is significant ($\chi^2=66,8$; $p<0,01$). Dit is wellicht te verklaren uit het feit dat de partners elkaar tot op zekere hoogte kunnen verzorgen (mantelzorg). Hierdoor kan de vraag naar professionele hulp uitgesteld worden, of kan weer eerder worden teruggevallen op de informele zorg waardoor de hulpduur van professionele hulpverlening verkort kan worden (Zorg voor Ouderen, TK, 1985/1986; Beleidsbrief Ouderenbeleid, TK, 1983/1984; STG, 1985).

Omvang van de hulpverlening in uren per week

Voor het aantal uren hulp per week hanteert de gezinsverzorging drie kengetallen, namelijk de geïndiceerde uren, de toegewezen uren en werkelijke verleende (productieve) uren (zie figuur 6.2). De geïndiceerde uren komen tot stand door tijdens de 'intake' de cliëntsituatie zo objectief mogelijk te analyseren met behulp van het landelijke indicatie- en registratiesysteem (LIER-systeem). Vervolgens wordt gekeken of de geïndiceerde uren feitelijk gegeven kunnen worden en of de cliënt dat ook wenst. Het is immers goed voor te stellen dat de cliënt maar één keer per week een 'vreemde' in huis wil hebben in plaats van drie keer. Daarnaast zal de instelling rekening moeten houden met personele en financiële restricties. Ook kan de werkmethode van invloed zijn (groeps/wijkbejaardenzorg of zorg-op-maat). Deze afwegingen tezamen resulteren in de toegewezen uren. Het feitelijk aantal uren verleende hulp wijkt hier echter sterk van af. De redenen hiervoor zijn samen te vatten met

Figuur 6.2. De totstandkoming van uren hulpverlening

Tabel 6.6. Verloop van de geïndiceerde, toegewezen en produktieve uren naar leeftijd (gemiddeld aantal uren per cliënt per week)

leeftijd	geïndiceerd	toegewezen	produktief
≤ 54	13,5	12,6	7,3
55 - 64	7,2	7,0	4,9
65 - 74	6,3	6,0	4,4
75 - 79	6,0	5,9	4,6
80 - 84	6,4	6,2	4,9
85 - 89	6,8	6,9	5,5
≥ 90	10,6	9,9	7,4
Totaal	7,0	6,8	5,0

het begrip 'continuïteitsprobleem'. Hieronder verstaat men het wegvallen van beschikbare urencapaciteit door vrije tijd, arbeidstijdverkorting, bijzonder verlof en ziekteverzuim van het personeel. Dit probleem wordt ten dele opgevangen met vakantie- en oproepkrachten.

In tabel 6.6 wordt het verloop van geïndiceerde, toegewezen en produktieve uren weergegeven voor de verschillende leeftijdscategorieën. De produktieve uren blijken gemiddeld 27,1% lager dan de geïndiceerde uren. De hierboven geformuleerde hypothese met betrekking tot de relatie tussen leeftijd en aantal hulpuren blijkt maar gedeeltelijk juist te zijn. Cliënten jonger dan 55 jaar ontvangen, na 90-jarigen, de meeste uren hulp per week, terwijl bij deze groep de duur van de hulp het kortst is (2,2 jaar). Blijkbaar is hier sprake van veel hulp in een relatief korte periode aan een relatief kleine groep met de laagste bereikcijfers. Uit tabel 6.6 blijkt wel dat 80-plussers meer uren hulp per week ontvangen dan de leeftijdscategorie 65 t/m 79 jaar. Binnen de categorie 65-plussers blijkt de gemaakte veronderstelling ten aanzien van het positieve verband tussen leeftijd en omvang van de hulp wel van toepassing te zijn (Pearson's $r=0,12$; $p<0,001$).

De toegewezen uren omvatten 96,5% van de geïndiceerde uren. Bij de allerjongste en alleroudeste cliënten is dit enigszins lager. Waarschijnlijk spelen in de hoogste leeftijdscategorie problemen aan cliëntzijde of heeft intussen intramurale opname plaatsgevonden. Het gemiddeld aantal toegewezen uren bedraagt 6,8 uur. Naar hulpvorm is dat gemiddeld 7,9 uur voor traditionele hulp en 3,7 uur voor alpha-hulp. Dit verschil is significant ($t=20,0$; $p<0,001$). Het verschil tussen de toegewezen en produktieve uren hulp is gemiddeld 26,5%. Dit continuïteitsprobleem blijkt in de praktijk met name ten laste te komen van de jongste leeftijdsgroepen en bedraagt daar 42%. Bij alpha-hulp zijn de verschillen aanzienlijk kleiner. Het verschil tussen feitelijk verleende en toegewezen uren (die gelijk zijn aan geïndiceerde uren) bedraagt gemiddeld slechts 13,5%. Ook hier zijn de verschillen het grootst bij de allerjongsten (40%) en de alleroudeste cliënten (25%).

6.5. Beëindiging van hulp van de gezinsverzorging in 1988

Dankzij de automatisering bestaat voor het eerst de gelegenheid om de hulpverlening en kenmerken van cliënten bij wie de hulp van de gezinsverzorging beëindigd is, nader te analyseren. De gegevens voor 1987 waren niet in voldoende aantal en mate van betrouwbaarheid voorhanden. In 1988 is bij 614 cliënten de hulp afgesloten. Analooq aan het voorgaande wordt een analyse gemaakt van hun kenmerken en de aard en omvang van de hulp die zij gekregen hebben en over welke termijn. Daarbij gaat de interesse met name uit naar verschillen met cliënten bij wie hulp aan het eind van 1988 nog voortduurde ($N=1462$).

Tabel 6.7. Leeftijd en sexe van afgesloten en nog lopende cliënten

leeftijdscategorie	afgesloten cliënten			nog lopende cliënten		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
≤ - 54	107	64	171	71	43	114
55 - 59	13	11	24	11	11	22
60 - 64	17	18	35	16	18	34
65 - 69	18	29	47	50	79	129
70 - 74	18	46	64	66	167	233
75 - 79	43	59	102	135	239	374
80 - 84	31	74	105	102	232	334
≥ - 85	24	42	66	59	159	218
Totaal	272	342	614	510	952	1462

Leeftijd en sexe

Tabel 6.7 geeft de leeftijds- en geslachtsverdeling weer voor afgesloten en lopende cliënten. Tussen beide groepen treden de volgende verschillen op. Bij de afgesloten hulpgevallen komen relatief veel mannen voor (44,3% versus 34,9%) en relatief veel jonge cliënten: 27,9% van de afgesloten en 7,8% van de nog lopende gevallen is jonger dan 55 jaar. Ook binnen de categorie vanaf 65 jaar gaat dit op: afgesloten cliënten zijn gemiddeld jonger dan nog voortdurende hulpgevallen. De uitzondering hierop betreft de groep 85-plussers: hun aandeel bij de afgesloten 65-plussers (17,1%) is groter dan bij de nog lopende 65-plussers (16,9%). Voor een belangrijk deel zijn de geschetste verschillen te verklaren uit de samenstelling van het huishouden. Alleenstaanden komen relatief vaak voor bij lopende situaties (70,9%) en gezinnen daarentegen bij afgesloten hulpgevallen (44,3%). De hulpduur is derhalve bij gezinnen (relatief jongere cliënten waaronder ook meer mannen zijn) korter dan bij alleenstaanden. De volgende paragraaf gaat dieper in op de verschillen in gezinssamenstelling.

Samenstelling van het huishouden

De afgesloten en nog lopende hulpgevallen vertonen saillante verschillen naar burgerlijke staat en samenstelling van het huishouden. Deze zijn in tabel 6.8 in beeld gebracht, tussen haakjes is vermeld hoeveel procent van de betreffende cliëntgroep 65 jaar of ouder is. Het aandeel van gezinnen is bij de afgesloten cases met 45,4% aanzienlijk groter dan bij de nog aanwezige cliënten. Bij de gezinnen is de leeftijd ook aanzienlijk lager: 35,1% is bij afsluiting minstens 65 jaar en bij voortdurende hulpsituaties is dit ruim twee maal zo veel (73,9%). Voortdurende hulpgevallen zijn vaker verweduwd (45,6% versus 34,4%) of ongehuwd (20,9% versus 17,4%) en minder vaak gehuwd of samenwonend (27,7% versus 38,4%) of

Tabel 6.8. Huishoudsamenstelling van afgesloten en nog lopende cliënten (tussen haakjes aandeel 65+)

	afgesloten (N=614)	nog lopend (N=1462)
gezinnen	279 (35,1)	425 (73,9)
alleenstaand	335 (85,7)	1037 (94,3)
gehuwd/samenw.	236 (41,1)	405 (79,8)
ongehuwd	107 (78,5)	305 (87,9)
gescheiden	60 (26,7)	86 (69,8)
verweduwd	211 (89,1)	666 (96,2)

Tabel 6.9. Hulpduur bij afgesloten en nog lopende cliënten

	afgesloten (N=614)	lopend (N=1462)
max. ½ jaar	43,0%	11,5%
½ à 1 jaar	16,1%	9,5%
1 à 2 jaar	15,5%	19,7%
2 à 5 jaar	14,2%	30,0%
langer dan 5 jaar	11,2%	29,3%
gemiddelde duur	1,8 jaar	3,8 jaar
idem bij traditioneel	1,5 jaar (N=553)	3,5 jaar (N=1090)
idem bij alpha-hulp	4,5 jaar (N= 61)	4,7 jaar (N= 372)

gescheiden (5,9% versus 9,8%). Het aandeel van 65-plus is over de gehele linie bij de afgesloten gevallen lager dan bij de lopende situaties. Vooral bij gehuwde en gescheiden cliënten zijn de verschillen aanzienlijk.

Duur van de hulpverlening

Indien de duur van de hulpverlening gemeten wordt bij per peildatum aanwezige cliënten zoals in de vorige paragraaf gebeurd is, blijft de kortdurende hulpverlening door gezinsverzorging buiten beeld. Om een beter inzicht te krijgen in de hulpduur, dienen zowel de afgesloten als de nog lopende cliëntgevallen afzonderlijk geanalyseerd te worden. Tabel 6.9 laat zien dat de afgesloten hulp situaties beduidend korter in zorg waren dan de nog voortdurende gevallen. Het verschil bedraagt gemiddeld 2 jaar en wordt met name veroorzaakt door de kortdurende hulpverlening. Bij de afsluitingen duurden 6 op de 10 gevallen maximaal een jaar (43% slechts maximaal een half jaar), terwijl bij de nog lopende gevallen 6 op de 10 cliënten al twee jaar of langer in zorg zijn. De verdere onderverdeling van de gemiddelde hulpduur naar hulpvorm laat zien dat de verschillen met name gelokaliseerd zijn bij de traditionele gezinsverzorging. Bij alpha-hulp, die gemiddeld langer duurt dan traditionele zorg, zijn de verschillen verwaarloosbaar.

6.6. Analyse van activiteiten gezinsverzorging en relatie met hulpomvang

6.6.1. Inleiding

Tijdens het intake-gesprek met de cliënt wordt een uitvoerige inventarisatie gemaakt van de uit te voeren taken. Hiervoor wordt de standaardlijst van het LIER-systeem gebruikt (zie bijlage), dat drie categorieën activiteiten onderscheidt. Ten eerste is er de categorie huishoudelijke verzorgende taken, waaronder de organisatie en uitvoering van huishoudelijke werkzaamheden (licht en zwaar), maaltijdverzorging, verzorging van kleding en linnengoed en boodschappen doen. In totaal betreft deze categorie 15 taken. De tweede groep activiteiten betreft hulp bij of zorg voor algemeen dagelijkse levensverrichtingen, zoals aan- en uitkleden, wassen, eten, medicijngebruik en ziekenverzorging. Er worden in totaal 7 taken onderscheiden. De derde categorie uitvoerende taken ligt op het terrein van de (sociale) begeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van het besturen van het totale huishouden, het bezighouden, begeleiden of zelfs opvoeden van de kinderen, het verlenen van psychische steun en dergelijke. Deze categorie telt in totaal 20 activiteiten. De leidsterstaken (bijvoorbeeld instructie, verwijzing, ondersteuning en dergelijke) zijn hierbij inbegrepen.

De hulp kan twee vormen aannemen: óf er wordt bij de activiteiten ondersteunende hulp gegeven waarbij de cliënt en zijn/haar eventuele gezin zoveel mogelijk zelfstandig blijft, óf de betreffende ta(a)k(en) wordt geheel overgenomen door de gezinsverzorging. Bij een aantal begeleidend of sociale taken is alleen het laatste mogelijk.

In deze paragraaf wordt langs statistische weg de samenhang tussen de uitvoerende taken geanalyseerd. Daarbij wordt zowel per categorie als voor het totaal bekeken of het mogelijk is de veelheid van in het LIER-systeem onderscheiden taken terug te brengen tot een beperkt aantal dimensies van hulpverlening. In principe kan de hypothese geformuleerd worden dat de bovenbeschreven drie categorieën ook langs statistische weg (hier via factoranalyse) teruggevonden dienen te worden. Vervolgens wordt onderzocht of de drie categorieën ook afzonderlijke dimensies van hulpverlening vertegenwoordigen of dat zij meer in elkaars verlengde liggen. Tenslotte wordt beoogd om hiermee de omvang van hulpverlening door de gezinsverzorging te verklaren.

6.6.2. Dimensies van hulpverlening, afzonderlijk bezien

In deze subparagraaf gaan wij in op de eerste vraag: zijn de verschillende taken uit het LIER-systeem samen te voegen tot een beperkt aantal dimensies van hulpverlening? Ter beantwoording van deze vraag worden eerst de drie taakcategorieën afzonderlijk bezien en wordt via factoranalyse de samenhang tussen de mogelijke activiteiten onderzocht. Vervolgens wordt de validiteit van eventuele scha(a)l(en) onderzocht en wordt een keuze gemaakt voor het aantal uiteindelijke schalen (aspecten) per onderscheiden categorie. Tenslotte worden deze schalen bijeengebracht om het aantal dimensies van hulpverlening te bepalen. In de hierna volgende analyses heeft bij de 35 (uitgezonderd de 7 leidsterstaken) mogelijke taken een hercodering plaatsgevonden. Indien de gezinsverzorging bij een activiteit niets ondersteunt of overneemt, is de score nul; wordt er geholpen dan is de score een half en wordt de betreffende activiteit geheel door de gezinsverzorging overgenomen dan is de score één. In de analyse wordt het totale bestand betrokken (inclusief afgesloten hulp situaties; N=2076).

Bij de huishoudelijke verzorgende taken (oorspronkelijk 15 activiteiten) worden via factoranalyse vijf verschillende aspecten gevonden met een totale verklaarde variantie van 69,7%. Deze factoren bestaan uit:

1. organisatie huishoudelijke werkzaamheden en alle werkzaamheden maaltijdverzorging (totaal 6);
2. wassen en strijken;
3. verzorging kleding, verstelwerk en planten/huisdieren;
4. dagelijkse en periodieke boodschappen;
5. licht en zwaar huishoudelijk werk.

Globaal wordt derhalve dezelfde indeling teruggevonden zoals die in het LIER-systeem wordt gehanteerd in de zes subcategorieën voor huishoudelijk verzorgende taken. Daarop zijn twee uitzonderingen: (a) organisatie en (b) maaltijdverzorging worden samengevoegd in één aspect (factor 1), maar (c) de verzorging van kleding en linnengoed wordt juist uiteengelegd in twee factoren (2 en 3). Factoranalyse op de zes oorspronkelijke subcategorieën laat zien dat deze onderdeel van één en dezelfde factor zijn, maar de verklaarde variantie is dan aanzienlijk lager (43,3%). De schaalbaarheid is alleszins goed: de alpha-coëfficiënt bedraagt 0,86 voor de 15 afzonderlijke items of 0,73 voor de zes subcategorieën. Eventuele verbeteringen zijn slechts zeer marginaal (tweede decimaal van alpha-coëfficiënt).

De verzorgende hulp ten aanzien van kinderen en/of volwassenen is de tweede categorie die door de gezinsverzorging wordt onderscheiden en betreft hulp of zorg bij algemeen dagelijkse activiteiten (ADL). De factor-analyse leidt tot twee factoren die precies de

oorspronkelijke indeling volgen: hulp voor kinderen als één factor en alle ADL-items voor volwassenen als tweede factor. De verklaarde variantie beslaat 56,4% van de totale variantie tussen de cliënten. Gezien het feit dat de eerste factor (kinderen) voor onze onderzoekspopulatie niet of nauwelijks relevant is, wordt deze categorie in z'n geheel als één dimensie beschouwd. Weglaten van de eerste factor leidt tot verbetering van de alpha-coëfficiënt van 0,72 naar 0,78. Hiermee resteert de ADL-schaal, die vooral voor ouderen relevant is.

De derde categorie betreft de begeleidende, sociale activiteiten. Via factoranalyse worden uit de 13 mogelijke taken vijf factoren gedestilleerd, die de oorspronkelijke onderverdeling a t/m f (zie bijlage) vrijwel exact volgen. De enige uitzondering betreft het feit dat de sfeerscheppende taken (c) en eventuele werkbezoeken aan buitenshuis verpleegden (d) worden samengevoegd tot één factor. De totale verklaarde variantie is 67%. Indien de factoranalyse wordt uitgevoerd met de oorspronkelijke zes subcategorieën dan worden twee factoren gevonden, waarbij de tweede factor bestaat uit het werkbezoek aan een buitenshuis verpleegd lid van het cliënthuishouden en de subcategorie met betrekking tot de kinderen. Omdat beide taken voor ouderen minder relevant zijn (vaak alleenstaand en geen thuiswonende kinderen), wordt de sociale begeleiding in het vervolg als één dimensie beschouwd. De schaalbaarheid is goed ($\alpha = 0,67$ voor alle 13 items).

Naast de hierboven beschreven categorieën voor de direct uitvoerende werkzaamheden, wordt via het LIER ook geïnventariseerd welke leid(st)erstaken eventueel in de begeleidende sfeer nodig zijn. Via factoranalyse wordt duidelijk dat dit zeer uiteenlopende taken zijn. Er worden drie factoren berekend:

1. instrueren van direct uitvoerenden, het probleembewust maken van de gezinsverzorgenden en het helpen veranderen van de cliëntsituatie;
2. toezicht op de hulpverlening en ondersteunen of helpen verwerken van de problematiek ten gunste van het uitvoerend personeel;
3. het verwijzen naar en samenwerken met andere disciplines.

De verklaarde variantie op cliëntniveau is met 55,5% ten opzichte van de eerder beschreven analyses vrij laag. De schaalbaarheid is volgens Cronbach's alpha van 0,46 eveneens laag, maar niet verder te verbeteren.

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de in het LIER opgenomen taken ook in de (statistische) praktijk consistent in te delen zijn in drie categorieën. Binnen elk der categorieën wordt ook de verdere rubricering middels factoranalyse gereproduceerd. Slechts op enkele punten voldoet het datamateriaal niet aan de LIER-categorieën, doch dit betreffen slechts kleine afwijkingen. Belangrijke uitzondering hierop betreft de grote diversiteit in de niet direct-uitvoerende taken van de leid(st)ers gezinsverzorging. De analyse laat zien dat de zeven taken maar liefst drie verschillende terreinen lijken te bestrijken en derhalve niet tot een noemer zijn terug te voeren. De reden hiervoor is gelegen in het feit dat de leid(st)erstaken de begeleiding betreffen van zowel het uitvoerend personeel als van de (meer gecompliceerde) cliëntsituaties (sociale begeleiding).

6.6.3. Dimensies van hulp en de invloed op aard en omvang van hulp

Aansluitend op voorgaande analyses van mogelijke dimensies in de hulpverlening wordt de factoranalyse toegepast op de drie hoofdcategorieën, waarbij ook de afzonderlijke taken betrokken worden (6 maal huishoudelijk, 2 maal verzorgend en 6 maal begeleidend) en de leid(st)erstaken. Er worden vier factoren afgeleid (zie tabel 6.10):

1. alle huishoudelijke taken, uitgezonderd de eerste (organisatie);
2. organisatie van het huishouden plus ADL-taken volwassenen plus de derde (sfeerscheppende) begeleidingstaak;
3. de totale zorg voor en begeleiding, opvoeding e.d. van kinderen, aangevuld met werkbezoek buitenshuis (de verpleegde moeder!);

Tabel 6.10. Dimensies van hulpverlening (N=2110)*

	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4
HuisD	.760			
HuisC	.678			
HuisE	.656			
HuisB	.588	.510		
HuisF	.381	.258		
ZorgB		.771		
BeglC		.675		
HuisA	.362	.488	.266	
BeglF			.717	
Leid	.292		.701	
BeglE	.384	.271	.614	
BeglA			.314	
ZorgA				.871
BeglB				.829
BeglD		.269	-.278	.379
verklaarde variantie	25,9%	10,9%	7,8%	7,3%

* Alleen factorladingen groter dan 0,25 zijn getoond

4. de resterende begeleidende taken (besturen van huishouden, psychische steun en helpen veranderen van cliëntsituatie) én de leid(st)erstaken.

Grosso modo worden de volgende dimensies teruggevonden: (a) huishoudelijke hulp; (b) ADL-hulp voor volwassenen; (c) hulp ten behoeve van kinderen en (d) sociale begeleiding en leiding. De totaal verklaarde variantie bedraagt 52% en Cronbach's alpha is 0,77.

6.6.4. Verklaring van de verstrekte hulp

De volgende onderzoeksvraag die thans uitgewerkt wordt betreft de vraag of de aard, omvang en duur van de hulpverlening verklaard kunnen worden uit de scores op de hierboven afgeleide dimensies van hulpverlening. Deze dimensies onderscheiden wij in twee vormen, namelijk de oorspronkelijke categorieën uit het LIER-systeem en de (eveneens vier) statistische factoren uit het voorgaande. Voor elke dimensie wordt de somscore van de samenstellende items gebruikt als schaaftscore. De hulpdimensies zijn vervolgens via multiple regressie gebruikt ter verklaring van de hulpomvang in uren, waarbij drie verschillende te

Tabel 6.11. Hulpomvang (uren) bij nog in zorg zijnde cliënten (totaal en 65-plus) verklaard door hulpdimensies*

	geïndiceerd aantal uren		toegevoerd aantal uren		feitelijk aantal uren	
	alle cliënten	65-plus	alle cliënten	65-plus	alle cliënten	65-plus
LIER-dimensies						
huish. verzorging	.342 (16,0)	.325 (14,2)	.326 (14,6)	.314 (13,0)	.555 (21,3)	.585 (22,8)
verzorgende hulp	.406 (21,4)	.489 (24,2)	.393 (19,7)	.463 (21,6)	.034 (1,5)	.116 (5,1)
begeleidend/sociaal	.206 (8,2)	.114 (4,3)	.189 (7,2)	.123 (4,3)	.078 (2,6)	.069 (2,3)
leid(st)erstaken	.005 (0,2)	.013 (0,5)	.018 (0,7)	.002 (0,1)	.002 (0,0)	.002 (0,1)
verkl.variantie (R^2)	.58	.58	.54	.52	.38	.47
factor-dimensies						
factor 1 (huish.)	.324 (16,3)	.310 (13,1)	.314 (14,3)	.305 (12,2)	.522 (20,0)	.556 (21,7)
factor 2 (zorg)	.400 (21,4)	.476 (21,4)	.377 (18,2)	.442 (18,8)	.078 (3,2)	.149 (6,2)
factor 3 (kinderen)	.332 (20,6)	.015 (0,8)	.259 (14,6)	.000 (0,2)	.033 (1,6)	.027 (1,3)
factor 4 (begeleid.)	.077 (4,0)	.088 (3,8)	.098 (4,7)	.086 (3,6)	.072 (2,9)	.066 (2,6)
verkl.variantie (R^2)	.64	.54	.56	.49	.38	.46

* Vermeld worden de gestandaardiseerde β -coëfficiënten met tussen haakjes de t-waarden

verklaren variabelen mogelijk zijn, namelijk de geïndiceerde uren, de toegewezen uren en de productieve uren per cliënt per week. De resultaten (zie tabel 6.11) laten enkele opmerkelijke zaken zien. Duidelijk wordt dat de hulpdimensies met name bij de indicatiestelling een goede verklaring voor de hulpomvang bieden en circa 60% van de variantie verklaren. Bij de feitelijke hulpverlening spelen kennelijk echter nog andere factoren een rol, omdat alleen de huishoudelijke hulpdimensie nog een significante bijdrage levert aan de verklaring van de hulpomvang en de totale verklaarde variantie aanmerkelijk lager is. De tweede conclusie is dat de in de vorige paragraaf afgeleide factor-dimensies een aanzienlijk betere verklaring bieden dan de oorspronkelijke LIER-dimensies. Ook de factor '(sociale) begeleiding/leid(st)erstaken' draagt nu significant bij aan de verklaring van de hulpomvang.

Ten derde kan op basis van de resultaten inzicht gegeven worden in het relatieve belang van de vier onderscheiden hulpdimensies. Bij de indicatiestelling heeft de zorgdimensie waaraan de ADL-items de belangrijkste bijdrage leveren, het grootste gewicht. Vervolgens zijn bij de factor-dimensies de huishoudelijke hulp en hulp ten behoeve van kinderen ongeveer even belangrijk. Het belang van de sociale begeleiding/leid(st)erstaken is aanzienlijk lager dan bij de overige dimensies. De leid(st)erstaken (oorspronkelijke LIER-indeling) leveren géén bijdrage aan de verklaring van de hulpomvang, maar zijn wel van belang als zij in combinatie met begeleidende taken worden meegenomen (de vierde factor).

Samenvattend wordt geconcludeerd dat de LIER-systematiek bij de indicatiestelling vrij consistent blijkt te worden aangehouden. In het traject vanaf indicatie tot feitelijke (productieve) hulpverlening gaan echter meer en meer andere factoren een rol spelen, zodat uiteindelijk de verklaringsgraad op basis van de hulpdimensies aanzienlijk afneemt tot nog geen 40%. De tweede belangrijke bevinding is dat de rubricering in het oorspronkelijke LIER-systeem op basis van de statistische analyses enigszins anders vormgegeven zou moeten worden. De huishoudelijke en verzorgende componenten blijven min of meer intact, maar het lijkt zinvol de totale hulp en zorg voor kinderen apart te onderscheiden en de begeleidende en leid(st)erstaken meer in onderlinge samenhang te bezien.

6.7. De kosten van gezinsverzorging

In het hierboven samengevatte onderzoek is ook de kostprijs van een uur alpha- en traditionele hulp berekend. Hierbij zijn de indirecte kosten zoals indirecte salarissen (administratie, directie, enz.), reis- en verblijfskosten etc. verdeeld over de alpha- en traditionele hulpverlening met het aantal (productieve) hulpverleningsuren als verdeelsleutel. Dit leidt bij alpha-hulp overigens tot een kostprijs die in de praktijk enkele procenten lager zal liggen omdat er te veel indirecte kosten aan de alpha-hulp toegerekend worden. Zo blijkt bijvoorbeeld de benodigde tijd voor de intake bij alpha-hulp circa 20% lager te zijn dan bij traditionele hulp (Centrale Raad Gezinsverzorging, 1988). Een betere toerekeningssystematiek (op basis van kostenplaatsen en kostendragers) is thans bij de Centrale Raad voor Gezinsverzorging in ontwikkeling. De in tabel 6.12 gepresenteerde kostprijzen moeten dan ook als benaderingen beschouwd worden. Ook vergelijking met nationale gegevens is niet goed mogelijk, omdat daar, in tegenstelling tot hier gepresenteerde gegevens, de materiële en huisvestingskosten buiten beschouwing blijven. Deze posten vormen tezamen bij benadering 6 à 7% van de totale kosten. Een productief uur alpha-hulp kost bijna 19 gulden, de traditionele hulp ruim 31 gulden. De gemiddelde eigen bijdrage bestaat slechts een klein deel van de totale kostprijs per productief uur (inclusief 'overhead') en bedraagt 14,7% van de kostprijs per uur bij alpha-hulp en 7,6% bij de traditionele hulp. Substitutie van traditionele naar alpha-hulp kan, indien mogelijk gegeven de individuele cliëntsituatie, leiden tot goedkopere dienstverlening. In de praktijk blijkt het echter, als gevolg van onder andere de tweeverdienerswetgeving, een steeds groter probleem te worden om alpha-hulpverleners aan te trekken.

Tabel 6.12. Integrale kostprijs per productief uur naar hulpvorm, onderscheiden naar directe en indirecte kosten

	alpha-hulp	traditioneel	totaal
integrale kostprijs ¹⁾	f 18,70	f 31,55	f 27,85
waarvan in %:			
- directe kosten ²⁾	61,2	77,0	74,0
- indirecte kosten ³⁾	38,8	23,0	26,0
- opbrengst retributie	14,7	7,6	9,0

1) Gegevens van Maastrichtse instelling voor 1987; afgerond op f 0,05

2) Salarissen incl. sociale lasten van direct uitvoerend personeel

3) Toegedeeld op basis van verdeling van productieve uren

De totale kosten en de financiering van de gezinsverzorging te Maastricht sinds 1981 zijn opgenomen in tabel 6.13. De jaarlijkse mutaties in de kosten, die in 1987 12,4 miljoen bedroegen, lopen ongeveer parallel aan de landelijke ontwikkelingen (zie hoofdstuk 4). De salariskosten zijn met een aandeel van 94% verreweg het belangrijkste, terwijl daarbinnen het aandeel van ondersteunend personeel (administratie en dergelijke) enigszins is gestegen van 18,3% in 1981 tot 19,5% in 1987.

6.8. Samenvatting en conclusies

De gezinsverzorging heeft zich ontwikkeld tot een belangrijke extramurale voorziening voor ouderen met een bereik van 10% van de 65-plussers; ruim 85% van alle cliënten (bij alpha-hulp zelfs bijna 100%) blijkt ouder dan 65 jaar te zijn. Bij de analyse van de individuele kenmerken van de cliënten van de gezinsverzorging is geconstateerd dat alleenstaande ouderen relatief meer gebruik maken van gezinsverzorging, met name de alpha-hulp. Als mogelijke reden daarvoor is het ontbreken van mantelzorg gegeven. De hulpreden lichamelijke handicap komt bij de mensen ouder dan 65 jaar het meest frequent voor. Dit in tegenstelling tot de jongere cliënten waar de reden langdurige ziekte het belangrijkste is. Ouderen vragen daarom gedurende een relatief lange periode hulp, terwijl bij de jongere cliënten de hulpduur korter maar intensiever is. Binnen de groep ouderen (65+) is een positieve samenhang tussen de leeftijd en totale hulpvraag (duur én uren per week) aangetroffen. Voortgaande (dubbele) vergrijzing en individualisering zal in de toekomst een grotere hulpvraag met zich meebrengen waar meer personele en financiële middelen tegenover zullen moeten staan. Daarnaast wordt er veel verwacht van verdere flexibilisering van het aanbod zoals zorg-op-maat, een op de individuele behoefte aangepaste combinatie van alpha-hulp en traditionele hulp en vormen van groepsverzorging in de wijk.

Tabel 6.13. Kosten van gezinsverzorging (x f 1000,-)

kostenposten	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
salarissen traditioneel	7823	7047	7408	7921	7344	7474	8482
salarissen indir. pers.	1854	1984	1989	1996	1936	1949	2265
loonbedrag alpha-hulp	431	390	883	1111	913	809	858
reis en verblijfskosten	86	85	78	75	67	61	74
overige lasten	851	1074	807	910	919	1016	731
totale kosten	11045	10580	11165	12013	11179	11309	12409

7. Wijkverpleging

7.1. Inleiding en dataverzameling

In dit hoofdstuk concentreren wij ons op de Regionale Vereniging het Groene Kruis in Maastricht en omgeving, die ook Eijsden tot haar werkgebied rekent. De gegevens zijn dusdanig bewerkt dat de hier gepresenteerde analyses slechts betrekking hebben op Maastricht. De gegevens zijn voor het eerst beschikbaar voor 1983, doch in dit eerste jaar nog niet geheel valide (zie paragraaf 3.3). In de rest van het hoofdstuk wordt als startjaar uitgegaan van 1984. In paragraaf 7.2 wordt een nadere toelichting gegeven op het door de regionale vereniging te Maastricht gehanteerde rapportagesysteem. Vervolgens worden in paragraaf 7.3 de belangrijkste kenmerken van cliënten van de wijkverpleging geanalyseerd. Aan de orde komen ondermeer de leeftijdsverdeling van cliënten, de verdeling van het aantal contacten over de verschillende leeftijdscategorieën, alsmede de aard van deze contacten. Vervolgens worden bereikcijfers gepresenteerd, waarbij zowel het aantal cliënten als het aantal contacten wordt uitgedrukt in procenten van de bevolking naar leeftijd. De duur van de hulpverlening bij de wijkverpleging en de invloed daarvan op de verdeling van cliënten en contacten komen aan de orde in paragraaf 7.4. In paragraaf 7.5 wordt ingegaan op de personeelsformatie kruisvereniging en de ontwikkelingen daarin gedurende de laatste jaren (tevens afgezet tegen norm-formaties). Tenslotte worden de kosten en financiering van het kruiswerk in Maastricht besproken, waarbij tevens een gemiddelde kostprijsberekening per gerealiseerd contact wordt gepresenteerd. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

7.2. Nadere toelichting op rapportagesysteem in Maastricht

In het kruiswerk fungeert het Wijk Administratie Systeem (in het vervolg: het WAS) als instrument voor de verslaglegging van individuele contacten met cliënten. Groepsactiviteiten zoals worden op deze wijze niet geregistreerd. In Maastricht hanteert men de handleiding van WAS-codes die binnen het gehele kruiswerk in Limburg gebruikt wordt. Het facultatieve deel, waarin onder andere de huisarts, GVO-taken en diagnosecategorieën geregistreerd kunnen worden, is in Maastricht niet in gebruik. Naast het nummer voor de basis-eenheid, wijk en basisfunctionaris worden per cliënt de maand en het jaar van hulpverlening genoteerd, het gezinsnummer uit de ledenadministratie, het gezinslidnummer en de geboortemaand en geboortjaar. Per contact wordt genoteerd of dat binnen of buiten 'kantoor' plaatsvindt. Ook de plaats waar het contact tot stand komt wordt genoteerd, bijvoorbeeld bij patiënt thuis of tijdens spreekuur. Een volgend belangrijk registratie-item betreft het doel van het contact. Onderscheiden worden:

- lichamelijk/hygiënische verzorging; waaronder ook hulp bij ADL-functies, (preventie van) decubitus en hulp bij prothesen;
- verpleegtechnisch handelen, wondverzorging, controle van lichaamsfuncties, catheteriseren en elastische kousen aantrekken;
- medicijnen toedienen, variërend van injecties tot druppelen;
- reactiveren: het bevorderen van zelfstandigheid van de patiënt, assisteren bij het herstel van lichaamsfuncties, gebruik van hulpmiddelen en dergelijke;
- helpen bij therapie of leefregel, zoals advisering en stimulering bij medicijngebruik, voeding/dieet, medische controle, zuurstofapparatuur;

- begeleiden in probleemsituaties, waarbij assisteren bij analyse, oplossing of aanvaarding van problemen van psychosociale of andere aard, stervensbegeleiding, intramurale opname, verlies van partner en dergelijke;
- gezondheidsvoorlichting en -bevordering: het verstrekken van informatie en advies inzake mogelijkheden voor het bevorderen van gezond gedrag of voorzover gewenst begeleiding geven bij het realiseren daarvan;
- screeningsprojecten: het enige wat hier geregistreerd wordt is onderzoek in kader van gehoorscreening (niet-patiëntgerichte deel van formulier);
- contacten met derden ten behoeve van de cliënt worden eveneens geregistreerd, waarbij een uitsplitsing plaatsvindt naar groepen waarmee contact gelegd wordt (zieken-, verpleeghuis, andere disciplines, vrijwilligers en functionarissen eigen organisatie);
- oriëntatie huisbezoeken, hetgeen altijd een nieuwe cliënt betreft, gekoppeld aan een feitelijke hulpvraag (huisbezoeken op initiatief van de organisatie worden onder GVO-doelen geregistreerd).

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het WAS een registratie van handelingen van hulpverleners is en geen systeem voor cliëntregistratie, zoals bijvoorbeeld het LIER-systeem bij de gezinsverzorging.

7.3. Analyse van kenmerken van cliënten van wijkverpleging

Zoals eerder reeds vermeld is, staan in principe gegevens ter beschikking vanaf 1983, het eerste jaar waarin het geautomatiseerde registratiesysteem gehanteerd is. In eerdere analyses werd echter duidelijk dat dit eerste jaar niet goed bruikbaar is, omdat niet alle gegevens ingevoerd zijn. De zorgintensiteit wordt daardoor overschat (Huijsman, 1989c). In de rest van dit hoofdstuk wordt daarom de periode 1984-1988 (5 jaren) nader bestudeerd.

7.3.1. Leeftijdverdeling van cliënten

De oorspronkelijke databestanden (op basis van contacten) zijn dusdanig geaggregeerd (op gezinsnummer en daarbinnen op gezinslidnummer) dat de cliënten zichtbaar worden. Registratieproblemen met betrekking tot het geboortjaar (dat in sommige gevallen geschat wordt binnen de in het WAS gebruikelijke intervallen van tien jaar) zijn min of meer ondervangen door de hoogst opgegeven leeftijd te nemen. Gevoeligheidsanalyses met betrekking tot de invloed van deze veronderstelling hebben niet plaats gevonden.

Tabel 7.1. Aantal cliënten per leeftijdscategorie

leeftijd	1984	1985	1986	1987	1988
≤ 54	5.316	5.034	4.247	4.421	4.418
55 - 59	228	195	141	139	120
60 - 64	348	295	260	244	191
65 - 69	341	354	349	323	307
70 - 74	494	464	451	428	354
75 - 79	640	615	592	557	493
80 - 84	641	701	627	559	603
85 - 89	236	275	300	338	393
≥ 90	137	144	156	180	205
Totaal	8.381	8.077	7.123	7.189	7.084

In de periode 1984-1988 treedt een daling in het totaal aantal cliënten op van 8.381 in 1984 tot 7.084 cliënten in 1988. De laatste jaren lijkt een zekere stabilisatie op te treden rond in totaal 7.100 cliënten in de gemeente Maastricht. Duidelijk is echter dat in het cliëntenbestand het aandeel van ouderen niet zo groot is (zie tabel 7.1). Het aandeel van 65-plus schommelt gemiddeld rond 1/3. Met name de alleroudste cliënten blijven echter tot en met 1988 in relatieve omvang toenemen. In 1984 was nog 4,5% ouder dan 85 jaar; in 1988 is dat 8,4%. Dalende proporties over de gehele periode treffen wij vooral aan bij de 'jong-bejaarden' van 55 tot 75 jaar.

7.3.2. Contacten: aantallen naar leeftijdsgroepen

Het totaal aantal geregistreerde contacten, dat wil zeggen de som van eventuele eerste, tweede en/of derde contacten op een en dezelfde dag, neemt in de gehele periode vrijwel continu toe. In 1984 werden nog ruim 95.700 contacten geregistreerd; in 1988 zijn dat er circa 107.600. Dat betekent een totale toename van 12,4% in 5 jaar of gemiddeld 3% per jaar. De enige uitzondering hierop betreft het jaar 1985 met een daling van 3,5%. Over de precieze oorzaak hiervan is niets bekend. Het aandeel van 65-plus in het aantal contacten neemt steeds verder toe van 69,8% in 1984 tot 78,3% in 1988. Binnen de groep ouderen treedt bovendien een verschuiving op naar oudere leeftijdsgroepen. In 1984 was 48% van de contacten met 65-plus ten behoeve van 80-plus; in 1988 is dat bijna 61%.

Er wordt veelal gewerkt met het gemiddeld aantal contacten per cliënt als indicatie voor de zorgintensiteit van de wijkverpleging. Theoretisch zijn gemiddelden als maatstaf echter alleen betrouwbaar, als de verdeling van mogelijke waarden die van de normale verdeling benadert. Figuur 7.1 laat duidelijk zien dat dat ten aanzien van de verdeling van contacten in geen geval opgaat. De verdeling voor alle cliënten is zelfs zéér scheef: hoewel het aandeel van mensen met slechts één contact op jaarbasis gedaald is, vormt zij 45% van het totaal (50% in 1984). Nog eens 17% heeft twee contacten. Bij 65-plussers is de verdeling minder scheef. In 1988 heeft 20% van hen één contact en 8% twee contacten. Duidelijk komt de bij ouderen hogere zorgintensiteit naar voren: 44% heeft meer dan 10 contacten. Uit de verdeling voor alle cliënten blijkt dat de mediaan bij één contact ligt, doch door afronding komt zij op twee uit. Het gemiddelde (15,2 in 1988) is door de langgerekte staart van de verdeling aanzienlijk hoger. In het vervolg wordt toch in de meeste gevallen met gemiddelden gewerkt, omdat dit de maatstaf is die in publikaties van de Nationale Kruisvereniging gebruikt wordt (zie hoofdstuk 4). De vergelijkbaarheid met nationale gegevens is op deze wijze gewaarborgd.

Tabel 7.2. Aantal contacten per leeftijdscategorie

leeftijd	1984	1985	1986	1987	1988
≤ 54	16.702	14.930	14.814	16.755	15.130
55 - 59	4.726	3.942	2.738	2.558	3.021
60 - 64	7.475	7.264	5.674	4.825	5.163
65 - 69	7.396	5.416	8.727	7.898	8.823
70 - 74	10.428	9.430	10.335	11.747	9.200
75 - 79	17.118	17.228	16.529	16.138	15.108
80 - 84	22.117	23.053	21.750	24.904	25.846
85 - 89	5.958	7.091	12.668	12.999	18.187
≥ 90	3.785	4.039	4.899	6.221	7.131
Totaal	95.705	92.393	98.134	105.045	107.609

Figuur 7.1. Contactverdeling (in %) voor alle cliënten en voor 65-plus

Binnen de groep oudere cliënten (zie tabel 7.3) loopt de zorgintensiteit op vanaf gemiddeld ruim 25 contacten bij de jongsten tot ruim 46 bij de 85-89 jarigen (gegevens 1988). Bij de alleroudste cliënten is het aantal contacten met 34,8 weer iets lager. Over de gehele periode bezien, is er sprake van een stijgende zorgintensiteit zowel over leeftijdsgroepen als in totaal. Van jaar tot jaar bestaan echter belangrijke afwijkingen van de gesignaleerde trend. Vooral bij 85 tot 90 jarigen is de stijging zeer sterk (bijna een verdubbeling ten opzichte van 1984). Beknopt wordt ingegaan op verschillen binnen de onderscheiden leeftijdscategorieën. In tabel 7.3 is voor het meest recente jaar de marge rondom het gemiddeld aantal contacten per leeftijdsgroep weergegeven door middel van de standaardfout. Deze neemt in absolute omvang toe met de leeftijd, net als het gemiddelde, doch in procenten van dat gemiddelde neemt de standaardfout tot 85 jaar af om daarna iets groter te worden.

7.3.3. Contacten: aard en doelen

In tabel 7.4 is de procentuele verdeling weergegeven van de tien mogelijke doelen voor contact met de wijkverpleging (zie paragraaf 7.2 voor een omschrijving). Er treden sterke verschuivingen op in de richting van meer curatieve zorg van een steeds meer bewerkelijke

Tabel 7.3. Gemiddeld aantal contacten per cliënt

leeftijd	1984	1985	1986	1987	1988*
≤ 54	3,14	2,97	3,49	3,79	3,42 (0,35)
55 - 59	20,73	20,22	19,42	18,40	25,18 (5,42)
60 - 64	21,48	24,62	21,82	19,77	27,03 (4,69)
65 - 69	21,69	15,30	25,01	24,45	28,74 (4,38)
70 - 74	21,11	20,32	22,92	27,45	25,99 (2,89)
75 - 79	26,75	28,01	27,92	28,97	30,65 (3,08)
80 - 84	34,50	32,89	34,69	44,55	42,86 (3,68)
85 - 89	25,25	25,79	42,23	41,42	46,28 (4,99)
≥ 90	27,63	28,05	31,40	34,65	34,79 (4,02)
Totaal	11,42	11,44	13,78	14,61	15,19 (0,63)

* Tussen haakjes de standaardfout

Tabel 7.4. Procentuele verdeling van contactdoelen

Contactdoel	1984	1985	1986	1987	1988
oriëntatie	0,63	0,79	0,74	0,64	0,67
lich.verzorging	41,19	46,06	47,24	49,87	52,64
verpleegk.handelen	14,39	14,64	15,65	15,04	16,14
medicijntoediening	7,87	7,76	8,52	8,60	9,12
reactiveren	2,90	1,99	1,85	1,78	1,13
therapie, leefregels	9,27	7,30	6,35	5,62	3,97
begeleiding probl.	7,47	6,98	6,62	5,70	4,24
GVO, bevordering	9,02	8,43	6,98	6,81	6,96
screening	0,16	0,03	0,02	0,02	0,03
contact met derden	6,99	6,01	6,03	5,92	5,11
Totaal aantal (=100%)	95.705	92.393	98.134	105.045	107.609

aard. Lichamelijke hygiënische verzorging neemt toe van 41,2% in 1984 naar 52,6% in 1988. Het absolute aantal contacten met dit doel stijgt dan met 44% in 5 jaar tijd, terwijl de stijging in alle contacten 12% bedraagt. Ook het belang van het contactdoel verpleegtechnisch handelen loopt op van 14,4% in 1984 naar 16,1% in 1988. In absolute termen betekent dit een toename met 25%.

De toenemende curatieve zorg in de vorm van lichamelijke verzorging en verpleging is ten koste gegaan van het helpen bij therapie en leefregel, begeleiden bij probleemsituaties en contacten met derden. Bij andere contactdoelen zijn de ontwikkelingen in de tijd niet zo geproforceerd als bij de hiervoor genoemde. Interessant is vervolgens of het bovenstaande en meer algemene beeld nog specifieke ontwikkelingen naar leeftijdsgroepen heeft gekend. De diverse verpleegdoelen die bij de wijkverpleging geregistreerd worden, blijken een belangrijke relatie met de leeftijd van de cliënt te hebben. Met name bij lichamelijke hygiënische verzorging springt dat positieve verband met leeftijd in het oog: bij de cliënten jonger dan 55 jaar is slechts 21% van alle contacten ten behoeve van dit doel, terwijl dat bij de alleroudsten ruim 75% is. Bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is de relatie met leeftijd juist andersom. Vervolgens is er een aantal doelen dat een piek heeft bij een bepaalde leeftijdscategorie. Zo'n piek treffen wij aan bij jong-bejaarden met betrekking tot verpleegkundige handelingen, therapie, begeleiding en reactivering. Een piek bij hoog-bejaarden wordt daarentegen gevonden bij het doel medicijnen toedienen, uitgezonderd bij de 90-plussers, waar lichamelijke verzorging de overhand heeft.

Tabel 7.5. Leeftijdsspecifieke verdeling contactdoelen in 1988

contactdoel	≤54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	totaal
oriëntatie	1,1	0,8	0,7	0,8	0,9	0,7	0,5	0,4	0,3	0,7
verzorging	20,8	51,9	50,6	52,2	45,9	57,2	57,3	64,0	75,7	52,6
verpl.hand.	15,0	24,4	23,1	19,7	23,4	18,5	14,0	12,4	8,7	16,1
medicijnen	5,8	2,5	1,9	9,1	11,7	5,0	15,5	10,3	3,4	9,1
reactiver.	0,3	2,7	2,0	1,1	1,3	1,1	1,0	1,4	1,4	1,1
therapie	2,7	4,0	6,6	4,1	3,5	5,6	4,0	3,3	3,4	4,0
begeleiden	6,4	5,4	7,7	6,4	5,9	4,5	2,4	2,8	1,5	4,2
GVO, bevord.	41,1	1,9	2,3	1,5	2,1	1,8	1,0	0,9	1,0	7,0
screening	0,2					0,0				0,03
cont.derden	6,5	6,4	5,1	5,2	5,3	5,7	4,3	4,6	4,5	5,1
Totaal	15130	3021	5163	8823	9200	15108	25846	18187	7131	107609

Leeftijdsspecifieke ontwikkelingen in de aard van de contacten sinds 1984 (niet in tabellen weergegeven) blijken vrijwel parallel te lopen aan algemene trends in de verdeling van contacten naar verpleegdoelen (tabel 7.4) en aan de eveneens algemene verschuiving van contacten naar oudere cliënten. Uitzonderingen op deze regel zien wij met name bij de alleroudsten, voor wie vóór 1988 het aandeel van lichamelijke verzorging circa 10 procentpunten lager ligt ten gunste van verpleegkundig handelen en medicijntoediening. Bij dat laatste doel was van alle contacten in 1984 circa 10% en in 1988 ruim 21% ten behoeve van 85-plus. Bij verpleegkundige handelingen is het aandeel van 85-plus meer dan verdubbeld van 6,8% naar 16,5%. De algemene afname in contacten met derden is bij hoogbejaarde cliënten niet opgetreden, zodat deze contacten steeds meer ten gunste van ouderen komen.

7.3.4. Contacten: tijd en plaats

Naast het doel van het betreffende contact wordt ook geregistreerd waar en op welk tijdstip (naar dagdeel en werkdag) het contact plaats vindt. Tabel 7.6 geeft een overzicht van de contacten naar tijd en plaats in de periode 1985-1988. Het jaar 1984 wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat de gegevens voor dit jaar onvolledig zijn. De contacten tijdens de zater-, zon- en feestdagen zijn bijvoorbeeld niet afzonderlijk geregistreerd. Er treedt een verschuiving op van contacten tijdens kantooruren naar 's avonds en in het weekend of tijdens feest- of vrije dagen. Toch betreft het een geleidelijke verschuiving: tijdens kantooruren ontstond in 1985 86% en in 1988 79% van de contacten.

De 24-uursbereikbaarheid heeft in Maastricht sinds 1986 gestalte gekregen. De registratie van de bereikbaarheidsdienst wordt los van het WAS gevoerd. De mate van detail van de gegevens is dan ook beperkt en kent bijvoorbeeld geen leeftijdsverdeling. Aan de andere kant zijn toch enkele relevante gegevens beschikbaar die inzicht geven in deze betrekkelijk nieuwe vorm van dienstverlening door het kruiswerk (Huijsman, 1989c). In de jaren 1986-1988 is het aantal contacten via de bereikbaarheidsdienst verdrievoudigd (van 321 naar 931), waarbij gegevens over de eerste helft van 1989 (653 contacten) doen vermoeden dat deze groei onverminderd doorgaat. De belangrijkste initiatiefnemer is de cliënt zelf of een huisgenoot (80 à 85%). De huisarts of andere extramurale voorzieningen spelen een bescheiden (3% in 1986-1988) doch iets toenemende rol (5% in eerste helft 1989), ook bij eventuele doorverwijzing na het contact. Via de bereikbaarheidsdienst wordt 40% naar de dagdienst verwezen, 25% naar de avonddienst, een klein deel naar de huisarts (3%) en 18% wordt direct afgehandeld.

Tabel 7.6. Tijdstip en plaats van de contacten, 1985-1988

tijdstip en plaats	1985	1986	1987	1988
werkdagen, 8-18 uur				
. bij cliënt thuis	71.617	73.315	75.707	76.007
. spreekuur/consul.buro	429	389	397	484
. elders/tijd.verblijfpl.	2.226	2.608	2.980	2.294
. telefonisch contact	3.612	3.422	3.705	4.396
. combinatiebezoek	1.438	1.584	2.181	1.996
werkdagen, 18-23 uur				
. bij cliënt thuis	7.124	8.108	10.048	11.831
. overige categorieën	25	13	27	67
za-, zo-, feestdag, 8-18 uur				
. bij cliënt thuis	5.825	8.230	9.621	10.283
. overige categorieën	25	152	282	230
's nachts, 23-8 uur				
. totaal	13	4	64	3
onbekend/registratiefout	59	309	33	18
Totaal aantal contacten	92.393	98.134	105.045	107.609

7.3.5. Bereik van wijkverpleging

Er zijn twee gangbare methoden om het bereik van wijkverpleging tot uitdrukking te laten komen: één door het aantal cliënten uit te drukken in procenten van de bevolking en een door het aantal contacten uit te drukken per 100 inwoners. De Nationale Kruisvereniging gebruikt in haar rapporten de zelfstandig wonende bevolking als basis. Deze aanpak wordt hier niet gevolgd om twee redenen. Ten eerste richt het onderzoek zich op alle voorzieningen voor ouderen en dienen deze herleid te worden tot één en dezelfde noemer. Ten tweede kan met de NK-methode ook niet goed ingespeeld worden op de (beoogde) resultaten van het substitutiebeleid en wordt zelfs een onjuist beeld gegeven in die gevallen waarin veranderingen in aantallen cliënten en/of contacten niet precies gelijke tred houden met veranderingen in het aandeel van zelfstandig wonende ouderen. In het vervolg worden beide methoden om de bereikcijfers te berekenen gevolgd, maar uitgedrukt in procenten van de totale populatie, gespecificeerd naar leeftijdsgroepen en het totaal der 65-plussers.

In tabel 7.7. wordt een overzicht gegeven van het aantal cliënten ten opzichte van de bevolking per 1 januari van elk jaar (eerste methode).

Het bereik ten opzichte van 65-plussers is 2 à 2½ keer zo groot als het totale bereik van de wijkverpleging, dat nu schommelt rond de 6%. Overigens zijn dergelijke bereikcijfers voor de wijkverpleging door het grote aandeel van éénmalige cliënten (45%) enigszins geflatteerd. Net als eerder in hoofdstuk 4 werd geconcludeerd voor de nationale gegevens, zien wij ook hier in de gehele periode een dalend bereikcijfer (tot 6,1% in 1988). Tenslotte wordt een zeer hoog bereikcijfer gevonden voor de hoogste leeftijdscategorieën: bijna 30% voor 80-84 jaar en ruim 40% voor 85-plus, bij welke groep de stijging in bereik opvallend is.

In tabel 7.8 is de tweede methodiek gevolgd, waarbij het aantal contacten is uitgedrukt per inwoner. Nu uit het voorgaande bekend is, dat zowel het (relatieve) aantal cliënten als het gemiddeld aantal contacten per cliënt sterk toeneemt met de leeftijd van de cliënt, zal het niet verbazen dat deze twee factoren, elkaar versterkend, leiden tot een scherp leeftijds patroon voor het aantal contacten per inwoner. Met uitzondering van 1985 treedt een vrijwel voortdurende stijging in het aantal contacten per inwoner op gedurende de periode 1984-1988, met name in de oudere leeftijdsgroepen. De stijgende zorgintensiteit (aantal contacten per cliënt) compenseert derhalve de dalende bereikcijfers volgens de eerste methode en leidt zo tot stijgende bereikcijfers volgens de tweede methode. Deze laatste lijkt te prefereren boven de eerste, omdat de eenmalige contacten, die 3% van de contacten en 45% van de cliënten betreffen, nu niet zo'n zwaar gewicht krijgen.

Tabel 7.7. Cliënten in procenten van de bevolking (per 1-1)

leeftijdsgroep	1984	1985	1986	1987	1988
≤ 54 jaar	6,19	5,84	4,92	5,10	5,09
55 - 59 jaar	3,55	3,04	2,18	2,13	1,84
60 - 64 jaar	5,66	4,68	4,10	3,90	3,09
65 - 69 jaar	7,21	7,50	7,05	6,20	5,72
70 - 74 jaar	12,19	11,20	10,80	10,22	8,39
75 - 79 jaar	21,64	20,13	18,90	17,50	15,20
80 - 84 jaar	34,50	36,78	32,02	27,54	29,40
≥ 85 jaar	31,29	33,90	35,60	39,97	43,18
Totaal	7,40	7,08	6,22	6,23	6,12
65-plus	16,80	16,95	15,97	14,99	14,48

Tabel 7.8. Gemiddeld aantal contacten per inwoner

leeftijd	1984	1985	1986	1987	1988
≤ 54	0,19	0,17	0,17	0,19	0,17
55 - 59	0,74	0,61	0,42	0,39	0,46
60 - 64	1,22	1,15	0,89	0,77	0,83
65 - 69	1,56	1,15	1,76	1,52	1,65
70 - 74	2,57	2,28	2,47	2,80	2,18
75 - 79	5,74	5,64	5,28	5,07	4,66
80 - 84	11,90	12,10	11,11	12,27	12,60
≥ 85	8,17	9,00	13,71	15,60	18,28
Totaal	0,84	0,81	0,86	0,91	0,93
65-plus	4,51	4,40	4,83	5,09	5,18

7.3.6. Personeelsinzet en aard van contacten

Het is interessant te bezien welke personeelscategorieën ingezet worden bij welke soort activiteiten en bij welke cliëntgroepen (naar leeftijd). De verdeling van contacten over wijkverpleegkundigen, wijkzakenverzorgenden, de vervang(st)ers van beide en de verpleegkundigen in de wijk staat vermeld in tabel 7.9.

De verhouding tussen het personeel in de wijkverpleging en wijkzakenverzorging (inclusief vervanging) is in de periode 1984-1988 vrijwel constant. Opvallend is daarbij dat vervanging ten behoeve van wijkverpleegkundigen steeds meer voorkomt en zeer omvangrijk is in 1988. Hier doet zich kennelijk de groeiende krapte op de arbeidsmarkt voor deze categorie gelden (Boot en Knapen, 1988). Vervanging wordt vooral ingezet in de avond- en weekenddienst, die in omvang sterk toeneemt, maar waarvoor in afwachting van een reorganisatie nog geen structurele plaatsen zijn gecreëerd. Tenslotte wordt wellicht de vaste formatie tot een minimum beperkt, zodat in piekperiodes een flexibele inzet van op ad hoc basis aangetrokken personeel (uit pool) bereikt kan worden.

Voor het meest recente jaar analyseren wij vervolgens de besteding van de contacten per personeelscategorie aan de verschillende verpleegdoelen. Hierdoor kunnen verschillen in het werk van de diverse personeelscategorieën beter aan het licht gebracht worden (zie tabel 7.10). Van alle contacten wordt in 1988 gemiddeld 52,6% door wijkverpleegkundigen gedaan, 19% door vervanging van hen, 22,2% door wijkzakenverzorgenden of hun vervanging (4,9%) en 1,3% door verpleegkundigen in de wijk.

De wijkverpleegkundigen houden zich relatief weinig bezig met het verpleegdoel lichamelijke verzorging, maar relatief meer met verpleegkundig handelen, het bijstaan bij therapie en leefregels, het begeleiden bij probleemsituaties en de screening (alle contacten met dit doel). Ook contacten met derden worden veelal door wijkverpleegkundigen

Tabel 7.9. Procentuele verdeling van contacten naar personeelscategorieën

personeelscategorie	1984	1985	1986	1987	1988
wijkverpleegkundigen	60,0	58,0	58,5	57,9	52,6
vervanging wijkverpl.	10,6	16,2	15,7	16,9	19,0
wijkzakenverzorgenden	24,8	20,7	19,3	19,3	22,2
vervanging wijkziekenv.	1,7	4,0	5,3	5,0	4,9
verp.kundigen in wijk	2,9	1,1	1,2	1,0	1,3
Totaal contacten (=100%)	95.705	92.393	98.134	105.045	107.609

Tabel 7.10. Verdeling van contacten naar aard per personeelscategorie in 1988

contactdoelen	wvp ¹	vervp ²	wzv ³	verwz ⁴	viw ⁵	Totaal
oriëntatie	1,0	0,2	0,4	0,1	0,8	0,7
lich. verzorging	41,7	69,0	59,8	71,8	61,4	52,6
verpleegk.handelen	18,1	14,6	13,5	12,7	17,2	16,1
medicijntoediening	9,7	8,0	8,6	11,0	1,9	9,1
reactivering	1,1	0,6	2,0	0,1	1,0	1,1
therapie, leefregel	4,5	1,7	5,5	1,0	0,1	4,0
begeleiden probl.	5,7	1,6	3,2	1,1	11,3	4,2
GVO, bevordering	11,3	3,5	1,4	0,1	1,3	7,0
screening	0,1	-	-	-	-	,03
contact met derden	6,8	0,8	5,5	2,1	5,0	5,1
Totaal (=100%)	56655	20456	23900	5248	1350	107609

1. wijkverpleegkundige (wvp)
2. vervang(st)er van wijkverpleegkundige (vervp)
3. wijkziekenverzorger (wzv)
4. vervang(st)er van wijkziekenverzorger (verwz)
5. verpleegkundige in de wijk (viw)

onderhouden. Bij vervanging komt het accent met name op lichamelijke verzorging te liggen. Contacten met derden zijn dan bijvoorbeeld veel minder in vergelijking met de te vervangen categorie. Ook meer secundaire verpleegdoelen, zoals begeleiding bij problemen, therapie en leefregel, zijn relatief gering. Dergelijke verschuivingen bevreemden echter niet, indien bedacht wordt dat vervanging maar tot 70% mag worden ingezet.

De personeelsinzet is tot besluit van deze paragraaf in de tabel 7.11 gespecificeerd naar de leeftijd van de cliënt waarmee de hulpverlener contact heeft. Deze tabel is op basis van het cliënten- en niet het contactenbestand gegenereerd, om in beeld te brengen welke hulpverleners de cliënt ontmoet. Voor bijvoorbeeld 20 contacten met één wijkziekenverzorger en één contact met een wijkverpleegkundige betekent dat op cliëntniveau dat de relatieve komst voor beide hulpverleners gelijk is. Er komt een duidelijk verband met leeftijd naar voren, dat in relatie staat met het hiervoor beschreven patroon van contacten en de aard daarvan, onderscheiden naar de leeftijd van de cliënten en personeelscategorieën.

7.4. Duur van hulpverlening en invloed op verdeling van contacten

De jaarbestanden van het wijkadministratiesysteem zijn zodanig gekoppeld, dat getraceerd kan worden hoe lang de cliënten in zorg zijn bij de wijkverpleging. Bij deze analyse van de duur van de hulpverlening kan niet verder teruggekeken worden dan tot 1984.

Tabel 7.11. Contact met personeelscategorieën (in %) op cliëntniveau in 1988

pers.categorie	≤54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	Tot.
wvp	88,2	63,3	68,9	63,6	55,6	57,6	46,9	40,5	38,4	74,8
vervanging wvp	10,7	16,3	13,7	15,3	16,3	14,5	15,5	18,4	19,9	12,7
wzv	0,7	16,0	14,6	17,5	23,9	23,0	31,6	34,0	36,3	10,3
vervanging wzv	0,2	2,7	1,9	1,9	2,6	3,9	4,8	5,6	5,2	1,6
viw	0,2	1,7	0,9	1,7	1,5	0,9	1,1	1,5	0,3	0,6
Totaal (=100%)	4418	120	191	307	354	493	603	393	205	7084

* Tussen haakjes bij contacten in één jaar is vermeld hoeveel cliënten slechts één contact met het kruiswerk hebben gehad.

Figuur 7.2. Duur van de hulpverlening door de wijkverpleging: mogelijke combinaties in de periode 1984-1988 en het aantal cliënten

Vanwege verwerkingsproblemen kon slechts een klein aantal variabelen voor de analyse geselecteerd worden: het gezinsnummer en gezinslidnummer (de zoek sleutels in de koppeling van de jaarbestanden), het geboortejaar, het totaal aantal contacten in een jaar en tenslotte het begin- en eindpunt van hulpverlening binnen één jaar (op kwartaalbasis).

In figuur 7.2 zijn alle mogelijke combinaties in de periode 1984-1988 (in totaal $2^5-1=31$) in beeld gebracht. De eerste vijf mogelijkheden betreffen cliënten die slechts in één jaar contact hebben gehad, waarbij tussen haakjes vermeld is hoeveel van deze personen slechts één contact hadden. Vervolgens wordt in beeld gebracht hoeveel cliënten in een bepaald jaar, beginnend met 1984, ook in een volgend jaar of nog langer in zorg zijn. Het optreden van een contact in een bepaald jaar wordt in de figuur steeds aangegeven door een blokje. Als laatste mogelijkheid zijn tenslotte de cliënten in beeld gebracht die in 1987 voor het eerst in zorg kwamen en ook in 1988 gebruik gemaakt hebben van de wijkverpleging.

Een groot deel van de cliënten blijkt in slechts één van de jaren contact te hebben gehad: gemiddeld gaat het om bijna 36% van alle cliënten op jaarbasis. Dit cijfer wordt echter om twee redenen enigszins vertekend. Enerzijds is het mogelijk dat er al cliënten van vóór 1984 aanwezig waren en voor wie 1984 het laatste jaar van wijkverpleging was. Anderzijds zullen er cliënten zijn die in 1988 voor het eerst in zorg kwamen en in 1989 terugkeren. In 1985-1987 is het percentage cliënten dat slechts contact had in één van deze drie jaren dan ook lager (circa 29%). Van deze cliënten had bovendien ongeveer de helft slechts één contact.

Tabel 7.12. Verdeling van cliënten en contacten naar hulpduur (in %)

hulpduur	cliënten				contacten			
	1985	1986	1987	1988	1985	1986	1987	1988
nieuw	53,9	48,8	46,8	44,3	31,8	28,0	26,0	23,6
1 jaar	46,1	19,3	16,2	17,9	68,2	23,6	17,3	17,5
2 jaar		31,9	15,7	12,5		48,4	16,7	10,3
3 jaar			21,4	10,9			40,1	15,6
4 jaar				14,5				33,0
Totaal (=100%)	8077	7123	7189	7084	92393	98134	105045	107609

Om de gemiddelde duur van de hulpverlening te benaderen, is in tabel 7.12 berekend hoe lang de cliënten in een bepaald jaar al in zorg waren en hoe de verdeling van contacten over de verschillende cohorten is. Gebruik makend van de epidemiologische vuistregel dat de incidentie (de nieuwe cliënten) maal de duur gelijk is aan de prevalentie (het totaal aantal cliënten), kan de gemiddelde duur van de wijkverpleging benaderd worden op $2\frac{1}{4}$ jaar in 1988 (de reciproke van de fractie nieuwe cliënten).

Er blijkt sprake te zijn van een geleidelijke toename van de hulpduur, waarbij het aandeel van nieuwe cliënten steeds kleiner wordt. Deze nieuwe cliënten krijgen bovendien gemiddeld minder contacten (in 1988 gemiddeld 8,1 contacten tegenover een overall gemiddelde van 15,2), terwijl de zorgintensiteit van de al aanwezige cliënten stijgt, zodat het aandeel van de contacten met nieuwe cliënten in het totaal nog scherper daalt (van 32% naar iets minder dan 23,6%). Tenslotte blijkt het gemiddeld aantal contacten (zie tabel 7.13) toe te nemen met de duur van de hulpverlening, zodat met name de zorgintensiteit van cliënten die 3 jaar of langer in zorg zijn, hoog is ($1\frac{1}{2}$ à 2 maal boven het gemiddelde).

Uit het voorgaande blijkt welk beslag langdurige hulpverlening legt op de beschikbare capaciteit. Dit is het mooist te illustreren met de cliënten die in 1988 al (minstens) vier jaar onafgebroken in zorg zijn geweest bij de wijkverpleging. Uit figuur 7.2 (mogelijkheid 13) blijkt dat het een relatief kleine groep betreft (500 cliënten). Met een aandeel van 7,1% in het totale cliëntenbestand van 1988 gebruikt deze groep langdurig verzorgden circa 29.500 contacten, dat is 27,4% van het totaal aantal contacten in 1988 (zie tabel 7.14). Dit aandeel in het totaal aantal contacten is bovendien geleidelijk gestegen gedurende de periode 1984-1987 om in het laatste jaar weer enigszins te dalen, maar is altijd vrij hoog geweest. De gemiddelde zorgintensiteit voor deze 'zware' cliëntencategorie binnen de wijkverpleging is het hoogst van alle cliënten en stijgt gedurende de gehele periode in snel tempo, met uitzondering van het laatste jaar. Tenslotte kan vermeld worden dat deze groep cliënten ook het grootste aantal ouderen telt: 60% van deze cliënten is 65 jaar of ouder tegenover een ge-

Tabel 7.13. Gemiddeld aantal contacten voor diverse cohorten

hulpduur	1985	1986	1987	1988
nieuwe cliënten	6,8	7,9	8,1	8,1
1 jaar in zorg	16,9	16,9	15,6	14,9
2 jaar in zorg		20,9	15,5	12,5
3 jaar of meer			27,5	29,1
gemiddeld	11,4	13,8	14,6	15,2

Tabel 7.14. Kerncijfers voor cliënten met onafgebroken hulp (N=500)

	1984	1985	1986	1987	1988
aandeel in (%):					
. cliëntenbestand	6,0	6,2	7,0	7,0	7,1
. totaal contacten	23,1	26,6	28,0	30,2	27,4
gemiddeld aantal contacten p.cliënt	44,3	49,2	54,9	63,4	59,1

middeelde over de gehele periode van ruim 30%. Van alle contacten met deze intensief zorg-behoevende cliënten in 1988 is 88% ten behoeve van 65-plus.

Het voorgaande kan de vraag doen rijzen, of het gemiddeld aantal contacten niet hoger zou moeten zijn. Uit de frequentieverdeling van het aantal contacten (zie tabel 7.15) blijkt dat ook bij die cliënten die al langer in zorg zijn, het nog vaak voorkomt dat dit niet meer dan één contact per jaar betreft. Weliswaar daalt dit aandeel naarmate deze cliënten langer in zorg zijn, maar dat gaat zeer geleidelijk tot het moment dat men drie jaar in zorg is. Pas bij de categorie die sinds 1984 onafgebroken in zorg is, neemt het aandeel van cliënten met slechts één contact significant af tot 26,4%. Het feit dat men al langer in zorg is, doet zich met name gelden in de staart van de verdeling. Twee of meer contacten per week (meer dan 100 per jaar) komt voor bij 14,6% van de sinds 1984 aanwezige cliënten en bij slechts 1,2% van de nieuwe cliënten.

Bij de ouderen (tabel 7.16) komt een min of meer vergelijkbaar patroon naar voren, maar is het aandeel van mensen met één contact aanzienlijk lager, met name bij langdurige hulp. Toch heeft nog 9% van de cliënten die sinds 1984 aanwezig zijn jaarlijks maar één contact. Aan de andere kant heeft één op de tien van hen minstens elke werkdag in het jaar contact met de wijkverpleging (6,3% zelfs 365 dagen per jaar).

Door terugkoppeling van de hulpduur naar het oorspronkelijke cliëntenbestand voor 1988 kan tot slot van dit hoofdstuk de verdeling van contacten naar verpleegdoelen geanalyseerd worden voor de verschillende categorieën cliënten. Daarbij gaan wij weer uit van de cliënten die sinds zij in zorg kwamen onafgebroken gebruik zijn blijven maken van de wijkverpleging.

Naarmate de hulpduur toeneemt verschuift de aard van de hulp door wijkverpleging in de richting van steeds meer lichamelijke hygiënische verzorging, verpleegkundige handelingen

Tabel 7.15. Contactfrequentie voor enkele belangrijke groepen in 1988

verdeling van contactdoelen	onafgebroken in zorg sinds				nieuwe cliënten in 1988	alle cliënten in 1988
	1984	1985	1986	1987		
één contact	26,4	43,9	45,2	44,2	45,8	45,3
2- 9 contacten	26,6	28,0	37,6	37,8	38,3	35,8
10- 49 contacten	20,6	10,3	8,1	10,5	12,6	11,7
50- 99 contacten	11,8	9,0	4,1	3,6	2,2	3,7
100-199 contacten	7,4	4,0	2,8	2,4	1,0	2,1
200-364 contacten	2,8	2,6	1,5	1,3	0,1	0,8
365 of meer cont.	4,4	2,1	0,7	0,2	0,1	0,6
Cliënten (=100%)	500	378	604	1265	3136	7084

Tabel 7.16. Contactfrequentie voor enkele groepen 65-plussers in 1988

verdeling van contactdoelen	onafgebroken in zorg sinds				nieuwe cliënten in 1988	alle cliënten in 1988
	1984	1985	1986	1987		
één contact	8,9	12,7	19,9	18,7	22,7	20,1
2- 9 contacten	22,2	25,4	33,7	27,6	40,8	33,8
10- 49 contacten	30,5	43,0	32,0	42,0	28,4	27,6
50- 99 contacten	17,9	20,4	12,2	12,1	5,1	9,5
100-199 contacten	10,6	9,9	7,2	6,9	2,5	5,4
200-364 contacten	3,6	5,6	5,0	4,0	0,3	2,1
365 of meer cont.	6,3	3,5	2,2	0,6	0,3	1,4
cliënten (=100%)	302	142	181	348	1046	2355

en medicijnen toedienen (zie tabel 7.17). Deze verschuiving gaat ten koste van begeleiding in probleemsituaties, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de contacten met derden. Dit soort contactdoelen is kennelijk minder noodzakelijk of minder relevant naarmate men langer in zorg is bij de wijkverpleging. Het aandeel van ouderen neemt eveneens toe naarmate men langer in zorg is. Bij nieuwe cliënten in 1987 is 27,5% ouder dan 65 en 14% ouder dan 80 jaar. Dit loopt op tot 60,4% en 33,2% voor cliënten die sinds 1984 onafgebroken in zorg zijn. Gemiddeld is van alle cliënten in 1988 33,2% 65-plus en 17% 80-plus.

7.5. Personeelsformatie van kruiswerk in Maastricht

Uitgaande van de Kernbeleidsstatistiek voor de provincie Limburg (periode 1979-1984) en de jaarverslagen van de regionale vereniging zelf, zijn in tabel 7.18 de ontwikkelingen in de personeelsformatie uitgezet naar personeelscategorieën en in totaal (in full-time equivalenten, afgekort tot f.t.e.).

Sinds 1980 blijkt met name het direct uitvoerend personeel (inclusief hoofdwijkverpleegkundigen) sterk uitgebreid te zijn van 55 naar 79,5 formatieplaatsen, een gemiddelde jaarlijkse toename van 5,4%. Het ondersteunende personeel is in omvang nagenoeg constant gebleven, na een aanvankelijke uitbreiding in 1984. De totale formatie is thans 91,4 arbeidsplaatsen (f.t.e.). Ten opzichte van 1980 betekent dat een gemiddelde groei met 4,5% per jaar.

Door het stabiel gebleven formatiepeil van indirect personeel, is de verhouding direct versus indirect personeel sterk verbeterd ten gunste van de hulpverlening. Deze ontwikkeling heeft ook nationaal plaatsgevonden. Thans is 87% van al het personeel direct bij de hulpverlening betrokken, waarbij ook de bijna 7 f.t.e. voor hoofdwijkverpleegkundigen meegerekend is. In 1980 lag dit percentage nog op 82%.

Tabel 7.17. Verdeling contacten voor enkele belangrijke groepen in 1988

verdeling van contactdoelen	onafgebroken in zorg sinds				nieuwe cliënten in 1988	totaal in 1988
	1984	1985	1986	1987		
lich. verzorging	63,1	55,1	56,6	55,0	39,3	52,6
verpleegk. handelen	13,2	14,8	10,7	14,2	23,7	16,1
medicijntoediening	12,2	14,4	11,0	6,6	5,7	9,1
contact met derden	3,3	4,6	4,7	5,5	6,3	5,1
overige doelen	8,2	11,1	17,0	18,7	25,0	17,1
Totaal (=100%)	29531	13590	10177	18814	25385	107609

Tabel 7.18. Personeelsformatie van regionale kruisvereniging Maastricht en omgeving*

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
direct personeel	55,0	57,0	60,8	64,9	71,89	73,44	78,07	79,50
wijkverpleegkund.	34,0	31,5	37,5	40,6	42,25	44,75	52,95	48,02
verpl. in de wijk	6,5	6,5	4,5	4,5	2,75	0,50	0,50	6,05
wijkziekenverz.	12,5	12,0	15,0	15,0	16,18	15,36	17,97	18,32
hoofdwijkverpl.	2,0	4,0	3,8	4,8	4,94	5,90	6,12	6,95
niet nader gespec.	-	-	-	-	5,76 ^a	6,93 ^b	0,03 ^c	0,15 ^c
indirect personeel	12,0	11,9	11,0	10,7	13,16	12,55	11,70	11,88
aeor./administratie	5,5	5,5	5,5	5,5	6,77	6,60	6,26	6,53
administrateur	1,0	1,0	1,0	1,0	1,00	1,00	1,00	1,00
techn./huish.pers.	3,5	3,7	3,5	3,2	4,39	3,85	3,43	3,35
directeur	2,0	1,0	1,0	1,0	1,00	1,00	1,00	1,00
Totale formatie	67,0	68,2	71,8	75,6	85,05	85,98	89,77	91,38

* Bron: Kernbeleidsstatistiek (gegeven t/m 1983) en Jaarverslagen kruisvereniging Maastricht e.o. (gegevens vanaf 1984). Exclusief CB-artsen (thans 2,06 f.t.e.)

a) Wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk

b) allerlei personeelscategorieën tezamen

c) fysiotherapie t.b.v. zwangerschap

De jaarlijkse uitbreidingen zijn een uitvloeisel van de vanaf 1980 aan het Kruiswerk toegekende volumegroei en wordt op basis van provinciale volumeplannen verdeeld over de regionale verenigingen. Naast volumegroei is in 1983 en 1984 tevens sprake van uitbreiding als gevolg van de herbezetting in het kader van de arbeidsduurverkortung. Deze herbezetting mocht echter niet voor 100% benut worden. Tenslotte geldt specifiek voor Limburg nog een uitbreiding in de toegestane formatie ten gevolge van de in 1981 aan de provincie toegekende Structurele ArbeidsPlaatsen (SAP): Maastricht kreeg in 1981 drie SAP-plaatsen; één wijkverpleegkundige en twee wijkziekenverzoekenden.

7.6. Kosten en financiering van het kruiswerk in Maastricht

Bij de bespreking van de kosten en financiering van de regionale kruisvereniging te Maastricht beperken wij ons tot het basispakket in het kader van de AWBZ. De kosten die buiten het basispakket vallen, zijn zeer gering (in 1987 nog geen f 30.000,-) en worden bovendien meer dan gecompenseerd door extra-contributies (het gedeelte dat boven op de standaardcontributie gelegd kan worden; in Maastricht 50 cent) en door de overige kosten. De basiseenheden dragen de standaardcontributie af aan de vereniging en kunnen zelf de bestemming van de extra-contributie bepalen.

In tabel 7.19 is de exploitatierekening van het basispakket voor de periode 1983-1987 in kaart gebracht. De totale lasten zijn in deze vijf jaar met 9,5% gestegen tot 6,16 miljoen in 1987 (gemiddeld 2,3% per jaar). De belangrijkste stijging trad echter op in 1986 (6,7%). Van de totale lasten wordt het grootste deel in beslag genomen door de personeelskosten van het directe en indirecte personeel tezamen. Het aandeel van de personeelslasten in de totale lasten bedraagt in 1987 87,1% en is sinds 1983 (86,2%) derhalve licht gestegen. Het aandeel van de bureau-, administratie- en algemene kosten is daarentegen licht gedaald van 4,7% tot 4,4% in 1987. De kosten worden voor een groot deel gedragen door de AWBZ (82,6% van alle kosten in 1987). Gebruikers van de diensten van het kruiswerk dragen door middel van de contributies (in 1987 f 40,- per lid) circa 16% van de totale kosten.

Op basis van dit overzicht, gecombineerd met de gegevens over contacten, kan een benadering van de kostprijs van de wijkverpleging gemaakt worden. Hiertoe moet nog een veronderstelling gemaakt worden, omdat bij de cliëntanalyses alleen naar de gemeente Maastricht gekeken is en niet naar het totale werkgebied van de regionale kruisvereniging,

Tabel 7.19. Kosten en baten van Kruisvereniging Maastricht (x f 1.000,-)

	1983	1984	1985	1986	1987*
totale kosten	5.632,2	5.739,2	5.804,7	6.191,8	6.164,9
. personeelskosten	4.857,4	4.888,7	5.051,1	5.359,2	5.370,3
. huisvestingskosten	383,4	369,4	368,5	398,5	378,4
. materiaalkosten	127,5	106,9	120,7	142,8	147,4
. bureau en adm.kosten	177,2	180,0	188,9	166,1	145,0
. algemene kosten	86,7	194,2	75,5	125,2	123,9
totale baten	5.632,2	5.739,2	5.804,7	6.191,8	6.164,9
. AWBZ	4.420,5	4.514,3	4.573,2	4.996,8	5.094,4
. bijdragen cont.besluit	13,5	18,5	19,2	19,6	19,6
. huren	41,4	39,8	41,3	48,5	52,7
. baten voorgaande jaren	36,2	-	4,9	1,1	1,1
. rente	35,9	58,7	40,2	11,3	3,9
. overige baten	169,3	167,5	166,4	145,7	9,2
. contributies	915,4	940,4	959,5	968,8	984,1

* Herberekend wegens enigszins gewijzigde rubricering van de kostenposten

dat ook Eysden omvat. In 1988 was 5,72% van alle contacten ten behoeve van de inwoners van Eysden. Veronderstellend dat dit aandeel ook in 1987 opgaat, zijn er in het totale werkgebied in 1987 111.400 contacten gerealiseerd. Bij een exploitatie van 6,16 miljoen resulteert dat in een gemiddelde kostprijs van f 55,- per contact.

Bij dit generale gemiddelde kan een aantal kanttekeningen geplaatst worden. Allereerst dienen om een zuiver beeld van de kostprijs per contact te krijgen, uit de totale kosten die posten afgezonderd te worden die geen betrekking hebben op individuele contacten. Het gaat dan bijvoorbeeld om de kosten van pre- en postnatale cursussen. Vervolgens zou een onderscheid gemaakt kunnen worden naar de personeelscategorieën die de contacten realiseren. Per voltijdse arbeidsplaats in 1987 blijkt dit te leiden tot een verschil in het gemiddeld aantal contacten. Verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en vervanging) realiseerden in 1987 ongeveer 85.000 contacten met 54,1 f.t.e., hetgeen gemiddeld ruim 1.570 contacten per arbeidsplaats betekent. Bij wijkziekenverzorgenden en hun vervanging worden in totaal circa 26.400 contacten geregistreerd (rekening houdend met Eysden) en zijn er in totaal 18,3 plaatsen. Gemiddeld betekent dat ruim 1.440 contacten per kracht. Geconstateerd kan worden dat verpleegkundigen derhalve 9% meer contacten verrichten. Daar staat echter tegenover dat de gemiddelde loonkosten voor de verpleegkundigen circa f 53.000,- per jaar bedragen en daarmee bijna 30% boven de loonkosten voor wijkziekenverzorgenden (circa f 41.000,-) liggen. Per contact resteert derhalve een verschil in kostprijs van circa 20% (ten gunste van wijkziekenverzorging). De laatste kanttekening betreft het onderscheid dat idealiter gemaakt zou moeten worden tussen directe en indirecte kosten. De rol van de hoofdwijkverpleegkundigen is in een dergelijke verdeling niet goed in beeld te brengen. In de statistieken van de kruisverenigingen worden hoofdwijkverpleegkundigen onder het directe personeel begrepen, doch hun rol ligt voor een belangrijk deel in de coördinatie en het management van de zorgverlening en is in die zin voor de feitelijke hulpverlening van meer indirecte aard.

7.7. Samenvatting en conclusies

Uit de analyse van cliëntkenmerken blijkt dat een daling in het totale cliëntbestand is opgetreden van ruim 8.000 in 1984 naar iets meer dan 7.000 personen in 1988. Het aandeel van ouderen (65-plus) schommelde in de periode 1984-1988 rond 1/3. De alleroudste cliënten nemen absoluut én relatief in aantal toe: in 1988 is 8,4% van alle cliënten 85 jaar of ouder. Het totaal aantal geregistreerde contacten nam met gemiddeld 3% per jaar toe

tot 107.609 contacten in 1988. Het aandeel van 65-plus vertoont een onafgebroken stijging tot 78,3% in 1988. De zorgintensiteit bij wijkverpleging is in de periode 1984-1988 toegenomen tot thans 15,2 contacten. De ouderen vanaf 65 jaar consumeren 2 à 3 maal zoveel contacten als dit overall gemiddelde. De verklaring hiervoor kan tweeledig zijn: met de leeftijd neemt enerzijds de kans op een intramurale opname toe en anderzijds stijgt ook de kans op gecombineerde hulpverlening door zowel het kruiswerk als de gezinsverzorging, waardoor minder contacten nodig zijn dan in de situatie dat alleen het kruiswerk de benodigde zorg zou leveren.

Het aandeel van lichamelijke hygiënische verzorging is toegenomen tot ruim 52% in 1988. Ook verpleegtechnische handelingen worden steeds belangrijker en beslaan thans ruim 16% van alle contacten. De toename in curatieve zorg is ten koste gegaan van meer preventief geaarde activiteiten, maar ook de contacten met andere hulpverleners laten een daling zien. Bij de alleroudste cliënten wordt deze trend echter niet teruggevonden, waaruit geconcludeerd wordt dat afstemming in de zorg belangrijker wordt naarmate de zorg intensiever wordt.

Het bereik van de wijkverpleging, uitgedrukt in het percentage cliënten ten opzichte van de totale bevolking, is gedaald van 7,4% tot 6,1%. Bij 65-plussers is eveneens een daling tot 14,5% in 1988 waar te nemen. Binnen de oudere populatie stijgt het bereik sterk met de leeftijd tot 43,2% voor 85-plussers (gegevens 1988). Bovenstaande cijfers worden echter in niet onbetekende mate vertekend door het feit dat een aanzienlijk deel van de cliënten slechts één contact op jaarbasis heeft (in 1988 45% van alle cliënten). De tweede methode die uitgaat van het aantal contacten per inwoner is veel minder gevoelig voor het aantal eenmalige cliënten, omdat dat slechts 3% van alle contacten beslaat. De stijgende zorgintensiteit compenseert de afname in het aantal cliënten meer dan volledig, zodat het bereik van wijkverpleging, uitgedrukt in het aantal contacten per inwoner, in de periode 1984-1988 is opgelopen.

Vervolgens is een analyse gemaakt van de duur van de hulpverlening. Enerzijds blijkt het aantal cliënten dat slechts éénmalig contact heeft gehad gedurende de gehele periode erg groot (30%). Anderzijds bestaat er een groep cliënten die langdurig in zorg is en in aantal weliswaar klein is, maar een groot beslag op het aantal contacten legt. De gemiddelde duur van de hulpverlening is bij benadering $2\frac{1}{4}$ jaar. Personen die onafgebroken wijkverpleging hebben gebruikt gedurende de gehele periode 1984-1988 zijn nader bestudeerd. Deze groep vormt 7,1% van het cliëntenbestand in 1988, maar gebruikt 27,4% van alle contacten, hetgeen neerkomt op gemiddeld 59 contacten per cliënt op jaarbasis. Zelfs bij deze intensieve groep cliënten komt het echter nog vrij vaak (26%) voor dat slechts één contact wordt geconsumeerd. Deze langdurig in zorg verblijvende categorie cliënten heeft niet alleen in omvang meer zorg, maar ook een intensievere zorg dan alle andere cliënten. Tenslotte betreft het voor een groot deel (60%) oudere cliënten (vanaf 65 jaar). Samenvattend kan gesteld worden dat naarmate men langer in zorg is bij de wijkverpleging, de omvang van de zorg toeneemt en deze zorg relatief steeds intensiever wordt door een verschuiving van de verpleegdoelen naar de lichamelijke en hygiënische verzorging.

De totale kosten (voor bijna 90% personeelslasten) bedragen thans 6,16 miljoen en worden voor ruim 80% vergoed door de AWBZ. Nog eens 16% van de kosten wordt gedekt door de heffing van contributies bij de leden van de kruisvereniging. In Maastricht en omstreken betreft dat circa 25.000 huishoudens. Per contact is om diverse redenen slechts een benadering van de kosten mogelijk, die resulteert in f 55,- per contact. Het zou, ook in het kader van de Dekker-plannen, zeer wenselijk zijn een differentiatie in de kostprijsberekening te ontwikkelen, zowel naar de directe en indirecte kosten, als naar de personeelscategorieën en de verschillende zorgfuncties die in het kruiswerk worden onderscheiden (Meijer, 1990; Huijsman en Janssen, 1990).

8. Gecoördineerd ouderenwerk en het gebruik van dienstencentra

8.1. De ontwikkeling van het GOW in Maastricht

Het gecoördineerd ouderenwerk (in het vervolg: GOW) is in Maastricht van oudsher een werkvorm geweest van een overkoepelende gemeentelijke welzijnsstichting. Het aanvankelijk zo genoemde 'open bejaardenwerk' kreeg tot eind zeventiger jaren voornamelijk gestalte in het werk van de dienstencentra. Het eerste dateert uit 1969 (in de binnenstad). Er kwamen in korte tijd drie nieuwe dienstencentra bij: Maastricht Oost, Mariaberg/Brusselse Poort (1973) en in een complex van 248 bejaardenwoningen in Daalhof (1974). In 1975 kreeg DC Mariaberg een dépendance. Bij de start van elk dienstencentrum werd tevens een functionaris benoemd (toen 'leider dienstencentrum'), in Oost ondersteund door een medewerker (1976). In het project Binnenstad-West is bovendien nog een half-time medewerker aangesteld. Begin jaren zeventig begint de stedelijke coördinatie langzaam gestalte te krijgen. Het in 1968 opgerichte Maatschappelijk Overleg Maastricht start in 1970 een sectie Bejaardenbeleid, waarin stedelijk overleg gevoerd wordt over meer algemene (beleids-)zaken op het terrein van het welzijn voor bejaarden. Participanten waren de gemeente (dienst sociale zaken), gezinsverzorging, kruiswerk, bejaardenoorden, verpleeghuis, geestelijke gezondheidszorg en bejaardenorganisaties. Vanaf 1971 participeert het open bejaardenwerk in de Registratiecommissie Opname Verzorgingstehuizen, de voorloper van de indicatiecommissie voor bejaardenoorden. Reeds begin 1975 is de aanstelling van een stedelijk projectleider (nu 'hoofdfunctionaris') aanhangig gemaakt, doch hieraan werd pas medio 1980 door het Ministerie van CRM gehoor gegeven in het kader van het zogenaamde arbeidsplaatsenplan gecoördineerd bejaardenwerk. Per 1 januari 1981 is de hoofdfunctionaris in dienst getreden. Na voorgaande fasen van opbouw van het dienstencentrumwerk startte eind 1977 een fase van herstructurering, die door allerlei oorzaken (Huijsman, 1989d) bijna vijf jaar duurde. Eind maart 1981 verscheen het eindrapport van de commissie, waarbij de richtlijnen en voorschriften van de Tijdelijke Rijksbijdrageregeling (Stcrt. 1980, no. 91) bijna letterlijk gevolgd worden naar doelstelling, bestuursamenstelling en dergelijke. In 1983 werd het nieuwe sectorbestuur, samengesteld volgens de voorschriften van de rijksbijdrageregeling (onder andere 30% van zetels voor vertegenwoordigers van ouderen), geïnstalleerd door de wethouder van Sociale Zaken, Welzijn en Volksgezondheid. De instelling voor het Gecoördineerd OuderenWerk (GOW) in Maastricht was hiermee een feit. Sinds 1983 gaat de aandacht vooral uit naar het realiseren van feitelijke coördinatie en samenwerking tussen instellingen op uitvoerend niveau (met name op wijkniveau) en op beleidsniveau (directie en besturen). Dit kreeg gestalte in eerstelinsoverleg in het merendeel der Maastrichtse wijken, maar ook in concrete samenwerkingsprojecten zoals rondom dagopvang (1984), maaltijdvoorziening en alarmering (1985) en het project Integrale Hulpverlening Daalhof (1986). Een ander concreet voorbeeld van afstemming tussen instellingen is de herindeling van werkgebieden in Maastricht (1984). Ook aanvragen in het kader van het Flankerend Beleid zijn op uitdrukkelijk verzoek van de instellingen onder coördinatie van het GOW tot stand gekomen en bij de provincie ingediend. Dit heeft begin 1988 verder gestalte gekregen middels de aanstelling van een functionaris Flankerend Beleid.

8.2. Dataverzameling

Alle activiteiten van het GOW zijn gebundeld in vier zogenaamde projecten, namelijk Project Binnenstad-West, Project Mariaberg-Daalhof, Project Brusselse Poort en Project Maastricht-Oost. Iedere functionaris is wel op de hoogte van de aard, lokatie en frequentie van de activiteiten die onder zijn verantwoordelijkheid vallen, maar weet slechts bij benadering hoeveel mensen deze activiteiten bezoeken of hoeveel ouderen slechts komen voor de gezelligheid, zonder structureel aan activiteiten mee te doen. Kenmerken van de gebruikers van dienstencentra en van de deelnemers aan GOW-activiteiten, zoals hun leeftijd of samenlevingsvorm, zijn onbekend.

Het bovenstaande en het feit dat ook via andere wegen geen inzicht te verkrijgen is over de gebruikers en hun kenmerken, is in 1988 aanleiding geweest om een enquête te houden onder alle regelmatige bezoekers en deelnemers aan structurele activiteiten, die vallen onder de verantwoordelijkheid van het GOW. Door middel van de enquête (Huijsman, 1989d), die in overleg met de (hoofd)functionarissen van het GOW werd opgesteld, is gepoogd meer inzicht te krijgen in het gebruik van dienstencentra en de deelname aan activiteiten. Daarbij moest aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Ten eerste mocht de enquête niet te lang duren om medewerking zo makkelijk mogelijk te maken. Derhalve moest een keuze worden gemaakt ten aanzien van relevante vragen. Zo zijn vragen naar het gebruik van andere voorzieningen summier gebleven en ontbreken vragen over hoe lang men al komt. De aandacht werd met name gelegd op bezoeksfrequentie en redenen daarvoor. Men kon aangeven naar welke andere lokaties men óók gaat voor GOW-activiteiten, welke activiteiten dat dan zijn en hoe vaak men dáárheen gaat. Gekozen werd voor een periode van één week om zoveel mogelijk ouderen te bereiken (de week van maandag 25 april t/m zondag 1 mei 1988). In deze week is op iedere lokatie door een functionaris of vrijwilliger van het GOW aan de bezoekers gevraagd om de enquête in te vullen. In de praktijk bleek dat gezamenlijk invullen met de oudere het beste werkte en dan vlug plaats kon vinden.

Op één lokatie (Dienstencentrum Daalhof) werd het veldwerk gedurende de gehele week door de onderzoekers zelf uitgevoerd vanwege praktische en organisatorische redenen. Waar nodig werd door de onderzoekers ook op andere plaatsen ingesprongen, doch dit was incidenteel. Nergens werden problemen met de enquêteesignaleerd, mede door het feit dat de opzet daarvan steeds met de functionarissen was voorbereid. Een belangrijke groep activiteiten, namelijk het Meer Bewegen voor Ouderen, is niet op deze wijze onderzocht, omdat het gaat om ruim 50 groepen met gemiddeld 20 deelnemers. Daarnaast bestaan er nog ruim 15 groepen die zwemmen of bewegen in warm water, eveneens in het kader van MBvO. Overigens zal blijken dat bij dienstencentra slechts sporadisch aangegeven werd dat men ook naar MBvO-activiteiten gaat (circa 8%). Deze voorzieningen lijken derhalve min of meer gescheiden van elkaar gebruikt te worden en zich op verschillende doelgroepen te richten (Huijsman, 1989d). Vóór de start van het veldwerk was afgesproken bij te houden hoeveel mensen weigerden mee te werken aan de enquête. Desondanks is het uiteindelijke aantal niet-geënquêteerde personen niet exact bekend. Veiligheidshalve kan de totale non-respons op circa 10% gesteld worden. Overigens bleken veel bezoekers, die aanvankelijk weigerden, in de loop van de week alsnog mee te willen werken, ofwel op de zelfde lokatie, ofwel elders, zodat de non-respons nog iets lager is. In totaal zijn 639 enquêtes verwerkt en bleken daarnaast nog 8 formulieren niet goed ingevuld te zijn. Het feitelijk aantal bezoekers, rekening houdend met de non-respons, wordt geschat op circa 700 mensen.

8.3. Analyse van kenmerken van bezoekers dienstencentra

Gemakshalve wordt steeds over de 'bezoekers van dienstencentra' gesproken, maar er zijn ook andere lokaties in Maastricht waar activiteiten in het kader en onder verantwoordelijkheid van het GOW georganiseerd worden, bijvoorbeeld in een buurthuis of wijkgebouw. Al deze lokaties zijn in het onderzoek betrokken. Incidentele activiteiten, zoals cursussen en vieren, worden door deze onderzoeksmethode niet bestreken.

Achtereenvolgens komen aan de orde: leeftijds- en geslachtsverdeling van bezoekers dienstencentra, leefsituatie van respondenten (alleen of samen), bezoekfrequentie en bezoekredenen, vervoer en wijze van contact met GOW en het gebruik van andere voorzieningen (gezinsverzorging, wijkverpleging).

8.3.1. Leeftijdsituatie van bezoekers dienstencentra

De leeftijds- en geslachtsverdeling van alle bezoekers van dienstencentra en andere gebouwen waar activiteiten plaats vinden onder verantwoordelijkheid van het GOW te Maastricht, is samengevat in tabel 8.1. Er is een aantal vragen gesteld over de leefsituatie van de bezoekers van dienstencentra. Gevraagd is naar de buurt of wijk waar men woont en of men alleen of samen met iemand anders woont. Bewust is niet gevraagd naar de straat en huisnummer (privacy!) of burgerlijke staat, omdat deze zaken gevoelig kunnen zijn of net geworden zijn (overlijden partner!). Uit de literatuur is overigens bekend dat niet zozeer burgerlijke staat als wel de omvang van het huishouden, hier onderscheiden in alleenstaand of samenwonend, van belang is voor eventueel gebruik van voorzieningen (zie onder andere STG, 1985). Zoals bij veel voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg zijn ook bij de dienstencentra de vrouwen in de meerderheid. Van alle bezoekers is meer dan 2/3, namelijk 69,4%, vrouw. Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat bij mannen én vrouwen een niet onaanzienlijk deel (32,3% respectievelijk 28,7%) van de bezoekers jonger is dan 65 jaar. De belangrijkste leeftijdscategorieën betreffen mensen van 65 tot 80 jaar (circa 57%). Van een klein deel van de respondenten is overigens geen leeftijd (2,3%) of geslacht (0,3%) bekend. Van de respondenten waarvan de leefsituatie bekend is (N=628) blijkt 47,3% alleen te wonen. Ruim 80% hiervan betreft alleenwonende vrouwen. Van diegenen die samenwonen (52,7%) met partner, kinderen of anderen is 42% manlijk. Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat samenwonende personen (mannen én vrouwen) gemiddeld jonger zijn dan alleenwonende

Tabel 8.1. Bezoekers dienstencentra naar leeftijd, samenlevingsvorm en geslacht

Leeftijd	Alleenwonend			Samenwonend/gehuwd			Totaal*		
	M	V	Tot.	M	V	Tot.	M	V	Tot.
≤ 54 jaar	1	5	6	16	23	39	17	28	45
55 - 59 jaar	1	6	7	13	28	41	14	34	48
60 - 64 jaar	7	25	32	24	40	64	32	65	97
65 - 69 jaar	5	38	43	35	38	73	40	77	117
70 - 74 jaar	9	64	73	28	31	59	37	96	133
75 - 79 jaar	17	65	82	14	16	31*	32	83	117*
80 - 84 jaar	5	23	28	4	9	13	10	32	42
85 - 89 jaar	6	11	17	3	1	4	9	12	21
≥ 90 jaar	1	3	4				1	3	4
onbekend	2	3	5	1	6	7	3	12	15
Totaal	54	243	297	138	192	331	195	442	639

* Inclusief geslacht en leefsituatie onbekend (N=2)

den. De gemiddelde leeftijd van 65-plussers is bij alleenstaanden 77 jaar voor mannen en 75 jaar voor vrouwen; bij samenwonenden is dat 71 respectievelijk 72 jaar. Het bereik (in procenten van bevolking) naar de leeftijd, het geslacht en de samenlevingsvorm van de respondenten wordt in tabel 8.2 gepresenteerd.

Het GOW heeft de gemeente Maastricht onderverdeeld in vier projecten die elk een eigen stadsdeel tot werkgebied hebben. De respondenten werd gevraagd hun woonwijk aan te geven volgens een indeling naar 41 wijken en buurten, die samengevoegd zijn conform de GOW-indeling (Huijsman, 1989d). Gebleken is dat dienstencentra en andere lokaties een belangrijke (wijk)functie hebben voor het stadsdeel waar zij gelokaliseerd zijn (met name in Oost) omdat er slechts weinig mensen uit andere stadsdelen komen. De afstand tot een dienstencentrum en de vervoersmogelijkheden daar naar toe spelen met andere woorden ook een rol bij het gebruik van dienstencentra. Het aandeel van 65-plus in het totale bezoekersaantal varieert naar lokatie en stadsdeel. Relatief veel 65-plussers worden aangetroffen in de dienstencentra Daalhof (77%), Lambertus (96%) en Providentia (94%).

8.3.2. Bereik van dienstencentra

Tabel 8.2 geeft het bereik van dienstencentra naar leeftijd en geslacht (op basis van bevolkingsgegevens per 1 januari 1988). Mensen jonger dan 55 jaar of van wie de leeftijd onbekend is, zijn buiten de leeftijdsverdeling gelaten. Mensen, van wie geen leeftijd bekend is, zijn onder de aanname dat zij allen ouder zijn dan 65, opgenomen in het totale bereik ten opzichte van alle 65-plussers in Maastricht (zie tabel 8.2, laatste regel). Het bereik neemt toe met de leeftijd tot een maximum voor de leeftijdscategorie van 75 t/m 79 jaar, om daarna weer te dalen. Bij vrouwen ligt het bereik gemiddeld een vol procentpunt hoger, uitgezonderd de oudste leeftijdsgroep van 85-plus, waar het bereik voor mannen bijna twee maal zo groot is. Gemiddeld komt 2,8% van alle 65-plussers in een der Maastrichtse dienstencentra. De gemiddelde leeftijd van deze 65-plussers is ruim 73 jaar. Ter correctie van de non-respons kunnen bovenstaande gegevens met maximaal 10% opgehoogd worden, waardoor het totale bereik uitkomt op circa 3%.

Naar stadsdeel gedifferentieerd valt met name het hoge bereik in de wijken van het project Mariaberg-Daalhof op, waar in totaal 7,5% van de 65-plussers bereikt wordt. Overigens moet daarbij opgemerkt worden dat het dienstencentrum Daalhof gelokaliseerd is binnen een complex bejaardenwoningen en voor bewoners daarvan een belangrijke rol kan vervullen. Het bereik is het laagst voor Binnenstad West met slechts 2% van alle 65-plussers, doch hier zijn relatief veel ouderen intramuraal gehuisvest.

Tabel 8.2. Bereik van dienstencentra in Maastricht naar leefsituatie van bezoekers

	Alleenwonend			Samenwonend			Totaal		
	M	V	Tot.	M	V	Tot.	M	V	Tot.
55 - 59 jaar	0,2	0,7	0,5	0,5	1,1	0,8	0,4	1,0	0,7
60 - 64 jaar	1,4	2,2	1,9	1,0	1,8	1,4	1,1	1,9	1,6
65 - 69 jaar	1,1	2,9	2,4	1,8	2,3	2,1	1,6	2,6	2,2
70 - 74 jaar	2,5	4,3	3,9	2,1	3,0	2,5	2,2	3,8	3,2
75 - 79 jaar	4,5	4,3	4,4	1,8	2,8	2,4	2,7	4,0	3,6
80 - 84 jaar	2,0	1,9	1,9	1,1	4,2	2,3	1,6	2,2	2,0
≥ 85 jaar	3,3	1,4	1,9	2,2	1,6	1,9	2,9	1,4	1,8
Totaal 65-plus	2,9	3,2	3,2	1,9	3,0	2,4	2,1	3,1	2,8

8.3.3. Bezoek aan dienstencentra: frequentie en aard

In deze subparagraaf wordt ingegaan op de vraag hoe vaak men gemiddeld per week naar het dienstencentrum of de lokatie gaat waar de enquête is ingevuld; tevens wordt de aard van het bezoek onderzocht, waarbij meer dan één antwoord kon worden gegeven. Ook voor het bezoek aan andere GOW-lokaties dan die waar de vragenlijst werd ingevuld, is (apart) gevraagd naar bezoekredenen en -frequentie. In tabel 8.3 wordt de verdeling van de antwoorden naar de bezoekfrequentie en het geslacht van de respondenten gegeven (exclusief ontbrekende antwoorden en personen van wie het geslacht onbekend is).

De frequentie van bezoek aan het dienstencentrum of een andere GOW-lokatie is hoog. Van de mannen komt bijna 67,7% twee maal of vaker per week op de lokatie waar men ondervraagd is. Bij vrouwen is dat minder, namelijk 41,6%. Opmerkelijk is het aantal vrouwen dat zegt slechts één maal per week te komen. Wellicht speelt de aard of reden van bezoek hierbij een rol. Ook is wellicht sprake van een vaste groep deelnemers. Gemiddeld komen mannen 2,6 en vrouwen 1,9 keer per week naar de betreffende lokatie. Overigens blijkt niet alleen het bereik, maar ook de bezoekfrequentie een positief verband met de leeftijd te hebben. Bij vrouwen is dit verband het sterkst en loopt op van gemiddeld 1,3 bezoeken per week in de leeftijdscategorie 56 t/m 69 jaar tot 2,2 maal per week bij 75 t/m 84 jaar. Bij nog hogere leeftijd neemt de bezoekfrequentie weer af.

De redenen voor het bezoek kunnen zeer uiteen lopen en variëren van het nuttigen van een warme maaltijd tot recreatieve en sociaal-culturele activiteiten (tabel 8.4). Ook kan men, met name bij de twee traditionele centra, alleen 'voor de gezelligheid' komen, zonder deel te nemen aan een activiteit. Gemiddeld worden er per persoon twee redenen voor een bezoek aan een dienstencentrum aangegeven. De helft van de mensen geeft aan twee of meer redenen te hebben. De belangrijkste daarvan zijn gezelligheid (56%), recreatie zoals kienen (39%), handwerken (26%) of andere zaken, zoals zingen, biljarten, schaken etcetera. (23,5%), waarbij zingen het meest voorkomt (bijna 11%). Een deel van de mensen komt voor het nuttigen van een warme maaltijd (8%) en een vergelijkbaar aantal mensen komt voor Meer Bewegen voor Ouderen (9%). Maar weinig mensen (2,8%) geven zelf aan te komen voor hulp bij bijvoorbeeld het invullen van formulieren of voor voorlichting en andere informatie en dan meestal ook nog in combinatie met andere bezoekredenen. Een aantal redenen wordt bijna geheel of in belangrijke mate samen met andere redenen genoemd, waarbij het gaat om gezelligheid en recreatie, maar ook om Meer Bewegen voor Ouderen. De mensen die slechts één bezoekreden aangeven komen relatief vaak (61%) één keer per week (alle respondenten tezamen is dat 47%). Het gaat dan met name om groepsactiviteiten, zoals handarbeid en handwerken, Meer Bewegen voor Ouderen, etcetera.

Tabel 8.3. Bezoekfrequentie naar het geslacht van de bezoekers van dienstencentra.

frequentie per week of maand	Man	in %	Vrouw	in %	Totaal	in %
> 3x per week	80	41,0	76	17,2	156	24,5
2 à 3x per week	52	26,7	108	24,4	160	25,1
ca. 1x per week	54	27,7	244	55,2	298	46,8
2 à 3x per maand	8	4,1	4	0,9	12	1,9
≤ 1x per maand	0	0,0	5	1,1	5	0,8
geen antwoord	1	0,5	5	1,1	6	0,9
Totaal	195	100,0	442	100,0	637	100,0

Tabel 8.4. Bezoek aan dienstencentrum: redenen en frequentie
(meer dan één antwoord per persoon mogelijk)

	Aantal redenen voor komst				Totaal keer ge- antwoord
	1	2	3	4 of 5	
gezelligheid	81	196	76	9	362
recreatie	96	98	51	7	252
handarbeid	64	69	28	4	165
zang/musiek	18	26	19	6	69
MBvO-activiteiten	8	19	27	4	58
warma maaltijd	16	16	14	4	50
biljarten	3	16	12		31
schilderen/tekenen	16	6	1		23
hulp/info/voorl.	2	6	6	4	18
vrijwilliger	6	8	2		16
schaken	9		1		10
Aantal personen	319	230	79	9	637

8.3.4. Vervoer naar en wijze van kennismaking met GOW

De respondenten konden ook bij de vraag naar de wijze waarop zij naar activiteiten van het Gecoördineerd Ouderenwerk komen, meer dan één antwoord geven, variërend van te voet tot openbaar vervoer. Dit geldt ook voor de manier waarop zij voor het eerst in contact kwamen met het GOW.

Circa 90% van de mensen die de vervoersvraag beantwoordden (N=627), komt op maar één wijze naar het dienstencentrum of een andere locatie waar een activiteit van het GOW plaats vindt (zie tabel 8.5). Ruim de helft komt te voet. Dat lijkt een tweede aanwijzing te zijn dat de afstand tot een dienstencentrum een belangrijke bepalende factor is voor gebruik van het GOW. Dit geldt ook als meer dan één antwoord kan worden gegeven, omdat het antwoord 'te voet' dan eveneens het belangrijkste is. Op de tweede plaats komt het openbaar vervoer (per bus) dat bij 20% van de respondenten het enige vervoermiddel is. Met de eigen auto komt bijna 16% van de bezoekers. Minder belangrijk zijn de fiets (10,2%), taxi (2,8%) of de mogelijkheid dat de desbetreffende oudere door anderen (bijvoorbeeld partner) gebracht wordt (3,6%).

Beknopt wordt ingegaan op de wijze waarop men voor het eerst in aanraking kwam met het gecoördineerd ouderenwerk, dat wil zeggen door wie of uit welke bron de ouderen

Tabel 8.5. Vervoer bij bezoek aan dienstencentra of andere GOW-activiteiten

	aantal middelen			Totaal
	één	twee	drie	
te voet, lopend	300	35	5	340
met de bus	108	32	5	145
met eigen auto	89	7	5	101
met de fiets	45	17	3	65
gebracht door anderen	17	5	1	23
met een taxi	11	5	2	18
rest/weet niet/geen ant.	1	1		14
Totaal aantal mensen	569	51	7	639

geïnformeerd werden over het bestaan van dergelijke activiteiten. Hierbij moet opgemerkt dat de informatie soms gedateerd is, omdat zij de dienstencentra al langere tijd bezoeken. Antwoorden kunnen hierdoor enigszins onbetrouwbaar zijn, omdat men niet goed meer weet wanneer en hoe men voor het eerst in aanraking kwam met het GOW. Vrienden en kennissen blijken de belangrijkste informatiebron te zijn. Van alle respondenten heeft tweederde de informatie van deze mensen gekregen. In de praktijk blijkt dat men de eerste keer bijvoorbeeld door de buurman of -vrouw meegenomen is naar een activiteit in het dienstencentrum of andere GOW-activiteit. De rest van de bezoekers heeft de informatie uit zeer uiteenlopende, vaak enkelvoudige bronnen verkregen, variërend van professionele hulpverleners zoals huisarts of GGZ (4,9%) en maatschappelijk werk (3,3%), tot eigen initiatief (4,1%) of het feit dat men er woont (6,6%; betreft uitsluitend Daalhof). Opvallend weinig wordt in dit verband gezinsverzorging of wijkverpleging genoemd (1%) of gedrukte informatie (krant/folder: 1,7%). Door GOW-functionarissen wordt echter gesteld dat informatie via krant/folder met name gericht is op niet-structurele activiteiten zoals een vakantiereis, kerstviering en dergelijke en daardoor bij andere mensen terecht komt dan de hier onderzochte groep van regelmatige bezoekers. De restpost 'anderzins' varieert zeer, maar betreft kleine aantallen van maximaal 3 à 4 mensen per antwoord (GOW, ouderenbond, zonnebloem, toeval). Achteraf moet wellicht gesteld worden dat de aangeboden antwoorden in sommige gevallen niet specifiek genoeg zijn geweest, zodat veel door de respondent zelf moest worden ingevuld. In nieuw onderzoek zou het belangrijk kunnen zijn om onder andere een verbijzondering te maken naar burens, nu begrepen onder kennissen.

8.3.5. Gebruik van andere voorzieningen

Een apart aandachtspunt in de enquête onder de bezoekers van dienstencentra vormde het gebruik van andere voorzieningen, met name in de extramurale sector en ten aanzien van de wijkfuncties van bejaardenoorden, waaronder met name de warme maaltijdvoorziening en sociaal-culturele activiteiten. In tabel 8.6 wordt het voorzieningengebruik naar leeftijd uitgesplitst.

Het gebruik van voorzieningen is opvallend hoog: gemiddeld heeft 25% van alle respondenten hulp via één (20,8%) of een combinatie (3,3%) van de opgenomen diensten. Bij een

Tabel 8.6. Gebruik van voorzieningen naar leeftijd van de bezoeker

	Leeftijdverdeling in 5-jaarsintervallen								Totaal*
	≤54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85	
geen voorzieningengebruik	41	43	80	95	99	77	22	8	477
enkelvoudig gebruik:									
• warm eten bej. oord			2	2	6	3	5	7	25
• activiteiten bej. oord			4	7	4	2	2		20
• gezinsverzorging/alpha-hulp		2	5	7	10	21	21	11	84
• wijkverpleging			1			1	1	1	4
meervoudig gebruik:									
• eten & act. bej. oord	1			1	2				4
• eten & gezinsverzorging							2		2
• act. & gezinsverzorging					1		3		6
• gezinsverzorging & wijkverp.		1			1	1	2	1	7
• eten & act. & gezins.			1						1
• act. & gezin. & wijkv.						1			1
lidmaatschap ouderenbond	4	8	16	31	51	52	15	7	188
Totaal aantal mensen	45	48	97	117	133	117	42	25	639

* Inclusief leeftijd onbekend (N=15)

klein deel (1,3%) is het gebruik onbekend. Het voorzieningengebruik neemt sterk toe met de leeftijd. Van bezoekers jonger dan 60 jaar heeft slechts 10% hulp, maar bij de respondenten van 80 jaar of ouder is dat meer dan 55%. Het belangrijkste is de gezinsverzorging, die bij 65% van diegenen die één van de voorzieningen gebruiken, genoemd wordt. Wijkverpleging komt bij bezoekers van dienstencentra nauwelijks voor (8%) en dan vooral in combinatie met gezinsverzorging. Het percentage respondenten dat lid is van een ouderenbond ligt op 29,4% en heeft met het toenemen van de leeftijd aanvankelijk zelf ook een stijgend verloop, maar daalt daarna. Van bezoekers onder de 60 jaar is bijna 13% lid van een ouderenbond; het maximum ligt bij de leeftijdscategorie 75-79 jaar (40%).

Het geslacht van de respondent blijkt geen rol te spelen in het (globale) onderscheid tussen wel of geen gebruik. Van de vrouwen heeft 74,4% geen hulp; bij mannen 75,4%. Per voorziening kan het geslacht echter wel van belang zijn. Bij de vrouwen van wie het voorzieningengebruik bekend is, gebruikt 15,9% een warme maaltijd in een bejaardenoord en gaat 18,6% naar de activiteiten aldaar, heeft 67,3% gezinsverzorging en 9,7% wijkverpleging. Bij mannelijke gebruikers zijn deze percentages achtereenvolgens: 29,2% (eten), 22,9% (activiteiten bejaardenoord), 52,1% (gezinsverzorging) en 2,1% (wijkverpleging). Belangrijk is de samenstelling van het huishouden. Bij de alleenstaanden heeft 35% hulp, vooral bestaande uit maaltijdvoorziening en gezinsverzorging; bij samenwonende personen gebruikt slechts 14,5% professionele hulp en dat betreft vaak slechts één voorziening (uitgezonderd warm eten).

De bezoekfrequentie heeft een opvallend verloop met voorzieningengebruik: mensen met alleen gezinsverzorging komen vaker (gemiddeld 2,6 keer per week) dan personen zonder hulp (2,1 keer per week) en de mensen met alleen wijkverpleging komen het minst (1,4 keer). Naarmate meer voorzieningen in beeld komen, neemt de bezoekfrequentie weer af van 2,4 bij één voorziening tot 1,7 bij drie voorzieningen (gemiddelden).

Tenslotte blijkt er ook verband te bestaan met de reden waarvoor men naar dienstencentra gaat. Van de mensen die komen om warm te eten (N = 50), heeft slechts 56% geen hulp, krijgt 26% gezinsverzorging en gaat 16% ook warm eten in een bejaardenoord. MBvO-deelnemers (N=58) maken relatief weinig gebruik van voorzieningen (15,5%) en dan vrijwel alleen van gezinsverzorging.

8.4. Kosten en financiering van het gecoördineerd ouderenwerk

Bij de invoering van de Tijdelijke rijksbijdrageregeling gecoördineerd bejaardenwerk werd de gemeenteraad verplicht om een subsidieverordening voor het GOW vast te stellen, welke verordening voor 1 juli 1980 ingevoerd moest zijn. Met de invoering van de Welzijnswet gaan de gemeenten de subsidieverordening GOW inpassen in een bredere verordening voor de gehele welzijnssector, doch de praktische invulling en de daaruit volgende herkenbaarheid van de werksoort staat vrij.

Een belangrijk deel van de financiering betreft de personeelslasten en de daarbij geldende salarisregeling. Deze was voorheen speciaal voor het GOW toegespitst (de Salarisregeling Gecoördineerd Bejaardenwerk 1979), doch is thans een (integraal) onderdeel van de algemene CAO voor het welzijnswerk.

Vóór de Welzijnswet bedroeg de rijksbijdrage per jaar 80% van de exploitatiekosten. Voor de eigen bijdragen was voor alle mogelijke activiteiten van het GOW een lijst opgesteld, waarin vermeld stond of er een bijdrage geheven moest worden en zo ja of deze de directe kosten van de betreffende activiteit wel of niet volledig moet dekken (Circulaire d.d. 8-10-'74). Voorts golden allerlei aanwijzingen voor bijvoorbeeld vervoerskosten, functie-

Tabel 8.7. Totale exploitatie GOW Maastricht 1980-1988 (x f 1000,-)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Uitgaven	1012,0	1141,4	1107,6	1123,5	1052,7	1121,7	1075,3	1068,1	1091,9
personele lasten	463,0	577,3	608,8	617,7	534,4	577,9	602,2	596,2	587,6
buisvesting	191,3	200,1	197,0	184,9	201,0	214,1	180,8	189,1	260,0
bureaunkosten	24,6	34,0	31,8	35,5	38,4	42,8	48,3	48,5	105,8
activiteiten	229,9	232,2	119,3	115,5	114,3	100,8	117,8	119,7	138,7
Kosten van GOW per 65-plusser(f)	72,40	80,00	76,65	76,40	71,10	74,45	69,40	67,15	65,40

omschrijvingen, investeringskosten (bijvoorbeeld bij maaltijdvoorziening), het arbeidsplaatsenplan (1980) en dergelijke. Met de Welzijnswet zijn de GOW-gelden die naar de gemeenten vloeien niet langer geoormerkt en heeft de gemeentelijke overheid de mogelijkheid te schuiven met haar middelen. Hiermee wordt nagestreefd dat de gemeente duidelijker dan tot nu toe een eigen ouderenbeleid kan ontwikkelen dat beter is toegesneden op de plaatselijke omstandigheden en mogelijkheden. Tevens betekent dat echter dat de bezuinigingen op de doeluitkering-Welzijnswet (1989 en 1990), ook (deels) op het GOW afgewenteld kunnen worden. Er was voor de jaren 1987 en 1988 echter wel een overgangsregeling voor de ouderenzorg van kracht.

Aan de hand van Jaarrekeningen van de Stichting Trajekt (voorheen Stedelijk Instituut voor Sociaal Werk Maastricht) is voor het Gecoördineerd Ouderenwerk, dat een sectie binnen de welzijnsstichting vormt, een overzicht van de totale exploitatie sinds 1980 samengesteld.

De totale kosten van het Maastrichtse GOW bedragen ruim 1 miljoen gulden. Na een aanvankelijke lastenstijging in de begin jaren tachtig, nemen de totale kosten de laatste jaren weer af onder druk van 's lands overheidsbezuinigingen. Binnen de totale kosten nemen de personeelslasten een belangrijke plaats in. In 1980 was het aandeel van personeelskosten 46% en nam toe tot 55% in 1982 en 1983, waarna in 1984 een abrupte daling volgde tot 51% (personele herschikkingen tussen projecten). Thans ligt het aandeel van personeelslasten op 54%. Deels door de overheidsbezuinigingen, deels door andere prioriteitsstelling binnen het GOW, is het aandeel ten behoeve van activiteiten in de periode 1980-1985 drastisch gedaald van ruim 20% in het begin tot 9% in 1985. De laatste drie jaar neemt het activiteiten-aandeel weer toe. Er blijkt echter een (administratieve) verschuiving plaats gevonden te hebben tussen de posten 'activiteiten' en 'diversen'. Worden beide posten samengenomen dan is het aandeel daarvan in de totale kosten gedurende de periode 1980-1987 continu gedaald van 33% in 1980 tot 23% in 1987. Bureaunkosten zijn gedurende de gehele periode geleidelijk aan toegenomen tot 4,5% in 1987. Aangezien in 1988 een iets afwijkende begrotingsmethodiek is gehanteerd, is vergelijking met voorgaande jaarrekeningen niet goed mogelijk. In 1988 is ook het flankerend beleid (f 102.155,-) geheel in de exploitatierekening verwerkt. De vier projecten hebben geen evenredig deel in de totale kosten. Het relatief grootste project is Binnenstad West (35%), gevolgd door Maastricht Oost (31%) en Daalhof/Mariaberg (17%). Het relatief kleinste project, gemeten in het aandeel in de totale kosten, is Brusselse Poort (16%).

De financiering van het gecoördineerd ouderenwerk valt bijna geheel onder de verantwoordelijkheid van de overheid (nu de gemeente), zoals eerder aan de orde kwam. Het aandeel van overheidssubsidies in de totale kosten is in de periode 1980-1988 gestabiliseerd op 80%, zoals van overheidswege ook beoogd werd. Het aandeel van eigen bijdragen van deelnemers aan activiteiten is geleidelijk toegenomen tot 6% van de totale kosten.

Als de kosten gerelateerd worden aan het aantal inwoners van 65 en ouder, ontstaat het volgende beeld (zie tabel 8.8): in 1981 werd nog f 80,- per 65-plusser besteed, in 1987 nog

Tabel 8.8. Enkele gemiddelde bedragen per 65-plusser in Maastricht

	totale kosten	subsidie overheid	eigen bijdr.	kosten MBvO*)	kosten maaltijd
1980	72,39	52,64	n.b.	2,81	6,57
1981	80,02	60,98	3,64	3,37	6,17
1982	76,66	61,05	4,21	3,85	7,98
1983	76,38	59,73	4,27	3,62	7,29
1984	71,07	58,17	4,14	3,78	7,06
1985	74,47	57,47	4,07	3,83	6,65
1986	69,39	55,52	4,16	3,54	5,87
1987	67,15	54,77	4,48	3,74	n.b.

*) Totaal van MBvO, volksdansen en zwemmen

slechts f 67. Voor 1988 wordt een nog lager bedrag begroot, namelijk f 65,40. Dat is in vergelijking met andere grote steden, waar het bedrag 2 á 3 keer hoger is, vrij mager (Esselink, 1988). Hiertegenover staat een gemiddelde eigen bijdrage van f 4,50 per 65-plusser in 1987. Dat was nog f 3,64 in 1981.

8.5. De coördinatietaak van het GOW

Coördinatie (gedefinieerd als het geheel van sociale interacties tussen dienstverlenende organisaties, waarin bewust en doelgericht een zekere afstemming wordt nagestreefd via communicatie en coöperatie; Coolen, 1986) is steeds meer de hoofdtaak van het gecoördineerd ouderenwerk geworden en krijgt als één van de GOW-functies de meeste aandacht. De noodzaak van coördinatie wordt alom onderschreven en is hoofdprioriteit in het overheidsbeleid ten aanzien van de ouderenzorg (Algemene Rekenkamer, 1985; Nota Ouderenbeleid, TK, 1987/1988; Nota 2000, TK, 1985/1986; Werkboek GOW, 1978). In de praktijk blijkt coördinatie echter een moeizame zaak te zijn. In Maastricht wijken de ervaringen met coördinatie niet sterk af van landelijk gesignaleerde punten (Algemene Rekenkamer, 1985; Godfroi, 1979 en 1981; Bekkers, 1986; Strootman, 1987; Emonts, 1988; Huijsman, 1989d). Coördinatie vergt een langdurig en moeizaam proces dat zich afspeelt langs de lijn van behoedzame toenadering, informatie-uitwisseling en (pogingen tot) afstemming in werkwijze, tot concrete afbakening van werkgebieden, doelgroepen en taken. Op deze plaats beperken wij ons tot de belangrijkste conclusies uit dit deel van het onderzoek (zie verder: Huijsman, 1989d). Zeker in vergelijking met het verleden kan gesteld worden dat er veel tot stand is gekomen. Dit laat onverlet dat het tempo waarin dat gebeurt niet erg hoog is en het proces van coördinatie moeizaam verloopt. Het vergt tijd om voorheen autonoom opererende organisaties bijeen te brengen, met name daar waar tradities en aandachtsvelden verschillen en sanctiemogelijkheden bij de uitvoering van de coördinatie-functie ontbreken. De verschillende vormen van wijk- of eerstelijnsverleg, waaraan bijna alle hulpverleners (inclusief bejaardenoorden) meewerken, voorzien in een behoefte. Door de hulpverleners zelf wordt afstemming en coördinatie in het uitvoerend vlak, direct ten behoeve van (gezamenlijke) cliënten, ervaren als zeer zinvol en bovendien goed verlopend. Voor een gezamenlijk ouderenbeleid is samenwerking op uitvoerend niveau onontbeerlijk. Duidelijk komt naar voren dat de coördinatie op bestuurlijk niveau veel minder gemakkelijk verloopt. Op bestuursniveau lijken de marges om coördinatie in het ouderenbeleid daadwerkelijk te bereiken veel geringer en vereisen pogingen om afstemming te bereiken een langdurig proces en een behoedzame aanpak. Tradities en vrees voor eventueel verlies van autonomie en beslissingsbevoegdheden zijn de belangrijkste belemmerende factoren.

Individuele project-functionarissen van het GOW in Maastricht besteden 20% à 25% van hun werktijd aan allerlei vormen van wijkoverleg met wisselende organisaties en personen, zoals kruiswerk, gezinsverzorging, bejaardenoord, vrijwilligers, pastoraat, wijkagent en ouderen(-bonden). De stedelijke coördinatie bestaat meer dan 50% van een productief mensjaar, waarvan in Maastricht circa 80% ten laste van de hoofdfunctionaris, bij enkele stedelijke groepen bijgestaan door een projectfunctionaris. Bij het merendeel van allerlei overleg- en samenwerkingsvormen fungeert een functionaris als voorzitter en/of secretaris.

8.6. Samenvatting en conclusies

Uit de leeftijds- en sexeverdeling van de respondenten bleek dat ruim 69% vrouwen betreft. Een niet onaanzienlijk deel van de mensen is echter jonger dan 65 jaar: bij mannen ruim 32%, bij vrouwen bijna 29%. De belangrijkste leeftijdscategorie is de groep van 65 tot 80 jaar (ruim 57%). Het bereik, berekend als het percentage dat het aantal bezoekers aan dienstencentra uitmaakt van de Maastrichtse bevolking (per leeftijdscategorie), is gemiddeld 3% van alle 65-plussers (inclusief non-respons) en neemt toe met de leeftijd tot een maximum voor de categorie 75-79 jaar. De gemiddelde leeftijd van de bezoekers ouder dan 65 jaar, is bij alleenstaanden (voor 80% vrouwen) 77 jaar voor mannen en 75 jaar voor vrouwen. Bij samenwonende bezoekers (53% van alle bezoekers) is dat 71 en 72 jaar. Het bereik is groter voor alleenstaanden (3,2%) dan samenwonenden (2,4%).

Bij de mannen geeft 68% van de respondenten aan minimaal twee keer per week een bezoek te brengen aan het dienstencentrum of een andere GOW-lokatie. Gemiddeld komen mannen 2,6 keer per week. Bij vrouwen is dat veel lager (1,9), wellicht vanwege de aard van het bezoek (één maal per week naar de handwerkgroep). De bezoekfrequentie vertoont een zelfde verband met de leeftijd als de eerder besproken bereikpercentages. Voor vrouwen is de samenhang met leeftijd sterker dan voor mannen. De respondenten geven gemiddeld twee redenen voor hun bezoek. Het belangrijkste is gezelligheid en ontspanning of recreatie, maar opvallend is ook het gebruik van warme maaltijden (8%) en Meer Bewegen voor Ouderen (9%). Ten aanzien van het vervoer naar het dienstencentrum blijkt dat ruim de helft te voet komt. De afstand tot een dienstencentrum is met andere woorden een belangrijke factor naast de aanwezigheid van openbaar vervoer, waarvan 20% gebruik maakt.

Tevens is aandacht besteed aan het gebruik van andere voorzieningen, namelijk warm eten of activiteiten in bejaardenoord, gezinsverzorging en wijkverpleging. Gemiddeld heeft 20,8% hulp van één voorziening en 3,3% van een combinatie van voorzieningen. Het voorzieningengebruik neemt sterk toe met de leeftijd, tot 55% bij 80-plus. Het belangrijkste is gezinsverzorging (65% van de 'gebruikers'). Wijkverpleging komt bij bezoekers van dienstencentra nauwelijks voor (8%) en vaak in combinatie met gezinsverzorging. Van de respondenten is 29,4% lid van een ouderenbond. Het voorzieningengebruik is bij alleenstaanden drie maal zo groot als bij samenwonenden.

De totale lasten varieerden in de periode 1980-1988 tussen 1,0 en 1,1 miljoen. De personeelskosten vormen verreweg het grootste aandeel in de kosten (nu circa 54%). Deels door overheidsbezuinigingen, deels door andere prioriteitstelling, is het aandeel van activiteiten en andere directe kosten geleidelijk aan gedaald van ruim 1/3 tot iets minder dan 1/4 van de totale kosten. De overheid (thans de gemeente, voorheen het rijk) draagt 80% van de kosten, terwijl de deelnemers aan activiteiten nog eens 6% voor hun rekening nemen. Tot slot werden enkele gemiddelde kostengegevens per 65-plusser in de gemeente Maastricht berekend. De totale kosten van het GOW blijken in de periode 1981-1988 sterk gedaald te zijn van f 80,- naar circa f 65,- per 65-plusser. De overheid neemt daarvan zoals

gezegd 80% voor haar rekening. Het gemiddelde bedrag per 65-plusser in Maastricht ligt aanzienlijk onder het gemiddelde bedrag in vergelijkbare andere (middel-)grote steden.

9. Indicatiecommissie en bejaardenoorden: globaal overzicht periode 1985-1988

9.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een globaal overzicht gegeven van de meest belangrijke trends in de bejaardenoorden en de 'toegangspoort' daartoe, de indicatiecommissie. Omdat de onderzoeksperiode de jaren 1985 t/m 1988 betreft, wordt in feite de indicatiecommissie 'oude stijl' beschreven. Dit gebeurt in paragraaf 9.2, waarbij de werkwijze van de indicatiecommissie en de gehanteerde criteria aan bod komen en onder andere het aantal verstrekte adviezen naar urgentie alsmede de omvang van de wachtlijst besproken worden. In paragraaf 9.3 gaan we in op de bejaardenoorden, waarbij achtereenvolgens besproken worden: de capaciteitsontwikkelingen, de opbouw van het bewonersbestand, de in- en uitstroom in de sector, de wijkfuncties en tot slot (voor de algemene bejaardenoorden) de totale personeelsformatie en de kosten. In paragraaf 9.4 worden de belangrijkste bevindingen beknopt samengevat.

9.2. Indicatiecommissie bejaardenoorden (oude stijl)

9.2.1. Inleiding

De Wet op de Bejaardenoorden bevat onder meer de regeling van de opname van ouderen in bejaardenoorden. De artikelen 6h tot en met 6l van de WBO waren echter dermate globaal, dat in 1976 een speciale Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) werd uitgevaardigd, het Besluit Opnemings Bejaardenoorden (Stb. 1976, no. 619), waarin de opname verder werd geregeld (zie vervolg). In 1988 is de taak van de indicatiecommissie via het Besluit Indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stcrt. 1988, no. 456) echter verbreed tot verpleeghuizen, dagbehandeling en dagverzorging. Omdat de nieuwe werkwijze in de praktijk op veel moeilijkheden stuitte, is de invoeringsdatum door het ministerie van WVC met een jaar vertraagd. Een van de problemen betreft de ontwikkeling van een nieuw indicatiesysteem, waarin nu ook meer aandacht aan de psycho-sociale problematiek gegeven zou moeten worden. Dit nieuwe indicatiesysteem is, in tegenstelling tot het oorspronkelijk systeem voor de bejaardenoorden, niet vastgelegd in een wettelijk besluit en moet door de indicatiecommissies zelf ontworpen worden. Enerzijds wordt hiermee recht gedaan aan de onderzoeksbevinding (Overbeek, 1983) dat de indicatiestelling niet los gezien wordt en kan worden van het lokale voorzieningenaanbod, anderzijds bestaat het gevaar dat de verschillende lokale indicatiesystemen sterk zullen gaan divergeren, zodat het wellicht efficiënter ware geweest toch een landelijk systeem te ontwikkelen. Omdat het nieuwe indicatiesysteem ook in Maastricht pas op 1 september 1989 is ingevoerd, wordt in het vervolg van deze paragraaf de oude (in feite achterhaalde) situatie beschreven. Aan het eind van het hoofdstuk zal beknopt worden ingegaan op de nieuwe wijze van indiceren en de daarbij te hanteren criteria.

9.2.2. Werkwijze indicatiecommissie

Het (voormalige) Besluit Opneming Bejaardenoorden (Stb. 1976, no. 619) gaf de minimale voorwaarden aan, waaraan de commissie dient te voldoen. De leden zijn onafhankelijk en er diende tenminste een arts en maatschappelijk werkende lid te zijn. Maastricht kende tot 1 januari 1990 twee van deze functionarissen en voorts een secretaris. Een vertegenwoordiger van het Gecoördineerd Ouderenwerk was voorzitter. De commissie brengt aan de ouderen die daarom vragen advies uit over de wenselijkheid van een opname in een bejaardenoord. Daartoe wordt een onderzoek ingesteld naar de zorgbehoefte van de aanvrager, uitgaande van de eveneens in het Besluit vastgelegde indicatiecriteria (zie paragraaf 9.2.3). De stappen in het indicatiesysteem zijn weergegeven in de figuur 9.1 en gelden nog steeds. Er kan tevens informatie worden ingewonnen bij de betreffende huisarts en/of bij de eventueel al aanwezige thuiszorgorganisaties zoals de gezinsverzorging. De maatschappelijk werkende stelt op grond van de verzamelde informatie en na een huisbezoek bij de aanvrager een rapport op over de situatie naar aanleiding waarvan de commissie tot haar advies komt. Dit wordt in eerste instantie aan de betrokken oudere(n) uitgebracht en indien deze geen bezwaar daartegen heeft (hebben), doorgestuurd aan het bejaardenoord naar voorkeur van de aanvrager(s). Deze(n) wordt(en) op de wachtlijst geplaatst. Een advies dat negatief luidt voor opname, maar positief voor extramurale hulp, kan onder de zelfde condities aan thuiszorgorganisaties worden toegezonden. De commissie stelt zich tevens op de hoogte of de geadviseerde hulp ook feitelijk wordt verleend (artikel 25). De totale procedure tot aan het uitbrengen van het advies aan alle betrokkenen kent een wettelijke maximum-termijn van zes weken. Indien de situatie van de betreffende oudere drastisch verandert of als de wachtlijstsituatie erg lang heeft geduurd, wordt eventueel een herindicatie verricht. Na het uitbrengen van het advies is de rol van de indicatiecommissie in wezen uitgespeeld, maar in Maastricht ging men verder dan strikt genomen vereist wordt. De indicatiecommissie fungeerde sinds 1 maart 1985 tevens als plaatsingscommissie en 'bewaakte' onder

Figuur 9.1. Stappen in het (voormalige) indicatiesysteem van bejaardenoorden

andere expliciet de situatie van ouderen op de wachtlijst. Telkens als er een plaats vrijkwam, stelde de commissie een lijst met de meest urgente vijf alleenstaande ouderen of drie echtparen op, waaruit door het betreffende tehuis een keuze gemaakt moest worden. Indien de instelling de voorgedragen personen niet geschikt achtte, bijvoorbeeld in het licht van het niveau van de zorgbehoefte van de al aanwezige bewoners, moest dit met redenen omkleed kenbaar gemaakt worden aan de commissie, die vervolgens een andere lijst opstelde. Aan de plaatsingstaak van de commissie is op 1 april 1990 een einde gekomen door de bezuinigingen die door de gemeente werden opgelegd. De commissie heeft ten gevolge hiervan moeten besluiten deze, strikt naar de letter als extra te beschouwen, taak af te stoten.

De commissie te Maastricht heeft nog andere (extra) taken, namelijk sinds eind oktober 1986 het indiceren, verwijzen, bemiddelen en coördineren naar aanleiding van verzoeken om tijdelijke opname in bejaardenoorden (mogelijk bij vijf daarvan). In 1988 werden 85 aanvragen voor tijdelijke opname ingediend, waarvan 68% feitelijk tot stand kwam. De commissie beoordeelt sinds 1985 tevens de noodzaak voor aansluiting op het centraal alarmeringssysteem (waarbij het bieden van 'zekerheid' belangrijk is) aan de hand van een beperkt aantal criteria betreffende de gezondheid en met name valproblematiek, de huishoudvorm (er is slechts 1 echtpaar aangesloten) en de omvang van het sociale netwerk. Per jaar komen er circa 140 aanvragen binnen, waarvan 80 tot 85% wordt gehonoreerd. Sinds begin 1989 verricht de commissie tenslotte ook de indicering voor aanleunwoningen bij bejaardenoorden en verpleeghuizen. Op basis van een benadering van personeels- en overige lasten kunnen de kosten per advies berekend worden op ongeveer f 350,- (zie bijlage 3).

9.2.3. Beslissingscriteria bij de adviesbepaling

Het Besluit Opneming Bejaardenoorden stelde dat het onderzoek zich moet richten op zes aspecten die de zelfstandigheid van ouderen kunnen bedreigen, namelijk: (a) het gezichtsvermogen (eventueel met bril of contactlenzen); (b) de lichamelijke toestand via zes zogenaamde ADL-activiteiten betreffende zich binnenshuis verplaatsen, aan- en uittrekken, in en uit bed stappen, gaan zitten en liggen, gebruik maken van toilet en eten; (c) problemen bij acht huishoudelijke activiteiten, met name het koken van een warme maaltijd, de verzorging van de andere maaltijden, lichte en zware schoonmaakwerkzaamheden, bed opmaken, dagelijkse boodschappen doen, verzorgen van kleding en linnengoed en de verwarming; (d) de sociale omstandigheden, verbijzonderd naar de mate van sociaal contact; (e) de psychische omstandigheden, omschreven als eventuele contactstoornissen, eenzaamheid, storend gedrag, zwaarmoedigheid en geheugenstoornissen; en tenslotte (f) de woonsituatie, met name al of niet inwonend, aantal vertrekken, trappen, wijze van verwarming, onderhoud, nabijheid van openbaar vervoer, -groen en bank- of postkantoor. Na inventarisatie op de genoemde terreinen van het functioneren van de aanvrager, dient de noodzaak tot een opname beoordeeld te worden. Een positief advies wordt altijd voorzien van een urgentiebepaling, die gebaseerd is op een 'puntensysteem', waarbij voor iedere beperking bij de bovengenoemde aspecten a t/m e (niet bij (f) woonsituatie; zie vervolg) een punt wordt toegekend. De urgentiebepaling geschiedde in het oude systeem op de volgende wijze:

urgentie 6 (hoogste)	: problemen met (a) gezichtsvermogen of (b) de ADL-handelingen
urgentie 5	: tenminste vier punten bij (c) huishoudelijke activiteiten, zonder dat er (in-)formele hulp is
urgentie 4	: tenminste drie problemen bij (c) huishoudelijke activiteiten en tegelijkertijd één probleem bij (d) sociale of (e) psychische toestand, zonder dat er (in-)formele hulp aanwezig is
urgentie 3	: als bij urgentie 5, maar mét aanwezigheid hulp
urgentie 2 (laagste)	: als bij urgentie 4, maar mét aanwezigheid hulp

urgentie 1 : geen ADL- of huishoudelijke beperkingen, maar volgens commissie door psycho-sociale toestand toch noodzaak voor opname (artikel 14 lid 2).

Overigens kan nog een urgentiecijfer 7 worden afgegeven aan die ouderen die al in een bejaardenoord verblijven, maar door sluiting of renovatie daarvan moeten verhuizen naar een ander tehuis (artikel 16).

Het onderzoeksformulier bleek in de praktijk op een aantal bezwaren te stuiten (Overbeek, 1983). Ten eerste kan alleen met ja of nee geantwoord worden, zonder dat enige verdere nuancering mogelijk is. Ten tweede staan de gehanteerde criteria en de interpretatie daarvan ter discussie. Direct na invoering bleek in 1978 dat ruim de helft (56%) van de indicatie-commissies problemen met het onderzoeksformulier en de wijze van vraagstelling daarin heeft (NIMAWO, 1978). Ten derde bestaan er bezwaren tegen de beperkte mate waarop de psycho-sociale problematiek in beeld gebracht wordt: het meten van de frequentie van sociaal contact zegt nog niets over de kwaliteit en de ondervonden steun daarvan. Voor de beoordeling van psychische problemen is bovendien speciale deskundigheid vereist. Ten vierde ontstaat een summier beeld van de aanwezige zorg van informele of professionele aard. Ook hier zijn slechts ja/nee antwoorden mogelijk op de vraag of zij aanwezig is, zonder dat ingegaan wordt op omvang en kwaliteit van deze hulp en de vraag of de draagkracht van informele hulp (met name partner) voldoende is.

Bij de adviesbepaling, die uitgaat van een 'puntensysteem' voor de verschillende aspecten, wegen vooral de ADL-problematiek, waarbij er minstens één beperking moet zijn, en de huishoudelijke problemen, waarvan er minstens drie moeten bestaan, zwaar mee in de uiteindelijke beslissing. De woonsituatie mag niet worden meegeteld in de adviesbepaling en aan de psycho-sociale problematiek wordt volgens de critici onvoldoende gewicht toegekend. Met name dit aspect van de leefsituatie van ouderen zou echter vaak een belangrijke reden zijn voor het doen van een aanvraag voor het bejaardenoord. Veelvuldig gebruik van artikel 14.2 van het Besluit (urgentie 1), gemaakt voor uitzonderingsgevallen met het doel om de ouderen die noch ADL- noch huishoudelijke beperkingen, maar wel aanzienlijke psycho-sociale problemen kennen, toch een positief advies te kunnen geven, illustreert dat ook.

9.2.4. Aantal aanvragen en verstrekte adviezen in de periode 1980-1987

In deze paragraaf wordt aan de hand van jaarverslagen van de commissie te Maastricht een overzicht gegeven van het aantal aanvragen voor opname in de periode 1980-1987 en de aard van de verstrekte adviezen. Tevens worden enkele belangrijke kenmerken van de aanvragers en positief geadviseerden besproken, zoals de leeftijd en burgerlijke staat.

In tabel 9.1 is het aantal aanvragen en de negatieve of positieve beslissing daarover in de periode 1980-1987 gesplitst naar alleenstaanden en echtparen. Er is niet in beeld gebracht dat een aantal aanvragen niet tot een adviesbepaling komt, omdat men zich tussentijds heeft teruggetrokken of is overleden. Ook bij de positief geïndiceerden treedt deze 'uitval' op (ongeveer 10% à 15%). Van het totaal aantal aanvragen van alleenstaanden resulteert gemiddeld 65% à 70% in een positief advies. Dit percentage daalde aanvankelijk eerst tot 53% in 1984, maar stijgt sindsdien weer geleidelijk tot thans 75%. Bij echtparen zijn de cijfers vergelijkbaar.

Het totaal aantal aanvragende personen (alleenstaanden of partners) neemt in relatieve termen, uitgedrukt als percentage van de Maastrichtse bevolking van 65 jaar en ouder, geleidelijk af. In 1980 diende nog 3% van de oudere bevolking een aanvraag in voor opname; nu is dat 2,5%. De uitschieter in 1986 betreft wellicht inhaalvraag na de verscherping van het opnamebeleid in het jaar daarvoor. Uiteindelijk krijgt jaarlijks bijna 2% van alle ouderen een positief advies. Indien dat gebeurd is, wordt men op wachtlijst

Tabel 9.1. Aantal aanvragen en adviesbepalingen in de periode 1980-1987

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987*
alleenstaanden								
. aantal aanvragen	305	327	368	296	284	308	324	146
. positief advies	212	227	235	196	149	187	237	123
. negatief advies	24	28	36	17	33	45	10	4
. herzieningen	19	38	34	22	58	7	44	19
. lopend (per 31-12)	50	34	63	61	42	69	33	53
echtparen								
. aantal aanvragen	60	51	56	63	49	48	54	22
. positief advies	44	37	38	38	25	34	39	18
. negatief advies	4	3	6	9	10	6	1	1
. herzieningen	4	3	4	2	7	2	2	1
. lopend (per 31-12)	8	8	8	14	7	6	12	4
 totaal in % van 65-plus**								
. aantal aanvragers	3,0	3,0	3,3	2,9	2,6	2,7	2,8	2,5
. pos. geïndiceerden	2,1	2,1	2,2	1,8	1,3	1,7	2,0	2,0

* Alleen gegevens over de eerste helft van dat jaar

** Bevolkingsgegevens voor Maastricht per 1 januari van ieder jaar

geplaatst, die in Maastricht door dezelfde commissie wordt beheerd (zie paragraaf 9.2.2). In het begin van de onderzochte periode liep de wachttijd dermate hoog op (tot ruim een jaar), dat de hiervoor beschreven plaatsingsprocedure door alle tehuizen noodzakelijk geacht werd, om zo de meest urgente gevallen adequaat te kunnen helpen. Er werd afgesproken dat voortaan nog slechts die ouderen zouden worden opgenomen die als urgentiecijfer een 1, 5 of 6 kregen. Bovendien werd de wijze van beoordeling zelf aangescherpt. Aan de hand van onderstaande tabellen kan het verloop van de wachtlijsten in de onderzochte periode bestudeerd worden.

Allereerst valt op dat de omvang van de wachtlijst in 1984 inderdaad is afgenomen en wel met ruim een kwart ten opzichte van de jaren daarvoor. In 1986 neemt de omvang echter enigszins toe. Het strikter beoordelen van de situatie van de aanvrager en het gezamenlijke opnamebeleid op basis van de hoogste urgenties lijkt effectief te zijn, omdat naast de inkrimping van de wachtlijst zowel het aantal vervallen aanvragen (van ouderen met toch een positief advies) afneemt, als het aantal opgenomen ouderen stijgt (bij een gelijkblijvende capaciteit), zodat de doorstroming in de sector derhalve groter wordt. Ook de gemiddelde wachttijd is korter geworden. Naast de omvang van de wachtlijst, is de samenstelling van die wachtlijst van belang (zie tabel 9.3). Bij alleenstaanden neemt het aandeel van positief geïndiceerden met een lage urgentie (cijfers 2 t/m 4) af van ruim 40% tot 35% aan het eind van de beschouwde periode. Urgentie 1, vaak toegekend aan mensen met alleen psychosociale problematiek, wordt in het striktere opnamebeleid vanaf 1984 nauwelijks meer

Tabel 9.2. Mutaties in wachtlijsten (1981-1986): alle ouderen tesamen (alleenstaanden + echtparen)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986
wachtlijst 1/1	332	337	351	327	238	237
pos. adviezen	301	311	272	199	255	315
	—+	—+	—+	—+	—+	—+
te plaatsen	633	648	623	526	493	552
opgenomen	202-	212-	211-	201-	215-	249-
vervallen	94-	85-	85-	87-	41-	48-
	—	—	—	—	—	—
wachtlijst 31/12	337	351	327	238	237	255

Tabel 9.3. Aantal positief geïndiceerden op wachtlijst naar urgentiegraad (per 31-12)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
wachtlijst alleenstaand	260	261	269	253	188	185	213
. urgentie 6	89	67	72	78	45	55	58
. urgentie 5	32	41	52	62	41	49	71
. urgentie 4	13	10	16	10	6	9	9
. urgentie 3	55	62	64	54	43	21	26
. urgentie 2	40	58	46	34	50	48	39
. urgentie 1	21	21	19	15	3	3	10
wachtlijst echtparen	36	38	41	37	25	26	21
. urgentie 6	15	16	13	7	7	6	6
. urgentie 5	2	3	6	8	2	1	-
. urgentie 4	4	5	4	2	1	1	-
. urgentie 3	9	3	7	8	7	7	7
. urgentie 2	3	5	1	2	3	2	2

gegeven. Hoge urgenties komen na de trendbreuk in 1984 meer en meer voor; thans bij ruim 60% van de alleenstaande wachtenden. Bij echtparen wijkt het beeld enigszins af van het voorgaande. De urgenties 3 en 4 worden vrijwel niet meer afgegeven, waaruit blijkt dat echtparen die kunnen terugvallen op enige vorm van hulp steeds moeilijker een positief advies krijgen. Toch krijgt nog bijna een derde de laagste urgentie. Hoge urgenties zijn verstrekt aan circa 57% van de echtparen.

Het uiteindelijke doel van indicatiestelling betreft de regulering van de instroom in bejaardenoordelen, op een zodanige wijze dat dat enerzijds op een uniforme en gevalideerde wijze plaats vindt en er anderzijds toe leidt dat de meest urgente gevallen het eerst worden opgenomen. In Maastricht was daarom de taak van de indicatiecommissie zo verbreed dat zij tevens fungeert als plaatsingscommissie, waardoor zij bij het vrijkomen van een plaats invloed heeft op de keuze uit de wachtlijst (keuze van tehuizen is beperkt tot door de commissie voorgedragen personen).

Tabel 9.4. heeft inzicht in de urgentie-graden die de ouderen hadden voordat zij werden opgenomen. In 1980 had circa 33% van de alleenstaanden en 44% van de echtparen een lage urgentie en werd nog eens 5% van de eerste groep en 25% van de tweede groep opge-

Tabel 9.4. Aantal opnamen naar urgentie (exclusief ouderen van buiten de gemeente)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
alleenstaanden	135	164	170	151	153	161	177
. urgentie 6	53	69	61	51	61	88	105
. urgentie 5	26	31	44	47	65	51	66
. urgentie 4	6	6	6	8	1	1	-
. urgentie 3	24	33	28	25	12	9	2
. urgentie 2	15	16	21	13	4	6	2
. urgentie 1	7	8	10	7	10	4	2
. wachttijd in dagen*	313	376	446	284	301	325	262
echtparen	27	19	21	30	24	27	36
. urgentie 6	15	10	9	9	6	8	20
. urgentie 5	-	2	6	9	7	6	10
. urgentie 4	1	-	1	6	6	2	1
. urgentie 3	3	3	2	2	1	5	1
. urgentie 2	8	4	-	4	3	3	2
. urgentie 1	7	8	3	-	1	3	2
. wachttijd in dagen*	301	389	380	271	353	332	226

* Alleen voor ouderen uit Maastricht die opname in een Maastrichtse tehuis wensen

nomen op basis van een positief besluit krachtens het artikel 14 lid 2 (voor uitzonderingsgevallen!). Had van de opgenomen alleenstaanden in 1980 slechts 59% een urgentiecijfer 5 of 6, in 1986 is dat 97%. De hoogste urgentie had eerst 39% en in 1986 59%. Bij echtparen is de zelfde ontwikkeling opgetreden, zij het iets minder geprononceerd: in 1980 had 56% de hoogste urgentie en werd 26% toegelaten via het inmiddels bekende artikel 14 lid 2, nu heeft 83% de hoogste urgentie en nog slechts 6% urgentie 1.

9.2.5. Indicatiecommissie Ouderenvoorzieningen nieuwe stijl

Per 1 september 1989 is de nieuwe commissie zoals bedoeld in het Besluit Indicatie-advisering bejaardenoord en verpleeginrichtingen (Stb. 1988, no. 456) van start gegaan, hoewel een aantal zaken met betrekking tot procedures, urgentie-systeem, automatisering en afhandeling werkzaamheden van de oude commissie, nog niet geregeld was. Per 1 november 1989 heeft de gemeente Eysden de indicatiestelling voor de bejaardenoord en verpleeghuizen overgedragen aan de Maastrichtse commissie, die daarmee een regionaal karakter krijgt. Voor het werkgebied Eysden is het terrein van de te bestrijken voorzieningen echter beperkt tot de zojuist genoemde voorzieningen, terwijl in de gemeente Maastricht tevens geïndiceerd wordt voor tijdelijke opname, dagverzorging, woontussenvoorzieningen en centrale alarmering. De commissie heeft haar spreekuur in ere hersteld en is elke werkdag 's morgens telefonisch te bereiken of woensdagmiddag te bezoeken.

In tegenstelling tot het oude Besluit Opneming Bejaardenoord is thans geen puntenstelsel voor de urgentiebepaling voorgeschreven, doch staat het de individuele commissies in den lande vrij om zelf de mate van urgentie en de wijze waarop die wordt aangegeven te bepalen. In Maastricht gaat men vooralsnog uit van de oude systematiek, maar zijn diverse urgenties samengevoegd, zodat er van de aanvankelijk zeven categorieën er nu nog vier over zijn. Thans hanteert men voor de beoordeling van een eventuele opname in een van de bejaardenoord de volgende criteria:

- urgentie 1: opname wenselijk (oude urgentie 2 en 3); huishoudelijke beperkingen, hulp aanwezig
- urgentie 2: urgent (oude urgentie 4); huishoudelijke hulp ontoereikend; geestelijke toestand goed
- urgentie 3: zeer urgent (oude urgentie 5); ADL-beperkingen of lichte geestelijke problematiek
- urgentie 4: opname met spoed (oude urgentie 1 en 6); evenals 3, maar in crisissituatie; thuissituatie niet te handhaven door psychische, sociale of somatische problematiek.

Zoals eerder bleek, vervult de commissie sinds 1 april 1990 helaas géén plaatsingsrol meer. Voor alle andere voorzieningen waarvoor de commissie nieuwe stijl de indicatiestelling verricht, worden eveneens maximaal vier verschillende urgenties toegekend, maar de inhoud varieert per voorziening. Voor bijvoorbeeld verpleeghuiscare (opname of dagbehandeling) wordt urgentie 2 gegeven als opname urgent is en op korte termijn gerealiseerd moet worden en betreft urgentie 4 een spoedopname, waarbij de toekenning van de urgentie achteraf plaats vindt. Voor de woontussenvoorzieningen (aanleunwoningen) bestaan wel plannen om tot urgentiebepaling te komen, maar deze zijn nog niet gerealiseerd. De commissie benadrukt het voorlopige karakter van het een en ander; in 1990 zal het indicatie- en urgentiesysteem verder worden verfijnd en aangescherpt.

9.3. Overzicht van de bejaardenoorden in de periode 1985-1988

In deze paragraaf wordt een globaal overzicht gepresenteerd ten aanzien van de bejaardenoorden in de gemeente Maastricht. Aan de orde komen achtereenvolgens de capaciteitsontwikkelingen, het aantal opgenomen bewoners naar leeftijd en sexe, het bereik van de voorziening, de in- en uitstroom in de sector, de ontwikkeling van wijkfuncties, de personeelsformatie en de totale kosten van de gehele sector.

9.3.1. Capaciteitsontwikkelingen in bejaardenoorden te Maastricht

In Maastricht functioneren thans 9 gewone bejaardenoorden met een totale capaciteit van circa 1000 plaatsen (zie tabel 9.5). Medio 1987 is een klein oord gesloten en in maart 1988 begon de sloop van het bejaardenoord met een bijzondere functie voor blinde ouderen, dat echter weer nieuwbouw krijgt (gereed in maart 1990). Er zijn ook nog drie kloosterbejaardenoorden met een totale capaciteit van 138 plaatsen. Zij vallen, gelijk het blindenbejaardenoord, direct onder WVC als oorden met een bijzondere functie (in het vervolg: categorale bejaardenoorden).

In 1987 werd door Gedeputeerde Staten een verklaring van geen bezwaar als bedoeld in artikel 6d van de WBO verleend aan de Stichting Burgerlijk Armenbestuur voor de bouw van een nieuw bejaardenoord in Maastricht-Oost met een capaciteit van 70 plaatsen. Dit bejaardenoord dient tevens ter vervanging van Huize in den Drinck (30 plaatsen), zodat per saldo de capaciteit in Maastricht met 40 plaatsen zal toenemen (Jaarverslag ingevolge de WBO 1987, GS Limburg). De investeringskosten bedragen ongeveer 9,5 miljoen gulden (Jaarrekening Burgerlijk Armenbestuur 1988). Tezamen met het verzorgingstehuis worden 32 aanleunwoningen, een wijksteunpunt en een huisartsenpraktijk gebouwd. De bejaardenoorden staan voor een groot deel geconcentreerd in de Binnenstad, waar ook het verpleeghuis ligt: in dit stadsdeel (16% van alle ouderen in de gemeente) ligt 47% van de totale capaciteit, waaronder die van alle oorden met een bijzondere functie.

Het was bij de start van het onderzoek in 1986 de bedoeling een inventarisatie en analyse te maken van alle bejaardenoorden over de periode 1980-1988. Het duurde echter tot decem-

Tabel 9.5. Goedgekeurde capaciteit van de Maastrichtse bejaardenoorden (per 31-12)

instelling	bouwjaar ^a	1985	1986	1987	1988
Amby	1970	120	120	120	120
Beatrix	1900/1968	42	42	42	42
Campagne	1973	151	151	151	151
Jekerdal	1958/1976	85	85	85	85
Lenculenhof	1955/1982	130	130	130	130
Malberg	1972/1986	160	160	160	160
In den Drinck	1918/1983	30	30	30	30
Molenhof	1972	211	211	211	211
Providentia	1958/1982	76	76	76	76
Vroemen	1915/1974	11	11 ^b	-	-
Beyart ^c	1982/1984	30	36	36	38
Onder de Bogen ^c	1933/1979	85	90	90	90
St. Franciscus ^d	1670/1980	6	12	12	12
Adriaan Moonenstichting ^e	1909/1990	35	35	43	43
Totale capaciteit in Maastricht		1172	1189	1186	1188

a. Of laatste jaar van ingrijpende renovatie of vervangende nieuwbouw

b. Opgeheven per 31 juli 1987

c. Kloosterbejaardenoord

d. Tot 1989 kloosteroord en daarna pensioen, niet deelnemend aan onderzoek

e. Bejaardenoord voor blinden en slechtzienden (ook wel: Licht & Liefde)

ber 1989 tot alle instellingen medewerking verleenden, waarbij het verschijnen van een rapport over psycho-sociale problematiek in een van de tehuizen (Huijsman, 1989e) uiteindelijk de doorslag gaf. Naast het medio 1987 gesloten bejaardenoord, weigerde een andere kleine instelling alle medewerking. Via het Bureau Onderzoek en Statistiek van de Gemeente Maastricht is van dit oord wel bekend hoeveel mensen (naar sexe en leeftijd) er verblijven per 31 december 1987 en 1988. Een ander oord werkte weliswaar mee, maar men kon door nieuwbouw niet alle gevraagde gegevens terugvinden. Hoewel het naar de oorzaken voor aanvankelijke of totale weigering gissen blijft, lijkt het aannemelijk dat het onderzoek voor deze tehuizen, die tot de kleinste gerekend kunnen worden, als te bedreigend ervaren werd.

9.3.2. Opbouw van het bewonersbestand sinds 1985

In deze paragraaf baseren wij ons op de CBS-enquête voor bejaardenoorden, die sinds 1965 jaarlijks moet worden ingevuld. De speciale aandacht gaat uit naar de leeftijds- en validiteitsverdeling, de instroom naar herkomst en de uitstroom naar bestemming. De gegevens betreffen de periode 1985-1989 (ultimo elk jaar). In tabel 9.6 wordt het totale bewonersbestand van alle tehuizen tezamen uitgesplitst naar leeftijdsgroepen. De gemiddelde leeftijd ligt net onder de 83 jaar. In de betreffende leeftijdscategorie van 80 t/m 84 jaar bevindt zich ruim 30% van alle bewoners. Ruim 40% van alle bewoners is echter ouder dan 85 jaar en dit aandeel is de laatste jaren stijgende, door een toename van met name zeer-hoogbejaarde bewoners (90-plus).

Het bereik van de algemene bejaardenoorden ligt in de gemeente Maastricht onder de zogenaamde 7%-norm (die nooit in het overheidsbeleid is geformaliseerd): in 1983 was 6,6% van de 65-plussers opgenomen in een algemeen verzorgingstehuis, eind 1988 was dat door het toenemend aantal ouderen bij gelijkblijvende, zelfs afnemende capaciteit nog maar 5,8%. Van alle in algemene oorden opgenomen ouderen is in 1989 ongeveer driekwart vrouw (zie figuur 9.2). Dit aandeel is iets lager in de jongere groepen en het hoogst bij 90-plus (in 1989 is van hen 80% een vrouw).

Naar geslacht en leeftijd gespecificeerd zijn in figuur 9.3 de bereikcijfers (dat wil zeggen het aantal bejaardenoordbewoners naar geslachts- en leeftijdsgroep uitgedrukt in procenten van de Maastrichtse bevolking) voor de algemene bejaardenoorden gedurende de periode 1983-1988 (per 31 december van ieder jaar) in beeld gebracht. In alle leeftijdsgroepen ligt het bereik voor vrouwen boven dat voor mannen. Gemiddeld is per 31 december 1988 3,7%

Tabel 9.6. Leeftijdsverdeling (in %) in bejaardenoorden* (per 31 december)

leeftijd	1985 ^b	1986 ^b	1987	1988	1989 ^{bo}
totaal (=100%)	1143	1157	1160	1144	1123
. t/m 64 jaar	1,2	0,8	1,2	0,8	0,8
. 65 - 69 jaar	1,9	2,5	3,0	3,2	2,6
. 70 - 74 jaar	7,9	7,3	8,6	7,9	7,5
. 75 - 79 jaar	20,5	19,4	18,5	18,4	17,1
. 80 - 84 jaar	30,4	32,3	32,0	30,7	30,5
. 85 - 89 jaar	24,1	24,2	23,2	23,3	26,0
. 90 jaar en ouder	14,1	13,5	13,4	15,7	15,5
gemiddelde leeftijd ^d	82,7	82,7	82,4	82,8	83,0

a. Inclusief oorden met bijzondere functie

b. Exclusief de kleinste instelling (capaciteit 12 plaatsen)

c. Gebaseerd op het deelonderzoek uit hoofdstuk 6

d. Veronderstellend dat (1) mensen onder 65 jaar gemiddeld 62 jaar oud en (2) mensen ouder dan 90 jaar gemiddeld 95 jaar oud zijn.

Figuur 9.2. Aandeel van sexen in algemene oorden (in %; per kolom aantal bewoners)

van alle mannen en 7,0% van alle vrouwen van 65 jaar en ouder in een van de algemene bejaardenoorden te Maastricht opgenomen. Voor de categorale bejaardenoorden komt daar nog eens 0,9% voor de mannen en 1,1% voor de vrouwen bij, gemiddeld 1,1% van alle 65-plussers in de gemeente Maastricht, zodat het totale bereik van alle bejaardenoorden uitkomt op 6,9%. Dit bereik (1988) loopt sterk op met de leeftijd van 0,5% tot 70 jaar, 1,6% bij 70-74 jaar, 4,9% bij 75-79 jaar en 14,4% bij 80-84 jaar tot 26,9% bij 85-plussers.

Begin jaren '80 kampte men met zulke lange wachtlijsten, dat een wachttijd van twee jaar geen uitzondering was. Om de doorstroming te bevorderen is een gezamenlijk opnamebeleid ontwikkeld, waarbij mensen met slechts huishoudelijke hulpbehoefte niet meer worden opgenomen (zie voorgaande paragraaf). De hier gehanteerde CBS-registratie leent zich voor de vraag of dit opnamebeleid z'n weerslag heeft gehad op de validiteitsverdeling van de bewoners. Er worden vier groepen onderscheiden (zie ook paragraaf 4.2.4), namelijk (a) volledig bedlegerig, (b) niet bedlegerig maar wel volledig hulpbehoevend, (c) gedeeltelijk

Figuur 9.3. Bereik van de algemene oorden naar sexe en leeftijdsgroep

Tabel 9.7. Validiteitsverdeling (in %) in bejaardenoorden^a (per 31 december)

	1985 ^b	1986 ^b	1987	1988
aantal bewoners (=100%)	953	955	967	956
. bedlegerig	3,1	2,4	2,2	3,0
. volledig hulpbehoevend	23,8	23,9	24,4	31,2
. gedeeltelijk hulpbehoevend	48,3	42,9	36,5	41,3
. alleen huishoudelijke hulp	24,8	30,8	36,9	24,5

a. Exclusief categorale bejaardenoorden

b. Voor één instelling (N=30) onbekend

hulpbehoevend op ADL-gebied en (d) niet lichamelijk hulpbehoevend maar zich reddend met enige huishoudelijke hulp. Tabel 9.7 laat niet meteen een duidelijke kentering in de validiteitsverdeling zien, maar in 1988 lijkt toch sprake te zijn van een afname van het aantal bewoners in de lichtste categorie en een toename in de zwaarste categorie, zodat de effecten van het gezamenlijke opnamebeleid met enige vertraging toch merkbaar zijn via de validiteitsverdeling van de bewoners.

De validiteitsverdeling in de instellingen met een bijzondere functie is niet helemaal bekend, maar analyse voor twee daarvan doet vermoeden dat deze vooral in kloosteroorden enigszins gunstiger is dan in algemene bejaardenoorden. In 1988 (N=127) is die verdeling als volgt: 3,9% is bedlegerig; 18,9% is geheel hulpbehoevend; 41,7% partieel hulpbehoevend en 35,4% krijgt hoogstens huishoudelijke hulp.

9.3.3. In- en uitstroom bejaardenoorden

Een belangrijke doelstelling van het in 1985 ingevoerde gezamenlijke opnamebeleid betrof bespoediging van de doorstroming in de sector. Net als bij de voorgaande analyses is niet van alle tehuizen de relevante statistiek beschikbaar. Tabel 9.8 laat zien welke oorden in deze subparagraaf worden bestudeerd. In 1986 kwam het instroompercentage aanzienlijk hoger uit dan in het jaar daarvoor, maar dit voordeel van het nieuwe opnamebeleid lijkt geleidelijk weg te ebbten. In 1988 was het instroompercentage van de vermelde instellingen gemiddeld 20,4% (18,8% inclusief oorden met bijzondere functie). De variatie tussen de

Tabel 9.8. Relatieve instroom in bejaardenoorden (in % van capaciteit)

instelling	1985	1986	1987	1988
Amby	16,7	16,7	29,2	17,5
Beatrix	31,0(1984)	19,0	21,4	28,6
Campagne	13,2	15,9	16,6	24,5
In den Drinck	20,0	40,0	4,7	13,3
Jekerdal	9,4	23,5	18,5	17,6
Lenculenhof	24,6	19,2	20,0	23,8
Malberg	20,0	25,0	19,4	16,9
Molenhof	18,5	45,0	23,2	21,8
Providentia	19,7	19,7	25,0	15,8
Beyart ^a	23,2	16,7	27,8	13,2
Onder de Bogen ^a	2,4	8,9	5,6	6,7
Gemiddeld ^b	18,2	25,5	22,1	20,4

a. Kloosterbejaardenoord

b. Gemiddelde voor de algemene bejaardenoorden

instellingen is echter groot en loopt bij de algemene bejaardenoorden van minimaal 13,3% tot maximaal 28,6%. De relatieve instroom in de kloosterbejaardenoorden was in 1988 aanzienlijk lager. Gegevens van de indicatiecommissie laten overigens zien dat het instroompercentage vóór de beschouwde periode nog iets lager was, namelijk rond 15% à 16% begin jaren tachtig. Uit het eigen deelonderzoek (zie volgende hoofdstuk) komt in 1989 een nog verdere daling van het instroompercentage tot 17% naar voren. Hoewel de meetprocedure kan leiden tot een geringe onderschatting van de instroom (die mensen betreffend die in de loop van 1989 ook weer zijn uitgeschreven), zet de daling van de doorstroming verder voort en komt in de buurt van de situatie vóór 1985.

Tabel 9.9 geeft de leeftijdsverdeling van de jaarlijkse instroom en de herkomst van deze nieuwe bewoners voordat zij werden opgenomen. Daarbij moet allereerst worden opgemerkt dat artikel 1a van de WBO de mogelijkheid biedt om personen jonger dan 65 jaar op te nemen, mits daartoe een verklaring door Gedeputeerde Staten wordt afgegeven. Daarvoor dienen er zodanige bijzondere omstandigheden te zijn dat de betrokkene niet meer thuis verzorgd kan worden, zulks ter beoordeling van de indicatiecommissie. Er wordt geconcludeerd dat de nieuwe bewoners steeds ouder worden, doch dit is een geleidelijke ontwikkeling en een trendbreuk die als gevolg van de wijziging in het opnamebeleid in 1985 verwacht zou kunnen worden, is niet opgetreden, hoewel de beschouwde periode kort is. In 1985 was nog 21% van de 'nieuwkomers' 85-plus, in 1988 31%. De gemiddelde leeftijd van de nieuwkomers (81 jaar in 1988) komt daarmee dicht bij die van de al aanwezige bewoners (ruim 82,5 jaar in 1988).

Verreweg de meeste bewoners komen uit de eigen omgeving (circa 87%) en een klein deel uit het verpleeghuis. De stroom uit het verpleeghuis kan echter van jaar tot jaar aanzienlijk variëren. De stromen tussen de bejaardenoorden onderling (herplaatsingen van al eerder opgenomen ouderen) zijn gering. Sinds 1986, in tegenstelling tot 1985, komt een opname vanuit een (psychiatrisch) ziekenhuis haast niet meer voor. Opnamen na een verblijf in een aanleunwoning worden tenslotte bij uitzondering geconstateerd; alleen in 1987 kwam dit bij twee oorden voor en betrof toen slechts vier personen. Dit lijkt een aanwijzing te zijn voor ook eldersesignaleerde effecten van deze vorm van 'beschermde wonen' voor ouderen, waardoor een intramurale opname achterwege kan blijven (Coolen en Van Pelt, 1985).

Tabel 9.9. Leeftijdsverdeling en herkomst van instroom (in % van totaal)

	1985	1986	1987	1988
Instroom (=100%)	194	273	237	216
Leeftijdsverdeling (%)				
. t/m 64 jaar	2,1	1,1	3,4	0,9
. 65 - 69 jaar	5,2	5,9	5,5	3,2
. 70 - 74 jaar	10,3	13,6	12,2	15,7
. 75 - 79 jaar	28,4	23,8	25,3	20,8
. 80 - 84 jaar	33,0	31,9	30,8	28,2
. 85 - 89 jaar	14,9	18,3	17,7	22,2
. 90-plus	6,2	5,5	5,1	8,8
. gemiddelde leeftijd ^a	81,3	80,0	79,6	81,0
Herkomst instroom (%)				
. eigen omgeving	84,5	87,9	80,6	87,0
. aanleunwoning	0,0	0,0	1,7	0,0
. psych.ziekenhuis	5,7	1,1	0,0	2,3
. ander bej.oord	2,6	2,6	7,6	6,0
. verpleeghuis	7,2	8,4	10,1	4,6
. andere gemeenten ^b	8,2	4,0	5,5	10,2

a. Veronderstellend dat (1) mensen onder 65 jaar gemiddeld 62 jaar oud en (2) mensen ouder dan 90 jaar gemiddeld 95 jaar oud zijn.

b. Overlappend met de andere categorieën.

Tabel 9.10. Leeftijdverdeling en bestemming van uitstroom (in % totaal)

	1985	1986	1987	1988
Uitstroom (=100%)	202	268	237	230
Leeftijdverdeling (%)				
• t/m 64 jaar	0,0	1,1	0,8	0,0
• 65 - 69 jaar	0,5	1,9	0,8	1,3
• 70 - 74 jaar	7,4	7,9	6,3	6,1
• 75 - 79 jaar	17,8	12,4	14,8	10,4
• 80 - 84 jaar	26,7	27,4	26,2	29,1
• 85 - 89 jaar	26,2	27,8	30,0	30,4
• 90-plus	21,3	21,4	21,1	22,6
• gemiddelde leeftijd ^a	84,4	84,3	84,6	85,1
Bestemming uitstroom (%)				
• overleden	79,2	73,9	75,5	72,6
• eigen omgeving	3,5	7,1	1,3	1,3
• psych.ziekenhuis	3,5	3,4	2,5	2,2
• ander bej.oord	2,5	6,0	4,6	1,7
• verpleeghuis	11,4	11,2	16,0	22,2

a. Veronderstellend dat (1) mensen onder 65 jaar gemiddeld 62 jaar oud en (2) mensen ouder dan 90 jaar gemiddeld 95 jaar oud zijn.

Tabel 9.10 laat de uitstroom uit de bejaardenoorden zien. Er is vast te stellen dat in 1986 aanmerkelijk meer ouderen werden uitgeschreven dan in het jaar daarvoor. Dit geldt met name voor de grotere tehuizen met meer dan 125 plaatsen. De voormalige bewoners worden steeds ouder, zodat nu meer dan 50% ouder is dan 85 jaar, welke grens gelijk is aan de gemiddelde leeftijd van de uitgeschrevenen. Bij ongeveer driekwart betreft de reden van uitschrijving het overlijden van de bewoner. Steeds meer mensen worden echter overgeplaatst naar het verpleeghuis. Relatief wordt zelfs bijna een verdubbeling geconstateerd van 11,4% van de uitstroom in 1985 tot 22,2% in 1988. Er gaan slechts weinig personen voor een permanent verblijf over naar een (psychiatrisch) ziekenhuis en ook de stroom terug naar de eigen omgeving is minimaal. De uitschieter in 1986 (7,3% naar huis) is geheel toe te schrijven aan één (de grootste) instelling.

9.3.4. Wijkfuncties bejaardenoorden

De laatste jaren zijn bejaardenoorden zich steeds meer gaan richten op de bewoners van de wijk waarin zij gelokaliseerd zijn via de zogenaamde wijkfunctie van bejaardenoorden, waardoor zelfstandig wonende ouderen gebruik kunnen maken van dienstverlening van het verzorgingstehuis, zonder daarin te zijn opgenomen (Reikwijdtebesluit WBO; Stb. 1984, no. 678). Het gebruik van wijkfuncties wordt sinds 1985 (in dat jaar via een aparte vragenlijst) geïnventariseerd via de Statistiek Bejaardenoorden. Mogelijke functies zijn (tussen haakjes het percentage oorden in Nederland dat deze aan het eind van 1986 aanbood): kortdurende opname (51%), dagverzorging (16%), nachtopvang (9%), maaltijdverstrekking (69%; bijna geheel voor aanleunwoningen), bad- of douchevoorziening (9%), voetverzorging (12%), MBvO (39%) en alarmsysteem (47%). Met deze laatste mogelijkheid worden in Nederland 38.300 ouderen (2,1% van alle 65-plussers) geholpen, waarvan 70% in een aanleunwoning bij het bejaardenoord woont.

In tabel 9.11 wordt een overzicht gegeven van de in Maastricht gerealiseerde wijkfuncties. Omdat de betreffende vragen het eerste jaar niet geïntegreerd waren in de CBS-enquête zijn voor 1985 geen gegevens bekend. Voorbeelden die eind 1988 in Maastricht feitelijk gerealiseerd zijn, betreffen de kortdurende opname waarvan 80 mensen gebruik maakten, dagverzorging (41 personen), nachtopvang (waarvan géén gebruik is gemaakt), maaltijdvoorziening (gemiddeld bijna 80 maaltijden per dag), voetverzorging (55x) en Meer Bewegen voor Ouderen (85x). Aansluiting op een alarmeringssysteem hebben ruim 340 ouderen

Tabel 9.11. Wijkfuncties van bejaardenoorden: het gebruik op jaarbasis

	aantal oorden	1986	1987	1988
aanleunwoningen	3	202	202	202
(aantal bewoners)		(236)	(237)	(239)
kortdurende opname	6	53	69	80
dagverzorging	2	33	26	41
nachtopvang	1	6	6	0
maaltijdvoorziening ^a	5	72	74	79
bad- of douchevoorziening	2	6	12	6
voetverzorging	3	32	58	55
Meer Bewegen voor Ouderen ^b	5	73	77	85
aansluiting alarmsysteem ^b	5	300	342	341

a. Aantal maaltijden dat gemiddeld per dag verstrekt wordt.

b. Waaronder ook de aanleunwoningen, die allemaal zijn aangesloten.

(2% van alle 65-plussers), waarbij opgemerkt wordt dat dat inclusief de aanleunwoningen is die allemaal zijn aangesloten. Opgemerkt wordt dat ook enkele andere wijkfuncties vooral worden ingezet bij de bewoners van aanleunwoningen, zoals de maaltijdservice (65%). Sinds 1 november 1989 bestaat er wel een Stedelijke Maaltijdvoorziening (niet in tabel) met één bejaardenoord als producent, vier eetpunten in verschillende wijken en daarnaast thuisbezorging. In totaal worden per week circa 200 maaltijden gedistribueerd; de indicatiestelling gebeurt door de maaltijdvoorziening zelf.

De dagverzorging blijkt nationaal wel, maar in Maastricht slechts bij uitzondering benut te worden door mensen uit een aanleunwoning. Dagverzorging bestaat slechts bij twee tehuizen, waarbij er een in het oog springt (29 ouderen in 1988). Kortdurende opname heeft een grote vlucht genomen (80 maal in 1988) en is bij zes instellingen mogelijk. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de mate waarin de wijkfuncties in Maastricht gestalte hebben gekregen, niet veel afwijkt van het eerder geschetste landelijke beeld.

9.3.5. Personeel in algemene bejaardenoorden

Voor de algemene oorden die aan het onderzoek deelnamen (9 instellingen, uitgezonderd het kleinste dat in 1987 gesloten is) wordt thans ingegaan op de omvang van de personeelsformatie. Daarbij wordt het onderscheid tussen indirect en direct personeel gehanteerd. Onder het directe personeel wordt het verzorgende personeel (bejaardenverzorgenden, -helpenden en verzorgingsassistenten) en het verplegende personeel (verpleegkundigen en ziekenverzorgenden) begrepen. Vaak betreft dat gediplomeerd personeel, maar in bescheiden mate wordt ook personeel in opleiding binnen de instellingen aangetroffen, hetgeen afzonderlijk vermeld is. Daarbij wordt opgemerkt dat de afname in deze categorie deels een artefact is, omdat zij vroeger wel en thans niet meer in de formatie wordt meegeteld. Ook het indirecte personeel wordt naar functie verbijzonderd (directie, administratie en huishoudelijk, technisch, agrarisch of overig personeel). Tabel 9.12 geeft een overzicht van de formatie in algemene bejaardenoorden in de periode 1985-1988 en toont naast de absolute omvang in voltijdse equivalenten (f.t.e.) ook de formatie per 100 bewoners. De gemiddelde bezetting telt 39 à 40 voltijdse plaatsen, waarvan 61 à 62% direct personeel in de verzorgende of verplegende sector. Door meerhoofdige directies in een aantal oorden heeft een gemiddeld oord 1,4 directie-plaatsen; eenhoofdige directies komen slechts bij 1/3 van de oorden voor.

Binnen de categorie indirect personeel is het keukenpersoneel (30,2% in 1988) en het huishoudelijk personeel (27,5%) het belangrijkste, gevolgd door technisch, agrarisch en overig personeel (22,5%). Tot en met 1987 is het aandeel van het indirecte personeel geleidelijk

Tabel 9.12. Totale personeelsformatie in de algemene bejaardenoorden
(in voltijdse banen of f.t.e.)

	1985	1986	1987	1988
totale personeel	371,92	390,06	387,03	379,75
indirect personeel	141,59	150,85	151,88	145,67
. directie	10,86	10,84	11,84	12,40
. administratie	17,52	18,23	16,41	16,54
. huishoudelijk personeel	37,66	43,38	39,91	39,99
. keukenpersoneel	45,56	43,94	45,94	44,03
. technisch personeel	15,37	15,17	14,97	15,09
. overig personeel	14,62	19,29	22,81	17,62
verzorgend/verplegend personeel	230,33	239,21	235,15	234,08
. verpleegkundigen	20,61	20,13	20,51	22,38
. ziekenverzorgenden	28,17	38,70	40,95	42,67
. bejaardenverzorgenden (gedipl.)	101,01	101,36	100,71	107,10
. bejaardenverzorgenden (in opl.)	11,80	9,42	5,52	2,50
. bejaardenhulp (gedipl.)	27,84	27,07	32,25	31,00
. bejaardenhulp (in opl.)	0,00	2,30	0,80	0,50
. verzorgingsassistenten	2,06	3,47	2,01	1,00
. overig zorgpersoneel	38,84	36,76	32,40	26,93
totaal per 100 bewoners op 31/12	38,26	39,60	39,53	39,23
. indirect personeel	14,57	15,31	15,51	15,05
. direct personeel	23,70	24,29	24,02	24,18

opgelopen, maar in 1988 trad een kentering op. Dit wordt vooral veroorzaakt door uitbesteding van werkzaamheden aan derden, maar dit is moeilijk in formatieplaatsen te kwantificeren (idealiter wel vereist voor het totaalbeeld). Per 100 bewoners zijn er eind 1988 15 personeelsleden in de indirecte sfeer in dienst.

Het directe personeel (inclusief afdelings- en andere hoofden) bestaat voor bijna de helft uit bejaardenverzorgenden (46%), maar ziekenverzorgenden worden belangrijker (van 12% tot 18% in 1988). Opmerkelijk is voorts het dalend aantal personen dat in opleiding is voor bejaardenverzorgende. Verzorgingsassistenten treft men in de algemene oorden, in tegenstelling tot kloosteroorden, vrijwel niet aan. De personeelsformatie per 100 bewoners is sinds 1986 licht gedaald tot thans 39,2 voltijdse plaatsen, waarvan 24,2 in de directe sfeer. Landelijk is er een vergelijkbare ratio met het aantal verzorgden (zie hoofdstuk 4). Hoewel de financiële situatie de provincie noodzaakt een restrictief beleid te voeren inzake eventuele uitbreiding van personeelsformatie, wordt geconstateerd dat er een toenemende zorgbehoefte is, die zal leiden tot de vraag om in zowel kwantitatief als kwalitatief opzicht meer personeel toe te staan (Jaarverslag WBO, 1984/1985, GS Provincie Limburg). De beperktheid van middelen maakte volgens het provinciale bestuur een herziening op het normensysteem voor de personele voorzieningen (voorheen het Twijnstra en Gudde systeem, 1978) noodzakelijk. Met name in de verzorgende sector is er een grote discrepantie tussen het berekende en het feitelijke aantal formatieplaatsen. In 1985 bestonden er nog intenties om landelijk een nieuw formatiemodel te ontwikkelen, maar toen in 1986 bleek dat dat niet zou gebeuren, besloot de provincie een eigen Normeringssysteem voor Personele voorzieningen in Verzorgingstehuizen (NPV) te ontwikkelen dat in 1987 zou worden ingevoerd (Jaarverslag WBO, 1986). De feitelijke invoering is uiteindelijk uitgesteld tot 1 januari 1991. Wel wordt sinds oktober 1988 het registratie-gedeelte door de bejaardenoorden ingevuld.

Het voorgaande totaaloverzicht van de personeelsformatie laat onverlet dat er tussen de instellingen belangrijke verschillen kunnen bestaan. In 1988 varieert de personeelsratio van 33,8 tot 5,5 per 100 bewoners. Indien de verzorgingscapaciteit wordt uitgezet tegen de personeelsformatie, blijkt echter toch sprake te zijn van een vrij sterk lineair verband met slechts enkele uitschieters (zie figuur 9.4 voor de absolute personeelsomvang en de relatieve omvang per 100 bewoners). Als vuistregel voor de benadering van de formatie bij een gege-

Figuur 9.4. Personeelsformatie naar grootte van de instelling (algemene bejaardenoord)

van capaciteit (in absolute aantal plaatsen) kan worden uitgegaan van de volgende formule

$$\text{totale formatie} = 0,348 * [\text{capaciteit}] + 3,317 \quad (\bar{R}^2=0,963)$$

Bij een dergelijke lineaire formule is er geen reden om te veronderstellen dat het mogelijk is een bepaalde optimale omvang voor het bejaardenoord te vinden waarbij de meest gunstige verhouding tussen personeel en verzorgden bereikt wordt: als beste benadering geldt een constante ratio van 24 directe en 15 indirecte personeelsleden per 100 bewoners (algemene oorden). De zogenaamde 'schaalvoordelen' zijn wel aangetroffen in onderzoek naar de kostenstructuur van bejaardenorden in Nederland (Goudriaan e.a., 1989) en wijzen op een optimale capaciteit van circa 130 plaatsen per oord.

9.3.6. Kosten en financiering van de bejaardenorden

Eind januari 1990 gaf het Bureau Bejaardenbeleid van de provincie Limburg toestemming om voor het onderzoek gebruik te maken van de bij de provincie aanwezige jaarrekeningen van de Maastrichtse bejaardenorden. Bij deze toestemming werd de uitdrukkelijke voorwaarde gesteld dat alleen getotaliseerde of gemiddelde gegevens zouden worden gepresenteerd, zodat afzonderlijke instellingen niet als zodanig herkenbaar zijn. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde en totale kosten van de algemene bejaardenorden in de periode 1985-1988. Daarbij dienden er door onvolledigheid van gegevens enkele veronderstellingen gemaakt te worden. De reden daarvoor is het feit dat na het indienen van een door de accountant gecontroleerde jaarrekening in sommige gevallen door de provincie een correctie wordt toegepast als een kostenpost niet conform haar prijsregelen gecalculleerd werd (bijvoorbeeld een afwijkende afschrijvingstermijn); deze correcties waren niet altijd te traceren, maar leiden tot een wel altijd bekende subsidiebeschikking waarin steeds het totale goedgekeurde exploitatiebudget, de eigen bijdragen van bewoners en de uiteindelijke provinciale subsidie voor dat jaar vermeld zijn. Als het totaal van subsidie en retributie niet gelijk was aan het goedgekeurde budget, dan is verondersteld dat het eventuele restant steeds verrekeningen met voorgaande jaren en oorspronkelijke subsidies betreft. Met name in 1985 en 1986 waren deze verrekeningen van belang, omdat er lange tijd onduidelijkheid bestond over de precieze omvang van de eigen bijdragen. Deze

bleken ook lager uit te vallen dan door het Ministerie van WVC geraamd was. Limburg besloot de lagere opbrengsten uit eigen bijdragen (in 1985 circa 4,5 op een totaalraming van 97,8 miljoen) te compenseren door verhoging van de provinciale subsidie (die in 1985 circa 124 miljoen en in 1988 circa 129 miljoen bedroeg), waarvoor zij echter weer een eenmalige compensatie-uitkering van het Ministerie ontving. De problemen bij de nieuwe provinciale financieringswijze werden verder gecompliceerd door kortingen op de dotatie aan onderhoudsfonds (naar 50%) en op de variabele lasten in 1984 en een exploitatiekorting van 4% in 1985. In 1986 en 1987 zijn geen budgettaire maatregelen genomen. In 1988 is de onderhoudsdotatie weer verhoogd tot 75% en kreeg het personeel een eenmalige extra uitkering. In twee gevallen moest worden uitgegaan van de aanvaarde begrotingen in plaats van de jaarrekeningen (een oord voor 1984 en een oord voor 1987 en 1988).

Om te voldoen aan de gestelde voorwaarde over de presentatie van gegevens, wordt een overzicht gegeven van de opbouw en samenstelling van de gemiddelde kosten per verzorgingsdag. Ook hiervoor moest een veronderstelling gemaakt worden. Er is zoveel mogelijk uitgegaan van feitelijk 'geproduceerde' verzorgingsdagen, maar indien deze niet bekend zijn worden zij benaderd door de capaciteit (tabel 9.5) te vermenigvuldigen met het aantal dagen in een jaar. De jaarrekeningen zijn geschoond voor de exploitatie van aanleunwoningen (bij drie oorden). Ook moet worden vermeld dat bestedingen in het kader van het flankerend beleid in de jaren 1985-1987 niet goed zijn af te zonderen, hetgeen dan ook achterwege is gebleven. In 1988 werd het flankerend beleid voor het eerst via een functionele benadering van de totale dienstverlening door bejaardenoorden een geïntegreerd onderdeel van de begrotingen en was het mogelijk het flankerend beleid uit de jaarrekening voor de betreffende oorden (vijf stuks) af te zonderen. De provinciale subsidie voor Maastricht (op basis van vaste richtlijnen) was in 1988 f 67.660 voor tijdelijke opname en f 44.170 voor dagverzorging. Nachtopvang wordt in Maastricht sinds 1988 niet meer aangeboden. Maaltijdvoorziening en andere wijkfuncties die voorheen via het flankerend beleid eveneens door de provincie (mede) werden gefinancierd, vallen in 1988 voor het eerst onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (welzijnswet). De provincie houdt haar bevoegdheden voor tijdelijke opname, nachtopvang en dagverzorging. Als overgangsmaatregel werden in 1988 de (extra) organisatiekosten van maaltijdvoorziening door de provincie gesubsidieerd (ruim f 3.100 in Maastricht). Op basis van vier van de vijf exploitatie-overzichten voor tijdelijke opname bedragen de gemiddelde kosten (productie 1820 dagen) f 46,20 per dag, waarvan 68% personeelslasten betreft. De eigen bijdrage is f 6 en de provincie subsidieert f 30 per dag. Het saldo diende ten laste van de reserves te komen. In 1990 is een nieuwe verordening opgesteld die dit probleem gedeeltelijk ondervangt met hogere subsidies.

Tabel 9.13. Gemiddelde kosten (in f) per verzorgingsdag in algemene bejaardenoorden

	1985	1986	1987	1988
totale personeelslasten ^a	46,35	50,34	50,22	51,20
voedingskosten	7,08	7,21	7,04	6,62
huishoudelijke en energiekosten	8,80	8,38	7,72	7,43
huur en leasing	5,22	5,50	5,71	5,84
onderhoud en aanvulling	2,84	3,33	3,38	2,55
afschrijvingen en interest	7,07	7,39	7,26	7,38
algemene kosten	2,81	2,82	3,15	3,14
medische & verzorgingsmiddelen	0,11	0,12	0,10	0,12
doorberekende kosten ^b	-3,67	-2,77	-2,95	-2,68
totale netto lasten	77,33	82,31	81,64	81,61
eigen bijdragen	32,30	33,47	33,27	32,79
exploitatie-subsidie provincie	43,96	47,58	49,04	48,35
te verrekenen ^c	1,07	1,26	-0,67	0,47

a. inclusief sociale lasten, ziektegeelden en overige personeelslasten

b. inclusief rijksbijdragen en opbrengsten (maaltijden, winkels e.d.)

c. saldo van resultaten betreffende de voorgaande jaren en van nabekomen correcties op kostenposten, eigen bijdragen voorgaande jaren elcctera

De netto lasten per dag bedragen gemiddeld f 81,60 (zie tabel 9.13). Het goedgekeurde budget voorziet in circa f 82,80. De verdeling van de netto lasten is in 1988 als volgt: 62,7% betreft personeelslasten, 8,1% is voor voeding (met een gemiddelde prijs van f 6,60 per dag), de totale huisvesting (inclusief onderhoud, afschrijvingen en interest) vormt 28,4% van de dagprijs en 4% betreft algemene kosten (inclusief die van medische en verzorgingsmiddelen). Een deel (3,3%) van de kosten wordt verrekend (o.a. met aanleunwoningen) of wordt gecompenseerd door de rijksbijdrage bejaardenhuisvesting van het ministerie van VROM of door opbrengsten uit 'bedrijven' zoals een winkel in het tehuis. De eigen bijdragen dekken 40,2% van de gemiddelde netto lasten per verzorgingsdag in de lekenbejaardenoorden te Maastricht.

Financieel bestaan er grote verschillen tussen de oorden. Figuur 9.5 laat de minimale, gemiddelde en maximale kostprijzen per dag zien. Het laagste kostenniveau betreft steeds hetzelfde tehuis en het maximale tarief afwisselend twee dezelfde. In 1988 is de verdeling globaal als volgt: één oord ligt iets onder f 70 per dag, drie instellingen hebben een dagprijs tussen f 70 en f 80, twee oorden liggen vlak bij het gemiddelde van f 81,60 en de rest tussen f 90 en f 95 per dag. De uitschieter in 1986 lijkt eenmalig.

De opbouw van de dagtarieven naar kostensoort laat eveneens belangrijke verschillen zien. Ter illustratie wordt een beknopt overzicht gegeven van de onderlinge variaties in de aandelen van de verschillende posten in de totale netto lasten per dag. Voor het merendeel van de instellingen ligt het aandeel van de personeelslasten tussen 59% en 63% (gemiddeld voor alle algemene oorden 62,7%), maar er is één uitschieter naar boven (75%). Bij de voedingskosten zijn de verschillen ook aanzienlijk: het aandeel in de totale lasten per dag varieert van 6% tot 14% (gemiddeld 8,1%). De totale huisvestingskosten (inclusief afschrijvingen, interest en onderhoud) kennen een aandeel dat ligt tussen 14% en 39% (gemiddeld 28,4%). Aan de financieringszijde bestaan eveneens grote variaties tussen de verschillende instellingen: het aandeel van de eigen bijdragen varieert tussen 32% en 56% (gemiddeld 40,2%).

Figuur 9.5. Uiterste en gemiddelde dagtarieven per (algemeen) bejaardenoord in 1984-1988

9.4. Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

In dit hoofdstuk werd een globale schets gepresenteerd van de ontwikkelingen in de sector van bejaardenoorden in de gemeente Maastricht gedurende de afgelopen vijf jaar. Deze schets dient als introductie op de analyse van de zorgbehoefte (op basis van individuele bewonersgegevens van alle huizen) in het volgende hoofdstuk. De totale capaciteit van algemene bejaardenoorden (negen instellingen) en bejaardenoorden met een bijzondere functie (één instelling voor blinde en slechthorende ouderen en drie kloosterbejaardenoorden) is bijna 1200 plaatsen.

Van de ingediende aanvragen voor opname in een bejaardenoord wordt jaarlijks circa driekwart goedgekeurd. Het strengere opnamebeleid heeft er sinds 1985 toe geleid dat de instroom in de bejaardenoorden (per jaar bijna 2% van alle 65-plussers in de gemeente) gerealiseerd wordt bij een kortere wachttijd (toch nog acht à negen maanden) en alleen voor die ouderen plaats vindt die de hoogste urgentie hebben. Dit gezamenlijke opnamebeleid onder de coördinatie van de indicatie- tevens plaatsingscommissie heeft tevens tot gevolg gehad dat de verschillen in bewonerskenmerken tussen de Maastrichtse huizen haast niet meer bestaan (Frederiks en Te Wierik, 1988) en dat de aanvragers qua problematiek haast niet verschillen van de huidige gemiddelde bewoner, zodat in de toekomst de hulpbehoefte in de bejaardenoorden verder zal stijgen. In dit licht lijkt hechtere samenwerking tussen de bejaardenoorden onderling en met verpleeghuizen noodzakelijk, waarbij de start van het brede indicatie-systeem nieuwe stijl een nuttig instrument kan zijn. Verdere verscherping van opname-criteria als middel ter beteugeling van de benodigde capaciteit lijkt nog nauwelijks mogelijkheden te hebben, omdat nu al 95% van de alleenstaanden en 83% van de echtparen de hoogste urgentie (5 of 6) heeft. Per advies worden de kosten geraamd op f 350,- (zie bijlage 3).

De gemiddelde leeftijd in de bejaardenoorden is thans ongeveer 83 jaar en stijgt zeer geleidelijk. Het aandeel van hoogbejaarden (85-plus) steeg van 38% in 1985 tot 41,5% in 1988. Van alle bewoners van gewone verzorgingstehuizen is ongeveer 75% vrouwelijk; dit aandeel neemt iets toe met de leeftijd (80% bij 90-plus). Het bereik van alle bejaardenoorden tezamen komt in 1989 op 6,9% van alle 65-plussers in Maastricht (5,8% voor algemene oorden), ligt in alle leeftijdsgroepen voor vrouwen boven dat voor mannen en stijgt met de leeftijd van 0,5% tot 70 jaar tot 27% bij 85-plussers. De validiteitsverdeling, zoals die door het CBS wordt geregistreerd, vertoont in de periode 1985-1988 een geleidelijke verslechtering.

De instroom in bejaardenoorden loopt de laatste twee jaar geleidelijk terug tot 20% in 1988 (en zelfs 17% in 1989; zie hoofdstuk 10), zodat één van de beoogde effecten van het in 1985 ingevoerde opnamebeleid weer langzaam verdwijnt. De gemiddelde leeftijd bij opname is ongeveer 81 jaar en stijgt geleidelijk: in 1985 was 21% van de 'nieuwkomers' 85 jaar of ouder en in 1988 was dat 31%. Verreweg het grootste deel (87%) komt uit de thuissituatie, terwijl bijna driekwart in het verzorgingstehuis overlijdt, zodat dit voor veel ouderen de laatste woonomgeving is.

De gemiddelde kosten van de algemene bejaardenoorden in Maastricht bedragen ruim 81 gulden per dag, waarvan 63% personeelslasten (bij een intensiteit van 39,2 full-time plaatsen per 100 bewoners) betreft en 28% aan huisvesting (inclusief afschrijvingen, interest en dergelijke) wordt besteed. De eigen bijdragen van bewoners dekken gemiddeld 40% van de netto lasten.

10. Analyse van bewonerskenmerken in de Maastrichtse bejaardenoorden

10.1. Inleiding

Het sinds medio 1988 voor algemene bejaardenoorden verplichte registratiesysteem voor individuele meerzorg van de provincie Limburg wordt in dit hoofdstuk gebruikt om inzicht te krijgen in de kenmerken van de bewoners van algemene en categorale Maastrichtse bejaardenoorden. Hoewel het meerzorgsysteem bedoeld is als middel voor de berekening van personeelsformatie, kunnen de (individuele) gegevens zeer goed gebruikt worden om het inzicht in het bewonersbestand verder aan te scherpen. Hierdoor kunnen individuele veranderingen in de benodigde meerzorg naar functie gevolgd en geanalyseerd worden.

10.2. Gebruikte onderzoeksinstrumenten en gegevensverzameling

Naar aanleiding van het vooronderzoek dat in 1989 bij Molenhof werd uitgevoerd (Huijsman, 1989e), is in januari 1990 in alle Maastrichtse tehuizen een tweetal instrumenten gebruikt ter evaluatie van de verzorgingsbehoefte en leefsituatie van de bewoners van de verzorgingstehuizen. Deze instrumenten, de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) en het registratiesysteem van de individuele meerzorg dat ten grondslag lag aan het geplande, maar nimmer ingevoerde normeringssysteem personele voorzieningen van de provincie Limburg, worden in deze paragraaf beknopt besproken en toegelicht. De gegevens zijn in januari 1990 (in sommige gevallen uitlopend in februari) door de Maastrichtse tehuizen zelf verzameld en hebben betrekking op de toestand van bewoners rond de jaarwisseling. De feitelijke verzameling van gegevens wordt in paragraaf 10.2.3. toegelicht.

10.2.1. Registratiesystemen voor meerzorg in bejaardenoorden

In het oorspronkelijke formatiemodel van Twijnstra en Gudde (1978) worden onder basiszorg die verzorgende activiteiten verstaan die in gelijke mate aan nagenoeg alle, doch minimaal 80%, van de bewoners ten goede komen. De standaardnorm voor basiszorg omvat het ronddelen van voedsel, dranken en medicijnen en het onderhouden van algemene sociale contacten en bedraagt in het oorspronkelijke model 6 minuten per dag per bewoner. De gewijzigde normen onderscheiden twee situaties, één waarbij de bewoners zelfstandig en alleen eten (7 minuten) en één waarin gezamenlijk gegeten wordt (16 min.). De meerzorg omvat in het oorspronkelijke model 33 ADL-handelingen in 11 clusters. De personeelsformatie wordt berekend door sommering over bewoners van basis-, meer- en incidentele zorg, rekening houdend met onder andere werkoverleg en een omrekeningsfactor om van netto naar bruto formatieplaatsen te komen (1,2 à 2). Medio 1984 presenteerde Twijnstra en Gudde een aan psycho-sociale problematiek aangepaste versie van het formatiemodel, onder meer leidend tot uitbreiding van de algemene sociale contacten met ontspannende activiteiten al of niet onder speciale begeleiding van het personeel en met opname van enkele veelvuldig voorkomende verpleegkundige handelingen.

In 1988 ontwikkelde Gedeputeerde Staten van de Provincie Limburg ter vervanging van het systeem van Twijnstra en Gudde, dat in Limburg nooit is gehanteerd, een eigen normerings-

systeem voor personele voorzieningen in bejaardenoorden. Het systeem, dat op experimentele basis sinds oktober 1988 door de bejaardenoorden in Limburg al met bewonersgegevens moet worden 'gevoed', kent nog voorlopige tijdsnormen voor de ADL-handelingen. Overigens is de officiële invoering vertraagd tot 1 januari 1991 en zullen voor die tijd nog aanpassingen worden doorgevoerd. Qua systematiek is het Limburgse normeringsmodel gelijk aan dat van Twijnstra en Gudde. Het onderscheidt de sectoren verzorging, huishouding, voedselvoorziening, algemeen beheer en overige (geestelijke) verzorging. Bij het bepalen van de normen wordt rekening gehouden met de schaal van de instelling. De algemene basiszorg behoeft volgens de Limburgse methodiek 20,5 minuten per dag per bewoner en bestaat onder andere uit hulp bij baden en/of toilet maken, verzorgen van bed en opruimen van de kamer (11 min.) en sociale contacten. De individuele meerzorg gaat uit boven de algemene basiszorg en wordt geregistreerd met een periodieke peiling van een aantal in normtijden uitgedrukte zorghandelingen. Dat betreft hulp bij de volgende handelingen: eten/drinken, lopen/zitten/opstaan, aan-/uitkleden, incontinentie, behandeling/voorkoming van decubitus, extra aandacht en verpleegkundige handelingen. Voor leiding verzorging en huishouding wordt uitgegaan van 3,5 minuten per bewoner per dag (0,013 bruto formatieplaats per verzorgingsplaats). Activiteitenbegeleiding is afhankelijk van de grootte van de instelling en varieert van minimaal een halve tot maximaal één kracht per instelling. De overige sectoren, zoals voedselvoorziening, huishouding en beheer, kennen ook personeelsnormen, die gebaseerd zijn op het aantal verzorgingsplaatsen, wooneenheden of vierkante meters in het tehuis.

Omdat de registratie van individuele meerzorg volgens het Limburgse systeem gebruikt wordt in de beschrijving en analyse van de Maastrichtse bejaardenoordbewoners, is het goed de handelingen die in de registratie zijn opgenomen nader te bezien. Bij onderstaande handelingen wordt per bewoner bekeken of zij het nog zelf kunnen, daarbij begeleiding nodig hebben of dat het helemaal voor de bewoner moet worden gedaan (zie ook bijlage 4):

- Hulp bij eten en/of drinken is onderverdeeld in een beetje hulp (brood smeren, vlees snijden, fruit schillen, tafel dekken), gedeeltelijke hulp bij het nuttigen van de maaltijd en volledige hulp of continue toezicht bij het eten.
- Hulp bij lopen, zitten en/of opstaan vindt alleen binnen de instelling plaats. Hulp bij kleding onderscheidt enige hulp bij uitkleden, enige hulp bij aankleden en enige of volledige hulp bij aan- én uitkleden.
- Hulp of toezicht bij naar het toilet gaan kan regelmatig een beetje of volledig nodig zijn. In de hulp bij incontinentie is begrepen het eventuele verzorgen van wasgoed of huidirritaties en het ledigen van de catheter.
- Decubitus kan in meer preventieve (voorkoming) of behandelende zin geregistreerd worden (wrijven met zalf is verpleegkundige handeling).
- Extra aandacht vindt plaats wegens factoren van psychische aard en zou - zij het op een enigszins onbeholpen en primitieve wijze - rekening kunnen houden met de psychosociale problematiek van individuele bewoners. De intensiteit van deze extra aandacht wordt mede bepaald door het gedrag van de bewoner. Veel extra aandacht vindt gedurende meerdere malen per dag, ongeacht de plaats in het tehuis, plaats.

Tenslotte wordt een aantal verpleegkundige handelingen genoemd die de bewoner niet meer zelfstandig kan doen. Hier (als enige plaats in het systeem) bestaat de mogelijkheid om afwijkende verrichtingen die niet in de lijst van verpleegkundige handelingen zijn opgenomen, in te vullen.

10.2.2. Beoordelingsschaal Psychische en Sociale problemen (BPS)

De Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (Van Loveren-Huyben e.a., 1988a) zou specifiek geschikt zijn voor het meten van de ernst van psycho-sociale problemen in verzorgingshuizen. Uitgangspunt voor de BPS is de Nederlandse bewerking van de PAMIE (Physical And Mental Impairment of function Evaluation; Gurel e.a., 1972; Van Eekelen, 1978, 1981) geweest, waaruit de items voor cognitie, stemming en sociaal contact genomen zijn, aangevuld met items uit de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP; Van der Kam e.a., 1971). Daarnaast zijn items toegevoegd die betrekking hebben op meer specifieke aspecten van het sociaal gedrag van bewoners van verzorgingshuizen en op agressief gedrag. Ook zijn de functies 'horen, zien en spreken' opgenomen. Het resultaat is een beoordelingsschaal die bestaat uit subschalen met in totaal 36 items (alle met 5 antwoordmogelijkheden; zie ook bijlage 5):

1. cognitie [0,...,44]; deze subschaal bestaat uit 11 items, waaronder die met betrekking tot geheugen, oriëntatie, verwardheid, taalvaardigheid en begrip. Een hogere score duidt op problemen, die echter deels door de beoordelaar vanuit zijn eigen gezichtspunt overschat kunnen worden of deels tijdelijk kunnen zijn (bijv. door verlies van een partner). Een hoge score mag daarom niet zondermeer geïnterpreteerd worden in de zin van psychogeriatrische problemen of stoornissen (Van der Kam e.a., 1971, p. 40).
2. Stemming [0,...,28]; deze subschaal bestaat enerzijds uit items die aangeven in hoeverre een bewoner voor zichzelf opkomt en aandacht van personeel trekt, en geeft anderzijds een beeld van de emotionele problemen. Ook hier is voorzichtigheid geboden omdat een hoge score niet bij voorbaat een slecht teken is, maar kan duiden op positieve assertiviteit (7 items).
3. Sociaal gedrag [0,...,20]; deze derde subschaal geeft aan of iemand zich terugtrekt op de kamer of deelneemt aan het maatschappelijk verkeer (activiteiten) in het tehuis (5 items).

De discussie in de handleiding (Van Loveren-Huyben e.a., 1988a) gaat vrijwel niet in op de resterende 13 items die niet in een van de drie subschalen zijn ondergebracht.

De BPS lijkt op grond van statistische analyses betrouwbaar (intern consistent) en stabiel in samenstelling en in de tijd te zijn. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is (nog) niet getest en ook de predictieve validiteit van de BPS is nog onbekend. Vergeleken met de BOP lijkt de BPS beter te discrimineren en bovendien psycho-sociale problematiek aan te kunnen geven: 27% heeft in meer of mindere mate cognitieve problemen, 38% stemmingsproblemen en 58% sociale problemen. De beoordeling van cognitieve problemen door het personeel met behulp van de BPS blijkt nauw samen te hangen met het oordeel van een arts (Van Loveren-Huyben e.a., 1988a).

Er zijn nog enkele belangrijke kanttekeningen te plaatsen. Het personeel lijkt aanvankelijk nog sterk uit te gaan van een eigen mening zo niet vooroordeel over de betreffende bewoners, dat pas na enige tijd verdwenen is. Geconcludeerd wordt dat het personeel moet leren kijken naar het gedrag van de bewoners. Omdat voorts de samenhang met testpsychologisch onderzoek niet groot is, blijft een deel van de sociale en psychische problemen onopgemerkt door het personeel. Eerder werd een onderschatting van ongeveer 25% gevonden. De problematiek op het gebied van Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen bleek echter overschat te worden, waarschijnlijk omdat de ADL een expliciete rol speelde in de personeelsformatie (Van Loveren-Huyben e.a., 1985). Overigens blijkt hoogstens 25% à 40% van de variantie in psychische en sociale problematiek verklaard te kunnen worden door de ADL-invaliditeit. Ook het omgekeerde is het geval, hetgeen aanpassing op de traditionele formatie-modellen op basis van uitsluitend ADL-items (Tijwistra en Gudde, 1978; Provincie Limburg, 1988) noodzakelijk maakt (Van Loveren-Huyben e.a., 1988a, p. 38). Tot slot zijn eerste voorzichtige 'normen' voor de scores op de schalen voor cognitie (20, maar

begin bij 10), stemming (12) en sociaal contact (12) gepresenteerd, doch nog niet verder uitgewerkt (Van Loveren-Huyben e.a., 1988a, p. 54-59).

10.2.3. Gegevensverzameling in Maastrichtse bejaardenoorden

Allereerst dienden de kwartaallijsten van het provinciale meerzorgsysteem ingevuld te worden naar de toestand van 31 december 1989. Deze gegevens moesten voorts aangevuld worden met enkele demografische gegevens over de bewoners betreffende de geboortedatum, het geslacht, de burgerlijke staat, de intrede- of opnamedatum, het door de instelling gevoerde registratienummer of 'stamnummer' en een eventueel verblijf in een ziekenhuis, verpleeghuis of psychiatrische inrichting (waarbij men ingeschreven blijft in het bejaardenoord). De meerzorgformulieren zijn ten behoeve van het onderzoek op dusdanige wijze gecopieerd, dat de namen van bewoners vervallen. In plaats daarvan is door de onderzoeker het 'stamnummer' als identificatiesleutel gehanteerd, zodat meerzorg- en BPS-gegevens aan elkaar te koppelen zijn.

De categorale tehuizen hanteren een ander registratiesysteem dat maandelijks op nationale schaal gebruikt wordt voor alle oorden met een bijzondere functie, maar goed vertaalbaar is in het provinciale systeem: er hoefde slechts een selectie van betreffende meerzorghandelingen plaats te vinden uit een registratiesysteem dat daarnaast ook nog andere zaken bevat. De normtijd per handeling wijkt in het categorale systeem ook enigszins af en houdt apart rekening met avonddienst; in dit onderzoek wordt de normtijd uit het provinciale systeem aangehouden om wille van de onderlinge vergelijkbaarheid.

Tabel 10.1 geeft aan hoe de ontvangst van de beide formulieren per tehuis verliep, welke aantallen bewoners dit betreft en op welke datum de gegevens betrekking hebben.

10.3. Individuele meerzorg in Maastrichtse bejaardenoorden

In deze paragraaf gaan wij eerst in op de meer algemene kenmerken van de bewoners, zoals leeftijds- en geslachtsverdeling, de gemiddelde verblijfsduur en burgerlijke staat van de bewoners. Vervolgens wordt in de tweede subparagraaf ingegaan op de gemiddelde individuele meerzorg per bewoner en bespreken wij verschillen naar demografische kenmerken zoals leeftijd, sexe, burgerlijke staat en dergelijke.

Tabel 10.1. Gegevensverzameling bij Maastrichtse bejaardenoorden

instelling	meerzorgregistratie			BPS-lijsten		
	aantal	datum*	ontvangen	aantal	datum*	ontvangen
algemeen oorden						
Amby	119	27/12	5/1	119	31/12	9/2
Beatrix	38	31/12	10/1	38	31/12	2/2
Campagne	145	31/12-8/1	14/2	147	eind jan.	14/2
In den Drinck	20	31/12	13/1	20	31/12	5/2
Jekerdal	82	30/12	9/1	82	31/12	22/1
Lenoulenhof	128	26/12	25/1	127	26-31/12	25/1
Melberg	157	10/01	10/1	157	14/12-4/1	8/2
Molenhof	194	31/12	18/1	190	31/12-4/1	31/1
Providentia	76	22/12	7/2	76	26-30/01	7/2
categorale oorden						
Bevart	40	10/1	17/1	40	10/1	30/1
Onder de Bogen	88	31/12	6/2	88	(jan.)	6/2
Adr.-Noemensichting	36	n.b.	7/2	36	23/1	7/2
Totaal	1123			1120		

* Datum waarop de lijsten ingevuld zijn; indien na 31 december, dan zoveel mogelijk terugkijkend naar de toestand van de bewoners in de periode rond de jaarwisseling.

Tabel 10.2. Algemene kenmerken van bejaardenoordbewoners in Maastricht

	algemeen	categoraal	totaal
Aantal ingeschreven mensen	959	164	1123
w.v. in: ziekenhuis	12	-	12
verpleeghuis	9	1	10
psych.inrichting	1	-	1
Sexe-verdeling (%)			
. mannen	24,1	19,0	23,2
. vrouwen	75,9	81,0	76,8
Burgerlijke staat (%)			
. ongehuwd	12,1	84,8	22,7
. gehuwd	16,3	1,2	14,1
. verweduwd	69,6	14,2	61,4
. gescheiden	1,9	-	1,6
Leeftijdverdeling (%)			
. tot en met 64 jaar	0,8	0,6	0,8
. 65 t/m 69 jaar	2,4	3,7	2,6
. 70 t/m 74 jaar	7,0	10,4	7,5
. 75 t/m 79 jaar	15,4	26,8	17,1
. 80 t/m 84 jaar	30,8	29,3	30,5
. 85 t/m 89 jaar	26,8	21,3	26,0
. 90 t/m 94 jaar	14,2	6,1	13,0
. 95 jaar en ouder	2,6	1,8	2,5
. gemiddeld in jaren	83,2	80,8	82,8
Verblijfsduur (%)			
. korter dan 1 jaar	17,1	12,9	16,5
. 1 tot 2 jaar	17,3	9,2	16,1
. 2 tot 3 jaar	15,0	8,6	14,1
. 3 tot 5 jaar	17,3	13,5	16,7
. 5 tot 10 jaar	19,1	25,2	20,0
. 10 jaar of langer	14,2	30,7	16,6
. gemiddeld in jaren	4,9	7,0	5,2

* Verder in de analyse buiten beschouwing gelaten, uitgezonderd deze tabel

10.3.1. Algemene bewonerskenmerken

In tabel 10.2 zijn enige algemene bewonerskenmerken bijeengebracht, waarbij naast het totaal aantal ook wordt aangegeven hoeveel bewoners op het moment van registratie elders verbleven, maar nog bij de betreffende instelling staan ingeschreven in de verwachting dat het verblijf elders tijdelijk is. Deze worden verder niet in de analyses betrokken en betreffen 12 maal een ziekenhuisopname, 10 maal een verblijf in het verpleeghuis en één maal in een psychiatrische inrichting. Hierdoor is een van de twee registratie-instrumenten niet ingevuld, zodat de analyse in het vervolg van dit hoofdstuk betrekking zal hebben op 1100 personen.

Gemiddeld is in de algemene oorden 24,1% en in de categorale oorden 19% van de bewoners man. De verdeling naar burgerlijke staat laat duidelijk zien dat het aandeel van bewoners die verweduwd zijn in de algemene oorden groot is (70%) en dat in categorale oorden de meeste bewoners (85%) ongehuwd zijn. De gemiddelde leeftijd ligt op bijna 83 jaar, maar is in bijzondere instellingen lager (bijna 81 jaar) dan elders (ruim 83 jaar). Het aandeel der zeer hoogbejaarden varieert per instelling en is met name in de categorale oorden laag (8%). Gemiddeld is in de algemene oorden bijna 17% 90 jaar of ouder.

De verblijfsduur ligt gemiddeld op vijf jaar, maar is in de categorale tehuizen aanzienlijk hoger (gemiddeld zeven jaar). De nieuwe aanwas in 1989 bedraagt gemiddeld 17% in algemene en slechts 13% in de categorale oorden, waar bovendien ruim 30% al 10 jaar of langer aanwezig is.

De besproken bewonerskenmerken hangen onderling samen. Vooropgesteld moet worden dat de verdeling naar burgerlijke staat in de categorale tehuizen geheel afwijkt van die in gewone oorden: 84% van de 31 mannen en 85% van de 132 vrouwen in een van de drie categorale oorden is ongehuwd, terwijl men daar geen gescheiden en slechts twee gehuwde ouderen tegenkomt. In de algemene bejaardenoorden worden de volgende verdelingen aan-

Tabel 10.3. Bewoners van algemene bejaardenoorden naar sexe, burgerlijke staat en (gemiddelde) leeftijd

	totaal aantal bew.	aantal bewoners naar leeftijdscategorieën							gem. leef- tijd
		≤64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	
Mannen	224	2	7	15	42	70	57	31	82,4
• ongehuwd	30		3	5	9	7	5	1	78,5
• gehuwd	75	1	1	4	17	22	22	8	82,4
• weduwnaar	110	1	1	4	14	41	29	20	83,9
• gescheiden	8		2	2	2			2	77,3
Vrouwen	713	6	14	50	101	222	194	126	83,4
• ongehuwd	86	5	4	8	9	23	24	13	81,9
• gehuwd	75		1	8	14	29	16	7	81,7
• weduwe	541	1	8	28	75	170	153	106	84,1
• gescheiden	10		1	6	3				73,5
Totaal	937	8	21	65	143	292	251	157	83,2
• ongehuwd	116	5	7	13	18	30	29	14	81,0
• gehuwd	156	1	2	12	31	51	38	15	82,0
• verweduwd	651	2	9	32	89	211	182	126	84,1
• gescheiden	18		3	8	5			2	75,2

getroffen (zie tabel 10.3). De leeftijd van vrouwen is gemiddeld 1 jaar hoger dan die van mannen en vertoont tevens verband met de burgerlijke staat: weduwen zijn het oudste (84 jaar) en gescheiden vrouwen het jongste (73,5 jaar). Hoewel vrouwen gemiddeld genomen ouder zijn dan mannen, is dit in de onderscheiden groepen toch zeer verschillend en zijn gehuwde mannen gemiddeld ouder en zijn met name gescheiden mannen aanzienlijk ouder (gemiddeld ruim 77 jaar) dan vrouwen in dezelfde situatie (gemiddeld 73,5 jaar), waarbij opgemerkt moet worden dat dit slechts kleine aantallen betreft.

Een deel van de leeftijdsverschillen, die per peildatum gemeten zijn, kan verklaard worden uit verschillen in verblijfsduur voor de onderscheiden groepen, omdat deze een enigszins ander verband met sexe en burgerlijke staat vertoont. De verblijfsduur is voor mannen lager (4,3 jaar) dan voor vrouwen (5,1 jaar). Dit verschil wordt in alle groepen van burgerlijke staat aangetroffen, maar is het grootst bij ongehuwden (mannen 5,1 en vrouwen 6,0 jaar) en gehuwden (man 3,0 en vrouw 3,6 jaar). Bij gescheiden bewoners treedt een afwijkend patroon op (man 5,3 en vrouw 2,4 jaar). De langste verblijfsduur wordt gevonden bij ongehuwde vrouwen (6 jaar) en de kortste bij gescheiden vrouwen (2,4 jaar), gevolgd door gehuwde mannen (3 jaar).

De instroomleeftijd kan ontleend worden aan de gegevens over de mensen die in 1989 zijn opgenomen (N=160 in de algemene oorden en N=21 in de categorale oorden). De gegevens voor algemene oorden laten de volgende gemiddelde leeftijd zien: de leeftijd bij opname is voor mannen ongeveer een half jaar lager (80,8 jaar) dan voor vrouwen (81,4 jaar) en het laagst bij gescheiden ouderen (75 jaar, uitsluitend vrouwen), gevolgd door de gehuwden (79 jaar). Bij ongehuwden (voor 56% mannen) is de leeftijd voor mannen wederom lager (ruim 2 jaar) dan voor vrouwen. Verweduwde ouderen (17% mannen) hebben bij opname de hoogste leeftijd (mannen 83,4 jaar en vrouwen 82,4 jaar). De gemiddelde leeftijd bij opname in een bejaardenoord in 1989 bedroeg 81,25 jaar.

10.3.2. Totale en gemiddelde meerzorg

In tabel 10.4 worden uit de registratie van individuele meerzorg de totalen en gemiddelden per bewoner gepresenteerd, zoals die gemeten zijn rond de jaarwisseling 1989/1990, onderscheiden naar zorgfunctie en type instelling (algemeen of categoriaal). Bijlage 4 geeft de ruwe telling voor het aantal bewoners per categorie. De totale meerzorg bedraagt ruim 53.000 minuten per dag, of ongeveer 48,4 minuten per bewoner. De zorgintensiteit ligt in de algemene bejaardenoorden ongeveer 70% boven die in de categorale oorden. Deze ver-

Tabel 10.4. Individuele meerzorg in Maastrichtse bejaardenoorden: totalen en gemiddelden per persoon

handelingen	algemene oorden		categorale oorden		alle instellingen	
	totale omvang	gem.pp. (N=937)	totale omvang	gem.pp. (N=163)	totale omvang	gem.pp. (N=1100)
eten	11850,0	12,65	820,0	5,03	12670,0	11,52
kleden	3607,5	3,85	482,5	2,96	4090,0	3,72
lopen	4168,0	4,45	714,0	4,38	4882,0	4,46
toilet	4455,0	4,75	719,0	4,41	5174,0	4,70
incontinentie	6317,5	6,74	563,0	3,45	6880,5	6,26
decubitus	3885,0	4,15	390,0	2,39	4275,0	3,89
aandacht	9456,0	10,09	704,0	4,32	10160,0	9,24
verpleging	4599,0	4,91	553,5	3,40	5152,5	4,68
tot. meerzorg	48338,0	51,59	4946,0	30,36	53284,0	48,44
gem. per oord	5370,9		1648,7		4440,3	

schillen tussen typen tehuizen zijn zo groot, dat zij in het vervolg afzonderlijk beschouwd worden (in paragraaf 10.5 worden verschillen tussen alle 12 bejaardenoorden besproken).

Het is van belang onderscheid aan te brengen tussen het aantal handelingen dat niet meer of niet meer geheel zelfstandig door een bewoner kan worden verricht en de intensiteit van hulp daarbij. Dit verband is exponentieel: de gemiddelde meerzorg neemt relatief sterker toe dan het aantal handelingen, zodat de gemiddeld hulp per handeling oploopt. Meerzorg gaat dus niet alleen een steeds breder pakket omvatten, maar wordt ook steeds intensiever. Er bestaat voorts een zekere hiërarchie. Naarmate het meerzorgpakket omvangrijker wordt, gaan daartoe de volgende verrichtingen behoren (zie tabel 10.5): kleden, eten, lopen, incontinentie, toiletgang en tenslotte decubitus (dezelfde volgorde als op registratie-formulier). In deze analyse is niets gezegd over de extra aandacht, omdat deze zich ten opzichte van het hiervoor gesignaleerde hiërarchische patroon enigszins afwijkend gedraagt en dwars door andere handelingen voor problemen kan zorgen. Extra aandacht is dus van een enigszins andere orde dan de overige items. Dit gaat, zij het in mindere mate, ook op voor de verpleegkundige handelingen.

10.3.3. Verschillen in meerzorg naar sexe, leeftijd en burgerlijke staat

In tabel 10.6. is aangegeven welke verschillen er bestaan in de gemiddelde zorgintensiteit tussen mannen en vrouwen. Als niet gecorrigeerd wordt voor mogelijke leeftijdsinvloeden,

Tabel 10.5. Bewoners naar aantal en soort handelingen, waarbij zij hulp krijgen*

soort handeling	het aantal handelingen waarbij de bewoner hulp krijgt								totaal aantal bewoners
	geen	1	2	3	4	5	6	7 alle	
eten			33	60	60	72	99	111	557
kleden	3	16	50	74	81	102	113		561
lopen	12	15	32	54	71	94	108		508
incontinentie	7	17	30	27	23	67	100		393
toiletgang	2	3	5	19	25	80	112		368
decubitus		1	1	5	5	17	31		182
verpleging	34	91	82	66	71	71	104		641
extra aandacht	139	142	112	71	82	94	112		894
aantal bewoners	96	197	159	124	99	86	104	113 122	1100

* Leeswijzer: Er zijn 96 bewoners (8,7%) zonder hulp. Van de 197 mensen met hulp bij 1 handeling, is dat bij niemand hulp bij eten, bij 12 hulp bij lopen en 139 bewoners krijgen extra aandacht. Vanaf twee handelingen zijn er combinaties mogelijk.

Tabel 10.6. Gescoorde minuten meerzorg: gemiddelden naar geslacht

	algemene oorden		categorale oorden		alle instellingen	
	M	V	M	V	M	V
eten en drinken	12,14	12,81	5,48	4,92	11,33	11,57
aan- en uitkleden	3,43	3,98	3,23	2,90	3,40	3,81
lopen, zitten, opstaan	3,73	4,67	3,29	4,64	3,68	4,67
toilet gaan	4,48	4,84	2,27	4,91	4,22	4,85
incontinentie	6,23	6,90	3,85	3,36	5,94	6,35
decubitus	3,15	4,46	0,48	2,84	2,82	4,21
extra aandacht	9,76	10,20	2,81	4,67	8,91	9,33
verpleegkundige hand.	5,01	4,88	4,06	3,24	4,89	4,62
totale meerzorg	47,93	52,74	25,48	31,48	45,20	49,42
aantal bewoners	224	713	31	132	255	845
gemiddelde leeftijd	82,4	83,4	78,4	81,4	82,0	83,1

dan is géén van de in de tabel weergegeven verschillen in gemiddelde meerzorg tussen mannen en vrouwen significant. Het is twijfelachtig of dit zou veranderen als wel rekening wordt gehouden met eventuele leeftijdsverschillen. Mannen hebben alleen bij verpleging gemiddeld meer hulp nodig. De gemiddelde meerzorg is in categorale oorden weliswaar voor vrouwen relatief nog hoger dan voor mannen (24% versus 10% verschil bij algemene oorden), maar de variaties per handeling zijn veel groter, zodat mannen bijvoorbeeld niet alleen bij verpleegkundige handelingen (zoals ook in de algemene oorden), maar ook bij eten/drinken, aan/uitkleden en incontinentie hoger scoren.

Het zorgpatroon vertoont naar leeftijd een interessant verloop (tabel 10.7), dat te kenschetsen is als een 'dalparabool': vanaf de allerjongste bewoners tot in de categorie 70-74 jaar daalt de gemiddelde individuele meerzorg, om daarna te stijgen naarmate men ouder is, zodat de hoogste score gevonden wordt bij bewoners van 90 jaar en ouder. Het kan ook anders gezegd worden: jong-bejaarden worden alleen opgenomen als er sprake is van een grote zorgbehoefte of als de partner zeer hulpbehoevend is; verder geldt als algemene beeld dat naarmate de leeftijd stijgt, de zorgintensiteit over de gehele linie toeneemt. Dit leeftijdspatroon ('dalparabool') komt ook voor indien naar de afzonderlijke items van individuele meerzorg gekeken wordt.

Naar burgerlijke staat (tabel 10.7) is voor de twee typen oorden gezien hoe groot de gemiddelde meerzorg is bij de verschillende categorieën, waarbij het belangrijk is bij de burgerlijke staat ook het geslacht steeds te betrekken. Daardoor wordt duidelijk dat de echtparen vaak

Tabel 10.7. Gemiddelde totale meerzorg naar leeftijd, burgerlijke staat en geslacht

leeftijd	algemene bejaardenoorden			categorale oorden			alle instellingen		
	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
leeftijdscategorieën									
t/m 64 jaar	46,00	33,17	40,87	-	79,50	79,50	46,00	44,93	45,17
65-69 jaar	38,21	40,79	39,93	16,25	47,13	36,83	66,50	42,19	39,24
70-74 jaar	36,30	41,85	40,57	23,10	23,91	23,66	33,33	38,61	37,23
75-79 jaar	38,17	51,25	47,41	19,73	16,53	17,33	33,00	42,70	40,33
80-84 jaar	32,89	40,80	44,80	15,50	24,29	22,82	34,34	45,06	41,69
85-89 jaar	71,29	51,77	56,20	51,80	43,09	43,77	30,39	50,54	54,68
90-94 jaar	63,55	68,06	67,21	74,00	53,38	57,50	70,28	67,05	66,53
≥ 95 jaar	55,00	72,17	67,88	-	100,67	100,67	64,33	76,24	71,52
burgerlijke staat									
ongehuwd	50,92	50,35	50,50	18,73	27,62	25,94	35,97	37,49	37,16
gehuwd	44,69	62,63	53,66	71,50	19,00	45,25	45,05	62,05	53,55
verweduwd	50,21	52,08	51,77	57,88	54,95	55,46	50,48	52,18	51,89
gescheiden	40,06	32,45	35,83	-	-	-	40,06	32,45	35,83
gemiddeld	47,93	52,74	51,59	25,48	31,48	30,34	45,20	49,42	48,44

Tabel 10.8. Gemiddelde meerzorg per bewoner naar verblijfsduur

jaar van opname (verblijfsduur)	algemene bej.oorden	categorale bej.oorden	alle instellingen
1989 (max. 1 jaar)	42,70	19,30	40,05
1988 (1 à 2 jaar)	47,31	21,97	45,17
1987 (2 à 3 jaar)	49,70	39,00	48,73
1986 (3 à 4 jaar)	60,48	44,87	58,43
1985 (4 à 5 jaar)	52,90	17,50	49,36
1984 (5 à 6 jaar)	81,08	28,46	69,57
1980-1983 (6 tot 10 jaar)	44,18	32,28	42,12
t/m 1979 (10 jaar of langer)	58,36	31,74	51,08
gemiddelde meerzorg p.p.	51,53	30,34	48,44

worden opgenomen omdat het met de vrouw niet goed gaat; de gemiddelde meerzorg is bij gehuwde vrouwen 40% hoger dan bij gehuwde mannen, bij wie de zorgintensiteit tot een van de laagste behoort. Gescheiden bewoners hebben echter de minste meerzorg; bij hen speelden waarschijnlijk andere opname-redenen (bijvoorbeeld eenzaamheid; wordt besproken bij de BPS-analyse).

Tot slot bekijken wij de invloed van de verblijfsduur op de individuele meerzorg. In dit verband is interessant of de nieuwe bewoners (korter dan 1 jaar opgenomen) en langdurig aanwezige bewoners een afwijkende zorgintensiteit hebben ten opzichte van de andere bewoners. In tabel 10.8 is het verloop van de gemiddelde meerzorg naar verblijfsduur in beeld gebracht. Het beeld is niet geheel eenduidig: de zorgbehoefte stijgt met de verblijfsduur zolang deze lager is dan 4 jaar en bereikt dan een niveau van ongeveer een uur meerzorg per dag. Rond de gemiddelde verblijfsduur van 4 tot 6 jaar treedt dan een breuk op. Bij zeer langdurige bewoners (verblijfsduur groter dan 10 jaar) stijgt de gemiddelde meerzorg echter weer.

Een mogelijkheid om de gezamenlijke invloed van de hiervoor besproken factoren zoals sexe, leeftijd, burgerlijke staat en verblijfsduur te analyseren, betreft de zogenaamde multiple regressie waarbij rekening kan worden gehouden met de onderlinge samenhang tussen deze factoren. Omdat echter een goede theorie ontbreekt kan deze analysemethode slechts beperkte geldigheid gegeven worden (er worden immers geen hypothesen getoetst). Regressie kan (maar dan tentatief), goed gebruikt worden om de sterkte van mogelijke effecten nader te onderzoeken. In tabel 10.9 is dat gedaan voor de verschillende handelingen, waarbij alle variabelen gelijktijdig en gedwongen zijn opgenomen in de vergelijking. Het resultaat is over het algemeen niet goed. De verklaarde variantie is gemiddeld 47%, maar vaak aanzienlijk lager (met name bij decubitus). Als de variabelen vrij kunnen worden

Tabel 10.9. Regressie gezamenlijke invloed van leeftijd, sexe, burgerlijke staat en verblijfsduur op de omvang van meerzorg*

handelingen bij de individuele meerzorg	leeftijd		geslacht*		burg.staat*		verblijfsduur		R ²
	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	
eten/drinken	0,55	4,6	-0,10	1,0	0,16	2,1	0,00	0,0	0,37
lopen/zitten/opstaan	0,42	3,6	0,13	1,3	0,03	0,4	0,07	2,0	0,39
aan/uitkleden	0,57	5,0	0,00	0,0	0,09	1,3	0,02	0,5	0,44
toiletgang	0,55	4,3	0,01	0,1	-0,02	0,3	0,02	0,4	0,30
incontinentie	0,22	1,6	-0,12	1,1	0,13	1,7	-0,04	1,2	0,28
decubitus	0,22	1,6	0,06	0,5	0,02	0,2	0,05	1,2	0,11
aandacht	0,45	4,7	-0,01	0,2	0,33	5,6	0,02	0,8	0,60
verpleging	0,53	4,5	-0,09	0,9	0,16	2,3	0,04	1,3	0,40
totale meerzorg p.p.	0,57	5,1	-0,03	0,4	0,15	2,2	0,02	0,6	0,47

* Sexe: 1=man en 2=vrouw

Burgerlijke staat: 1=gescheiden, 2=ongehuwd, 3=verweduwd, 4=gehuwd.

gekozen, is leeftijd de enige die (volgens een aantal criteria) wordt geselecteerd. Alleen bij decubitus is het leeftijdseffect niet significant. Geen van de sexe-verschillen is significant. De invloed van burgerlijke staat op de meerzorg is significant en is toe te wijzen aan een beperkt aantal handelingen, namelijk eten/drinken (verweduwen 23% hoger dan de rest), extra aandacht (verweduwen 30% meer) en verpleging (gehuwen 22% meer dan anderen). Verweduwen scoren bovendien significant hoger dan anderen bij hulp bij aan- en uitkleden en incontinentie. Tot slot heeft de verblijfsduur een positief, doch niet-significant effect op meerzorg. Alleen bij mobiliteit is sprake van een significant verblijfseffect (30% minder hulp dan al aanwezige bewoners). Frappant is het negatieve teken bij hulp bij incontinentie, een indicatie dat nieuwe bewoners hierop relatief veel beroep doen.

10.4. Resultaten van de BPS-metingen in Maastrichtse bejaardenoorden

De psycho-sociale problematiek in de bejaardenoorden staat de laatste jaren sterk in de belangstelling, zowel vanwege de gevolgen voor de individuele bewoners en het totale leefklimaat, als door de belasting die daarmee op het personeel van een instelling gelegd wordt. Algemeen leeft het idee dat de psycho-sociale problematiek onvoldoende onderkend wordt bij het bepalen van de benodigde personeelsformatie, hetgeen bijvoorbeeld aanleiding is geweest om het Twijistra en Gudde model bij te stellen en wellicht ook meespeelde toen de Maastrichtse instellingen hun goedkeuring aan het onderhavige onderzoek gaven. In het vooronderzoek bij Molenhof is getoond dat de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen in verzorgingstehuizen een goed instrument vormt ter bestudering van dit aspect van het menselijk functioneren. In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de meting die rond de jaarwisseling 1989/1990 heeft plaatsgevonden in de 11 bejaardenoorden te Maastricht. Deze meting is verricht door hoofden verzorging en afdelingshoofden van de betreffende tehuizen, na instructie door het hoofd verzorging van Molenhof die reeds gewend was met dit instrument te werken. Bij de discussie aan het eind van deze paragraaf zullen wij ingaan op de vraag of het zelf invullen door personeelsleden (hetgeen overigens de uitdrukkelijke bedoeling van het instrument is) gevolgen heeft gehad voor de betrouwbaarheid van de resultaten in dit onderzoek.

10.4.1. Aanwezigheid van psycho-sociale problemen

Gelijktijdig met de registratie van de individuele meerzorg aan het eind van het laatste kwartaal in 1990 heeft in alle bejaardenoorden te Maastricht een meting plaatsgevonden met behulp van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen in verzorgings-

Tabel 10.10. Resultaten op de BPS-schalen in de algemene oorden (N=937) en de categorale oorden (N=163)

	cognitie-schaal		stemmingsschaal		contactschaal	
	algemene oorden	categorale oorden	algemene oorden	categorale oorden	algemene oorden	categorale oorden
% zonder problemen	24,9	47,9	13,7	29,4	20,5	48,5
gemiddelde score*	11,5	7,1	9,9	6,8	8,0	4,7
standaarddeviatie	12,8	10,8	7,9	7,3	6,5	6,0
norm-waarden	----- 20 -----		----- 12 -----		----- 12 -----	
% boven norm	24,1	14,7	36,6	19,6	28,8	14,1

* Hogere scores: meer problemen (minimum=0). Maxima: cognitie 44, stemming 28 en sociaal contact 20

tehuizen (zie paragraaf 10.2 voor explicatie van BPS). De resultaten van de BPS-meting, die heeft plaatsgevonden bij 1120 bewoners waarvan er 1100 worden betrokken in de analyse (voor de resterende 20 zijn er geen registratiegegevens over de verstrekte individuele meerzorg omdat zij tijdelijk elders verblijven) staan vermeld in tabel 10.10. Daarbij is de uitsplitsing naar de drie subschalen aangehouden, zoals die door de oorspronkelijke auteurs (Van Loveren-Huyben e.a., 1988a) gebruikt worden. Dat betreffen de schalen voor cognitie, stemming en sociale contacten. De ruwe tellingen bij de 36 verschillende BPS-items zijn vermeld in bijlage 5 (afzonderlijk voor de leken- en andere bejaardenoorden).

Voorafgaande aan de analyses die inzicht in de psycho-sociale problematiek moeten verschaffen, is eerst gezien op het instrument zelf voldoende betrouwbaar is.

De oorspronkelijke BPS-schalen zijn door middel van factor-analyse op basis van de gegevens opnieuw beoordeeld op samenstelling en hun onderlinge samenhang. De drie schalen voor cognitie, stemming en contact worden inderdaad teruggevonden en verklaren gezamenlijk 65,4% van de variantie tussen de bewoners. Ook de samenstelling van de subschalen wijkt in onze analyse niet veel af van de oorspronkelijke indeling: slechts één item valt in een andere schaal dan oorspronkelijk door Van Loveren-Huyben e.a. gevonden werd. Dat betreft het item 'negeert wat om hem/haar heen gebeurt', die nu in de contactschaal terecht komt. De betrouwbaarheid van de oorspronkelijke schalen is buitengewoon hoog en leidt tot betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha) die ver boven 0,8 liggen: bij cognitie is de coëfficiënt 0,94, bij stemming 0,90 en bij sociaal contact 0,87.

De oorspronkelijke BPS-schalen komen wellicht in aanmerking voor een (bescheiden) revisie, die zich met name zou moeten richten op vier elementen (Huijsman, 1990): (a) herziening van de minst stabiele schaal voor stemming; (b) verschuiven van het item over het negeren van de omgeving van de cognitie- naar de contactschaal (bleek ook in het oorspronkelijke onderzoek een 'zwevend' item te zijn: Van Loveren-Huyben e.a., 1988a, p. 26); (c) het bezien van de mogelijkheid om schalen aan te vullen met belangrijke items (bijvoorbeeld de cognitieschaal met suffen overdag en 's nachts onrustig) en (d) tenslotte dient onderzocht te worden of daadwerkelijk sprake is van lineaire of additieve schalen (hetgeen voor een deel bereikt kan worden door de selectie van items, zoals hiervoor bleek bij de contactschaal). Ondanks deze mogelijke aanpassingen gaan wij in het vervolg uit van de oorspronkelijke schalen voor cognitie, stemming en contact.

Volgens de 'norm' (minimaal 20 punten) constateren wij dat in de acht algemene bejaardenoorden 24,1% en in de categorale oorden 14,7% van alle bewoners ernstige problemen heeft met het cognitief functioneren. Dit zijn personen waarvoor een indicatie lijkt te bestaan voor de aanwezigheid van psycho-sociale problematiek. Van Loveren-Huyben e.a. wijzen in hun handleiding echter op de voorzichtigheid waarmee deze conclusie moet worden getrokken en raden aan al bij een cognitie-score groter dan 10 de situatie van de betreffende bewoner nader te bekijken, omdat eventueel actie van meer preventieve aard nodig kan zijn. Volgens dit minder zware selectie-criterium heeft 40% van de bewoners in de algemene oorden en 24,5% van de bewoners in de categorale tehuizen lichte tot ernstige problemen. De percentages voor de algemene bejaardenoorden komen overigens redelijk overeen met die uit het onderzoek van Te Wierik en Frederiks (1989). Zij vinden bij 40% van de onderzochte bewoners geheugenstoornissen (via de *Abbreviated Mental Test* van Quereshi en Hodkinson, 1974) en bij 21% depressieve klachten (via de schaal van Zung, 1965). Bij de BPS-subschaal voor stemming blijkt het grootste percentage bewoners boven de betreffende norm (12) gevonden te worden: ruim eenderde (36%) in de algemene oorden en bijna een vijfde (19,6%) in de categorale oorden heeft ernstige stemmingsproblemen. In vergelijking met het onderzoek ten behoeve van de oorspronkelijke schaalconstructie lijkt dit een erg hoge uitkomst te zijn. Van Loveren-Huyben e.a. (1988b) vonden als hoogste percentage 13%. Van Schijndel (1989) daarentegen vindt circa 20% (experiment Mirtelhof). Voor sociaal contact wordt bij 28,3% en 14,1% van de bewoners van respec-

Tabel 10.11. Pearson-correlaties tussen BPS-schalen en enkele bewonerskenmerken*

	Cognitie	Stemming	Contact
Leeftijd	0,126	0,034 (ns)	0,142
Geslacht (m/v)	0,017 (ns)	0,072	-0,021 (ns)
Verblijfsduur			
In jaren	-0,041 (ns)	0,052	0,020 (ns)
nieuw in 1989**	-0,015 (ns)	-0,146	-0,034 (ns)
Burgerlijke staat**			
ongehuwd	-0,103	-0,108	-0,107
veduw	0,117	0,103	0,101
gehuwd	-0,046 (ns)	-0,016 (ns)	-0,032 (ns)
gescheiden	0,010 (ns)	0,009 (ns)	0,068

* Indien geen noot, significant ($p < 0,001$); anders vermelding niet significant (ns)

** Steeds gedefinieerd als niet/wel; bijvoorbeeld niet of wel gehuwd

tievelijk de algemene en categorale oorden ernstige problemen aangetroffen. Ook deze resultaten liggen boven die uit het authentieke onderzoek (variërend van 7% tot 17%).

10.4.2. Samenhang met bewonerskenmerken

Om een indruk te krijgen van de samenhang tussen de scores op de BPS-schalen en de belangrijkste kenmerken van de bewoners, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en verblijfsduur, is voor deze variabelen een correlatiematrix berekend (zie tabel 10.11). Er blijkt geen invloed uit te gaan van het geslacht van de bewoner op cognitie en sociaal contact, maar wel op stemming. Daar scoren mannen aanzienlijk beter (gemiddeld 8,4 punten) dan vrouwen (gemiddeld 9,7), waarbij in herinnering geroepen wordt dat een hogere score op meer problemen duidt; dit verschil is significant. Er bestaat een significante samenhang tussen de leeftijd en de scores op cognitie en sociaal contact, maar niet op stemming. Van Loveren-Huyben e.a. (1988a, p. 38) melden hetzelfde resultaat. Over het algemeen geldt dat naarmate een bewoner ouder is, hij of zij slechter functioneert, maar in de jongste leeftijdscategorieën bestaan enkele belangrijke uitzonderingen op deze regel (vooral bij 65-69 jaar). Het verband tussen verblijfsduur en het psycho-sociaal functioneren blijkt zeer gering te zijn en niet eenduidig: wij vinden een klein negatief effect (niet significant) op het cognitief functioneren en een klein positief effect op stemming (wel significant), terwijl er geen significant effect is op sociaal contact. De nieuwkomers in 1989 scoren op alle schalen beter dan mensen die één jaar of langer aanwezig zijn, maar alleen op de stemmingsschaal is dat significant.

Het voorgaande betrof de correlaties voor alle tehuizen tezamen, maar op enkele punten bleek het belangrijk te zijn het onderscheid naar type instelling (algemene of categoriaal) nog eens in aanmerking te nemen. Dit is niet van belang bij leeftijd en geslacht, maar wel bij burgerlijke staat. In de algemene bejaardenoorden zijn ongehuwden juist slechter af op de drie BPS-schalen en is dat verband bij sociaal contact zelfs significant. Bij gehuwden werden eerst niet-significante correlaties gevonden; bij de algemene oorden afzonderlijk worden deze verbanden bij cognitie (-0,07) en contact (-0,08) significant zodat gehuwden aanmerkelijk meer psycho-sociale problemen kennen dan de niet-gehuwden. Bij gescheiden bewoners treden geen veranderingen op als alleen naar de algemene bejaardenoorden gekeken wordt. De samenhang tussen verblijfsduur en sociaal contact wordt dan wel significant, maar voor de 'nieuwkomers' veranderen de correlaties niet.

10.4.3. De onderlinge samenhang tussen de BPS-schalen

De samenhang tussen de drie BPS-schalen laat zich als volgt schetsen. Allereerst zijn de onderlinge correlaties hoog: contact en stemming hebben een correlatie van 0,65 en 0,40 met cognitie en onderling van 0,47 ($P < 0,001$), terwijl ook het overschrijden van 'normen' sterk met elkaar samenhangt, met name bij cognitie en sociaal contact (0,46) en bij stemming en sociaal contact (0,36). Overigens zijn de gevonden correlaties tussen de schalen geheel in overeenstemming met hetgeen Van Loveren-Huyben e.a. (1988a, p. 38) presenteren; dit geldt ook voor de samenhang tussen de drie BPS-schalen en de meerzorg- of ADL-schaal (zie vervolg). Uit deze congruentie van onze bevindingen met die van de oorspronkelijke auteurs kan wellicht geconcludeerd worden dat in het Maastrichtse onderzoek geen (onbedoelde) vertekening is ontstaan in de resultaten, dat wil zeggen dat de verschillende beoordelaars in de 11 tehuizen in voldoende mate de objectiviteit in acht hebben genomen bij het invullen van de vragenlijst.

Vervolgens is bekeken hoe vaak de 'normen' overschreden worden en in welke combinaties (zie tabel 10.12). De helft van de bewoners overschrijdt geen enkele norm (50,7%); dit aandeel ligt in de gewone verzorgingstehuizen aanzienlijk lager (47,7%) dan in de categorale tehuizen (68,1%). Het overschrijden van slechts één norm gebeurt door 5,3% van de bewoners bij cognitie, door 14,6% bij stemming en door 5,6% bij contact. Bij algemene oorden is dat 5,0% (cognitie), 15,6% (stemming) en 6,0% (contact).

Hieruit komt het opmerkelijke gegeven naar voren dat, gegeven de invalshoek van slechts één overschreden norm, er in categorale oorden een grotere cognitieve problematiek bestaat dan bij de algemene oorden. Combinaties van normoverschrijdende waarden kennen de volgende frequenties (voor alle oorden en tussen haakjes apart voor algemene oorden): cognitie/stemming 2,7% (2,9%); cognitie/contact 4,3% (4,7%); stemming/contact 6,3% (6,6%) en alle subschalen tegelijkertijd nog eens 10,5% (11,5%). Bij dergelijke combinaties liggen de percentages voor de algemene oorden derhalve altijd boven die voor de categorale.

De voorgaande bespreking van correlaties tussen en combinaties van waarden op de diverse schalen laat een zekere rangorde zien in psycho-sociale problematiek. Allereerst is er een grote groep (ongeveer de helft) die in het geheel geen problemen kent en derhalve niet op gestelde criteria voor cognitie, stemming of sociaal contact overschrijdt. Als er psycho-sociale problemen optreden, dan betreft dat in eerste instantie stemmingsproblemen, waarbij vervolgens contactproblemen kunnen komen. Zodra er problemen op stemming en contact zijn, zal dat ook zeer snel bij cognitie het geval zijn. Als er eenmaal psycho-sociale problemen zijn, dan is dat ook vrij snel op verschillende aspecten.

Tabel 10.12. Combinaties van normoverschrijding op de BPS-schalen (aantal bewoners)*

	cognitie		totaal aantal bewoners
	onder norm	boven norm	
stemming: onder norm			
contact: onder norm	558 (447/111)	58 (47/ 11)	616 (494/122)
contact: boven norm	62 (56/ 6)	47 (44/ 3)	109 (100/ 9)
stemming: boven norm			
contact: onder norm	161 (146/ 15)	30 (27/ 3)	191 (173/ 18)
contact: boven norm	69 (62/ 7)	115 (108/ 7)	184 (170/ 14)
totaal aantal bewoners	850 (711/139)	250 (226/ 24)	1100 (937/163)

* Per cel totaal aantal bewoners; tussen haakjes aantal in algemene respectievelijk categorale oorden

10.4.4. De samenhang tussen meerzorg en BPS-scores

Interessant is vervolgens om te bezien of er samenhang bestaat tussen de scores uit het provinciale registratiesysteem voor individuele meerzorg en die uit de BPS-metingen. De eerste conclusie uit dit onderzoek naar de samenhang tussen BPS en meerzorg is gebaseerd op factor-analyse met de acht afzonderlijke meerzorg-items en de drie afzonderlijke BPS-schalen. Dit levert twee factoren op met in de ene factor alle meerzorg-items zonder de aandachtsvraag (verklaarde variantie 51,5%) en in de tweede alle BPS-schalen met de aandachtsvraag (verklaarde variantie 12,5%). De vraag omtrent het geven van extra aandacht is derhalve van een andere orde dan de andere vragen over individuele meerzorg. Het buiten beschouwing laten van dit item bij het construeren van een meerzorg- of ADL-dimensie leidt ook tot een sterkere schaal, die een groter deel van de variantie tussen de bewoners kan verklaren (60% voor alle items en 65% als aandacht eruit blijft). De tweede bevinding is dat er een belangrijke mate van samenhang blijkt te bestaan tussen de totale meerzorg en de afzonderlijke meerzorgitems aan de ene kant en de drie BPS-schalen aan de andere kant. De aandachtsvraag correleert het sterkst met de drie BPS-schalen en deze samenhang is bovendien sterker dan voor de totale meerzorg. Dit is een tweede aanwijzing dat de vraag naar extra aandacht van de overige meerzorghandeligen moet worden afgezonderd.

Samenvattend blijkt het derhalve zinvol te zijn een aantal dimensies in de totale verzorging te onderscheiden. Er liggen twee dimensies erg voor de hand, die wij benoemen als respectievelijk een ADL-dimensie (meerzorghandelingen) en een psycho-sociale dimensie. Deze dimensies zijn als volgt tot stand gekomen. In paragraaf 10.2.2 zagen wij dat Van Loveren-Huyben e.a. -zij het met enig voorbehoud- de subschaal voor cognitie aanduiden als instrument om de psycho-sociale problematiek het scherpst in beeld te brengen. In paragraaf 10.4.1 bleek dat 24% van de bewoners boven de 'norm' (dat wil zeggen meer dan 20 punten) voor cognitie uitkomt. Hoewel dit percentage vrij hoog lijkt, wordt hier als vuistregel gehanteerd dat bewoners met een cognitie-score boven de 'norm' te kampen hebben met psycho-sociale problematiek. De psycho-sociale dimensie in dit onderzoek hanteert de tweedeling onder of boven de cognitienorm. De ADL-dimensie kan op verschillende manieren worden ingevuld. Eerder werd geconcludeerd dat het geven van extra aandacht en in iets minder mate de verpleegkundige handelingen afwijken ten opzichte van het algemene patroon. Beide kunnen namelijk voorkomen ongeacht het feit of er problemen zijn bij de meer traditionele ADL-items zoals eten en kleden. Bij de analyse aan het begin van deze paragraaf zagen wij dat bij factoranalyse de aandachtsvraag wordt ondergebracht bij BPS, hetgeen een andere aanwijzing is voor het verschillende karakter van dit item.

Er is nog een enigszins andere aanpak denkbaar, die elders al eerder is toegepast (Kibbeling e.a., 1989) en in het vooronderzoek bevredigende resultaten bleek te geven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten ADL-items: een lichte categorie met hulp bij kleden, eten, lopen of toiletgang, en een zware categorie met hulp vanwege incontinentie en behandeling of voorkoming van decubitus. De rubricering maakt eigenlijk gebruik van de hiërarchie in ADL-items. Deze is zodanig dat als er sprake is van incontinentie-problemen het waarschijnlijk is dat achtergelegen (gemakkelijker) verrichtingen, zoals eten en kleden, eveneens zijn uitgevallen of niet meer zelfstandig kunnen worden uitgevoerd. Conform de aanpak in het vooronderzoek ontstaat er dan een ADL-dimensie, waarbij als lichtste categorie geldt dat er géén ADL-problemen zijn op het traditionele vlak (zonder aandacht en verpleging), als zwaarste categorie geldt gelijktijdige aanwezigheid van incontinentie en decubitus, en als middencategorie alle andere mogelijkheden. Deze ADL-rubricering betreft het aantal traditionele ADL-handelingen, waarbij de gescoorde meerzorg voor aandacht en verpleegkundige handelingen wél wordt meegenomen in de meerzorgintensiteit.

Uit de hierboven toegelichte classificatie komt naar voren dat precies één derde van alle bewoners geen enkel probleem kent, noch in termen van ADL-belemmeringen (waarbij

Tabel 10.13. Classificatie van de bewoners (in aantal) naar ADL- en psycho-sociale problematiek*

psycho-sociale problematiek	ADL-problemen**			totaal aantal bewoners
	geen	licht	zwaar	
geen of licht (zeer) zwaar***	328 (269/59) 21 (20/ 1)	456 (380/76) 146 (131/15)	66 (62/ 4) 83 (75/ 8)	850 (711/139) 250 (226/ 24)
totaal aantal	349 (289/60)	602 (511/91)	149 (137/12)	1100 (937/163)

* Per cel totaal aantal bewoners; tussen haakjes aantallen in algemene en categorale oorden
 ** Licht: problemen bij eten/lopen/kleden/toiletgang; zwaar: incontinentie én decubitus
 *** Boven de norm van de BPS-subschaal voor cognitie

noogmaals vermeld wordt dat extra aandacht of verpleegkundige handelingen niet zijn meegeteld), noch in termen van het psycho-sociaal functioneren. Het totaal aan psycho-sociale problematiek betreft 22,7% en ernstige ADL-problemen 13,5% van alle bewoners. Zeer zware problemen op beide dimensies treffen wij aan bij 7,5% van de bewoners. Deze hebben hulp nodig bij alle handelingen uit de meerzorg-registratie én kampen met psycho-sociale problemen gezien het feit dat zij de BPS-norm voor cognitie hebben overschreden. Tussen de extremen bevindt zich een grote middengroep met ADL- en psycho-sociale problemen, waarbij de laatste relatief steeds meer voorkomen naarmate er bij meer items meerzorg geboden wordt: als er geen ADL-problemen zijn is er ook haast geen psycho-sociale problematiek; bij lichte ADL-problemen heeft 24% tevens psycho-sociale problemen en bij zware ADL-problemen is dat zelfs 56%. In algemene oorden wordt de volgende verdeling aangetroffen: 31% heeft geen ADL-problemen en een klein deel van deze groep wel psycho-sociale problemen (7%); de middencategorie betreft 54,5% van de bewoners, van wie ruim een kwart psycho-sociale problemen heeft; de zwaarste ADL-categorie betreft 14,6% van de bewoners, waarvan iets meer dan de helft ook boven de cognitienorm uitgaat.

Met bovenstaande classificatie als leidraad bezien wij opnieuw de gemiddelde meerzorg in minuten per bewoner (tabel 10.14). Gezien het feit dat de ADL-dimensie uitgaat van zes van de acht items uit het meerzorgsysteem, kan er bij afwezigheid van ADL-problemen toch nog meerzorg gegeven worden, namelijk voor verpleging en/of extra aandacht. De meerzorg per bewoner loopt sterk op met de mate van ADL-problemen. Bij lichte ADL-stoornissen is circa 50 minuten meerzorg nodig en bij ernstige ADL-problemen bijna 2,5 uur. Mensen met psycho-sociale problemen, waarbij de ADL-dimensie even buiten beschouwing blijft, hebben ruim 2,5 maal zoveel zorg nodig als bewoners zonder deze problemen, die gemiddeld 34 minuten individuele meerzorg per dag krijgen. Deze verschillen zijn significant ($t=19,0$; $P<0,001$).

Tabel 10.14. Gemiddelde meerzorg in minuten per bewoner volgens classificatie

ADL-problemen	algemene bejaardenoorden			categorale bejaardenoorden		
	psycho-sociale problemen		gemiddeld	psycho-sociale problemen		gemiddeld
	geen/lichte	(zeer) zware		geen/lichte	(zeer) zware	
geen ADL	5,8	11,4	6,2	1,6	-	1,6
lichte ADL	43,0	76,8	51,7	31,0	73,9	39,1
zware ADL	135,6	156,4	147,0	85,0	130,8	115,6
gemiddeld	37,0	97,4	51,6	20,1	89,8	30,3

Bekijken wij de combinatie van ADL- en psycho-sociale problematiek, dan blijkt dat bij afwezigheid van beide problemen minder zorg gegeven wordt dan in die situaties waarbij er geen ADL-maar wel psycho-sociale problemen zijn. Deze verschillen tussen al of geen psycho-sociale problematiek en afwezigheid van ADL-belemmeringen zijn significant en geheel toe te wijzen aan het geven van extra aandacht. De verschillen concentreren zich op die bewoners die zich in de lichte ADL-categorie bevinden. Daar is de aanwezigheid van psycho-sociale problematiek van grote significante betekenis op de omvang van de verleende meerzorg: zonder psycho-sociale problemen circa 41 minuten en met dit soort problemen 76,5 minuten individuele meerzorg gemiddeld per dag per bewoner, met andere woorden ongeveer 87% meer (en bij categorale tehuizen zelfs meer dan het dubbele). Een opmerkelijke bevinding betreft het feit dat bij bewoners met gelijktijdig lichte of zware ADL-problemen én psycho-sociale problematiek de verschillen tussen de beide soorten instellingen niet significant zijn. Het kan ook anders gezegd worden: bij aanwezigheid van zowel lichamelijke als psycho-sociale problemen wijkt de gemiddelde zorgintensiteit per bewoner in de categorale bejaardenoorden niet af van die in de algemene bejaardenoorden; de frequentie van deze 'dubbele' problematiek is in de categorale tehuizen echter wel lager (14,1% versus 22%). Tenslotte blijkt het bij zware ADL-problemen minder relevant te zijn of er tevens psycho-sociale problemen aanwezig zijn: weliswaar wordt er in het laatste geval iets meer zorg (gemiddeld 16,2%) gegeven, maar dit verschil is veel minder dan bij andere ADL-groepen en maar net significant.

10.5. Verschillen tussen bejaardenoorden?

In deze paragraaf wordt (zeer beknopt) ingegaan op de eventuele verschillen tussen de algemene bejaardenoorden. Hierbij worden de categorale instellingen buiten beschouwing gelaten omdat enerzijds niet alle relevante gegevens beschikbaar zijn en anderzijds geen volledig beeld is gegeven van de aldaar gegeven meerzorg, die meer omvat dan de in deze studie besproken handelingen. Eerst worden de verschillen in de bewonerskenmerken besproken, waarbij drie deelterreinen aan de orde zijn, namelijk demografische kenmerken, individuele meerzorg en psycho-sociale problematiek. Bij deze analyse wordt waar mogelijk tevens een vergelijking gemaakt met het onderzoek van Frederiks e.a. (1988), die in 1987 al eerder onderzoek bij de Maastrichtse tehuizen hadden verricht. Daarbij bestaat er echter een cruciaal verschil in de wijze waarop de gegevens verzameld zijn: het eerder uitgevoerde onderzoek betrof interviews met de bewoners zelf, terwijl het onderhavige onderzoek geheel door het personeel van de instellingen is ingevuld. Dit kan tot een verschillende beoordeling over de bewoners leiden. Overigens zullen om begrijpelijke redenen geen gegevens over individuele oorden worden gepresenteerd, doch slechts de tendenties worden besproken in termen van verbanden en significantie.

10.5.1. Instellingsverschillen bij kenmerken van bewoners

Met betrekking tot leeftijd bestaan er tussen de negen algemene oorden significante verschillen ($\chi^2=85,06$; $p=0,04$). Deze verschillen zijn met name toe te wijzen aan enerzijds het aandeel van 90-plussers (variërend van 5% tot maximaal 19% van alle bewoners) en anderzijds aan bewoners jonger dan 65 jaar. De laatste komen in een vijftal instellingen voor; het betreft slechts 8 bewoners. Indien deze jongste groep buiten beschouwing gelaten wordt en de leeftijdsverdeling ingedikt wordt tot tienjaarsintervallen van 65-74, 75-84 en 85-plus (zoals in het onderzoek van Frederiks e.a. gebeurde), dan zijn er géén significante verschillen tussen de instellingen meer (dit in tegenstelling tot de bevinding van Frederiks e.a.). De verschillen tussen de bejaardenoorden met betrekking tot de verdeling naar sexe en burgerlijke staat zijn significant en daardoor wel in overeenstemming met de bevindingen

van Frederiks e.a. Het percentage verweduwd bewoners varieert van 62% tot maximaal 87% (gemiddeld 69,6%).

Opmerkelijk is verder dat het relatieve aandeel per instelling van het aantal nieuwe bewoners (opgenomen in 1989) weliswaar grote fluctuaties laat zien van ruim 7% tot 20% (met als uitschieter bijna 29%), maar niet significant verschillend tussen de instellingen blijkt te zijn ($\chi^2=11,87$; $p=0,16$). Met betrekking tot de verblijfsduur verschillen de instellingen wel significant variërend van 4 tot 6 jaar. Bij deze toetsing is wederom de indeling van Frederiks gebruikt om een vergelijking te kunnen maken: de resultaten van beide onderzoeken stemmen overeen. De verblijfsduur in de categorale bejaardenoorden is overigens aanzienlijk hoger (gemiddeld 7 jaar).

Eerder was al geïllustreerd dat de demografische kenmerken van bewoners onderling samenhangen. De toetsing van verschillen tussen de instellingen zou hiermee rekening moeten houden. Analyse van meerdimensionale kruistabellen tussen enerzijds instellingen en anderzijds leeftijd én geslacht én burgerlijke staat laten géén significante verschillen meer zien, met uitzondering van het aandeel van gehuwde mannen. Dit alles leidt ons inziens tot het eindoordeel dat er geen grote verschillen zijn tussen de algemene bejaardenoorden met betrekking tot de samenstelling naar leeftijd, burgerlijke staat en geslacht. Wel maakt het uit of er mensen jonger dan 65 jaar zijn opgenomen en zijn de verschillen bij de gehuwde mannen groot genoeg om significant te zijn. Het voorgaande impliceert dat de betreffende resultaten uit het onderzoek van Frederiks e.a. (1988) niet gerepliceerd worden. Hiervoor bestaan wellicht twee redenen: enerzijds ligt er een periode van ongeveer tweeënhalf jaar tussen beide onderzoeken, waardoor verschillen mogelijk zijn; anderzijds is het mogelijk dat in het eerder uitgevoerde onderzoek enige vertekening door selectiviteit in de respons heeft plaatsgevonden (Frederiks e.a., p. 17 en 25), waarbij opgemerkt wordt dat het hier in principe toch om 'harde' gegevens over de sociaal-demografische kenmerken van bewoners gaat.

Vervolgens gaan wij beknopt in op eventuele verschillen tussen de instellingen met betrekking tot de zorgbehoefte van bewoners. Om de analyse niet nodeloos te bemoeilijken wordt afgezien van de interactie met de leeftijds- en geslachtsofbouw binnen de oorden, waarin overigens zoals net aan de orde kwam geen erg grote verschillen bestaan. Indien de meest belangrijke indicatoren voor zorgbehoefte bezien worden, zoals het percentage bewoners dat BPS-'normen' overschrijdt, het gemiddelde aantal ADL-beperkingen en de gemiddelde individuele meerzorg, dan blijkt dat de algemene bejaardenoorden op alle bovengenoemde bewonerskenmerken significant verschillen. Dit is ook het geval voor de mate waarin in een instelling eenzaamheid voorkomt. De verschillen in individuele meerzorg zijn niet alleen in zijn totaliteit significant, maar ook op het niveau van afzonderlijke items.

Afzonderlijke aandacht is besteed aan eventuele verschillen tussen bejaardenoorden betreffende de kenmerken van in 1989 nieuw opgenomen bewoners ($N=160$). Het resultaat is frappant: er zijn géén significante verschillen op demografische kenmerken (leeftijd, sexe, burgerlijke staat) en ook géén significante verschillen in het aantal ADL-beperkingen, de individuele meerzorg én de BPS-scores, uitgezonderd die bij sociaal contact. Dit lijkt (naast de in het voorgaande hoofdstuk beschreven ontwikkelingen met betrekking tot de instroompercentages, de gemiddelde leeftijd en de urgentiegraad van de ouderen op de wachtlijst) een volgende aanwijzing te zijn dat het gezamenlijke opnamebeleid inderdaad 'werkt' en nageleefd wordt. In combinatie met de bevindingen over de al langer aanwezige bewoners wordt echter tevens geconcludeerd dat de wijze van zorgverlening tussen de algemene bejaardenoorden zodanig verschilt dat ondanks de nivellerende werking van het opnamebeleid er op termijn toch bewonersverschillen ontstaan tussen de instellingen onderling.

10.5.2. Instellingsverschillen met betrekking tot uitkomsten van normeringssysteem

Tot slot van deze beknopte schets van verschillen tussen de algemene bejaardenoorden in de gemeente Maastricht wordt ingegaan op de mogelijke gevolgen van de invoering van het Normeringssysteem Personele voorzieningen Verzorgingstehuizen voor de afzonderlijke instellingen. In het Limburgse model voor normering van de personeelsformatie in bejaardenoorden is een systematiek uitgewerkt om het benodigde personeel voor een instelling met een bepaalde capaciteit te berekenen. Daarbij worden verschillende sectoren onderscheiden, zoals huishouding, voeding, administratie, activiteitenbegeleiding, en directe zorgverlening (basiszorg en meerzorg). Per sector wordt een personeelsnorm (in 'bruto full time' plaatsen) aangehouden met als meeteenheid het aantal plaatsen (volgens capaciteit, niet volgens werkelijke bezetting) of het aantal één- en tweepersoonskamers (met name in sector huishouding) of het aantal vierkante meters (bv. schoonmaak openbare ruimtes). Naast een basispakket van 20,5 minuten zorg per dag die voor elke bewoner hetzelfde is, zal volgens het plan de individuele meerzorg aan het eind van ieder kwartaal in beeld gebracht moeten worden, op basis waarvan berekend gaat worden hoe veel verzorgend en verplegend personeel gezien de zorgbehoefte binnen de instelling noodzakelijk is.

Om een eerste indruk te krijgen van de relatie tussen personeelsformatie en zorgbehoefte in een instelling, is in figuur 10.1 per instelling het aantal personeelsleden gedeeld door het aantal bewoners uitgezet tegen de gemiddelde meerzorg per bewoner. Dit is gedaan voor het totale personeel (bovenste lijn) en het verzorgend of verplegend personeel (onderste lijn). De onderste lijn zou in principe een rechte lijn moeten zijn: hoe meer meerzorg hoe meer verzorgend personeel. De bovenste lijn wekt enigszins verbazing: kennelijk is er een soort optimaal punt van gemiddelde meerzorg waarbij een optimale omvang van het totale personeel hoort (corrigerend voor de onderste lijn gaat het eigenlijk om het 'overhead'-personeel). Bij zowel een lagere als een hogere gemiddelde zorgbehoefte is relatief veel (niet-verzorgend) personeel aanwezig. Opgemerkt wordt dat de getekende curven ('dalparabolen') in alle gevallen aanzienlijk beter passen (in termen van verklaarde variantie) dan een rechte lijn.

Figuur 10.1. Algemene oorden naar combinatie van gemiddelde meerzorg en personeel of kostprijs

Op basis van de gepresenteerde gegevens is het mogelijk de gevolgen van de invoering van het systeem te berekenen. Voor alle algemene oorden tezamen in de gemeente Maastricht, die in totaal 825 éénpersoonkamers en 90 tweepersoonkamers met in totaal 1005 capaciteitsplaatsen tellen, komt het personeelsmodel uit op de gegevens zoals vermeld in tabel 10.15 (zie ook paragraaf 9.3). De aanpak is daarbij als volgt: voor alle niet-direct verzorgende sectoren zijn de normen (inclusief die voor basiszorg) toegepast op het aantal bewoners of een- en tweepersoonkamers. Bij een tweetal sectoren zijn ramingen gemaakt omdat gegevens ontbreken (o.a. vierkante meters publieke ruimte). De posten zijn opgeteld tot het subtotaal. Het verschil met de feitelijke formatie eind 1988 (het recentste waarover in het onderzoek beschikt kon worden) resteert dan voor individuele meerzorg. Uit deze resterende formatie is berekend hoeveel minuten dat zou betekenen. Daartegenover staat de gescoorde meerzorg, zodat de verschillen ten gevolge van het NPV-systeem berekend kunnen worden. Het zal niet verrassen dat alle algemene bejaardenoorden onder de gescoorde meerzorg komen (gemiddeld -35%), maar de verschillen daarbij zijn groot. Gemiddeld voor de gehele sector komt de berekening met het huidige normeringssysteem (dat nog niet officieel ingevoerd is) uit op een personeelstekort van 18,5% ten opzichte van de totale formatie per ultimo 1988. Per instelling varieert dat van 7% tot maximaal 45%. Indien rekening gehouden wordt met de toch enigszins dubieuze objectiviteit van het registratiesysteem, bijvoorbeeld door de aandachtsvraag niet mee te laten tellen, dan resteert nog een tekort ten opzichte van de totale personeelsformatie van 8,2%.

10.6. Samenvatting en conclusies

De gemiddelde tijdsbesteding met betrekking tot individuele meerzorg is ruim 48 minuten per bewoner per dag en betreft al of niet intensieve hulp bij acht handelingen (eten, kleden, lopen, toiletgang, incontinentie, decubitus, extra aandacht en verpleging). Aangetoond is dat er een exponentieel verband bestaat tussen het aantal handelingen waarbij meerzorg gegeven wordt en de intensiteit van deze zorg, gemeten in minuten. Voorts is geïllustreerd dat de uitval van functies een hiërarchisch patroon kent in dezelfde volgorde als net genoemd, die ook op het registratieformulier wordt gehanteerd. Dit geldt met name voor de eerste zes handelingen, terwijl verpleegkundige handelingen en extra aandacht zich minder mooi conformeren aan de geschetste hiërarchie. Vrouwen blijken over het algemeen iets meer meerzorg te krijgen, maar de verschillen met mannen zijn gering en niet significant. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de zorgintensiteit over de gehele linie en op afzonderlijke items toe. Naar burgerlijke staat worden vrij grote verschillen gevonden, waarbij gehuwde vrouwen verweduwd vrouwen de meest zorgbehoevende bewoners blijken te zijn. Echtparen blijken opgenomen te worden omdat het met de vrouw slecht gaat: de gemiddelde meerzorg is bij gehuwde vrouwen 40% hoger dan bij mannen. De zorgbehoefte stijgt naarmate men langer in het bejaardenoord verblijft tot een globaal maximum bij een verblijf van ongeveer 5 jaar (rond dit getal bevindt zich ook de gemiddelde verblijfsduur), waarna zij weer daalt. Bij langdurig verblijvende bewoners (10 jaar of meer; gemiddeld ruim 16% van alle bejaardenoordsbewoners) stijgt de gemiddelde meerzorg echter weer.

De resultaten van de meting met de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) lijken er op te wijzen dat dit soort problematiek groot is, omdat het percentage bewoners dat boven de norm van de drie onderscheiden schalen ligt, steeds hoger is dan door de oorspronkelijke auteurs wordt gemeld. Ernstige cognitieve problemen worden aangetroffen bij 24,1% van de bewoners van algemene verzorgingstehuizen en bij 14,7% van de bewoners van categorale oorden. Stemningsproblemen vinden wij bij een 37% in de leken- en 20% in de categorale bejaardenoorden en de schaal voor sociaal contact registreert bij 29% respectievelijk 14% ernstige problemen. Van alle bewoners heeft de helft op geen van de BPS-schalen een score boven de norm.

Tabel 10.15. Model normering bejaardenoorden: gevolgen voor alle algemene oorden tezamen

sector	norm in BFT's	formatie
directie	1	8,0
leiding zorg/huishouding	0,0145 per plaats	14,6
activiteitsbegeleiding	afh. van grootte	5,0(schatting)
huishouding		
-week/jaarbeurten 1pers.kamers	0,0380 per kamer	31,4
-idem voor tweepersoonskamers	0,0570 per kamer	5,1
-openbare ruimtes	0,0610 per 100m²	10,0(schatting)
-rest	0,0096 per plaats	9,6
voedselvoorz. (incl.piek)	0,0423 per plaats	42,5
adm./receptie/ondersteuning	0,0340 per plaats	34,2
technische sector	0,0065 per plaats	6,5
basiszorg	0,0851 per plaats	85,5
subtotaal personeelsformatie		252,4
Werkelijke formatie eind 1988 (zie tabel 4.8)		379,8
Resterende formatie voor meerzorg		127,4

De laatste stap in dit hoofdstuk betreft de koppeling van individuele meerzorg met de psycho-sociale problematiek als gemeten via de BPS en leidt tot een tweedimensionale classificatie van bewoners. Bij lichte ADL-stoornissen is circa 50 minuten meerzorg nodig en bij ernstige ADL-problemen bijna 2,5 uur. Mensen met psycho-sociale problemen hebben ruim 2,5 maal zoveel zorg nodig als bewoners zonder deze problemen. De verschillen concentreren zich op die bewoners die zich in de lichte ADL-categorie bevinden. Daar is de aanwezigheid van psycho-sociale problematiek van grote significante betekenis op de omvang van de verleende meerzorg: zonder psycho-sociale problemen circa 41 minuten en met dit soort problemen 76,5 minuten individuele meerzorg gemiddeld per dag per bewoner. Bij aanwezigheid van zowel lichamelijke als psycho-sociale problemen wijkt de gemiddelde zorgintensiteit per bewoner in de categorale bejaardenoorden niet af van die in de algemene bejaardenoorden; de frequentie is in de categorale tehuizen echter wel lager.

De zogenaamde substitutie-mogelijkheden voor de lichtste categorieën bewoners (géén meerzorg of slechts individuele meerzorg bij of verpleegkundige handelingen of extra aandacht) zijn op basis van de hier gepresenteerde gegevens te ramen op ongeveer 30% van de huidige bewoners. Dit cijfer ligt niet veel lager dan dat uit het veel geciteerde onderzoek van Remmen (1985). Anderzijds bestaat er ook een vrij grote groep bewoners die bij alle of op een na alle handelingen individuele meerzorg nodig hebben, die dan ook erg intensief is; dit betreft 13,5% van alle bejaardenoordbewoners of 14,6% als alleen gekeken wordt naar de algemene bejaardenoorden. Meer dan de helft van deze categorie (56%) heeft niet alleen zware ADL-beperkingen, maar tevens ernstige cognitieve problemen. Deze laatste groep (ernstige problemen op beide dimensies), in totaal 7,5% van alle bewoners, heeft gemiddeld circa 2,5 uur meerzorg per persoon per dag nodig, legt daarmee beslag op een kwart van de totale meerzorg in een bejaardenoord en zou wellicht beter kunnen worden opgenomen in een verpleeghuis of komt in aanmerking voor dagbehandeling aldaar. Dit geldt waarschijnlijk ook voor de bewoners met zware ADL-problemen maar zonder psycho-sociale problematiek (6% van alle bewoners; gemiddelde meerzorg 132,5 minuten per persoon; ruim 16% van de totale capaciteit), die dan in aanmerking komen voor de somatische afdeling van het verpleeghuis. Indien er echter voor gekozen wordt (of indien dat gezien de beperkte verpleeghuis capaciteit niet anders kan) om deze bewoners te behouden, dan dienen er wellicht maatregelen genomen te worden in de sfeer van aan personeel te stellen kwaliteitseisen of moet gedacht worden aan een meer systematische vormgeving van de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen.

11. Verpleeghuizen

11.1. Inleiding

Het verpleeghuis is een instelling van gezondheidszorg waar verpleegkundige en (para-) medische hulp geboden wordt aan mensen die thuis of in het verzorgingstehuis niet meer voldoende geholpen kunnen worden. De verpleeghuiszorg wordt omschreven als een continue systematische, vaak langdurige en multidisciplinaire zorg, de zogenaamde CSLM-zorg, en wordt 'geleverd' in drie soorten verpleeghuizen: voor somatische zieken en voor psychogeriatrische patiënten of in gecombineerde verpleeghuizen waar beide groepen aan bod komen. In Maastricht bestond tot eind 1987 één gecombineerd verpleeghuis, namelijk de verpleegkliniek Klevarie. Deze vervult een regionale functie en heeft een capaciteit van 396 bedden, waarvan er 231 bestemd zijn voor somatische patiënten (58%) en 165 voor psychogeriatrische patiënten (42%). Van de laatste categorie hebben er in 1984 twee bedden de functie van separeerbed voor psycho-geriatrische patiënten gekregen. Sinds 15 oktober 1987 is er in Maastricht naast de reeds bestaande verpleegkliniek een nieuwe voorziening op dit gebied, verpleegkliniek De Zeven Bronnen, gelokaliseerd in het oostelijk stadsdeel Amby. Dit is eveneens een gecombineerd verpleeghuis voor somatisch zieken (60 plaatsen) en psycho-geriatrische patiënten (ook 60 plaatsen). Op termijn (waarschijnlijk eind 1991) zal de capaciteit van De Zeven Bronnen worden uitgebreid van 120 naar 180 plaatsen.

Tot slot kan vermeld worden dat er eind 1980 door het ministerie van WVC aan Psycho-medisch Streekcentrum Vijverdal een tijdelijke erkenning is verstrekt voor 65 psychogeriatrische bedden onder de voorwaarde dat deze na de realisering van het nieuwe verpleeghuis daarheen overgaan. Over het tijdstip van deze overheveling heeft geruime tijd onenigheid bestaan tussen Vijverdal en het Burgerlijk Armenbestuur, waaronder de verpleeghuizen resorteren. In 1988 besloot de Staatssecretaris om de tijdelijke erkenning van Vijverdal te verlengen tot 1 januari 1990. Vanaf dat moment wordt een jaarlijks verlenging van de erkenning verwacht tot het moment dat de volledige capaciteit van De Zeven Bronnen beschikbaar is. Hieraan is de voorwaarde verbonden dat de betreffende afdeling een dependance zou worden van De Zeven Bronnen; deze constructie komt echter waarschijnlijk niet tot stand. Bij voltooiing van de uiteindelijke capaciteit van dit verpleeghuis (180 plaatsen) zal Vijverdal haar erkenning verliezen omdat de resterende capaciteit dan overeen komt met de geldende normen (zie hoofdstuk 4). Om een aantal redenen is het niet mogelijk om voldoende betrouwbare gegevens te presenteren over de verpleegafdeling van Vijverdal. Ten eerste startte men in 1980 met 27 bedden, die aan het eind van het jaar pas uitgebreid werden tot het erkende aantal van 65 plaatsen; de eerste gegevens die over de betreffende afdeling beschikbaar zijn dateren echter van 1982. Daarna is het wel mogelijk om over geaggregeerde gegevens te beschikken, maar deze worden door de afdeling Medische Registratie van Vijverdal niet voldoende betrouwbaar geacht (telefonische mededelingen) en zijn bovendien niet zo gedetailleerd als die van Klevarie, zodat een gemeenschappelijke basis voor vergelijking ontbreekt. Tot 1987 werd geen aparte registratie gevoerd waarmee op afdelingsniveau (dus ook voor de verpleegafdeling) de personeelsinzet en kosten inzichtelijk gemaakt zouden kunnen worden. Tenslotte is pas in 1987/1988 een geautomatiseerd systeem ingevoerd. Dit alles maakt een analyse die ook de verpleegafdeling van Vijverdal omvat niet erg zinvol.

De capaciteit van Klevarie en De Zeven Bronnen is thans 516 bedden, waarvan 291 (45%) voor somatiek. Het werkgebied van beide bestaat geheel Zuidelijk Zuid-Limburg (ruim 150.000 inwoners). Omdat De Zeven Bronnen pas begin 1988 geleidelijk volledig in gebruik

is genomen en de gegevens over de verpleeghuisdependance niet zijn af te zonderen van de gegevens over andere afdelingen in het Psycho-medische Streekcentrum Vijverdal, beperken wij ons in het overzicht van verpleeghuiszorg in Maastricht in de periode 1980-1988 tot de verpleegkliniek Klevarie. Voor inzicht in de verdeling van patiënten naar sexe, leeftijd, herkomst bij opname en bestemming bij ontslag is deze aanpak toereikend; voor de berekening van het bereik van verpleeghuizen wordt echter een minder juiste voorstelling van zaken gegeven. Enerzijds wordt de (psycho-geriatrische) capaciteit in Vijverdal en voor 1988 de toeloop op het nieuwe verpleeghuis ten onrechte niet meegerekend. Maar anderzijds wordt in de berekening van de bereikcijfers geen rekening gehouden met het feit dat de verpleeghuizen een regionale functie vervullen (zie paragraaf 11.2). Per saldo zullen de bereikcijfers waarschijnlijk toch een redelijk inzicht geven voor de gemeente Maastricht.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 11.2 worden ontwikkeling in het gebruik en bereik sinds 1980 geschetst; in paragraaf 11.3 gaan wij in op de patiëntenstromen naar, door en uit het verpleeghuis; in paragraaf 11.4 komt de dagbehandeling aan bod en in paragraaf 11.5 de personeels- en kostenopbouw van het verpleeghuis Klevarie. In paragraaf 11.6 wordt niet alleen een samenvatting gegeven, maar wordt tevens een vergelijking gemaakt met de nationale gegevens over de verpleeghuiszorg uit hoofdstuk 4.

11.2. Gebruik verpleeghuiszorg in de periode 1980-1988

Theoretisch kan met de beschikbare capaciteit van het gecombineerde verpleeghuis Klevarie een 'productie' van circa 144.500 verpleegdagen gerealiseerd worden, waarvan 84.300 op de somatische afdelingen en 60.200 op de psycho-geriatrische afdelingen (waarbij verondersteld is dat ook de separeerbedden volledig bezet zijn). Uit de overzichten van het aantal verpleegdagen (tabel 11.1) en de in de kliniek aanwezige patiënten aan het eind van ieder jaar (tabel 11.2) blijkt dat de aanwezige somatische capaciteit in het verleden niet ten volle gebruikt werd, maar dat de psycho-geriatrische wel steeds volledig of zelfs meer dan volledig benut werd. Dit bleek al eerder een nationaal optredend verschijnsel te zijn. Klevarie kende in de gehele periode 1980-1988 steeds een bezettingsgraad van gemiddeld ruim 99%.

In de verdeling van de patiënten naar geslacht heeft zich een geleidelijke verschuiving voorgedaan naar vrouwen; was in 1980 nog 30,1% van alle patiënten man, in 1988 is dat 24,6%. Vooral bij de somatische zorg is het aandeel van mannen afgenomen van 32,6% in 1980 tot 24,3%. Deze verschuiving hangt samen met de dubbele vergrijzing, die zich met name op vrouwen concentreert (zie hoofdstuk 2).

Van alle verpleeghuispatiënten die per 31 december aanwezig zijn, bestaat gemiddeld 92% à 93% uit 65-plussers. Binnen de categorie ouderen treedt een geleidelijke verschuiving op

Tabel 11.1. Productie van verpleeghuis in aantal verpleegdagen

	somatische patiënten	psychoger. patiënten	totaal aantal verpleegdagen
1980	83.990	60.167	144.157
1981	83.848	60.019	143.867
1982	83.917	60.076	143.993
1983	83.864	60.078	143.942
1984	83.980	60.296	144.276
1985	83.877	59.970	143.847
1986	83.871	60.138	144.009
1987	83.457	60.034	143.491
1988	83.571	60.191	143.762

Tabel 11.2. Patiënten naar verzorgingscategorie en sexe per 31 december

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
somatische patiënten									
. mannen	75	74	78	71	72	65	68	60	56
. vrouwen	155	154	145	152	153	161	159	169	174
psychoger. patiënten									
. mannen	44	44	46	43	38	37	43	43	41
. vrouwen	121	121	120	121	125	127	121	122	124
totaal aantal	395	393	389*	387	388	390	391	394	395

* Exclusief zes vakantiepatiënten.

naar hoogbejaarden (85-plus); in 1980 was nog 27% van alle 65-plussers hoogbejaard en in 1988 36,3%. De laatste twee jaar is bovendien voor het eerst sprake van (aanzienlijk) meer dan 50 patiënten van boven de 90 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle aanwezige patiënten tezamen is gestegen tot ongeveer 80 jaar. Daarbij is het van belang onderscheid te maken tussen somatische en psycho-geriatrische patiënten. Net als in de rest van Nederland is een psycho-geriatrische patiënt thans gemiddeld 4 à 5 jaar ouder dan een somatische patiënt. Dit verschil is echter bepaald niet stabiel: in 1980 was het zelfs acht jaar, in 1986 maar twee jaar. Leeftijdverschillen ten aanzien van de sexen zijn stilaan groter geworden tot thans 4½ jaar tussen mannen (gemiddeld 76 jaar) en vrouwen (bijna 81 jaar). De leeftijdsverdeling blijkt goed overeen te komen met de eerder gepresenteerde nationale verdeling; ook het historisch verloop in de leeftijdsopbouw stemt overeen. In de statistieken waarvoor ten behoeve van het onderzoek kon worden beschikt, wordt geen onderscheid gemaakt naar burgerlijke staat, zodat deze onbelicht blijft in deze studie.

Opname in een verpleeghuis geschiedt vaak voor lange tijd en leidt er vaak toe dat ook de laatste verblijfsplaats bereikt is. Dat neemt niet weg dat er nog een aanzienlijke groep patiënten is die, veelal voor verder herstel na een ziekenhuisverblijf of revalidatie, slechts kort in het verpleeghuis verblijft. Als illustratie worden de gegevens voor 1988 gebruikt: van de per 31 december aanwezige patiënten verbleef 8,1% er korter dan één maand en 5,1% korter dan drie maanden; voor de ontslagen patiënten ligt de verblijfsduur geheel anders en gaat het bij 26,8% om een opname korter dan één maand en 16,1% korter dan drie maanden. De mediane verblijfsduur ligt bij de ontslagen patiënten ongeveer rond de vijf à zes maanden. Tot slot kan vermeld worden dat sinds 1986, toen het percentage patiënten dat binnen een half jaar ontslagen werd was gedaald tot een historisch dieptepunt van 47% (in 1980 nog 62%), de doorstroming in de kliniek weer enigszins verbetert doordat er weer meer mensen op een kortere termijn het verpleeghuis verlaten.

Tabel 11.3. Leeftijdsverdeling van de aanwezige patiënten per 31 december

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
t/m 64 jaar	33	33	25	23	25	24	28	26	29
65-69 jaar	27	22	17	20	15	21	18	19	16
70-74 jaar	55	44	44	35	43	47	45	38	30
75-79 jaar	89	92	90	93	77	78	81	81	89
80-84 jaar	92	83	88	100	89	100	94	96	98
85-89 jaar	64	80	83	76	92	78	84	73	79
90 jaar en ouder	35	39	42	40	47	42	41	59	54
totaal aantal pat.	395	393	389*	387	388	390	391	394	395
gemiddelde leeftijd									
. alle patiënten	77,5	77,5	78,5	79,8	80,4	79,9	80,3	79,5	79,6
. somatisch	73,5	73,5	76,0	77,9	78,7	78,4	79,4	77,7	77,8
. psychogeriatrisch	81,5	81,5	81,7	81,3	82,7	81,9	81,5	82,6	82,4
. mannen	76,5	76,4	76,5	76,8	76,9	75,7	76,5	76,1	76,1
. vrouwen	78,5	79,0	80,5	81,1	81,8	81,4	81,4	80,7	80,7

* Exclusief zes vakantiepatiënten

Tabel 11.4. Patiëntverdeling (in %) Klevarie naar verblijfsduur in jaren

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
aanwezig									
< 1/2 jaar	25,3	23,2	22,1	23,8	22,9	25,1	21,7	22,6	20,0
< 1 jaar	12,7	13,2	13,6	12,4	13,4	15,9	13,3	12,9	11,1
< 2 jaar	16,7	16,5	18,5	18,1	18,6	20,3	21,0	20,1	20,8
< 3 jaar	15,7	11,7	12,6	13,4	13,1	10,0	15,1	13,2	14,7
< 5 jaar	17,0	20,6	15,4	16,5	16,2	15,4	15,6	18,0	19,2
≥ 5 jaar	12,7	14,8	17,7	15,8	15,7	13,3	13,3	13,2	14,2
gemiddeld	2,5	2,6	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,6
outlagen*									
< 1/2 jaar	61,8	60,2	56,7	53,0	53,9	51,0	47,1	54,5	56,3
< 1 jaar	9,6	13,9	15,3	14,0	14,6	14,7	19,2	9,5	11,2
< 2 jaar	14,0	10,0	9,1	11,0	8,2	12,4	11,4	13,6	12,1
< 3 jaar	4,5	3,5	5,2	5,3	7,1	3,3	5,5	6,8	6,3
< 5 jaar	6,3	7,1	7,5	5,0	7,5	9,8	7,8	8,0	8,5
≥ 5 jaar	3,9	5,9	6,2	11,7	8,6	8,8	9,0	7,6	5,8

* Exclusief interne overplaatsingen (zie tabel 11.6)

Bij de per 31-12 nog aanwezige patiënten ligt de gemiddelde verblijfsduur rond 2½ jaar. Het aandeel van patiënten die korter dan een half jaar geleden zijn opgenomen is gedaald van 25% tot 20% en het aandeel van de patiënten die al tenminste drie jaar in de instelling verblijven, is gestegen tot 33,4% in 1988. Ook hier is het van belang onderscheid te maken naar het soort patiënt. Somatische patiënten blijven aanzienlijk korter (2,2 jaar in 1988) in het verpleeghuis dan psycho-geriatrische patiënten (3,1 jaar), hoewel bij hen de jaarlijkse fluctuaties groot zijn (zie figuur 11.1).

Het bereik is een belangrijk gegeven, dat in de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is vastgelegd. Omdat de verpleeghuizen in principe een regionale functie hebben, zou het bereik moeten worden berekend als het percentage patiënten ten opzichte van de bevolking van dat werkgebied. Omdat echter verreweg het grootste deel van de patiënten afkomstig is uit Maastricht zelf en voor het totale werkgebied niet alle bevolkingsgegevens in het bezit van de onderzoeker zijn, wordt het bereik hier ten opzichte van de Maastrichtse bevolking berekend (bijna 80% van de bevolking in het totale werkgebied). Omdat anderzijds de capaciteit van de tijdelijk erkende verpleegafdeling van Vijverdal niet is meegerekend (zie paragraaf 11.1), zal naar verwachting toch een redelijk inzicht in het bereik op gemeentelijk niveau gegeven kunnen worden. Het bereikpercentage voor 65-plus is (eind 1988) 1,33%

Figuur 11.1. Gemiddelde verblijfsduur bij per 31-12 aanwezige patiënten

Figuur 11.2. Bereikpercentages verpleeghuis in periode 1980-1988

voor mannen en 2,73% voor vrouwen (gemiddeld 2,19%). Voor de diverse leeftijdsgroepen heeft zich over de gehele linie een daling in bereik voorgedaan (zie figuur 11.2). Thans is in de categorie 75-79 jaar 2,7% opgenomen, 4,6% bij 80-84 jaar en van 85-plus 9,1%. Vooral in de laatste groep zijn de verschillen naar sexe groot: 5,4% van de mannen en 10,3% van de vrouwen vanaf 85 jaar is opgenomen.

11.3. Patiëntenstromen naar, door en uit het verpleeghuis

De gesignaleerde toename in de verpleegduur impliceert enerzijds dat de instroom van nieuwe patiënten in het verpleeghuis afneemt en anderzijds dat het verpleeghuis voor steeds meer patiënten een 'eindstation' vormt. Tabel 11.5 illustreert dit: in 1980 werden 362 patiënten opgenomen, waarvan 34,3% vanwege een heropname; in 1988 was het aantal opnames teruggelopen tot 234 patiënten, waarvan 20,1% vanwege een heropname, terwijl de bezettinggraad onveranderd hoog bleef.

Tabel 11.5. Opgenomen patiënten naar herkomst

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
aantal patiënten									
• eerste opname	238	255	233	224	210	220	187	209	187
• heropname	124	124	126	109	95	92	69	70	47
• totaal	362	379	359	333	305	312	256	279	234
aantal opnames per bed									
• somatisch	1,32	1,34	1,29	1,13	1,05	0,97	0,84	0,93	0,75
• psychogeriatrisch	0,35	0,42	0,36	0,44	0,38	0,53	0,38	0,39	0,38
• gemiddeld	0,91	0,96	0,91	0,84	0,77	0,78	0,65	0,70	0,59
herkomst (in %)									
• ander verpleeghuis	0,8	1,1	1,7	8,1	6,2	3,2	0,8	8,6	2,6
• bejaardenoord	4,4	5,8	7,0	5,4	5,6	10,9	12,9	10,8	11,1
• ziekenhuis*	42,0	37,7	34,8	32,1	43,0	42,3	38,7	31,5	44,0
• idem+heropname**	16,0	11,1	13,9	11,7	9,5	16,7	19,1	18,3	12,0
• thuis Maastricht	3,9	28,2	15,0	22,8	21,6	19,6	18,0	21,1	18,8
• thuis overig	3,9	-	9,2	4,2	3,3	6,7	4,7	5,4	7,7
• overplaatsing	7,2	5,0	4,7	4,8	1,6	1,9	2,3	4,3	3,8
• overig	7,7	11,1	13,6	10,8	9,2	1,9	3,5	-	-

* Afkomstig uit ziekenhuis, eerste opname in verpleeghuis

** Afkomstig uit ziekenhuis, heropname in verpleeghuis

Het aantal opnemingen per bed is als gevolg van de verminderde doorstroming drastisch gedaald, met name op somatische afdelingen (van 1,32 in 1980 tot 0,75 in 1988). Bij de psycho-geriatrie treedt stabilisering op rond 0,4 opnamen per bed. Van de in 1988 opgenomen personen (N=234) is 44% afkomstig uit het ziekenhuis en komt nog eens 12% uit het ziekenhuis, maar was daarvoor al opgenomen in het verpleeghuis. Zo'n (tijdelijk) verblijf in het ziekenhuis duurde in het verleden gemiddeld 8 à 9 dagen, maar in 1988 is dat toegenomen tot gemiddeld 11½ dag (betreft 28 patiënten). Ongeveer een kwart komt uit de eigen thuissituatie, in ongeveer 70% van de gevallen binnen de gemeente Maastricht. Van hen maakte overigens al 30% gebruik van dagbehandeling in hetzelfde verpleeghuis (niet geregistreerd bij instroom in de kliniek, maar afgeleid uit ontslaggegevens van dagbehandeling; zie aldaar). In totaal komt in 1988 8,1% vanuit de dagbehandeling, maar in de periode daarvoor was dat aandeel enigszins hoger (10% à 11%). Bejaarden worden bij de instroom in het verpleeghuis steeds belangrijker; in 1980 was slechts 4,4% afkomstig uit een tehuis, maar in 1988 is dat ruim 11%. Dit is echter een relatieve toename, omdat het totaal aantal opnamen (de noemer) gedaald is. Echter, met name in de periode 1985-1987 kwam toch een groot deel uit het bejaardenoord.

Zowel in de herkomst bij instroom als in de bestemming bij ontslag worden in de tabellen steeds de interne overplaatsingen meegeteld. Hierop wordt thans kort ingegaan. Interne overplaatsingen kwamen met name in het begin van de onderzochte periode vrij veelvuldig voor en betroffen toen 20 à 25 patiënten (circa 5% van de instroom). Thans zijn er op jaarbasis circa 10 overplaatsingen. Ongeveer 80% à 85% daarvan loopt van somatische naar psycho-geriatrie afdelingen en betreft patiënten bij wie na verloop van tijd naast lichamelijke gebreken ook psycho-sociale problemen, zoals dementie, aan het licht komen. De afname van het aantal overplaatsingen zou er wellicht op kunnen wijzen dat er ook op de somatische afdelingen steeds meer psycho-sociale problemen optreden, zodat alleen de allerswaarste patiënten nog worden overgeplaatst.

Tabel 11.6 geeft een overzicht van de bestemming van de patiënten bij ontslag uit het verpleeghuis. Daarbij moet overigens worden opgemerkt dat de gegevens jaarlijks sterk kunnen variëren. In 1988 zijn de ontslagredenen als volgt verdeeld (N=233): bijna 60% wordt uitgeschreven ten gevolge van overlijden, bijna 17% gaat naar het ziekenhuis, bijna 11% gaat terug naar huis, 7% naar een verzorgingstehuis en nog eens 3% naar een ander verpleeghuis. Dat laatste betreft vanaf 1987 vrijwel uitsluitend het nieuwe verpleeghuis De Zeven Bronnen, dat deel is van dezelfde stichting en in 1987 de deuren opende. Ook bij deze gegevens wordt de eventuele bestemming 'naar huis plus dagbehandeling' niet geregistreerd, maar is afgeleid uit gegevens van de dagbehandeling zelf.

Samenvattend blijkt er een tendens te zijn dat steeds meer mensen in het verpleeghuis overlijden, dat veel mensen niet alleen uit het ziekenhuis komen (meer dan de helft), maar daar

Tabel 11.6. Ontslagen patiënten naar bestemming

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
aantal ontslagen patiënten	363	374	363	335	304	310	255	276	233
bestemming (in %)									
• overleden	40,5	44,1	40,8	45,1	53,3	57,1	55,7	49,6	58,8
• ander verpleeghuis	-	0,3	0,3	0,3	-	0,3	-	5,8*	3,0*
• bejaardenoord	6,9	7,0	6,3	6,9	10,2	5,8	7,1	5,1	6,9
• ziekenhuis	20,1	17,4	16,8	17,9	12,8	21,6	23,9	22,1	16,7
• naar huis	17,6	16,8	15,7	14,6	14,1	11,9	11,0	13,0	10,7
• interne overplaatsing	7,2	5,1	4,7	4,8	1,6	1,9	2,4	4,3	3,9
• overig	7,7	9,3	15,4	10,4	7,9	1,3	-	-	-

* Overgegaan naar het nieuwe verpleeghuis (De Zeven Bronnen)

Tabel 11.7. Productie van de dagbehandeling in aantal verpleegdagen

	erkende plaatsen som. psychoger.		behandel dagen	waarvan p.g.	fysioth. behandel.	bezettings- graad
1980	15	13	6.936	n.b.	11.986	97,5
1981	15	13	6.910	n.b.	11.021	97,5
1982	15	13	6.948	n.b.	10.878	98,0
1983	15	13	7.108	n.b.	11.552	99,9
1984	15	13	7.030	n.b.	12.405	98,5
1985	15	13	6.956	n.b.	11.136	98,6
1986	15	13	6.861	3.124	11.350	97,6
1987	18	16	7.362	3.227	13.769	85,6
1988	18	16	7.713	3.171	15.658	89,0

ook weer naar terug gaan (circa een vijfde) en dat het aandeel van de mensen die weer naar huis gaan, in de loop van de jaren geleidelijk is afgenomen. Enerzijds vormt het verpleeghuis voor steeds meer mensen de laatste leefsituatie, anderzijds worden ook bij het verpleeghuis de patiëntstromen van en naar de andere voorzieningen steeds belangrijker.

11.4. Dagbehandeling in het verpleeghuis

Vanuit Klevarie (niet in Vijverdal) wordt ook de mogelijkheid tot dagbehandeling aangeboden, waarmee beoogd wordt mensen die wel een verpleeghuisindicatie hebben, maar die de avond-, nacht- en weekendverzorging nog gewoon thuis kunnen krijgen, te reactiveren en te resocialiseren teneinde opname in het verpleeghuis uit te stellen of te voorkomen. In Maastricht, waar de dagbehandeling sinds 1 mei 1977 als voorziening wordt aangeboden, startte men met 28 plaatsen (waarvan 15 voor psycho-geriatrie). Thans zijn er 34 erkende plaatsen, waarvan 18 voor somatische patiënten en 16 voor psycho-geriatrie patiënten (47%). De tot eind 1986 bestaande capaciteit was steeds vrijwel volledig bezet en leverde een 'productie' van ongeveer 7.000 behandeldagen per jaar en gemiddeld bijna 11.500 fysiotherapeutische behandelingen. Opmerkelijk is dat de in 1987 erkende extra plaatsen niet ten volle benut worden, vooral op de psycho-geriatrie afdeling, waar het bezettingspercentage net onder de 80% ligt, hetgeen betekent dat de drie extra plaatsen niet gebruikt worden. Wellicht verbetert dit in de toekomst als gevolg van verdergaande vergrijzing.

Naast de in tabel 11.7 opgenomen fysiotherapeutische behandelingen worden in het kader van de dagbehandeling nog andere verrichtingen gedaan, namelijk laboratoriumonderzoek (ongeveer 400 per jaar) en logopedische behandelingen (bijna 500 maal). Voorts wordt in ruim 90% van de gevallen een warme maaltijd genuttigd en krijgt nog eens 3 à 4% een broodmaaltijd, zodat slechts een op de twintig bezoekers geen maaltijd krijgt. Slechts weinigen komen met eigen vervoer of worden door anderen gebracht, zodat voor ruim 90% het vervoer door de instelling verzorgd wordt.

Tabel 11.8. Frequentie (in % van totaal) bij dagbehandeling (bij per 31-12 aanwezige patiënten)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
1x per week	7,1	8,3	18,0	12,5	7,9	5,2	4,7
2x per week	62,5	70,0	70,5	70,3	71,4	69,0	68,8
3x per week	23,2	15,0	6,6	12,5	15,9	19,0	17,2
4x per week	3,6	3,3	-	-	-	-	1,6
5x per week	3,6	3,3	4,9	4,7	4,8	6,9	7,8
gemiddeld	2,34	2,23	2,03	2,14	2,22	2,34	2,39

Tabel 11.9. Leeftijdsverdeling van de aanwezige patiënten per 31 december

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
aantal patiënten	58	61	56	60	61	64	63	58	64
. t/m 64	13	14	10	14	11	12	13	10	11
. 65-69	6	6	7	6	6	5	7	8	8
. 70-74	9	9	8	14	10	13	13	11	11
. 75-79	13	8	10	12	11	9	15	12	9
. 80-84	12	17	12	8	14	12	9	11	16
. 85-plus	5	7	9	6	9	13	6	6	9
. aandeel mannen (%)	55,2	44,3	41,1	40,0	55,7	53,1	47,6	53,4	53,1
gemiddelde leeftijd									
. alle patiënten	74	72,5	73,5	71,4	73,8	74,4	72,5	72,4	73,9
. mannen	71	70	71	71,8	71,4	73,2	70,3	70,4	72
. vrouwen	77	75	76	70,8	76,9	75,7	74,6	74,7	76

De meeste patiënten (ongeveer 2/3) komen twee maal per week naar de dagbehandeling. Het gemiddeld aantal bezoeken, gemeten bij de aan het eind van het jaar aanwezige patiënten, daalde aanvankelijk van ruim 2,3 tot 2,0 bezoeken per week, maar ligt thans weer iets boven het uitgangsniveau, namelijk op gemiddeld 2,39 bezoeken per patiënt (tabel 11.8).

Gezien het feit dat de behandel frequentie per patiënt varieert, maar zelden meer dan drie dagen per week is, kunnen met de capaciteit van 34 plaatsen veel meer mensen per week geholpen worden. Gemiddeld zijn er in de periode 1980-1988 per peildatum (31 december) ongeveer 60 patiënten aanwezig. In het begin van deze periode was ruim 22% jonger dan 65 jaar, thans is dat enigszins teruggelopen tot ruim 17%. De gemiddelde leeftijd bedraagt ruim 73 jaar en is 6 à 7 jaar lager dan bij in de kliniek opgenomen patiënten. Bij dagbehandeling is het aandeel van mannen hoog (gemiddeld 50%). Ook nationaal wordt een groot aandeel van mannen gezien (circa 47%).

In vergelijking met de nationale gegevens over de herkomst van dagbehandelingspatiënten zijn enkele verschillen te constateren, die kort aangestipt worden. Allereerst komt het ziekenhuis als plaats van herkomst in de rest van Nederland (2%) haast niet voor, maar betreft dat in Maastricht ongeveer een vijfde van alle patiënten. Het bejaardenoord en het verpleeghuis worden in Maastricht eveneens iets vaker genoemd. Rechtstreeks vanuit de eigen omgeving wordt in Maastricht echter veel minder vaak een patiënt opgenomen dan nationaal; in 1988 betreft het in Maastricht 49% en in de rest van Nederland 75% van alle patiënten. Wellicht kan een deel van de verschillen verklaard worden uit het feit dat zij in Maastricht de aanwezige patiënten betreffen en in Nederland geregistreerd zijn bij eerste opname van verpleegde patiënten. De ontslaggegevens betreffende de bestemming wijken eveneens af van nationale gegevens. Ook hierbij wordt in Maastricht veel vaker het ziekenhuis opgegeven (26,4% in 1988 versus 4%), terwijl een ontslag naar de thuissituatie of naar een bejaardenoord minder vaak wordt genoemd.

Tabel 11.10. Herkomst bij opname en bestemming bij ontslag dagbehandeling

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
herkomst (%)									
. thuis	49,6	41,7	46,2	42,4	53,7	43,7	50,3	40,8	48,8
. verpleeghuis	15,0	17,4	14,5	12,8	9,7	13,3	8,7	13,4	7,9
. bejaardenoord	14,2	20,8	20,0	24,0	25,4	22,2	18,1	16,9	24,4
. ziekenhuis	18,9	20,1	18,6	19,2	11,2	20,7	19,5	28,2	18,1
. overig	2,4	-	0,7	0,8	-	-	3,4	3,5	0,8
. totaal (=100%)	127	144	145	125	134	135	149	142	127
bestemming (%)									
. naar huis	30,0	33,3	31,3	30,6	33,8	31,1	34,7	22,4	28,1
. verpleeghuis	12,3	21,3	20,7	21,5	17,3	20,5	19,3	21,8	22,3
. bejaardenoord	15,0	18,4	21,3	24,0	24,8	25,0	18,0	11,6	19,8
. ziekenhuis	33,3	21,3	21,3	19,8	18,8	21,2	24,0	37,4	26,4
. overleden	2,5	4,3	4,0	0,8	2,3	0,8	3,3	4,8	1,7
. overig	5,8	3,4	1,3	3,3	3,0	1,5	0,7	2,0	0,8
. totaal (=100%)	120	141	150	121	133	132	150	147	121

Tenslotte wordt beknopt ingegaan op het bereik van dagbehandeling, eveneens ten opzichte van de Maastrichtse in plaats van de regionale bevolking. Allereerst wordt opgemerkt dat bij vergelijking met de landelijk geldende normen het aantal beschikbare plaatsen (uitgedrukt in promillage van de 65-plussers en na aftrek van 0,02 plaatsen per 1000 inwoners voor de somatische plaatsen) uitkomt op 1,9 promille tegen een norm van in totaal 1,5 promille (gelijkelijk verdeeld over somatische en psycho-geriatrische plaatsen). De resterende 0,4 promille zou ten goede moeten komen aan patiënten van buiten de gemeentelijke, maar binnen de regionale grenzen. Het totale bereik ten opzichte van de Maastrichtse bevolking ligt thans op 3,2 promille; het sexeverschil is precies andersom dan bij veel voorzieningen gebruikelijk is (4,2 en 2,5 promille voor mannen respectievelijk vrouwen).

Samenvattend kan gesteld worden dat de dagbehandeling een niet meer weg te denken voorziening in de ouderenzorg betreft, die eigenlijk het karakter heeft van een 'tussenstation'. Bij instroom in de dagbehandeling komt de helft uit de eigen woonomgeving, waarheen slechts 25% tot 30% terugkeert. Twee andere belangrijke 'leveranciers', maar tevens 'afnemers' zijn respectievelijk het bejaardenoord en het ziekenhuis. Het karakter van 'tussenstation' wordt vooral geïllustreerd met de uitstroom naar het verpleeghuis zelf (in 1988 22,3%), waarvoor dagbehandeling derhalve niet als substituut optreedt, maar voor een gedeelte van de patiënten eigenlijk een 'wachtkamer' is en slechts leidt tot uitstel van uiteindelijk een echte opname in het verpleeghuis (Nuy e.a., 1984).

11.5. Personeel en kosten verpleeghuiszorg in Maastricht

Voor een overzicht van het personeel in en de kosten van de verpleeghuiszorg in Maastricht beperken wij ons geheel tot Klevarie. De totale fulltime personeelsformatie betreft in 1988 440 plaatsen en is sinds 1981 gestegen met in totaal 13%, ondanks een stabilisatie en zelfs inkrimping in 1984. Gediplomeerde ziekenverzorgenden vormen met 31% de grootste categorie, gevolgd door de categorie huishoudelijk en technisch personeel (23%). Deze laatste personeelscategorie is in 1988 fors uitgebreid, waarmee bijna de gehele formatiegroei van dat jaar verklaard wordt. Verdere vermeldenswaardige trends betreffen (a) de afname van het aantal ziekenverzorgenden in opleiding van 25% aan het begin van de onderzochte periode tot 21% in 1988, (b) de groei van de overigens op zich bescheiden groep overig algemeen personeel (2,2%) en (c) het wisselvallige verloop bij het overige verzorgende personeel. Tenslotte kan vermeld worden dat de laatste twee jaar steeds meer personeel wordt ingezet dat niet in vaste loondienst is.

De kosten van de verpleeghuissector bedragen ruim 28 miljoen gulden op jaarbasis. In deze kosten, waarin ook de lasten van dagbehandeling werden opgenomen, zijn de perso-

Tabel 11.11. Personeel in verpleegkliniek Klevarie in de periode 1981-1988

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
directie en administratie	14,1	14,2	14,2	14,1	14,0	14,4	14,7	14,3
civil, tech. & agr. personeel	83,9	87,5	87,3	85,9	85,1	87,4	88,2	100,4
overig algemeen personeel	7,0	7,2	8,0	7,5	8,2	8,7	9,1	9,5
verpleegkundigen (gedipl.)	39,4	38,2	38,7	36,9	35,6	36,3	37,4	35,7
ziekenverzorgenden (gedipl.)	100,7	98,1	96,6	101,5	110,8	126,0	135,0	136,7
ziekenverzorgenden (in opl.)	84,9	93,2	104,9	102,9	104,7	97,4	96,6	93,8
overig verzorgend personeel	25,3	22,1	19,0	16,2	12,3	9,6	10,2	10,7
therapeutisch personeel	22,6	22,1	22,4	22,8	23,3	23,6	23,2	24,6
paramedisch personeel	6,6	7,1	6,7	6,7	6,6	6,8	6,7	6,6
medische staf	4,0	4,0	4,0	4,0	4,2	4,5	4,3	4,0
niet in loondienst	2,1	1,7	0,7	0,7	1,0	0,9	2,2	4,4
totale personeelsformatie	390,2	395,3	402,5	399,2	405,9	415,5	427,6	440,8

neelslasten (inclusief sociale lasten) verreweg het belangrijkste en dat gedurende de beschouwde periode bovendien in steeds grotere mate. In 1980 was het aandeel van de totale personeelslasten nog circa 63,5% en aan het eind is dat opgelopen tot 69,9%.

De op een na belangrijkste kostenpost vormt de post interest en afschrijvingen op gebouwen, terreinen, inventaris en dergelijke, doch het aandeel van deze post is in acht jaar tijd gehalveerd van 21,3% in 1980 tot 11,1% in 1988. De in het begin van de periode nog voortdurende afschrijvingen op het oude gebouw van de kliniek zijn debet aan het toen nog grote aandeel van de afschrijvingen in de totale kosten. Relatief toegenomen zijn algemene kosten, voedingskosten, kosten van medische en andere verzorgingsmiddelen en de kosten van onderhoud. De negatieve kosten via doorberekeningen en bedrijven (in feite dus meeropbrengsten van bijvoorbeeld maaltijden en verhuur van verpleegstersflats) zijn de laatste jaren aanzienlijk lager dan aan het begin van de jaren tachtig.

Voor de financiering ontvangt het verpleeghuis sinds 1985 een extern budget dat wordt vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Dit budget is afhankelijk van vooraf gemaakte productieafspraken met het verbindingskantoor van de AWBZ. Voor Maastricht is dat het Ziekenfonds Zuidelijk Zuid-Limburg. De tarifiering door het COTG leidt er toe dat er tussen Klevarie en andere verpleeghuizen in Nederland nauwelijks verschillen bestaan in de opbouw van de kosten per verpleegdag; deze bedragen iets meer dan f 200 per dag en bij dagbehandeling bestaat wordt een tarief van f 122 per dag.

11.6. Samenvatting: vergelijking van lokale met nationale ontwikkelingen

Als afronding van dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen een beknopte vergelijking gemaakt tussen de gegevens voor Klevarie en de nationale gegevens over verpleeghuizen. (In paragraaf 11.1 is de beperking tot het genoemde verpleeghuis toegelicht.) Allereerst blijkt het bereik van de voorziening in procenten van de bevolking geen verschil te vertonen: er is weinig fluctuatie en het bereik loopt sterk op met de leeftijd van 1% tot 75 jaar tot 9% voor 85-plus. Ook de demografische kenmerken van patiënten verschillen nauwelijks. De gemiddelde leeftijd is ongeveer 80 jaar, maar bij psycho-geriatrische patiënten ongeveer 4,5 jaar hoger dan bij somatische patiënten (er is een zelfde verschil tussen mannen en vrouwen) en de gemiddelde verblijfsduur is 2,5 jaar (gemeten bij de per 31 december aanwezige patiënten), maar bij psycho-geriatrische patiënten ongeveer anderhalf maal langer dan bij somatisch zieken.

Tabel 11.12. Kosten verpleeghuis 1980-1981 (x f 1000,-)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
totale kosten	27610	28017	28717	29228	29042	28381	28626	28422	28156
• personeelslast	11613	11922	12707	13010	12586	13473	14197	14737	15069
• soc. lasten	5996	5874	5717	6221	6247	5110	5096	5041	4610
• voeding	1091	1118	1202	1164	1225	1277	1259	1255	1204
• huisvesting*	1762	2027	2316	2274	2342	2334	2078	2067	2034
• algemene kosten	675	753	820	840	885	871	982	944	958
• middelen**	708	814	797	762	674	732	750	787	806
• onderhoud	634	735	723	753	800	853	938	957	895
• afschr. & rente	5890	5437	5265	5096	4889	4230	3893	3158	3122
• bedrijven***	-759	-663	-830	-902	-895	-500	-566	-523	-543
dagtarieven in f									
• kliniek	185,60	192,75	202,60	197,80	201,90	201,00	206,50	204,90	202,50
• dagbehand.	-	113,-	118,-	119,-	120,-	120,-	122,-	122,-	122,-

* Inclusief energiekosten.

** Medische en verzorgingsmiddelen, inclusief onderzoek door derden

*** Doorberekende maaltijden, overige opbrengsten, verpleegstersflat en verhuur.

De herkomst van patiënten kent wel geringe lokale afwijkingen: in Maastricht wordt het ziekenhuis iets minder vaak genoemd (44% versus 57%), het bejaardenoord komt ongeveer even vaak voor (11%) en de thuissituatie is in Maastricht een iets belangrijkere 'leverancier'. Overigens wordt in Maastricht een extra onderscheid gemaakt ten aanzien van patiënten die na een ziekenhuis opnieuw in het verpleeghuis worden opgenomen (in 1988 gold zo'n heropname voor 12%). Bij de herkomst van dagbehandelingspatiënten zijn de verschillen ten opzichte van de nationale gegevens veel groter: in Maastricht wordt het ziekenhuis als plaats van herkomst bij ongeveer een vijfde genoemd, maar komt in de rest van Nederland (2%) haast niet voor; het bejaardenoord en het verpleeghuis worden in Maastricht eveneens iets vaker genoemd; vanuit de eigen omgeving komt in Maastricht 49% en landelijk 75% van alle patiënten. Wellicht kan een deel van de verschillen verklaard worden uit het feit dat zij in Maastricht de aanwezige patiënten betreffen en in Nederland geregistreerd zijn bij eerste opname van de verpleegde patiënten.

Bij dagbehandeling wijken de ontslaggegevens inzake de bestemming eveneens af van nationale gegevens. Ook hierbij wordt in Maastricht veel vaker het ziekenhuis opgegeven (26,4% in 1988 versus 4%), terwijl een ontslag naar de thuissituatie of naar een bejaardenoord minder vaak genoemd wordt. Net als nationaal, is het aandeel van mannen in dagbehandeling relatief hoog (53% in Maastricht en 46% in de rest van Nederland). De frequentie voor dagbehandeling per patiënt is zowel nationaal als lokaal ongeveer 2,4 bezoeken per week. Tot slot zijn er nauwelijks verschillen in de opbouw van de kosten per verpleegdag die iets meer dan f 200 per dag bedragen en bij dagbehandeling een vast tarief van f 122 kennen.

12. Samenvatting aanbodbeschrijving

12.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden bij wijze van afronding enkele kernelementen uit de voorgaande hoofdstukken samengevat in de vorm van een leeftijdsspecifiek overzicht van het gebruik door ouderen van de basisvoorzieningen in de gemeente Maastricht en de daaraan verbonden totale kosten, die via het aandeel van ouderen in de 'productie' toegerekend worden aan de ouderenzorg. Vervolgens wordt een tentatieve benadering gemaakt van het aandeel dat de verschillende zorgfuncties hebben in de kosten.

12.2. Bereik van voorzieningen

In de voorgaande hoofdstukken is een beschrijving gegeven van de belangrijkste voorzieningen voor ouderen, waarbij gegevens gepresenteerd zijn over de omvang van het gebruik, de kenmerken van gebruikers, het personeel en de kosten van dienstverlening. Achtereenvolgens gebeurde dat voor de gezinsverzorging, de wijkverpleging, het gecoördineerd ouderenwerk, de bejaardenoorden (inclusief indicatiecommissie en wijkfuncties) en het verpleeghuis (inclusief dagbehandeling). In tabel 12.1 wordt het leeftijdsspecifieke gebruik van deze voorzieningen in beeld gebracht voor 1988, het eindjaar van de in het onderhavige onderzoek bestudeerde periode. Per leeftijdscategorie van vijfjaars-intervallen is aangegeven hoeveel procent van de Maastrichtse ouderen gebruik maakt van de geselecteerde voorzieningen. Over het algemeen stijgt het bereik van de voorzieningen met de leeftijd, maar hierop bestaan enkele belangrijke uitzonderingen. Het bereik van de alpha-hulp neemt in de oudste leeftijdscategorie af en wel zo sterk dat ook het bereik van de totale gezinsverzorging, ondanks een lichte stijging bij de traditionele hulpverlening, eveneens afneemt bij 85-plus. De tweede uitzondering op het algemene patroon betreft het bereik van de

Tabel 12.1. Leeftijdsspecifiek bereik van voorzieningen in Maastricht in 1988

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	totaal 65+
gezinverzorging	2,4	5,5	11,5	16,3	15,7	7,9
. traditioneel	1,9	3,4	7,5	11,9	13,7	5,7
. alpha-hulp	0,5	2,1	4,0	4,4	2,0	2,2
wijkverpleging						
. cliënten	5,7	8,4	15,2	29,4	43,2	14,5
. contacten ^{a)}	1,6	2,2	4,7	12,6	18,3	5,2
gecoördineerd ouderenwerk						
. dienstcentra	2,2	3,2	3,6	2,0	1,8	2,8
. MBVO ^{b)}	6,8	5,6	4,4	3,1	1,2	5,0
bejaardenoorden						
. algemeen	0,5	1,5	4,4	14,2	30,0	5,8
. categoriaal	0,1	0,5	1,6	2,5	4,3	1,1
verpleeghuis						
. kliniek ^{c)}	0,3	0,7	2,7	4,8	9,8	2,3
. dagbehandeling (promille)	1,5	2,6	2,8	7,8	6,6	3,3

a) gemiddeld aantal contacten per inwoner

b) bron: Huijeman, 1989b

c) ook een regionale functie

dienstencentra en het Meer Bewegen voor Ouderen (waarover elders gerapporteerd is; zie Huijsman, 1989d) dat daalt met de oplopende leeftijdsgroepen. Tenslotte kan vermeld worden dat ook het bereik van dagbehandeling (in promillages) in de oudste categorie (85-plus) afneemt. Ten opzichte van de in hoofdstuk 4 gepresenteerde landelijke gegevens (zie tabel 4.16) kunnen voor Maastricht de volgende vergelijkingen gemaakt worden. Het bereik van de gezinsverzorging en de wijkverpleging is in beide situaties ongeveer gelijk. Bij gezinsverzorging wordt voor 65-plus op landelijk niveau een bereik van 7,7% en in Maastricht van 7,9% gevonden. Ten opzichte van de landelijke gegevens is echter in het onderhavige onderzoek een minder scherpe teruggang voor 85-plus gevonden (15,7% versus 12,2%). In dit onderzoek is het bovendien mogelijk een onderscheid te maken tussen de puur huishoudelijke alpha-hulp en andere vormen van gezinsverzorging, hetgeen landelijk niet mogelijk is. Met betrekking tot de wijkverpleging worden in het onderhavige onderzoek meer gedetailleerde gegevens beschikbaar dan landelijk mogelijk was (daar in 10-jaarsintervallen vanaf 60 jaar). Globaal zijn er geen verschillen in beide cliëntreeksen waar te nemen, uitgezonderd het in Maastricht enigszins lagere bereik in de categorieën van 70 t/m 79 jaar. Het gemiddeld aantal contacten per hoofd van de bevolking (de tweede methode van bereikmeting bij wijkverpleging) ligt in Maastricht echter wel op een enigszins hoger niveau, met name in de twee hoogste leeftijdscategorieën. Samenvattend lijkt geconcludeerd te kunnen worden dat het bereik van de twee belangrijkste extramurale voorzieningen in Maastricht bij hoogbejaarden (85+) op een hoger niveau ligt dan het landelijk gemiddelde. Het bereik van bejaardenoorden in de groep van 85-plussers in Maastricht (34,3% inclusief categorale bejaardenoorden) is daarentegen lager dan nationaal (37,1%). Hetzelfde, zij het in mindere mate, gaat op voor het verpleeghuis (9,8% versus 10,5%), waarbij bovendien aangetekend wordt dat het bereik in Maastricht enigszins overschat wordt, omdat niet gecorrigeerd werd voor de regionale functie van deze voorziening. De dagbehandeling kent in Maastricht een enigszins hoger bereik (6,6%) dan landelijk vermeld werd (5%).

Op basis van de gegevens uit tabel 12.1 en de eerder gepresenteerde demografische raming (zie hoofdstuk 2) kan een raming gemaakt worden van het aantal (oudere) gebruikers van voorzieningen in de gemeente Maastricht. De raming bij ongewijzigd beleid is gebaseerd op leeftijdsspecifieke berekeningen, die vervolgens gesommeerd zijn voor alle 65-plussers. Door dit aantal te delen op het voor het jaar 2000 verwachte aantal ouderen, wordt het nieuwe bereikcijfer voor 65-plus verkregen (derde kolom in tabel 12.2).

De gemiddelde jaarlijkse procentuele toename dient beschouwd te worden in relatie tot dezelfde toename in de bevolking, vanaf 65 jaar, welke geraamd wordt op 1,47%. In het jaar 2000 zullen er dan naar verwachting 19.380 ouderen in de gemeente Maastricht woonachtig zijn (was 16.273 in 1988). Uit vergelijking tussen de groei in voorzieningengebruik enerzijds en de bevolkingsgroep anderzijds wordt duidelijk welke invloed de dubbele vergrijzing heeft op de verschillende voorzieningen. Bijna alle voorzieningen bereiken relatief veel hoogbejaarden, zodat de stijging in voorzieningengebruik boven de verwachte toename van het aantal 65-plussers uitkomt. De enige uitzondering hierop betreft het gebruik van dienstencentra en Meer Bewegen voor Ouderen. Met name bij de bejaardenoorden en het verpleeghuis laat zich de dubbele vergrijzing goed voelen. Op grond van deze demografische raming bij ongewijzigd beleid, dient de capaciteit van de algemene en categorale bejaardenoorden tezamen toe te nemen met één derde. Bij het verpleeghuis zouden er 115 plaatsen bij moeten komen (ruim 30%), hetgeen al gedeeltelijk gerealiseerd is met de opening in 1989 van het tweede verpleeghuis in de gemeente Maastricht. De capaciteit daarvan is thans 120 plaatsen, maar zal op termijn met nog eens 60 plaatsen worden uitgebreid om in de regionale behoefte te voorzien (zoals die in de normen thans is vastgelegd). De tijdelijke erkenning van 65 bedden voor psycho-geriatrische patiënten in Vijverdal (zie hoofdstuk 11) zou volgens deze demografische raming wellicht voor een belangrijk deel vervangen moeten worden door een structurele oplossing. Bij het voor-

Tabel 12.2. Leeftijdsspecifieke raming oudere gebruikers van voorzieningen in 2000

	gebruik 1988		gebruik 2000		toename per jaar (in %)
	bereik	aantal	bereik	aantal	
gezinsverzorging					
. traditioneel	5,7	926	6,0	1159	1,89
. alpha-hulp	2,2	366	2,3	448	1,70
wijkverpleging					
. cliënten	14,5	2355	15,3	2972	1,96
. contacten	5,2	84295	5,5	107467	2,04
gecoördineerd ouderenwerk					
. dienstencentra	2,8	449	2,7	523	1,28
. Mbvo	5,0	821	4,9	953	1,25
bejaardenoorden					
. algemeen	5,8	951	5,4	1242	2,25
. categoriaal	1,1	163	1,3	245	3,44
verpleeghuis					
. kliniek	2,3	366	2,5	481	2,30
. dagbehandeling (%)	3,3	53	3,4	66	1,84

gaande dient echter wel de kanttekening geplaatst te worden dat de ramingen gemaakt zijn onder de veronderstelling dat andere belangrijke factoren constant blijven. In dit verband wordt bijvoorbeeld onder meer verondersteld dat de validiteitsverdeling en de daarop gebaseerde zorgbehoeften constant blijven en dat ook het consumptiepatroon niet veranderd. Van een verder doorvoeren van substitutie-mogelijkheden wordt dan ook op deze plaats geabstraheerd; eerder zagen wij echter dat deze mogelijkheden bij bejaardenoorden wel degelijk voor handen zijn (zie paragraaf 10.6).

12.3. De kosten van ouderenzorg

De kosten van de ouderenzorg in de gemeente Maastricht kunnen, analoog aan de berekening in hoofdstuk 4 voor geheel Nederland, benaderd worden op basis van het aandeel dat de 65-plussers hebben in de hulpverlening. Deze aandelen worden uitgedrukt in procenten van de produktieve uren bij de gezinsverzorging (99% bij alpha-hulp en 85% bij traditionele hulp), het aantal contacten bij de wijkverpleging (78,3%), het aantal patiënten bij de dagbehandeling (82,8%) of bij opname in het verpleeghuis (92,7%) of gelijk gesteld aan 100% bij gecoördineerd ouderenwerk, flankerend beleid en bejaardenoorden). Weliswaar is bij het gecoördineerd ouderenwerk getoond dat het aandeel van 'jongeren' bij de bezoekers van dienstencentra niet onaanzienlijk is (30%), maar dit soort werk betreft slechts een klein deel van de werkzaamheden van het gecoördineerd ouderenwerk. Omdat enige benadering van het feitelijke aandeel van ouderen in de totale kosten van het GOW arbitrair zou zijn, is deze (even arbitrair) op 100% gesteld. In tabel 12.3 zijn de totale kosten van de besproken voorzieningen overgenomen uit de voorgaande hoofdstukken.

De kosten van ouderenzorg in de gemeente Maastricht bedragen bij benadering 72,4 miljoen gulden. Het grootste deel hiervan wordt in beslag genomen door de intramurale sectoren van bejaardenoorden en verpleeghuis (75,6%). Landelijk wordt een iets hoger percentage (81,2%) gevonden (zie hoofdstuk 4). In de extramurale sector is de gezinsverzorging verreweg de grootste post (14,9% van de totale ouderenzorg).

Tabel 12.3. Kosten van Maastrichtse voorzieningen in de ouderenzorg (in mln.)

	totale kosten	ouderenzorg	idem in %
gezinsverzorging:			
. traditioneel	11,0	9,4	85,3
. alpha-hulp	1,4	1,4	99,4
kruiswerk (wijkverpleging)	6,2	4,9	78,3
gecoördineerd ouderenwerk	1,0	1,0	100
flankerend beleid	0,2	0,2	100
bejaardenoorden	29,5	29,5	100
dagbehandeling	0,9	0,8	82,8
verpleeghuis	27,2	25,2	92,7
totaal	77,4	72,4	93,5

12.4. Functionele benadering van personeelslasten

In hoofdstuk 5 werd uiteengezet welke functies onderscheiden worden in de ouderenzorg. Deze functionele indeling is toegespitst op de werkzaamheden van functionarissen (zie vraag 23 in de aanbod-enquête; bijlage 2). Het 'functie-denken' heeft sinds het werk van de Commissie Structuur en Financiering in de Gezondheidszorg (Commissie Dekker, 1987) een belangrijke impuls gekregen, maar is voor een aantal voorzieningen tegelijkertijd nog nauwelijks empirisch onderzocht. Dit is wel gedaan voor een aantal voorzieningen zoals bejaardenoorden (Kibbeling e.a., 1988, 1989), of op basis van cliëntgegevens (SCP, 1988) of voor een bepaalde groep patiënten, zoals terminale patiënten (Meijer, 1990). Ook (interne) budgetteringmethoden zoals bij ziekenhuizen gehanteerd worden, kunnen als een functionele benadering van zorgverlening worden opgevat. Ondanks het aantrekkelijke perspectief van een functionele benadering van ouderenzorg bleken de instellingen nauwelijks in staat te zijn een goede benadering van de personeelsinzet per functie te geven. Wel bleek het mogelijk een globale aanduiding te geven van de gemiddelde tijdsbesteding over de tien functies in procenten van de totaal beschikbare tijd, zij het met marges van plus of min 5%. De hier gepresenteerde gegevens dienen daarom voornamelijk als illustratie van de mogelijkheden van een gekwantificeerde functionele indeling van de ouderenzorg. Er kunnen derhalve slechts conclusies getrokken worden over de tendenties, zonder dat in dit stadium bijvoorbeeld op verantwoorde wijze kostprijzen voor een eenheid van een bepaalde functie tussen verschillende functies vergeleken kunnen worden.

Voor drie sectoren is het mogelijk gebleken de functionele indeling nader in te vullen, namelijk voor de gezinsverzorging, de wijkverpleging en de bejaardenoorden. De eerste twee zijn door de onderzoeker zelf geconcretiseerd op basis van de gepresenteerde gegevens over de aard van de hulpverlening (via de LIER-codes voor gezinsverzorging en de WAS-codes voor contactdoelen bij de wijkverpleging). Voor gezinsverzorging zijn additionele gegevens ontleend aan gegevens die door middel van dezelfde instellingsenquête verzameld zijn in de gemeente Venlo (De Klerk en Huijsman, 1990). Een viertal Maastrichtse bejaardenoorden is in de loop van de onderzoeksperiode bereid geweest (een poging te wagen om) de betreffende enquête-vraag te beantwoorden. Tabel 12.4. geeft een indruk van de verdeling van arbeidstijd per personeelscategorie over de verschillende functies. De onderscheiden functies (zie hoofdstuk 5) betreffen: (1) woon- en verblijfsfunctie, (2) preventiefunctie, (3) medische zorg, (4) verpleging, (5) revalidatie/reactivering, (6) persoonlijke verzorging, (7) recreatie en sociale contacten, (8) huishoudelijke verzorging, (9) technische hulp en tenslotte (10) informatie- en adviesverstrekking. Bij tabel 12.4 kunnen de volgende kanttekeningen worden geplaatst. Per definitie worden in de extramurale sectoren geen werkzaamheden verricht in het kader van functie 1 (wonen/ verblijf). Bij bejaardenoorden daarentegen is verondersteld dat het ondersteunend personeel wel werkzaamheden voor deze functie ver-

Tabel 12.4. Globale aanduiding functionele indeling per personeelscategorie (in % van beschikbare tijd) in Maastricht

personeelscategorieën			functies (totaal per groep = 100%)									
groep	f.t.e.	salarie ^{a)} p.p.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gezinsverzorging ^{b)}												
• verzorgenden	65,2	f 35.800,-	-	5	-	-	15	25	10	40	-	5
• hulpenden	175,2	f 34.500,-	-	5	-	-	10	15	5	65	-	-
• alpha-hulpden	41,0	f 22.000,-	-	5	-	-	5	-	5	85	-	-
wijkverpleging ^{c)}												
• verpleegkundigen	54,1	f 53.000,-	-	12	-	30	7	48	-	-	-	3
• ziekenverzorgenden	18,3	f 41.000,-	-	5	-	24	4	64	-	-	-	3
bejaardenoord												
• verpleegkundigen	22,4	f 47.000,-	-	7	7	30	15	20	7	5	5	4
• ziekenverzorgenden	42,7	f 36.000,-	-	7	-	10	10	35	10	20	5	3
• bejaardenverzorgenden	109,6	f 35.000,-	-	5	2	3	10	45	10	20	3	-
• bejaardenhulpden	31,5	f 34.000,-	-	2	-	1	7	55	10	25	-	-
• overig zorgpers.	27,9	f 33.000,-	-	3	3	5	6	50	15	20	-	-
• ondersteunend pers.	145,7	f 38.000,-	38	1	2	-	2	3	6	40	2	6

a) indicatie op basis van gegevens 1987/1988

b) bron: De Klink en Huljman, 1990

c) de in hoofdstuk 7 besproken verpleegdoelen van contacten zijn op de volgende wijze toegewezen aan de functies: functie 2 zijn de GVO-contacten en de helft van de contacten voor therapie/leefregel; functie 4 zijn de verpleegkundige en medische contacten; functie 5 zijn de begeleidende en reactivierende contacten; functie 6 is gelijk aan de contacten voor lichamelijke verzorging en functie 10 de contacten voor oriëntatie en de helft van de therapie/leefregel contacten.

richt. Als bovendien geen verdere indicatie gegeven kan worden voor de verdeling over de resterende functies, zodanig dat het totaal sommeert tot 100%, dan is verondersteld dat de rest van het werk in het kader staat van het in stand houden van de woonfunctie van het bejaardenoord in het algemeen. Op deze wijze is met name bij directie, administratie en technisch personeel 60 tot 90% van de beschikbare tijd toebedeeld aan de eerste functie. Net als in de extramurale sectoren is verondersteld dat het verzorgend personeel in de bejaardenoord geen werkzaamheden verricht ten behoeve van de woonfunctie. Bij de extramurale voorzieningen is verondersteld dat het indirecte personeel qua functionele indeling synchroon loopt met het directe personeel.

Uit tabel 12.4 zijn vervolgens de aandelen van de verschillende functies in de totale personeelslasten berekend door per personeelscategorie de kosten per functie te berekenen (bij verpleegkundigen in het bejaardenoord is dat bijvoorbeeld 7% van het produkt van 22,4 f.t.e. à f 47.000,-) en deze vervolgens per functie te sommeren over de verschillende personeelscategorieën. Het resultaat van deze exercitie staat vermeld in tabel 12.5, waarbij tevens voor de drie sectoren de totale personele lasten (inclusief sociale lasten) zijn opgenomen. Er wordt nogmaals benadrukt dat de gepresenteerde verdeling over de diverse functies een illustratie vormt.

Bij gezinsverzorging houdt het grootste deel van de kosten verband met de huishoudelijke functie (60,5%). Voorts komt 16% ten laste van de zesde functie (persoonlijke verzorging, ADL-ondersteuning) en bijna 11% van reactivering. Minder van belang is preventie (5%), sociale begeleiding (6%) en informatie- en adviesverstrekking (1%). Bij de wijkverpleging komt ongeveer de helft van de personeelskosten ten laste van de functie voor persoonlijke verzorging, drietiende ten laste van de verplegende functie en ééntiende heeft betrekking op de preventieve functie. De functies 1 (per definitie), 3 en 7 tot en met 9 worden in deze indeling niet door de wijkverpleging vervuld. In de bejaardenoord worden wel personeelslasten doorberekend aan de woonfunctie (15%) en zijn voorts de zesde functie (persoonlijke verzorging) en de achtste functie (huishoudelijk) procentueel gezien ongeveer even belangrijk (26 à 27%). Hierbij spelen twee factoren een rol: enerzijds is uit de gesprekken met instellingen gebleken dat deze twee functies vaak gelijktijdig plaatsvinden als het personeel bij bewoners op de kamer komt en daardoor moeilijk scherp zijn af te bakenen; anderzijds

Tabel 12.5. Benadering voor functionele indeling van personeelslasten (in %)

functies	gezinsverzorging	wijkverpleging	bejaardenoord
1. wonen	-	-	15,0
2. preventie	5,0	10,5	3,4
3. medisch	-	-	2,1
4. verpleging	-	28,8	5,3
5. reactivering	10,8	-	6,7
6. pers. verzorging	16,1	51,3	26,4
7. recreatie/contact	6,3	-	8,5
8. huishoudelijk	60,5	-	27,1
9. technisch	-	-	2,5
10. info/advies	1,3	3,0	3,0
totaal (=100%)	9,3	5,4	18,5
in mln. gulden			

leidt het verschil in salariering tot een zekere nivellering tussen beide functies¹. In de bejaardenoord worden voorts alle andere functies eveneens vervuld (in tegenstelling tot de gezinsverzorging en de wijkverpleging), maar zijn de aandelen in de totale personeelslasten bescheiden (variërend van 2% tot 8%). Bij deze sector is het van belang om de overige niet-personele kosten (circa 37%) nog kort te bezien in relatie tot de functionele indeling. Verreweg de meeste kostenposten, zoals huishoudelijke kosten (5%), energiekosten (4%), onderhoud en afschrijvingen (7%) kunnen mijns inziens begrepen worden als facilitair ten behoeve van de woonfunctie van bejaardenoord. Er zijn echter ook zeer gedetailleerde toerekeningsschema's denkbaar (Kibbeling e.a., 1988). Onder de veronderstelling dat van alle niet-personele kosten bij benadering driekwart aan de woonfunctie kan worden toegerekend, resulteert een aandeel van deze functie in de totale kosten van de bejaardenoord van 37 à 38%. Elders wordt een vergelijkbaar cijfer gesuggereerd: Coolen (1985) rekent f 11.000,- voor de wooncomponent in de totale kosten van circa f 30.000,- voor een verzorgingsplaats in het bejaardenoord.

12.5. Kanttekening

Met dit hoofdstuk is de beschrijving van het 'aanbodzijde' van de ouderenzorg in de gemeente Maastricht afgerond. Kernthema's in dit deel van deze studie waren het bereik van voorzieningen, de globale kenmerken van de cliënt, maatstaven voor de gemiddelde hulpintensiteit per cliënt, de personeelsformatie en de kosten van ouderenzorg.

Hoewel in het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel (zie hoofdstuk 1; Denis, 1985) een centraal stramen als leidraad gekozen was, bleek dit in de praktijk moeilijk te handhaven. Als instrument voor een meer uniforme beschrijving van de 'aanbodzijde' werd bij de start van het project een eigen instellingsenquête ontwikkeld, die zich laat kenmerken als de grootste gemeenschappelijke deler van de gebruikelijke, veelal sector-gebonden, nationale enquêtes van onder andere het CBS, het NZI en koepelorganisaties. Deze enquête fungeert in de praktijk als instrument voor dossiervorming en werd in drie fases ingevuld. In de eerste fase werden door de onderzoeker(s) afschriften van de relevante nationale enquêtes en van jaarverslagen en dergelijke opgevraagd, waaruit zoveel mogelijk informatie werd overgebracht naar de instellingsenquête. Deze fase verliep in het algemeen zonder al te veel

1. Weliswaar besteden bejaardenhulpverleners relatief veel tijd aan de huishoudelijke functie, maar omdat zij iets 'goedkoper' (f 34.000,-) zijn dan ziekenverzorgenden (f 36.000,-) komen de absolute bedragen dichterbij elkaar.

problemen, uitgezonderd de verzameling van financiële gegevens die men vaak niet zonder meer wilde verstrekken. In de tweede fase werd het door de onderzoeker reeds gedeeltelijk ingevulde dossier, bestaande uit verschillende enquêteformulieren voor verschillende jaren, naar de betreffende instelling opgestuurd met de vraag deze zo veel mogelijk aan te vullen. In de fase bleek het erg belangrijk te zijn om aan te dringen op het aanstellen van één contactpersoon voor het onderzoek omdat de gegevens vaak door verschillende afdelingen binnen de organisatie gecontroleerd en aangevuld moesten worden. Over het algemeen bestonden er goede contacten met deze contactpersonen, maar konden er problemen ontstaan bij tussentijdse personeelwisselingen. De kans hierop bij een langlopende onderzoek als het onderhavige is vrij aanzienlijk. In de derde fase werden gesprekken gehouden met de instellingen om ontbrekende onderdelen alsnog te bespreken en zo mogelijk in te vullen (hetzij met concrete gegevens, hetzij door benadering). Ook was het pas in deze fase mogelijk om de functionele verdeling van werkzaamheden van het personeel te bespreken. Hoofdp probleem bij de analyse van de 'aanbodzijde' van de ouderenzorg is het feit dat de zeer uiteenlopende organisaties in de ouderenzorg zeer uiteenlopende informatiesystemen hanteren, die voor sectoroverstijgende onderzoeksvragen welhaast onoverkomelijk bleken te zijn. Ook is de mate en het tempo van automatisering tussen de verschillende sectoren erg verschillend. Enerzijds is men bij de gezinsverzorging reeds zo ver gevorderd dat op cliëntniveau gegevens beschikbaar zijn over de situatie van de cliënt, de geboden hulp en de daaraan verbonden kosten. Anderzijds is het in de bejaardenoordsector nog altijd eerder uitzondering dan regel dat de instellingsadministratie (inclusief bewonersregistratie) geautomatiseerd is. Vaak bestaan er vrij strikt gescheiden registratiesystemen voor enerzijds financieel-administratieve doeleinden en anderzijds voor de registratie van cliënten, hun kenmerken en de hulpverlening op individueel niveau. Ook is de financiële administratie in de meeste gevallen voornamelijk opgezet om te kunnen voldoen aan de verantwoordingsvereisten die door externe financiers (met name de overheid) gesteld zijn; deze zijn tot op heden echter zeer globaal en niet of nauwelijks toegesneden op een cliëntgroepgebonden of een functionele benadering van het productieproces van zorgorganisaties (Janssen en Van Merode, 1989; Huijsman en Janssen, 1990). Bij dit alles moet echter de kanttekening geplaatst worden dat het automatiseringsproces in de gezondheidszorg en zeker in de welzijnszorg relatief jong is en een snelle ontwikkeling doormaakt. Op grond van de ervaringen van de afgelopen jaren wordt de aanbeveling gedaan om tot een meer uniforme registratie-systematiek te komen die het mogelijk maakt om voor onderzoeksvragen, maar niet in de laatste plaats ook voor beleids- en planningsdoeleinden gegevens te genereren die wel met elkaar in verband zijn te brengen. Dit vereist niet alleen een meer uniforme cliëntregistratie (zoals bijvoorbeeld bij de Mental Health Case Registers in Groningen en Maastricht gerealiseerd is), maar ook een meer uniforme verslaglegging van 'productie' en kosten. Pogingen om voor dat laatste een functionele indeling te hanteren zouden dan wellicht met minder grote onzekerheidsmarges plaats kunnen vinden.

Deel C

De vraagzijde van de ouderenzorg

In dit deel staat de 'vraagzijde' van de ouderenzorg in de gemeente Maastricht centraal, gebaseerd op secundaire analyses van gegevens over thuiswonende ouderen (al dan niet met een positief advies voor opname in het bejaardenoord) met een zekere mate van invaliditeit, bewoners van bejaardenoord en op te nemen patiënten van het verpleeghuis.

13. Begrippen, methoden en datamateriaal

13.1. Inleiding en afbakening

Er bestaat omvangrijke literatuur aangaande de determinanten van het gebruik van voorzieningen door ouderen. De leidende onderzoeksvraag is daarbij steeds welke factoren uit de leefsituatie van invloed zijn op de vraag naar en het gebruik van voorzieningen. Men hanteert daarbij het behoefteconcept dat uitgaat van verstoringen in gezondheidstoestand en welzijn (Donabedian, 1973), hetgeen tot uiting komt in een discrepantie tussen een feitelijke en gewenste toestand. Behoeft is echter een containerbegrip (Post en Willemse, 1986) en levert afbakeningsproblemen op. Daarbij zijn verschillende invalshoeken mogelijk, waarvoor de literatuur een belangrijk aantal mogelijkheden biedt (zie paragraaf 3.2). Zo wordt onderscheid gemaakt tussen ervaren (subjectieve) behoeften, normatieve (objectieve) behoeften, uitgesproken ('expressed') behoeften en comparatieve behoeften (Bradshaw, 1972; Mackenbach, 1982). In de bespreking van (mogelijke) dimensies van de leefsituatie gaat de primaire interesse uit naar die aspecten waarover in de literatuur aanwijzingen gegeven worden dat zij van invloed zijn op de afweging om gebruik te maken van voorzieningen, hetzij informele, hetzij formele in de extra- of intramurale sector. Een grove indeling van beïnvloedende factoren betreft het onderscheid in somatische, psychische en sociaal-economische factoren en factoren in relatie tot de woonsituatie. Hoofdstuk 14 geeft een literatuuroverzicht van inzichten in deze dimensies. In het onderhavige hoofdstuk worden ter voorbereiding op de (secundaire) analyses enige kanttekeningen geplaatst bij een aantal onderwerpen, namelijk: de gehanteerde begrippen (paragraaf 13.2), eventuele verklaringsmodellen en -theorieën, inclusief die met betrekking tot de afhankelijkheid van ouderen (paragraaf 13.3), de analyse-technieken (paragraaf 13.4) en daarvan in het bijzonder de zogenaamde LISREL-methode (paragraaf 13.5) en tenslotte het gebruikte datamateriaal (paragraaf 13.6).

13.2. Gehanteerde 'behoefte'-begrippen

De zorgbehoefte is het gevolg van een discrepantie tussen de feitelijke en gewenste situatie, die verder beïnvloed wordt door het aspiratieniveau van de betrokkene en de 'spiegel' waartegen deze de feitelijke situatie afzet, namelijk de situatie van een referentiegroep (Braam, 1981; Van Linschoten e.a., 1988). Afhankelijk van de vraag wie de discrepantie tussen feitelijke en gewenste situatie beoordeelt, kan de zorgbehoefte onderscheiden worden (Donabedian, 1973) in 'objectieve' behoefte (volgens de maatstaven van een deskundige) en 'subjectieve' behoefte (volgens het oordeel van de betrokkene(n) zelf). Er worden twee vormen van 'objectieve' hulpbehoefte onderscheiden uitgaande van het type deskundige dat het oordeel velt: dat kan enerzijds een professionele hulpverlener zijn (bijvoorbeeld een arts of de 'intaker' bij gezinsverzorging) en enerzijds de onderzoek(st)er, die haar/zijn oordeel daarbij baseert op gestandaardiseerde meetinstrumenten (men spreekt dan wel van een 'geobjectieeerde' behoefte). Ook deze 'objectieve' bepaling van de behoefte kent subjectieve kanten, die echter in zekere mate worden ingeperkt indien zij gebaseerd is op gestandaardiseerde meetinstrumenten of indien er vastomschreven regels en procedures worden gehanteerd bij de indicatiestelling; de wetenschappelijke onderzoeker zal de gemaakte keuzes in principe altijd moeten expliciteren en onderbouwen. Naast objectieve en subjectieve behoefte kunnen nog een 'uitgesproken' behoefte (is gelijk aan vraag) en een 'vergelij-

kende' behoefte (door een onderzoeker-epidemioloog vast te stellen) onderscheiden worden (Bradshaw, 1972; Mackenbach, 1982). Als de hierboven beschreven tweede vorm van het begrip 'objectieve' behoefte in relatie wordt gebracht met het gebruik van voorzieningen, dan komt het resultaat hiervan overeen met het 'vergelijkende' behoeftebegrip.

De voorgaande behoeftebegrippen zijn bepaald niet wederzijds uitsluitend (Bradshaw, 1972). Indien er een behoefte is zonder dat deze resulteert in een vraag, spreekt men van een 'latente' behoefte (Mackenbach, 1982) of een 'verborgen vraag' (Denis, 1985); er wordt dan gerefereerd aan het 'ijsberg fenomeen' (Post en Willemse, 1986; Mackenbach, 1982). Daarbij speelt bovendien mee dat vaak slechts een zodanig behoeftepatroon geuit wordt dat er een reële kans op oplossing ervan bestaat: behoefte en aanbod staan in wisselwerking (Achterhuis, 1980; Van Linschoten e.a., 1988; De Swaan e.a., 1979). Een niet-gehonoreerde of afgewezen behoefte wordt ook wel aangeduid als 'unmet need'; deze kan zowel op objectieve als op subjectieve gronden gebaseerd zijn. In figuur 13.1 wordt een overzicht gegeven van de hier gehanteerde begrippen en de in de literatuur (maar niet in het vervolg van deze publikatie) gebruikte synoniemen.

In het onderzoek onder ouderen in de gemeente Maastricht waarvan in deze studie een secundaire analyse wordt gepresenteerd, wordt een aantal van de bovengenoemde behoeftebegrippen gehanteerd. Via een postenquête (Frederiks en Te Wierik, 1988) wordt de 'geobjectiveerde' behoefte gekwantificeerd aan de hand van een validiteitsbeoordeling, die gebaseerd is op het aantal beperkingen in het algemeen dagelijks leven (ADL) en huishoudelijk of instrumenteel (IADL) functioneren. Via het stellen van vragen over het feitelijk gebruik wordt het resultaat van 'uitgesproken' behoefte in beeld gebracht. De 'subjectieve' behoefte die niet vervuld is (dat wil zeggen dat er een afgewezen of verborgen vraag bestaat of dat er een 'latente' behoefte aanwezig is) wordt direct gevraagd. Tenslotte leidt de combinatie van gebruikcijfers en de 'objectieve' behoefte tot 'vergelijkende' behoefte. Dit resulteert in de identificatie van ouderen die wel (I)ADL-beperkingen maar géén hulp hebben. De postenquête is vervolgens gebruikt om ouderen te selecteren voor een diepgaander mondeling interview, waarin ook de gehanteerde behoefte- en vraagbegrippen verder uitgewerkt zijn (Frederiks, 1990).

In deze studie wordt een uitgebreide secundaire analyse gegeven van de interviewgegevens over vier groepen ouderen: (a) zelfstandig wonende ouderen met een 'geobjectiveerde' behoefte en/of met een (toegekende) vraag naar of feitelijk gebruik van thuiszorg-

gehanteerd	synoniem(en)
objectieve behoefte	normatieve behoefte behoeftebepaling door professional (unmet) need
subjectieve behoefte	ervaren of gepercipieerde behoefte felt (unmet) need, want
uitgesproken behoefte	vraag, manifeste vraag, expressed need, demand
vergelijkende behoefte	(kan op basis van alle voorgaande termen) comparative need

Figuur 13.1. Gehanteerde behoeftebegrippen en in de literatuur gebruikte synoniemen

voorzieningen, (b) ouderen met een positieve indicatie voor opname in een bejaardenhuis, (c) bejaardenhuisbewoners en (d) aanvragers voor (bijna) meteen gebruikers van verpleeghuiszorg. Deze groepen worden in paragraaf 13.6 nader toegelicht.

13.3. Verklaringsmodellen voor voorzieningengebruik

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de benaderingen die in de literatuur uitgewerkt zijn in het empirisch onderzoek naar de determinanten van het gebruik van voorzieningen door ouderen. In het bijzonder gaan wij daarbij in op het model van Andersen en zijn medewerkers (Andersen en Newman, 1973; Andersen e.a., 1975) en onderzoek naar de 'dependency' of afhankelijkheid van ouderen met betrekking tot zorg.

13.3.1. Het model van Andersen

Een veel gebruikt verklingsmodel voor het gebruik van voorzieningen betreft het model van Andersen en Newman (1973). Dit model biedt de mogelijkheid om de individuele gebruiksverschillen te bezien in een conceptueel-schema van drie onderling samenhangende groepen van factoren, namelijk (a) predisponerende of persoonsvariabelen ('predisposing'), (b) faciliterende factoren of structurele variabelen ('enabling') en behoeftefactoren ('need'). De meest frequent gehanteerde Nederlandse begrippen voor deze modelcomponenten zijn: persoonsvariabelen, structuurvariabelen en behoeftevariabelen (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989). In het model van Andersen en Newman is geprobeerd om verschillende benaderingen ter verklaring van het gebruik van voorzieningen te integreren. Het model heeft daarmee vooral een heuristische waarde dat een conceptueel schema biedt als referentiekader. Een dergelijk conceptueel model is een kwalitatieve, niet-specifieke beschrijving van een systeem (hier het systeem van de ouderenzorg). Het descriptieve karakter van het model, dat een afbeelding beoogt te zijn van 'open' sociaal systeem (Boudon, 1986), is de reden voor de twee belangrijkste conclusies die op basis van de uitgebreide literatuur over (empirisch) onderzoek naar het gebruik van voorzieningen getrokken kunnen worden: de verklaringskracht in termen van verklaarde variantie is in het algemeen laag en eventuele voorspellende pretenties worden vaak gelogenstraft.

De belangrijkste benaderingen die in het model van Andersen en Newman geïntegreerd zijn (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Mootz, 1981 en 1984; Picauly, 1987) betreffen de demografische benadering (op basis van persoonskenmerken), de sociaal-psychologische benadering (uitgaande van de houdingen en attitudes over gezondheid en gezondheidszorgvoorzieningen door middel van het zogenaamde 'Health Belief Model'; later is deze benadering veel scherper uitgewerkt, met name door Ajzen en Fishbein, 1980), de sociaal-culturele benadering (uitgaande van de opvattingen en normen in sociale groepen gespecificeerd naar nationaliteit, etniciteit, godsdienstige overtuiging en dergelijke) en de financieel-economische benadering (veelal gericht op verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden, uitgaande van de hoogte van eigen risico en retributies). Veelal is sprake van specifieke combinaties van diverse invloeden, zodat de verschillende benaderingen in hun onderlinge samenhang moeten worden beschouwd, hetgeen het verklaren en voorspellen van individueel hulpzoekend gedrag niet vergemakkelijkt (Mootz, 1984). Het model van Andersen en Newman (1973) wordt door de meeste onderzoekers geprefereerd boven de hierboven beschreven afzonderlijke benaderingen (ondanks de vele bezwaren die eveneens geuit zijn; zie vervolg), omdat deze als het ware geïntegreerd worden in een 'completer' model (SOOM, 1986).

Figuur 13.2. Het model van Andersen en Newman (1973)

In figuur 13.2 wordt het model van Andersen en Newman (1973) schematisch weergegeven. In de 'predisposing' of persoonsvariabelen worden de demografische, sociaal-culturele en sociaal-psychologische benaderingen bijeengebracht, resulterend in de 'gebruiksgeneigdheid'. Deze wordt bepaald door demografische kenmerken (sexe, leeftijd, burgerlijke staat), sociale variabelen (opleiding, beroep, geloof, familie-grootte, ras) en de waarden en normen ten opzichte van ziekte (inclusief kennis over ziekten en houding ten opzichte van gezondheidszorgvoorzieningen).

De 'enabling' of structurele variabelen zijn van invloed op de mate waarin men toegang heeft tot voorzieningen. Hierbij worden verschillende factoren van belang geacht, namelijk bevorderende factoren, zoals kennis en inkomen, en belemmerende factoren of restricties, zoals toelatings- of indicatiecriteria, de verzekeringsvorm, de hoogte van retributies en de aanwezigheid van alternatieven (inclusief informele hulp). Net als de persoonsvariabelen zijn de structurele variabelen onafhankelijk van ziekte of invaliditeit.

De 'need' of behoeftevariabelen werden door Andersen en Newman (1973) oorspronkelijk aangeduid met de term 'illness level', doch dit is later vervangen door de hier gehanteerde begrippen. Behoeftvariabelen, zoals beperkingen in het dagelijks functioneren, ziektesymptomen, handicaps en de algemene gezondheidstoestand, kennen een 'subjectieve' component (zelf-evaluatie) en een 'objectieve' component. De behoeftevariabelen leveren in vrijwel alle onderzoeken die geënt zijn op het model van Andersen en Newman de belangrijkste bijdragen aan de verklaring van verschillen in het gebruik van voorzieningen, hoewel er een grote verscheidenheid bestaat in de variabelen die in deze onderzoeken gebruikt zijn (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989).

Bij het model van Andersen en Newman zijn in de loop der jaren veel kanttekeningen geplaatst. Het model zou niet geschikt zijn om het voorzieningengebruik van subpopulaties in plaats van een gehele bevolking te verklaren, omdat in het eerste geval factoren ten onrechte buiten beschouwing blijven (Evashwick e.a., 1984). Het meeste onderzoek ontbeert multivariate analyses (Branch e.a., 1981), maar als dat wel gebeurt dan blijken subjectieve en psychologische factoren nauwelijks een rol te spelen (Mechanic, 1979). Meer algemeen is

de kritiek dat het model te eenvoudig is, terwijl de factoren complex zijn, moeilijk meetbaar en onderling samenhangen (Van den Heuvel, 1989). Een ander belangrijk bezwaar tegen de gangbare uitwerkingen van het Andersen/Newman model betreft het feit dat de beschikbaarheid van informele hulp zelden wordt opgenomen als modelvariabele (Bass en Noelker, 1987). Nog vreemder is het feit dat de informele hulp veelal geen bijdrage aan de verklaring van voorzieningengebruik levert als deze variabele wel wordt opgenomen (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989). Voor het geringe verklaringsvermogen zijn nog enige redenen aan te voeren (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989): (a) het (gedrags-)model is theorie-arm zonder toetsbare hypothesen over de relaties tussen de onafhankelijke variabelen, die eigenlijk slechts min of meer systematisch worden opgesomd (Krout, 1984) en de afhankelijke variabele (gebruik van voorzieningen); (b) het model is oorspronkelijk slechts voor medische voorzieningen opgesteld; (c) het model is niet bruikbaar voor subgroepen in plaats van de gehele bevolking, zonder dat de (verklaarde) variantie al bij voorbaat gereduceerd wordt. Voorts is er een wijziging opgetreden in het relatieve gewicht van structurele ('enabling') variabelen ten gevolge van de ontwikkelingen van het sociale zekerheidsstelsel (Evashwick e.a., 1984). De conclusie moet dan ook enigszins teleurstellend zijn: het gedragsmodel van Andersen en Newman is noch in z'n oorspronkelijke, noch in aangepaste versies, in staat gebleken de variabiliteit in het voorzieningengebruik op bevredigende wijze te verklaren. Onderzoek dat niet expliciet op dit model gebaseerd is, levert in een aantal gevallen een betere verklaring voor het gebruik (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989). Wel is duidelijk dat er een beperkt aantal variabelen bestaat dat een sterke samenhang vertoont met het gebruik van voorzieningen; de aanpak om deze te benutten is echter hoofdzakelijk gestoeld op empirisch en niet op theoretisch inzicht. Ook het onderhavige onderzoek laat zich door deze pragmatische aanpak kenschetsen.

13.3.2. Het begrip 'afhankelijkheid' van zorg

De bestudering van de behoefte-begrippen (paragraaf 13.2) maakt enerzijds de verschillen in de theoretische invalshoeken zichtbaar (zie ook paragraaf 13.3.1), maar heeft anderzijds als centraal thema dat hoe dan ook een afhankelijkheid van zorgverlening door anderen dan de betrokkene zelf ontstaat. Deze notie heeft geleid tot het begrip 'dependency' (Anderson, 1971; Munnichs, 1976; Mooney, 1978; Wenger, 1986; Wilkin, 1987), dat hier letterlijk vertaald wordt als 'afhankelijkheid' (Rutten en Huijsman, 1987; Huijsman, 1988a en 1989a). In de hoofdstukken 1 en 3 bleek dat het bevorderen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen in het ouderenbeleid centraal staat. Men streeft er met andere woorden dat de afhankelijkheid van (professionele) zorg bij ouderen vermindert wordt. In de literatuur vormt het begrip 'afhankelijkheid' ('dependency') dan ook een belangrijk concept. Het voordeel van het begrip 'afhankelijkheid' is het multidimensionele karakter ervan (Mooney, 1978; Snell, 1985), hoewel men zich ook hier, net als bij het begrip 'behoefte', veelal beperkt tot één of een beperkt aantal indicatoren (Wright, 1981; Wenger, 1986). In Nederland is door anderen het concept afhankelijkheid bij ouderen als zodanig niet onderzocht, maar richt men zich op de kwantificering van concepten als 'behoefte' (o.a. Van Linschoten e.a., 1988) en 'belang' (Coolen, 1986), die zeer dicht bij het door ons gehanteerde concept liggen. Ook in dit Nederlandse onderzoek (zie o.a. Van der Vlist, 1984; Van den Bos e.a., 1986; Coolen en Duipmans, 1987) beperkt men zich tot een of een beperkt aantal indicatoren voor de behoefte aan hulpverlening. Dit zijn meestal de zogenaamde beperkingen in algemeen dagelijkse levensverrichtingen, zoals zichzelf wassen of aan- en uitkleden (ADL-beperkingen) en beperkingen in huishoudelijke of instrumentele activiteiten, zoals boodschappen doen of huishoudelijk werk (IADL-beperkingen).

Over de theoretische en praktische concepten van afhankelijkheid bestaat echter verwarring. Anderson (1971) definieert 'dependency' als: 'A state in which actions by others are a

necessary condition for an actor to achieve his or her own goals'. Fennell (in: Phillipsen e.a., 1986) beargumenteert dat het wellicht vruchtbaarder is uit te gaan van onafhankelijkheid en de momenten waarop hierin verandering komt: '... if we admit the concept of independence at all, an aging person is likely to lose some or all of it because of the exhaustion of resources and the depletion of redundancy in access to resource systems'. Over de meting van afhankelijkheid bestaat eveneens veel verschil van mening. De vraag daarbij is welke indicatoren afhankelijkheid kunnen weergeven. Indicatoren die veel gebruikt worden zijn belemmeringen in het dagelijkse leven, psychische problemen, fysieke gebreken door het ouder worden en dergelijke.

Een belangrijk uitgangspunt in het onderzoek naar afhankelijkheid is de notie, dat de zorgbehoeften, het gebruik van voorzieningen en de kosten die daarmee gemoeid zijn, stijgen naarmate de afhankelijkheid van ouderen toeneemt (Mooney, 1978; Wright e.a., 1981). Ook roept Mooney (1978) aan dat een toename van afhankelijkheid niet alleen binnen één bepaalde voorziening leidt tot stijgende kosten, maar dat er bovendien tussen voorzieningen sprake is van een rangorde naar de mate van afhankelijkheid van hun cliënten. Harris en Kelly (1986) duiden de rangorde van voorzieningen in relatie tot afhankelijkheid aan als het zogenaamde zorgcontinuüm: 'a care continuum along which elderly people progress, so that as their basic needs change they move from one form of care to another'. Mooney komt tot zijn conclusies op basis van een economisch model van de kosten en baten van verschillende zorgalternatieven, waarbij hij met name de thuiszorg, het bejaardenhoeft en het zieken- of verpleeghuis belicht. In het model wordt als beslissingsregel bij de keuze tussen een van de zorgalternatieven gehanteerd dat de baten voor de ouderen maximaal zijn; deze beslissing is gebaseerd op de marginaliteitstheorie. Er wordt verondersteld dat de kosten toenemen met de mate van afhankelijkheid. Hetzelfde wordt in principe gedaan voor de baten, in ieder geval voor een zekere range van afhankelijkheid, maar het is zeer goed mogelijk dat na een bepaald punt de opbrengsten afvlakken, constant blijven of zelfs dalen. Dit wordt geïllustreerd in figuur 13.3 (ohtleend aan Mooney, 1978). Deze figuur kan onder de hypothetische veronderstelling dat de zorgkosten gelijk zijn aan nul, worden benut om de beslissingsregel bij de keuze van een zorgalternatief te illustreren. Na punt A zijn bijvoorbeeld de baten van thuiszorg lager dan die in het bejaardenhoeft, zodat de beslissing om daarin opgenomen te worden in een bepaald afhankelijkheidsgebied rond punt A gepositioneerd moet worden. Als ook de kosten worden geïntroduceerd, zullen de beslissingspunten gaan verschuiven, maar de exacte veranderingen daarin zijn moeilijk in algemene termen aan te geven omdat deze geheel afhankelijk zijn van de relatieve kosten (inclusief niet direct zorgkosten, zoals huisvesting en dergelijke) van de verschillende zorgalternatieven die naar tijd, plaats en situatie kunnen verschillen. In het algemeen zal de kosten-baten afweging resulteren in grotere mogelijkheden in de thuiszorg bij hogere afhankelijkheidsgraden, dit is in figuur 13.3 weergegeven door een verschuiving van punt A naar punt A'. Ook voor Nederland zijn min of meer vergelijkbare analyses verricht naar deze zogenaamde 'omslagpunten' in de zorgverlening (Van der Vlist, 1984; CCB, 1989).

In hoofdstuk 15 wordt een empirisch model gepresenteerd, waarin afhankelijkheid wordt gemiddeld op basis van indicatoren en achtergrondvariabelen daarvoor. Eerder (Phillipsen, 1986a en 1989a) werd dit al gedaan op basis van een uitgebreid onderzoek in 1982 door het Central Bureau voor de Statistiek onder de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder (TBB, 1984). De operationalisering van 'afhankelijkheid' vond plaats op basis van een model waarin voor deze latente variabele een zogenaamd MIMIC-model (Multiple Indicators Multiple Causes; zie paragraaf 13.5) werd gespecificeerd en geschat. De schatting van de afhankelijkheidsgraad bleek een belangrijke bijdrage te leveren aan de verklaring van het voorzieningengebruik door ouderen in de thuissituatie (Huijsman, 1988a). Ook een empirische ondersteuning gegeven worden voor het bestaan van een care continuüm in de ouderenzorg (Huijsman, 1988a). In deze studie wordt een verder

Figuur 13.3. Illustratie van het verband tussen afhankelijkheid en voorzieningengebruik (ontleend aan: Mooney, 1978)

uitgewerkt model gepresenteerd, dat uitgaat van gegevens van zelfstandig wonende ouderen, positief geïndiceerden voor en bewoners van bejaardenoorden en verpleeghuispatiënten in de gemeente Maastricht. Een belangrijke uitbreiding op het oorspronkelijke model betreft het aanbrengen van een onderscheid in de 'afhankelijkheid' door middel van een aantal dimensies van afhankelijkheid op lichamelijk en psychisch terrein (zie hoofdstuk 15). Voorzieningen in de ouderenzorg zijn dan, uitgaande van de notie van het zorgcontinuüm, te ordenen naar de combinatie van de somatische en psychische afhankelijkheidsgraad waarin door hen wordt voorzien. De discussie over zo'n plaatsbepaling zal zich niet zozeer richten op duidelijk zware situaties waarin één dimensie de overhand heeft of waar de problemen dermate groot zijn dat ingrijpende beslissingen nodig zijn, maar zal zich met name concentreren op het diffuse middenveld, waar somatische én psychische problemen in vrij ernstige mate én in combinatie voorkomen (Houben e.a., 1984). Het aangrijpingspunt voor substitutie laat zich in dit model als volgt aanduiden: substitutie is mogelijk waar verschillende voorzieningen hulp bieden in gelijksoortige behoeftesituaties van ouderen, dat wil zeggen op die gebieden in het 'care continuüm' waar de afhankelijkheidsintervallen van voorzieningen elkaar overlappen. Voorts is van belang welke blinde vlekken er op welke plaatsen in het zorgcontinuüm bestaan. Dit zijn afhankelijkheidsgebieden waar geen enkele voorziening hulp biedt, maar waar dat gezien de mate van afhankelijkheid wel nodig is (wie dit beoordeelt, blijft hier buiten beschouwing). Bij de bespreking van de verschillende behoefte-begrippen in paragraaf 13.2 werd dit aangeduid als 'unmet need'.

13.4. Analyse technieken

De in het vervolg van deze studie gehanteerde statistische technieken variëren van eenvoudige basis-analyses van gemiddelden en standaarddeviaties en onderzoek naar de samenhang tussen de verschillende items door middel van correlatiematrix tot factor-analyse en schaaltechnieken. Op deze plaats worden verschillende technieken beknopt be-

sproken, met name factoranalyse en een aantal schaaltechnieken. Deze bespreking kan kort zijn, omdat deze technieken vrij algemeen toegepast worden en goed gedocumenteerd zijn. De LISREL-methode wordt gedetailleerder besproken (paragraaf 13.5).

Factoranalyse

Factoranalyse is een statistische techniek die gebruikt wordt om een beperkt aantal factoren of constructen te identificeren, die zelf niet observeerbaar zijn, maar gebruikt kunnen worden om een relatief groot aantal variabelen die deel uitmaken van een complex fenomeen te representeren. Men gaat er met andere woorden vanuit dat er een hypothetische of latente variabele, een factor, bestaat. Elk item is uit te drukken als een lineaire combinatie van een beperkt aantal niet waarneembare factoren. Het verschil met het regressiemodel is dat de factoren niet onafhankelijk van elkaar zijn, maar elk een dimensie van één complex fenomeen vertegenwoordigen ('common factors'). Daarbij wordt een zo gering mogelijk aantal factoren nagestreefd om zo de grootst mogelijke simplificatie te vergemakkelijken. De factoren moeten echter ook enige betekenis hebben op basis van theoretische overwegingen en (van te voren) opgestelde hypothesen. Om dat laatste te bereiken dienen de factoren vaak geroteerd te worden, waardoor de items zonder informatieverlies veel eenduidiger 'laden' op een bepaalde factor. Factoranalyse gaat uit van een correlatiematrix, omdat immers de sterkte van de samenhang tussen items bepaalt of er sprake is van gemeenschappelijke factoren. De partiële correlaties (dat wil zeggen de paarsgewijze correlatie tussen items die overblijft, als rekening gehouden wordt met de samenhangen met andere items) dienen dan in vergelijking tot de totale correlaties zo klein mogelijk te zijn. Uiteindelijk doel is om met een zo beperkt mogelijk aantal factoren zo veel mogelijk van de totale variantie te verklaren. Het criterium daarbij is de zogenaamde eigenwaarde van een factor, die minimaal gelijk aan 1 moet zijn, omdat de betreffende factor anders minder variantie verklaart dan de opgenomen variabelen of schaal-items afzonderlijk.

Betrouwbaarheid van schalen

Nog los van de vraag welke gewichten toegekend moeten worden aan de afzonderlijke items van een schaal, is het mogelijk de betrouwbaarheid van een eventuele schaal vast te stellen. Eén methode schat de betrouwbaarheid van een schaal in termen van de consistentie van de afzonderlijke items, die verondersteld worden alle hetzelfde aspect te meten. De mate van interne consistentie of homogeniteit wordt vastgesteld met Cronbach's alpha-coëfficiënt, waarvan de waarde altijd ligt tussen 0 en 1. Cronbach's α is gebaseerd op de gemiddelde covariantie tussen de items van een schaal (of op de gemiddelde correlatie als de items gestandaardiseerd zijn), waarvoor de volgende formule gebruikt wordt (met het aantal items gelijk aan k):

$$\alpha = \frac{k \overline{\text{cov}} / \overline{\text{var}}}{1 + (k-1) \overline{\text{cov}} / \overline{\text{var}}}$$

Uit de formule (Cronbach, 1951) blijkt dat α afhankelijk is van het aantal items, zodat een hoge waarde mogelijk is als er veel een items worden opgenomen, ook al is de gemiddelde interitemcorrelatie laag. Hoe dichter de waarde van de alpha-coëfficiënt bij één ligt, hoe homogener de schaal is. Omdat een toets echter ontbreekt, bedient men zich van de vuistregel dat de alpha-coëfficiënt groter moet zijn dan 0,7 à 0,8. Bij 10 tot 15 items wordt zelfs een grenswaarde van 0,85 aanbevolen (Swanborn, 1988). Per item kan worden nagegaan of verwijdering hiervan de homogeniteit van de schaal van resterende items zou bevorderen.

Schaaltechnieken

Veel gebruikte schalen, samengesteld uit clusters van items, worden in deze studie tevens onderworpen aan drie analysetechnieken: Mokken-, Rasch- en Guttman-schaalanalyses. Schaalanalyse is mogelijk als men een cumulatief groeikarakter voor het voorkomen van bepaalde kenmerken of persoonlijkheidstrekken veronderstelt. Dat wil zeggen dat kenmerken zodanig kunnen worden gerangschikt, dat het hebben van een bepaald kenmerk impliceert dat ook andere kenmerken aanwezig zijn. Eenvoudigheidshalve gaan wij ervan uit dat dichotome uitspraken beschikbaar zijn, zoals het wel of niet hebben van een kenmerk of het wel of niet kunnen uitvoeren van een handeling. Er zijn echter ook multivariate varianten van de Mokkenschale ontwikkeld (Molenaar, 1982), die eveneens geïllustreerd worden.

Een mogelijkheid om hiërarchische relaties statistisch te onderzoeken betreft de zogenaamde Guttman-techniek (Guttman, 1945; Edwards, 1957; Torgerson, 1958). Idealiter zijn antwoorden voor bijvoorbeeld vijf items dan te rangschikken in een orthogonale matrix van enen en nullen volgens het voorbeeld in tabel 13.1. In concreto betekent dit dat alle respondenten die slechts één item kunnen uitvoeren, alleen item E zouden passeren en geen ander. De niet-stochastische Guttman-methode resulteert in een summatieve schaal van antwoorden 0 of 1 op een aantal items, welke schaal dan ook direct verkregen kan wor-

Tabel 13.1. Illustratie Guttman-hiërarchie

Schaal score	Antwoordpatroon items				
	A	B	C	D	E
5	1	1	1	1	1
4	0	1	1	1	1
3	0	0	1	1	1
2	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0

den door de itemscores op te tellen. De Guttman-methode laat echter ook de achterliggende rangorde naar moeilijkheidsgraad zien, zodat bijvoorbeeld bij de ADL-items uitspraken mogelijk zijn dat als iemand zichzelf niet zonder moeite volledig kan wassen, het waarschijnlijk is dat hij zich ook niet meetelees binnenshuis kan verplaatsen. Is het antwoord op een relatief moeilijk item bekend, dan 'weet' men dat ook voor makkelijkere items. Ter beoordeling van schendingen van de perfecte Guttmanschaal zijn enkele maatstaven ontwikkeld (McIver en Carmines, 1981).

In de praktijk zal het ideale Guttman-patroon natuurlijk niet of zelden aangetroffen worden. Een variant die wel 'fouten' toestaat, is de zogenaamde Mokken-analyse (Mokken, 1971). Een sterke Mokken-schaal komt overeen met de strenge eisen van Guttman. Deze schaal kan gezien worden als de probabilistische vorm van de Guttmanschaal voor dichotome data of meer algemeen als een stochastische, non-parametrische benadering van de klassieke testtheorie, waarbij de item-karakteristieke curve vloeiend verloopt en derhalve ook kansen tussen 0 en 1 toestaat. Afwijkingen van het perfecte (Guttman-) model zijn weer te geven door middel van de statistische grootheid Loevinger's H , die zowel voor de gehele schaal als voor afzonderlijke items berekend kan worden als 1 minus het quotiënt van de werkelijke en verwachte fouten (Swanborn, 1988). Indien $H=1$ dan is er sprake van een perfecte schaal. Indien $H=0$ dan zijn de items onderling onafhankelijk. Een hoge H voor een item duidt op een goede inpasbaarheid van het item in de schaal. Mokken (1971) geeft daarbij als vuistregel dat H groter dan 0.5 en significant groter dan nul dient te zijn. Net als bij de Guttman-schaal ordent de Mokken-analyse de subjecten en items op basis van de totaalscore van een persoon op één latent continuüm. In tegenstelling tot de eerder besproken factoranalyse hoeven de verbanden tussen items en factoren (latente trekken) niet lineair te zijn. Wel dienen de items te voldoen aan de eis van dubbele monotonie, dat wil zeggen dat zij stijgende functies van de latente variabele zijn en elkaar niet snijden (zie figuur 13.3). Deze hypothese kan onderzocht worden met de zogenaamde P-matrix die, als de item-curves elkaar niet snijden, zowel van links naar rechts als van boven naar beneden oplopende kansen geeft voor paarsgewijze positieve antwoorden op telkens twee van alle naar moeilijkheidsgraad geordende items.

De laatste schaaltechniek die besproken wordt, betreft de zogenaamde Rasch-analyse, die evenals de Mokken-analyse stochastisch is. Met de Rasch-methode kan echter niet alleen de rangorde van items en personen bepaald worden, maar kunnen bovendien parametrische schattingen gegeven worden voor itemparameters of moeilijkheidsgraad (δ), de persoonsparameters of persoonscore (θ) en de asymptotische schattingen van de standaardfouten en betrouwbaarheidsintervallen. De eisen die aan de data gesteld worden zijn bij deze schaalmethodiek het stringentste. Verondersteld wordt dat de totaalscore van de persoon alle informatie over zowel de itemkarakteristiek (moeilijkheid van het item in totale schaal) als de persoonskarakteristiek (positie van persoon op totale schaal) in zich heeft (afdoendheid of sufficiency). Itemscores hebben alle een logistisch patroon met dezelfde hellingshoek, waarbij het enige relevante gegeven is het verschil tussen persoonscore en itemmoeilijkheid. Een aantrekkelijke manier om de moeilijkheidsgraden van de verschillende items en de persoonsparameters gezamenlijk te presenteren, betreft een grafische weergave langs een lijn van logaritmisch getransformeerde waarden. Een voorbeeld hiervan is opgenomen in figuur 13.5. Boven de lijn worden steeds de verschillende items weergegeven, waarbij de positie van een item op de lijn (aangeduid door een pijl) gelijk is aan de logaritmische moeilijkheidsgraad van dat item. Onder de lijn gebeurt hetzelfde voor de persoonsparameters. Op deze wijze kan afgelezen worden welke items bij een bepaalde persoonscore niet meer gepasseerd worden, omgekeerd kan afgeleid worden welke score iemen heeft als bekend is welk item net niet meer gepasseerd wordt. In hoofdstuk 14 wordt van het voorgaande een aantal empirische uitwerkingen gepresenteerd.

Figuur 13.4. Illustratie van Rasch-items

Figuur 13.5. Voorbeeld van item- en persoonscores in een empirische Rasch-schaal

De bij de Rasch-analyse gebruikte roetsen zijn de dichotome variant van Cronbach's alpha (KR20) en de zogenaamde 'index of subject separation', die te beschouwen is als een persoonsvariant van de betrouwbaarheidscoëfficiënt volgens Cronbach's alpha (Imbos en Van der Vleuten, geen jaartal; Gustafsson, 1979).

13.5. LISREL-analyse

In de analyse van de 'afhankelijkheid' van ouderen speelt een aantal methodische en empirische problemen een rol, waarmee rekening gehouden dient te worden bij de keuze van de statistische technieken. Een belangrijk probleem betreft het complexe karakter van het theoretische construct dat dat inherent niet-waarneembaar is. Onderzoek naar dit type grootheden is behept met het probleem dat het (langs indirecte weg) empirische maten moet gebruiken om het achterliggende theoretische construct in beeld te brengen. Een bekend voorbeeld is met name empirisch onderzoek naar 'gezondheid'; deze is niet goed in één maat weer te geven, maar kent wel vele indicatoren. Er kunnen drie verschillende empirische modellen (Van Doorslaer, 1987) gebruikt worden om dergelijke latente variabelen 'zichtbaar' te maken, waarbij het voorbeeld van 'de gezondheid' wordt aangehouden: (a) het indicatorenmodel, waarin verschillende gezondheidsindicatoren afzonderlijk gebruikt worden om het gebruik van voorzieningen te verklaren; (b) het factormodel, waarin verschillende aspecten of variabelen gecombineerd worden tot een gezondheidsindex, gebruik makend van factor- of principale componentenanalyse; (c) het model van structurele vergelijkingen voor de latente variabelen, waarin de aard en de richting van de samenhang tussen verschillende (latente) kenmerken worden gespecificeerd en waarin naast het meetmodel (in wezen het factormodel van indicatoren voor een bepaald theoretisch construct) zeer expliciet én gelijktijdig een structureel model van oorzaken gespecificeerd en getoetst kan worden. Dit model wordt het MIMIC-model genoemd, waarin Multiple Indicators en Multiple Causes samen gebracht worden in sets van structurele relaties.

De schattingsmethode voor deze klasse van modellen staat bekend onder de naam LISREL (Jöreskog, 1970; Jöreskog en Sörbom, 1981). De LISREL-analyse kent enkele belangrijke voordelen: (a) het 'zichtbaar' maken van latente variabelen, (b) het rekening houden met de simultane interacties tussen oorzaken en indicatoren, (c) het 'verklaren' van de onderliggende causaliteit die de varianties tussen de verschillende variabelen zou kunnen veroorzaken, (d) het specifiek onderzoeken van de structurele relaties tussen de latente variabelen (Liang, 1986). LISREL kent echter ook enkele nadelen, die het gevolg zijn van de vrij strikte eisen die aan de data gesteld worden: (a) normaliteitseis ten aanzien van de verdelingen van geobserveerde variabelen (schending leidt tot conservatieve toetsresultaten; Boomsma, 1983), (b) normaliteitseis met betrekking tot latente variabelen. Het gevolg is dat de chi-kwadraat toets vaak tot (onterechte) verwerping van het model leidt, hetgeen wordt versterkt bij grote steekproeven (Jöreskog en Sörbom, 1981, p. 139). Dit laatst genoemde probleem kan gedeeltelijk ondervangen worden door de chi-kwadraat (χ^2) te delen door het aantal vrijheidsgraden, welke ratio bij een waarde van 1 tot 3 zou wijzen op een goede 'fit' van het model (Carmines en McIver, 1981). Hiervoor bestaan echter geen strikte regels; ook waarden van 5 of nog hoger worden genoemd (Bollen, 1989).

Het LISREL-model bestaat uit twee delen, namelijk het meetmodel, waarin wordt gespecificeerd hoe de latente variabelen (hypothetische constructen) gemeten worden in termen van geobserveerde variabelen, en het structuurmodel, waarmee de causale relaties tussen de latente variabelen onderling en tussen de 'achtergrondkenmerken' en latente variabelen worden weergegeven. Er zijn twee soorten latente variabelen mogelijk, enerzijds voor m afhankelijke variabelen $\eta_1 \dots \eta_m$ (in deze studie de dimensies van 'afhankelijkheid'), anderzijds voor n onafhankelijke variabelen $\xi_1 \dots \xi_n$. Deze vectoren η en ξ van latente variabelen vormen een systeem van lineaire structurele relaties (Jöreskog en Sörbom, 1981):

$$(1) \eta = B\eta + \Gamma\xi + \zeta \quad \text{met } \zeta \sim N(0, \Psi)$$

De elementen van de coëfficiënten-matrix B betreffen de directe causale effecten tussen de latente afhankelijke variabelen onderling en die van de Γ -matrix betreffen de directe causale effecten van de latente onafhankelijke variabelen op de latente afhankelijke

variabelen. In de plaats van de latente variabelen worden de variabelen Y_i en X_i waargenomen, zodanig dat:

$$(2) Y = \Lambda_y \eta + \epsilon \quad \text{met } \epsilon \sim N(0, \Theta_\epsilon) \quad (\text{meetmodel voor } y_i\text{-variabelen})$$

$$(3) X = \Lambda_x \xi + \delta \quad \text{met } \delta \sim N(0, \Theta_\delta) \quad (\text{meetmodel voor } x_i\text{-variabelen})$$

Deze meetmodellen kunnen worden opgevat als factormodellen waarin bovendien rekening gehouden kan worden met meetfouten (ϵ en δ) in de geobserveerde variabelen (Jöreskog en Sörbom, 1981). Een voorbeeld van een hypothetisch LISREL-model is in figuur 13.5 opgenomen.

Het algemene LISREL-model is gedefinieerd door de hiervoor besproken vergelijkingen, waarbij voorts de volgende veronderstellingen gemaakt worden: (a) de meetfouten (ϵ, δ) zijn niet gecorreleerd met de latente variabelen (ξ en η), (b) de drie soorten meetfouten zijn niet onderling gecorreleerd en (c) de B-matrix heeft op de diagonaal nullen en de identiteitsmatrix minus de B-matrix is niet singulier. De algemene LISREL-methode kent verschillende verschijningsvormen, zoals (tweede orde) factormodellen en (uni- of multivariate) regressiemodellen. Formeel gesteld is LISREL een rekenprogramma dat onder bepaalde condities de onbekende parameters kan oplossen: de causale relaties moeten op grond van de theorie vastgelegd worden; LISREL kan slechts toetsen of deze hypothesen bij de data passen. Voordat het model geschat wordt, moet bovendien eerst onderzocht worden of het geïdentificeerd is (Bollen, 1989).

Het beoordelen van de modelresultaten moet op vele verschillende wijzen gebeuren en betreft de parameterschattingen, de standaardfouten of t-waarden (alleen in de Maximum Likelihood schattingsprocedure), de correlatiecoëfficiënten en de totale aanpassing van het model aan de data. Dit laatste kan aan de hand van de maat 'Adjusted Goodness of Fit Index' (AGFI), die het deel van de verklaarde (co-)varianties aangeeft en de Chi-kwadraat (χ^2). Aanbevolen wordt om beide als globale maten te hanteren, omdat de AGFI een onbekende verdeling heeft en χ^2 zeer gevoelig is voor de grote steekproef aantallen (in dit geval de ratio met het aantal vrijheidsgraden nemen) en afwijkingen van de normale verdeling (Bollen, 1989; Boomsma, 1983; Jöreskog en Sörbom, 1981). Zo'n globale aanpak houdt in dat steeds naar de veranderingen in de toetsgrootheden gekeken wordt bij iedere volgende aanpassing van het model en kan plaatsvinden aan de hand van modificatie-indices. Deze mogen niet groter zijn dan vijf en geven per modelparameter aan hoe groot de verwachte afname van de χ^2 is als een parameter wordt vrijgelaten bij het schatten (gegeven de andere schattingen; Jöreskog en Sörbom, 1981). Het is echter een puur statistische methode van modelcorrectie, die met enige voorzichtigheid gevolgd moet worden en dan steeds in combinatie met theoretische overwegingen zodat de parameterwaarden en parameter tekens steeds kunnen worden geïnterpreteerd.

13.6. Datamateriaal

Complementair aan het in dit boek beschreven onderzoek bij de instellingen voor ouderenzorg heeft in Maastricht tevens een onderzoek plaatsgevonden dat de vraagzijde in beeld brengt via enquêtes bij ouderen zelf. Dit onderzoek, getiteld 'Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen', kende als vraagstelling: 'Welke factoren leiden bij een gelijke invaliditeit bij ouderen tot een verschillende gebruik van voorzieningen?' Zeer recent is mw. C. Frederiks op dit onderzoek gepromoveerd (Frederiks, 1990).

Het onderzoek aan de vraagzijde kende verschillende stadia. Eerst is via een postenquête onder thuiswonende ouderen (op basis van een naar leeftijd gestratificeerde aselechte steek-

Figuur 13.6. Hypothetisch LISREL-model

proef uit het bevolkingsregister van 2451 ouderen vanaf 55 jaar; respons 78,1%) een selectie gemaakt van relevante groepen thuiswonende ouderen die in aanmerking kwamen voor een uitgebreider mondeling interview (Frederiks en Te Wierik, 1988). Deze procedure is gekozen om te voorkomen dat een groot aantal interviews zou worden afgenomen bij vitale ouderen, die achteraf niet in de analyse betrokken zouden worden (Bisscheroux en Frederiks, in Schroot's e.a., 1989). In eerder onderzoek hadden de betreffende onderzoek(st)ers aangetoond dat een postenquête en de zo dadelijk te bespreken selectiecriteria een goed instrument vormen voor vervolgonderzoek (Bisscheroux en Frederiks, 1986). Toch blijft

een, zij het veel geringere, inefficiëntie bestaan in de selectie van invalide personen, omdat de mate van invaliditeit met een postenquête in sommige gevallen overschat wordt ten opzichte van mondelinge interviews (Bisscheroux en Frederiks, 1989; Van Sonsbeek, 1988).

Op deze wijze zijn verschillende groepen geselecteerd voor een uitgebreider vervolgonderzoek door middel van mondelinge enquêtes. Dat betrof als eerste groep thuiswonende ouderen die geen professionele hulp van gezinsverzorging of wijkverpleging gerapporteerd hadden, maar wel een zekere mate van invaliditeit. Als criteria daarvoor werden de volgende regels aangehouden: er diende in de postenquête sprake te zijn van tenminste twee beperkingen bij huishoudelijke activiteiten en/of tenminste één AIDN-beperking en/of de betreffende oudere rapporteerde behoefte te hebben aan (meer) hulp. Ten tweede werd op basis van de postenquête een groep samengesteld die meldde gebruik te maken van gezinsverzorging en/of wijkverpleging. Op basis van de zojuist genoemde criteria zijn in totaal 630 thuiswonende ouderen (62,9%) zijn geselecteerd. Van deze uit de postenquête geselecteerde groep, deels bestaande uit gebruikers van professionele zorg, deels bestaande uit ouderen met een zekere invaliditeit maar zonder formele hulp, is uiteindelijk bij 450 mensen (71,4%) een mondeling interview afgenomen.

Na hun pilotstudie in de gemeente Geleen besloten de betreffende onderzoek(st)ers (zie Frederiks, 1990) ook de aanvragers van wijkverpleegkundige zorg en gezinsverzorging, alsmede bejaardenoordbewoners bij het onderzoek te betrekken. Tevens werden in het parallelonderzoek van Te Wierik gegevens verzameld van aanvragers voor opname in een bejaardenoord of een verpleeghuis. Door de aanvragers te betrekken in het onderzoek werd beoogd meer inzicht te krijgen in de omstandigheden die leiden tot het gebruik van professionele zorg. Voor het verzamelen van adressen van aanvragers is men afhankelijk van de medewerking van zorgverlenende instanties, omdat de 'trekkan' bij een eenmalig verzonden postenquête te gering is. Bij de bejaardenorden en het verpleeghuis waren de problemen niet dusdanig groot dat er geen onderzoekspopulaties van aanvragers van beide voorzieningen kon worden samengesteld (zie vervolg), maar om verschillende redenen is er bij de aanvragers van professionele thuiszorg sprake van een vrijwel algemene nonrespons (Frederiks, 1990). Deze beoogde deelbestanden zijn dan ook niet gerealiseerd.

De totale onderzoekspopulatie bestaat derhalve uit vier deelbestanden, namelijk (a) thuiswonende ouderen die een zekere mate van invaliditeit hebben en/of gebruik maken van gezinsverzorging en/of wijkverpleging, (b) aanvragers voor opname in een bejaardenoord, (c) bewoners van bejaardenorden en (d) aanvragers voor opname in het verpleeghuis. De wijze waarop het eerste bestand, in het vervolg aangeduid als het 'basisbestand', tot stand kwam is reeds aan de orde geweest; de andere deelbestanden worden nu kort toegelicht.

De positief geïndiceerden voor opname in bejaardenoord

Het onderzoek bij aanvragers voor opname in een bejaardenoord vond plaats in de periode november 1986 tot en met mei 1988 en richtte zich in de oorspronkelijke opzet op de positief geïndiceerden (Te Wierik en Frederiks, 1990). In de onderhavige studie zijn echter tevens de aanvragers voor opname in een bejaardenoord uit het basisbestand betrokken; dit wordt zo dadelijk geëxpliciteerd. Voor het oorspronkelijke deelbestand werden ouderen om privacy-redenen benaderd door de maatschappelijk werkenden van de indicatiecommissie. Indien medewerking geweigerd werd noteerde men de reden daarvoor. De belangrijkste waren de geestelijke toestand (38%) en een weigering om de interviewer te ontvangen (40%). De gehele procedure heeft tot grote uitval geleid (60%). Een belangrijke reden hiervoor was dat het vragen om medewerking aan onderzoek door de maatschappelijk werkenden ervaren werd als een moeilijke opdracht die tevens conflicteert met het eigenlijke doel van het huisbezoek (Te Wierik en Frederiks, 1990). Van de opgegeven personen is vervolgens 83% feitelijk ondervraagd. Naar de indruk van de oorspronkelijke onderzoeksters heeft er door de terughoudendheid van de indicatiecommissie selectieve

non-respons plaatsgevonden, hetgeen met name tot onderschatting van de geestelijke problematiek leidt (Te Wierik en Frederiks, 1990).

Naast de personen in het oorspronkelijke deelbestand van positief geïndiceerden bleken er in het basisbestand ook nog 35 ouderen te zijn die rapporteerden dat zij een aanvraag hadden ingediend. Desbetreffende personen zijn uit het basisbestand verwijderd. Nadere inspectie van deze respondenten leerde dat zes van hen reeds waren opgenomen in het oorspronkelijke deelbestand van positief geïndiceerden. Het totale deelbestand van positief geïndiceerden plus andere aanvragers voor opname in een bejaardenoord telt derhalve 164 respondenten (135 plus 35 minus 6 dubbelstellingen).

Het is niet per definitie zo dat de resterende subgroep van 29 aanvragers (die afkomstig waren uit het basisbestand) geen positief advies zal krijgen. In hoofdstuk 9 was aangetoond dat circa 75% van alle aanvragers voor opname in een bejaardenoord uiteindelijk een positief advies krijgt. Hoewel voor een klein gedeelte niet vast staat dat dat zo is, zal het gehele deelbestand (N=164) steeds aangeduid worden als dat van de van positief geïndiceerden.

De bejaardenoordbewoners

Van de totale populatie van bejaardenoordbewoners in Maastricht (iets meer dan 1100; zie hoofdstuk 10), is in 1987 een aselechte steekproef van ongeveer 30% getrokken (Frederiks e.a., 1988). Deze steekproeftrekking vond plaats door de directeur/directrice van de deelnemende tehuizen (acht van de tot nog toe tien algemene bejaardenoorde) of in plaats daarvan door een andere medewerker en volgens instructies van de onderzoekers. Wanneer men in het tehuis vond dat de bewoner op grond van zijn/haar toestand niet mee zou kunnen doen óf als de betrokkene zelf weigerde, werd de daarvoor opgegeven reden geregistreerd. Uiteindelijk is bij 207 bewoners een interview afgenomen, terwijl de respons per instelling sterk varieerde van 56 tot 87% (gemiddeld 70,6%). De gevolgde procedures hebben er waarschijnlijk toe geleid dat de steekproef niet geheel representatief is voor de totale Maastrichtse populatie van bejaardenoordbewoners, omdat de helft van de redenen voor nonrespons de lichamelijke en/of psychische invaliditeit betrof. Er worden binnen het deelbestand tussen de tehuizen weliswaar significante bewonersverschillen aangetroffen naar demografische kenmerken zoals leeftijd en burgerlijke staat, maar die zouden vooral toe te wijzen zijn aan de verschillen tussen de instellingen in de 'leeftijd' en andere kenmerken van de accommodatie, zoals bijvoorbeeld het aantal tweepersoonskamers (Frederiks e.a., 1988). In hoofdstuk 10 kwamen wij op het punt van verschillen tussen de bejaardenoorde, uitgaande van gegevens rond de jaarwisseling van 1989/1990, tot enigszins afwijkende bevindingen. Er zijn echter grote verschillen in het onderzoeksstramien die -naast het verschil in tijd- mede de oorzaak kunnen zijn voor de afwijkende bevindingen. Tenslotte bleek dat één persoon uit dit deelbestand een aanvraag voor opname in het verpleeghuis had ingediend; deze persoon is naar dat betreffende deelbestand, dat zo dadelijk besproken wordt, overgebracht, zodat het deelbestand van bejaardenoordbewoners uiteindelijk 206 personen telt.

De op te nemen verpleeghuispatiënten

Het bestand van 157 op te nemen verpleeghuispatiënten is opgebouwd in de periode van februari 1987-juli 1988 (Te Wierik, 1990). Om wille van de privacy werden de mensen (55-plus) via de maatschappelijk werkenden van het verpleeghuis tijdens het huisbezoek gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Terminale patiënten zijn uitgesloten van het onderzoek. Het deelbestand kent zowel somatische als psycho-geriatrie patiënten. Omdat de maatschappelijk werkenden het moeilijk (en conflicterend met het huisbezoek) vonden om de op te nemen patiënten extra te belasten met het onderzoek, is het aannemelijk dat de representativiteit verder verminderd is (naast de uitsluiting van terminale patiënten) door een ondervertegenwoordiging van complexe opname-situaties (Te Wierik, 1990).

Bij de respondenten in dit deelbestand is dezelfde vragenlijst afgenomen als bij de andere groepen ouderen, maar moest vaker een beroep gedaan worden op een tweede respondent; dit betrof meestal de centrale verzorger. Een tweede respondent heeft bij ruim 80% van de

verpleeghuispatiënten een rol gespeeld (zie tabel 13.2). De interviews werden door getrainde interviewers afgenomen in de thuissituatie, of in een aan de opname voorafgaande intramurale setting of zo kort mogelijk na de opname in het verpleeghuis. Van de respondenten is niet alleen een deel afkomstig uit een ziekenhuis (N=71), maar komt ook een klein deel uit andere intramurale settings zoals het Psycho-medisch Streekcentrum Vijverdal of een ander verpleeghuis (N=8); in alle gevallen dat een intramuraal verblijf voorafging aan de opname in het verpleeghuis (50%), zijn de vragen over het voorzieningengebruik, de woon-situatie en het sociale netwerk beantwoord met betrekking tot de periode vóór het betreffende intramurale verblijf (in de meeste gevallen dus het ziekenhuis).

Overigens is een deel van de verpleeghuispatiënten afkomstig uit het bejaardenoord (N=45; 28,5% van het deelbestand; zie tabel 13.2). Dit biedt de mogelijkheid om de overgang tussen de beide intramurale voorzieningen nader te bestuderen (zie hoofdstuk 15).

Er zijn bij de analyse van dit deelbestand nog meer zaken van belang die kort worden toegelicht. Ten eerste is de situatie waarin de respondent verkeert vaak zo slecht dat het bij sommige vragen bepaald niet 'kies' zou zijn geweest deze te stellen. Als de psychische toestand slecht is, is het bovendien niet erg zinvol c.q. niet mogelijk om bepaalde vragen te stellen; zo is bijvoorbeeld in de regel geen zelfbeoordelingsschaal over de psychische toestand voorgelegd aan ouderen die met een psycho-geriatrische indicatie (dementie) worden opgenomen. Ten tweede zijn slechts 24 respondenten rechtstreeks ondervraagd, zodat alleen voor hen antwoorden beschikbaar zijn van zelfbeoordelingsschalen zoals die voor de psychische toestand. Ten derde is een tweede respondent vaak niet geheel op de hoogte van privé-zaken zoals het exacte inkomen of opleidingsniveau, zodat bij dit soort vragen relatief veel antwoorden ontbreken.

Omdat in alle gevallen de opname vroeg of laat werd gerealiseerd, wordt in het vervolg niet gesproken van 'aanvragers van opname in het verpleeghuis' of van 'op te nemen verpleeghuispatiënten' (Te Wierik, 1990), maar wordt het deelbestand korthedshalve aangeduid als dat van de verpleeghuispatiënten. Daarmee zijn deze ouderen echter geenszins representatief voor de al langer aanwezige patiënten, terwijl (zoals reeds aan de orde kwam) ook de representativiteit ten opzichte van andere net opgenomen patiënten in sommige gevallen in het geding is. Dit alles noopt tot een zekere terughoudendheid en voorzichtigheid bij analyses met betrekking tot het deelbestand zelf (zoals bij schaalconstructies) en in relatie tot de andere deelbestanden. Waar mogelijk worden de gegevens wel benut, maar bij het schatten van het uiteindelijke model zal de betrouwbaarheid opnieuw moeten worden gezien.

De gehele onderzoekspopulatie en generaliseerbaarheid

Bij het samenvoegen van de vier deelbestanden wordt een respondent, zoals hiervoor werd uitgelegd, als het ware ingedeeld in de 'zwaarste' categorie, dat wil zeggen in het verpleeghuis als hij tevens voorkomt in het bejaardenoord (bij het oorspronkelijke bestand van N=157 komt er op deze wijze nog één bij uit het bejaardenoord) of in het deelbestand van positief geïndiceerden voor opname in het bejaardenoord als hij/zij ook voorkomt in het 'basisbestand' van zelfstandig wonende ouderen. In de analyses wordt zoveel mogelijk uitgegaan van het totale bestand van 943 respondenten. Bij sommige variabelen is dit echter vooral bij verpleeghuispatiënten problematisch; de redenen hiervoor werden al aangeduid.

Het hoofddoel van deze studie is het verschaffen van inzicht in de determinanten van het gebruik van voorzieningen door ouderen om op grond daarvan een simulatiemodel te ontwikkelen (zie hoofdstuk 1). Op de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de gebruikte gegevens wordt in een simulatiemodel een zware hypotheek gelegd, met name als het model voor beleidsdoelinden benut dient te worden.

Ter beantwoording van het vraagstuk van generaliseerbaarheid van de onderzoekspopulatie zijn verschillende aspecten van belang: (a) is deze populatie representatief voor de gehele bevolking, (b) zijn de deelbestanden representatief voor de verschillende groepen in de totale bevolking, (c) zijn de deelbestanden voldoende omvangrijk om te zorgen voor rede-

Tabel 13.2. Samenstelling totale bestand

	thuiswonend	indicatie bej. oord	in een bej. oord	opname in verpl.huis*
geén hulp	301	78	-	47
alleen gezinszorg	71	44	-	14
alleen wijkverpleging	26	12	-	26
beide voorzieningen	17	30	-	26
in bejaardenoord	-	-	206	45
totaal	415	164	206	158
waarvan via 2 ^o respondent (in %)	22,7	32,9	9,7	84,2

* Toestand vóór opname of vóór het daaraan voorafgaande intramurale verblijf (N=79)

lijke betrouwbaarheidsmarges. Bij het eerste punt wordt in herinnering geroepen dat via een postenquête een voorselectie heeft plaatsgevonden zodat het onderzoek beperkt is tot die ouderen die voorzieningen¹ (willen) gebruiken en/of een zekere mate van invaliditeit hebben. Dit blijkt op te gaan voor bijna 1/3 van alle zelfstandig wonende ouderen (benadering via de postenquête). Hoewel de voorselectie een goed te verdedigen aanpak is - zeker in het licht van de onderzoeksvraagstelling die ten grondslag heeft gelegen aan de dataverzameling; zie Frederiks (1990) en het begin van deze paragraaf - kan er echter een probleem ontstaan als de gegevens benut worden voor het schatten van de invloed van toekomstige demografische ontwikkelingen. Deze worden immers geraamd voor de gehele bevolking (op basis van bevolkingsprognoses van het CBS; zie hoofdstuk 2), zodat moet worden verondersteld dat de verdeling in de gehele bevolking tussen géén en een of meer validiteitsbeperkingen constant zal blijven. Over deze verdeling dient derhalve bij het maken van simulaties van het voorzieningengebruik een additionele veronderstelling gemaakt te worden om het mogelijk te maken de resultaten te generaliseren. Dit komt aan de orde op de daarvoor geëigende plaats, namelijk in paragraaf 15.6.

Het gehele bestand is opgebouwd in een periode van bijna twee jaar, beginnend in de tweede helft van 1986 met de postenquête en de daaropvolgende interviews bij thuiswonende ouderen en eindigend met de laatste verpleeghuispatiënten in juli 1988. Dit tijdsverloop is inherent aan het intensieve karakter van mondelinge interviews en het geleidelijk 'vollopen' van de bestanden van aanvragers van opname in een bejaardenoord of verpleeghuis. Toch wordt de verwachting uitgesproken dat in deze periode geen noemenswaardige veranderingen zijn opgetreden in de structuur van de ouderenzorg in Maastricht; bij de analyse van de 'aanbodzijde' in deel B van deze studie zijn ook geen aanwijzingen gevonden voor grote veranderingen.

Bij de tweede vraag of de verschillende deelbestanden representatief geacht mogen worden is hiervoor al uitgebreid stilgestaan. Hier volstaan wij met de conclusie dat deze vraag voor het basisbestand van thuiswonende ouderen zonder meer positief kan worden beantwoord. Bij de andere drie deelbestanden hebben zich in meer of mindere mate problemen voorgedaan in selectieprocedures en uitval. Bij de bewoners van bejaardenoorden zijn die echter niet zodanig geweest dat de representativiteit in ernstige mate in het geding is gekomen, zodat ook voor dit deelbestand kan de vraag positief beantwoord worden. Het deelbestand van positief geïndiceerden voor opname in een bejaardenoord is waarschijnlijk niet geheel representatief, met name niet met betrekking tot het geestelijk functioneren dat door selec-

1. Hieronder zijn begrepen: gezinsverzorging, wijkverpleging, bejaardenoord (inclusief indicatiecommissie daarvoor) en verpleeghuis.

tieve uitval overschat wordt. Het deelbestand van de op te nemen verpleeghuispatiënten kent de meeste problemen, doch dat is in het licht van de ernstige lichamelijke en geestelijke problematiek van deze groep niet onbegrijpelijk. Voor een deel van de problemen is een oplossing via een tweede respondent gevonden, doch hierdoor blijven privacy-gevoelige vragen en beleevingsvragen onbeantwoord. Ook in dit bestand treedt een onderschatting van de geestelijke problematiek op. Voorts zijn terminale patiënten uitgesloten. Samenvattend kan gesteld worden dat dit deelbestand met enige terughoudendheid moet worden gezien.

Tot slot wordt kort stilgestaan bij de derde vraag, namelijk of de omvang van de verschillende deelbestanden voldoende groot is om hanteerbare betrouwbaarheidsmarges te behouden in de analyses. Deze vraag lijkt zonder meer bevestigend te kunnen worden beantwoord voor de voorzieningen die centraal stonden in de oorspronkelijke onderzoeksvraag, namelijk gezinsverzorging, wijkverpleging, bejaardenoord en verpleeghuis. Deze voorzieningen worden in deze studie aangeduid als de basisvoorzieningen voor ouderen. Combinaties van deze voorzieningen (gezinsverzorging en/of wijkverpleging en/of een positief opnameadvies) en minder gangbare voorzieningen zoals dagbehandeling en het gebruik van dienstencentra van het GOW worden echter veel minder vaak gerapporteerd, zodat de analyses daarover met veel grotere onzekerheidsmarges behept zijn. In hoofdstuk 15 komen wij daarop terug.

14. Belangrijke factoren in de leefsituatie van ouderen

14.1. Introductie

In het voorgaande hoofdstuk bleek dat onderzoek naar de factoren die van invloed kunnen zijn op het voorzieningengebruik dikwijls is gebaseerd op het model van Andersen (Andersen en Newman, 1973; Andersen e.a., 1975). Uitgaande van dergelijk onderzoek in het buitenland (Andersen e.a., 1975; Evashwick e.a., 1984) en in Nederland (Arts e.a., 1989; Bisscheroux en Frederiks, 1985; Breemhaar e.a., 1989; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Van den Heuvel, 1987; Van Linschoten e.a., 1988) is een selectie gemaakt van de meest relevante aspecten van de leefsituatie van ouderen. Deze aspecten zijn potentiële dimensies van de afhankelijkheid van ouderen, die mogelijk van invloed zijn op de vraag naar en het gebruik van professionele zorgvoorzieningen en worden in dit hoofdstuk in detail besproken en geanalyseerd. De verdienste van Andersens model ligt met name op het vlak van de ordening van relevante factoren; de verklaringskracht daarentegen blijkt in empirisch onderzoek tot op heden niet erg groot geweest te zijn (zie paragraaf 13.3).

De factoren die als relevant worden aangemerkt en in dit hoofdstuk nader worden onderzocht betreffen: demografische kenmerken zoals leeftijd, sexe, burgerlijke staat en omvang van het huishouden (paragraaf 14.2); instrumentele en algemeen dagelijkse activiteiten, afgekort tot respectievelijk IADL en ADL (paragraaf 14.3); andere indicatoren voor de lichamelijke gezondheid en het medicijngebruik (paragraaf 14.4); het psychisch functioneren (paragraaf 14.5); de woonsituatie zowel in huis als in de directe omgeving (paragraaf 14.6); de sociaal-economische situatie (paragraaf 14.7); het sociaal netwerk (paragraaf 14.8) en ten slotte de informele hulpverlening (in paragraaf 14.9). Per dimensie is de opbouw van het betoog steeds gelijk: na een inleiding over de in de literatuur aangetroffen inzichten met betrekking tot de onderhavige dimensie, worden de (schaal-)constructies van variabelen voor deze dimensie en de onderlinge samenhangen daarbinnen besproken. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de in de literatuur beschreven relaties met andere dimensies uit de leefsituatie van ouderen en wordt het bestaan van deze verbanden op hun relevantie getoetst met behulp van het eigen onderzoekmateriaal.

Doelbewust wordt in deze gehele analyse van de determinanten niet of nauwelijks gerefereerd aan de relaties met het gebruik van voorzieningen. Ook wordt expliciet gesproken van relaties in plaats van causale verbanden. Beide onderwerpen komen in het volgende hoofdstuk aan de orde (hoofdstuk 15). Een kanttekening is nog op zijn plaats en betreft de wijze waarop 'verbanden' worden gekwantificeerd. Dit gebeurt steeds aan de hand van correlatie-matrices die berekend zijn op grond van paarsgewijze verwijdering van ontbrekende gegevens per tweetal variabelen waarvoor de samenhang wordt weergegeven. Lijstgewijze verwijdering van ontbrekende gegevens zou met name bij verpleeghuispatiënten, maar ook in de andere deelbestanden tot een aanzienlijke reductie in het aantal respondenten leiden. In hoofdstuk 15 komen wij op de gevolgen van deze aanpak terug.

14.2. Demografische kenmerken

14.2.1. Inleiding

Onder demografische kenmerken worden begrepen: de leeftijd, de sexe, burgerlijke staat en samenstelling van het huishouden. Deze kenmerken hangen bij ouderen sterk samen. De levensverwachting bij geboorte is voor mannen (ongeveer 73,5 jaar in 1988, CBS) aanzienlijk lager dan voor vrouwen (ongeveer 80,0 jaar). Voor deze verschillen tussen de sexen worden diverse factoren aangevoerd, zoals onder andere leefgewoonten (roken), werk-omstandigheden, cultureel bepaalde rollen en biologische verschillen (Siegel en Hoover, 1982; Tas, 1988). Voor ouderen is de levenswinst veel geringer geweest dan bij jongeren (Lopez en Hanada, 1982): slechts 10% van de totale toename van de levensverwachting in de westerse landen kan worden toegeschreven aan de levenswinst bij 65-plussers (De Vries, 1985). De levensverwachting voor 65-jarigen bedroeg in 1988 voor mannen 15 jaar en voor vrouwen 19 jaar (CBS, 1989). De sexeverschillen zijn derhalve ook bij ouderen van belang, zij het dat verwacht wordt dat deze iets zullen afnemen (Klaassen-Van den Bergh Jeths, 1989). Door het verschil in levensverwachting neemt met het stijgen van de leeftijd de verhouding tussen vrouwen en mannen in een leeftijdsgroep toe van ongeveer 1:1 in de categorie 50-55 jaar tot 2,5:1 bij 90-plussers (CBS, 1989). In de middenvariant van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (1989) wordt verondersteld dat bij ouderen vanaf 85 jaar deze verhouding nog groter zal worden en bij 90-plussers zal stijgen tot bijna 3,5:1 in het jaar 2050 (zie verder hoofdstuk 2).

Leeftijdsvloeden bij ouderen zijn op twee manieren nader te preciseren. Allereerst leidt leeftijd tot een stijgende kans op validiteitsbeperkingen, lichamelijke gezondheidsproblemen en verminderd psychisch functioneren. Leeftijdseffecten op voorzieningengebruik zijn dan ook hoofdzakelijk effecten van gezondheidsproblemen in de meest ruime zin: indien bijvoorbeeld het aantal validiteitsbeperkingen en de leeftijd in regressie- of variantie-analyse gelijktijdig gebruikt worden als potentiële verklarende variabelen voor het gebruik van voorzieningen, dan levert de leeftijd vaak geen afzonderlijke significante bijdrage meer (Coolen en Toersen, 1989; Janssen e.a., 1989; Van Linschoten e.a., 1988), maar hierop zijn ook talrijke uitzonderingen (Andersen en Newman, 1973; Broomhaare e.a., 1989; Van den Heuvel, 1989; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; De Klerk en Huijsman, 1989). De tweede kanttekening betreft het onderscheid tussen cohort- en leeftijdseffecten (Hermkens en Rekers, 1989; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989). Ouderen zijn in termen van scholings- en inkomensmogelijkheden in relatief ongunstige tijden geboren, hebben twee wereldoorlogen meegemaakt, maar de postmoderne industriële en technische ontwikkelingen van de laatste 10 à 15 jaar juist niet bewust en niet-participerend in het arbeidsproces beleefd (Becker, 1989). Verschillen in inkomens- en onderwijsniveau's zijn hoofdzakelijk het gevolg van cohorteffecten (Herweijer, 1990; Pommer, 1990), hetgeen ook geldt voor gedrags- en attitudekenmerken van ouderen (SCP, 1989).

14.2.2. Onderlinge samenhang bij demografische kenmerken

Het voorgaande samenvattend zijn de volgende relaties tussen demografische kenmerken van belang: met de leeftijd neemt het aandeel van vrouwen toe door hun hogere levensverwachting; vrouwen hebben een grotere kans om hun partner te overleven zodat er een verband bestaat tussen leeftijd en sexe enerzijds en burgerlijke staat en alleenstaand zijn anderzijds; de omvang van het huishouden (hier aangegeven met het aantal huisgenoten exclusief de respondent en een eventuele partner) neemt door voorgaande mechanismen af met het toenemen van de leeftijd, maar ook door het 'lege nest' (verlaten van ouderlijk huis

Figuur 14.1. Onderlinge relaties tussen demografische kenmerken

door kinderen). Figuur 14.1 brengt de onderlinge verbanden via correlatiecoëfficiënten in beeld voor de totale onderzoeksgroep ($N=943$). Alle besproken verbanden keren terug, maar enkele behoeven toelichting. Niet (meer) gehuwd zijn leidt er niet automatisch toe dat de respondent alleenstaand is (anders was de correlatie nog hoger geweest) en dit lijkt met name toe te wijzen aan vrouwen, gezien het vrij grote verschil in correlatie tussen enerzijds geslacht en anderzijds alleenstaand of gehuwd zijn.

14.2.3. Samenhang tussen demografische en andere variabelen

In deze paragraaf worden de meest belangrijke verbanden tussen enerzijds demografische kenmerken en anderzijds de andere aspecten van de leefsituatie (sociaal netwerk, sociale status, validiteit en gezondheid, etcetera) slechts beknopt besproken. Bij de afzonderlijke besprekingen over de andere leefaspecten komen de verbanden met leeftijd, geslacht en dergelijke uitgebreider aan de orde.

Met de leeftijd neemt in het algemeen het gebruik van voorzieningen sterk toe (CBS, 1988; Huijsman, 1989b; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; STG, 1985, 1987, 1988). Voor veel afzonderlijke voorzieningen is dat eveneens goed geïllustreerd, zoals bij gezinsverzorging (Huijsman en Dolmans, 1990), bejaardenoordelen (Huijsman, 1988b), wijkverpleging (NK, 1988), gezondheidszorgvoorzieningen zoals huisarts, specialist en ziekenhuis (CBS, 1988) en ambulante geestelijke gezondheidszorg (NVAGG, 1988). Het samengaan van gezondheidsproblemen en alleenstaand zijn leidt tot een groter beroep op en een grotere kans tot toelating in de intramurale sector; ook de opnamedrempel wordt bij alleenstaanden lager gelegd (Merkus, 1974).

Met betrekking tot het sociaal netwerk is geconstateerd dat ouderen die verweduwd zijn vrijwel hetzelfde contactpatroon hebben als gehuwde ouderen (Braam e.a., 1981, p. 88; Shanas, 1968). Duurzame relaties worden vooral aangetroffen tussen mensen die qua leeftijd, burgerlijke staat en/of sociaal-economische status in dezelfde positie verkeren (Braam e.a., 1981; Janssen, 1989; Rosow, 1974). Het eigen gezin blijft echter de hoeksteen in het sociale netwerk; compensatie voor het verlies van een partner wordt in het sociaal netwerk moeilijk gevonden noch binnen, noch buiten het familieverband (Braam e.a., 1981, p. 91; Dooghe en Vanderleyden, 1978; Knipscheer, 1980). Ongehuwden en gescheiden ouderen onderhouden slechts iets hechter contacten met broers en zussen, zodat per saldo voor

deze groepen toch een iets ongunstiger sociaal netwerk resulteert dan voor gehuwden (Braam e.a., 1981, p. 89; Riley e.a., 1968).

Eenzaamheid vertoont bij zelfstandig wonende ouderen nauwelijks samenhang met leeftijd. Enerzijds kan sprake zijn van veranderingen in verwachtingspatronen ('onvermijdelijk', 'hoort erbij'), anderzijds worden eenzame ouderen relatief vaker in een bejaardenoord opgenomen (Braam e.a., 1981; Coolen, 1984).

Eenzaamheid hangt sterk samen met burgerlijke staat en komt het meest voor bij gescheidenen gevolgd door verweduwen en daarna bij gehuwden (De Jong-Gierveld, 1978; Shanas, 1968). Sterke eenzaamheidsgevoelens treden het meest nadrukkelijk op bij het gelijktijdig optreden van een 'ongunstige' burgerlijke staat (gescheiden of verweduwd), alleenstaand, feitelijke gezondheidshandicaps en een negatieve gezondheidsbeleving. Eenzaamheid houdt verband met een zwak contactpatroon (zowel in frequentie als in verscheidenheid) (CBS, 1977). Het contactpatroon is echter niet doorslaggevend; bij vergelijkbaar sociaal netwerk zijn oudere weduwen eenzamer dan oudere gehuwde vrouwen (Knipscheer, 1988; Munnichs, 1972). Sociaal verlies is veel belangrijker dan sociaal isolement, waardoor met name bij recent verweduwde oudere vrouwen de eenzaamheid het hoogste is (Ankersmit, 1979).

14.3. (Instrumentele) Activiteiten van het Dagelijks Leven

14.3.1. Inleiding

Pionier in het onderzoek naar de zogenaamde Activiteiten van het Dagelijks Leven (Activities of Daily Living; ADL) is ongetwijfeld Katz, van wiens hand sinds 1962 vele artikelen zijn verschenen. De activiteiten van het dagelijks leven (ook wel: algemeen dagelijkse levensverrichtingen) worden omschreven als de handelingen die iemand dagelijks moet verrichten teneinde zijn lichaam voldoende te verzorgen (Merkus, 1974). Over de vraag welke activiteiten tot de ADL gerekend moeten worden, bestaat in de literatuur echter geen eenduidigheid. De discussie richt zich met name op mobiliteitsvraagstukken en op de vraag of de eis van dagelijkse uitvoering noodzakelijk is, waarbij aangetekend wordt dat ook andere factoren, zoals cultuurpatronen, hierbij een rol kunnen spelen.

De ADL-index werd aanvankelijk gehanteerd in studies naar de oorzaken van ziekte en naar de effecten van mogelijke behandelingsprotocollen (Katz e.a., 1962; Katz e.a., 1963), en bestond in het begin uit een zeer beperkt aantal van zes items, namelijk zichzelf wassen, kleden, toiletgang, zich verplaatsen, incontinentie en eten. In een latere fase werden met name mobiliteitsitems uitgewerkt (Brook e.a., 1979; Nagi, 1976; Rosow en Breslau, 1966) en opgenomen als aanvulling op de ADL-schaal (Jette en Branch, 1981; Katz, 1983). Sommige auteurs namen ook items op die betrekking hebben op het zintuiglijk functioneren (Chirikos en Nestel, 1985). De ADL-index vertoont een interne hiërarchie (Katz e.a., 1963, 1969 en 1970; Staff of the Benjamin Rose Hospital, 1959, 1960) en geeft aan dat functieverlies in een bepaalde volgorde optreedt en het eventueel herstel van functies in de omgekeerde volgorde plaats vindt. In empirisch onderzoek worden dan ook schalen gevonden die voldoen aan stringente normen van bijvoorbeeld Guttman-analyse (zie hoofdstuk 13). Voorbeelden van gevalideerde schalen zijn de 'scale of self care tasks' (Heuman en Boldy, 1982) met de items wassen, aan- en uitkleden, voetverzorging en mobiliteit of de zogenaamde MOSES-schaal (Helmes e.a., 1987) met vijf dimensies waaronder een ADL-schaal met wassen, kleden, incontinentie, in en uit bed gaan en lichaamsverzorging (nagels, haar e.d.). Geconcludeerd wordt dat 'the ADL-index is based on primary biological and psychosocial function, reflecting the adequacy of organized neurological and locomotor response' (Katz e.a., 1963). Er wordt daarbij bovendien gewezen op parallellen met de antropologie en in de ontwikkeling van kinderen (Katz en Akpom, 1976). Deze parallel is voor een aantal onder-

Tabel 14.1. Hiërarchische relatie tussen (I)ADL-items

Instrumentele activiteiten	Algemene dagelijkse activiteiten
1. vloer dweilen	1. zich volledig wassen
2. de was doen	2. aan- en uitkleden
3. boodschappen doen	3. in- en uit bed gaan
4. stofzuigen	4. gezicht en handen wassen
5. bed verschonen	5. naar toilet gaan
6. eten koken	6. (mobiliteitsitems)*
	7. eten en drinken
	8. (incontinentie)*

* Toevoegingen ten aanzien van schema (Coolen, 1989)

zoekers de reden om bijvoorbeeld incontinentie als een ADL-item te beschouwen (Leering, 1968 en 1969; Helmes e.a., 1987). Een andere detaillering betreft het onderscheid tussen primaire activiteiten die terug te voeren zijn op het primitief dierlijk bestaan (eten, toiletgang etc.) en de activiteiten die deels cultureel bepaald worden (kleden, wassen). Prevalentiecijfers voor de eerste ADL-items vertonen naar tijd en plaats weinig fluctuatie en hebben in tegenstelling tot de tweede groep nauwelijks verband met sexe (Akpom e.a., 1973; Branch e.a., 1984; Jette en Branch, 1981; Katz e.a., 1963; Wenger, 1986). Er zijn derhalve veel aanwijzingen (Spector e.a., 1987) dat tussen ADL-items een rangorde bestaat naar moeilijkheidsgraad, ook indien mobiliteitsitems opgenomen worden (Brook e.a., 1979). Zo is bijvoorbeeld zichzelf wassen een moeilijker handeling dan kleden, dat weer moeilijker is dan eten (Staff of the Benjamin Rose Hospital, 1959 en 1960). Een ordening naar complexiteit van ADL-handelingen leidt tot een schaal van kenmerken, waarmee de hulpbehoefte te kwantificeren is. Ook in Nederlands onderzoek zijn deze verbanden vastgesteld (Bissheroux en Frederiks, 1985; Coolen, 1989; Faasse, 1977; Huijsman en Visser, 1990; Leering, 1968 en 1969; Leering e.a., 1974; Merkus, 1974; Van Drunen en Van Montfoort, 1980 en 1981). Ook verbijzonderd naar groepen van ouderen blijft de hiërarchie in tact; dit geldt voor zelfstandig wonenden (o.a. Frederiks, 1990), bejaardenoordbewoners (zie hoofdstuk 10) en verpleeghuispatiënten (Van Drunen en Van Montfoort, 1980, 1981). Tabel 14.1 laat de meest voorkomende handelingen in hun onderlinge hiërarchie zien, waarbij in het algemeen geldt dat uitval op een hoger genummerde handeling ook uitval bij lager genummerde handelingen met zich meebrengt (Coolen, 1989).

Bij de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL), in Nederlands onderzoek ook wel aangeduid als huishoudelijke activiteiten (HHA), speelt het probleem dat de diversiviteit in te onderscheiden handelingen zeer groot is en dat daardoor het gevaar optreedt dat schaalconstructie berust op meer toevallige omstandigheden en (sterker dan bij ADL-schalen) leidt tot 'kanskapitalisatie'. Bovendien worden beperkingen bij instrumentele activiteiten deels cultureel bepaald (Fillenbaum, 1985; Koyano e.a., 1988; Wenger, 1986). De literatuur over IADL-beperkingen is dan ook minder omvangrijk dan die van ADL en gevalideerde instrumentele schalen zijn schaars. De eerste gevalideerde schaal (Lawton en Brody, 1969) betrof acht items, te weten telefoneren, boodschappen doen, (warme) maaltijdbereiding, het huis schoonhouden, de was doen, gebruik van (openbaar) vervoer, zelfmedicatie en afhandeling van financiële zaken. Deze schaal, die sexe-afhankelijk ingevuld is door bij mannen drie items niet op te nemen (de was, huishouden en maaltijd), heeft een sterke Guttmanstructuur, goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een significante samenhang met andere meetinstrumenten voor fysiek, psychisch en sociaal functioneren. Empirisch onderzoek (Fillenbaum, 1985) maakt het aannemelijk dat IADL-items een andere dimensie weergeven dan ADL-items en dat zij in factoranalyse een eigen bijdrage leveren. Bovendien werd ook voor de instrumentele activiteiten een sterke Guttman-schaal

bereikt bestaande uit 5 items, namelijk (naar afnemende moeilijkheidsgraad): huishouden, transport, boodschappen doen, maaltijdbereiding en financiële zaken. Er zijn overigens aanwijzingen dat sommige IADL-items andere aspecten dan het fysieke functioneren meten. Zo is het mogelijk dat beperkingen bij telefoneren, financieel beheer en zelfmedicatie deels bepaald worden door cognitieve functiebeperkingen (Fillenbaum, 1985; Manton en Soldo, 1985; Pfeffer e.a., 1982; Wenger, 1986; Wilkin, 1987).

De laatste jaren wordt het steeds duidelijker dat de IADL- en ADL-schalen samen te voegen zijn tot één totaalschaal (met subschalen) ter beoordeling van de fysieke validiteit van ouderen in ruimste zin (Coolen, 1986; Cornoni-Huntley e.a., 1985; Fillenbaum, 1985; Spector e.a., 1987; Frederiks, 1990; Huijsman en Visser, 1990). Deze nieuwe validiteitsschaal zou dan uit drie dimensies bestaan, waarbij naast ADL en IADL de mobiliteit een aparte dimensie vormt (Lawton en Brody, 1969; Katz, 1983; Pfeffer e.a., 1982). Het voordeel van deze gecombineerde schaal is bovendien dat een breder continuüm aan problemen bestreken wordt, omdat de oorspronkelijke ADL-schaal zich meer richt op zwaardere beperkingen met relatief lage prevalentiecijfers, zelfs bij hoogbejaarden (Katz, 1983; Koyano e.a., 1988).

14.3.2. Constructie (I)ADL-schalen

In het Maastrichtse onderzoek (Frederiks e.a., 1988, 1989) zijn in totaal 17 (I)ADL-items opgenomen, waaronder acht ADL-items (in en uit bed stappen, zichzelf wassen, aan- en uitkleden, toiletgang, eten en drinken, binnenshuis verplaatsen, traplopen en lezen) en negen instrumentele items (koken, broodmaaltijd maken, stoffen, dweilen, verwarming verzorgen, boodschappen doen, de was doen, bed opmaken en administratie doen). Dit zijn dezelfde vragen die waren opgenomen in het (voormalige) Besluit Opneming Bejaardenoorden, waarbij 'zich binnenshuis verplaatsen' is aangevuld met traplopen en de instrumentele activiteiten bovendien aangevuld zijn met 'administratie doen'. Schaalanalyse op basis van het gehele bestand ($N=943$) laat zien dat de betrouwbaarheid van de gecombineerde schaal (Cronbach's $\alpha=0,93$) groter is dan die van de afzonderlijke ADL-schaal ($\alpha=0,90$) en IADL-schaal ($\alpha=0,85$). Bovendien kan in de gecombineerde (I)ADL-schaal géén verbetering meer bereikt worden door een item weg te laten; dit is wel het geval bij de afzonderlijke ADL-schaal en betreft dan lezen en eten/drinken. Factor-analyse op alle items levert drie factoren op, waarbij uit de oorspronkelijke subschalen enkele items bij de derde factor worden ondergebracht: dat betreft de ADL-items eten en lezen en de IADL-items verwarming verzorgen, broodmaaltijd klaarmaken en administratie doen. De totale verklaarde variantie is 61,9%, waaraan de laatste (rest-)factor slechts 6,4% bijdraagt.

Tabel 14.2. Itemverdeling* over de totale somschaal van (I)ADL

	Score op somschaal van 17 items																	Totaal	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
dweilen	-	17	40	60	80	75	39	47	44	44	43	50	45	49	42	41	46	91	853
de was doen	-	3	39	41	52	64	35	41	42	42	42	50	45	49	41	41	46	91	774
trappen lopen	-	1	10	30	37	52	28	39	16	39	44	48	44	45	40	40	46	91	670
boodschappen	-	1	3	23	43	47	28	41	36	42	43	49	43	49	42	41	46	91	667
koken	-	4	16	18	23	25	20	23	31	34	33	41	37	48	42	41	46	91	573
administratie	-	1	8	27	38	38	22	27	28	32	34	34	42	37	41	45	91	564	
bed opmaken	-	1	11	12	22	25	23	30	31	38	38	38	46	40	40	46	91	518	
stoffen	-	9	21	23	10	24	25	29	31	38	40	47	42	41	46	91	517		
zich wassen	-	1	6	10	11	18	24	31	36	50	44	49	42	41	46	91	502		
in/uit bed	-	2	6	7	7	17	24	31	36	50	44	49	42	41	46	91	420		
zich aan/uitkleden	-	1	2	2	4	9	12	13	27	39	43	48	41	41	46	91	415		
zich verplaatsen	-	1	2	4	8	6	8	9	11	16	28	32	40	35	36	38	46	91	400
lezen	-	1	2	4	8	6	8	9	11	16	28	32	40	35	36	38	46	91	400
toilet gebruiken	-	1	2	4	8	6	8	9	11	16	28	32	40	35	36	38	46	91	400
brood maken	-	1	2	4	8	6	8	9	11	16	28	32	40	35	36	38	46	91	400
verwarming verz.	-	1	2	4	8	6	8	9	11	16	28	32	40	35	36	38	46	91	400
eten/drinken	-	1	2	4	8	6	8	9	11	16	28	32	40	35	36	38	46	91	400
aantal respondenten	38	27	59	73	86	76	40	47	44	45	44	50	45	49	42	41	46	91	943

* Items zijn gedichotomeerd; beperkingen zijn gedefinieerd als het niet moeiteloos kunnen verrichten van handelingen

Tabel 14.2 geeft de mogelijkheid de hiërarchie van de 17 items te onderzoeken, door per item de frequentieverdeling over de gehele somschaal van alle (I)ADL-items te bekijken. Vervolgens zijn de items grofweg geordend van hoge naar lage prevalentiecijfers. Slechts 38 personen (4%) heeft geen enkele beperking en derhalve nul punten op de totale somschaal. Het gemiddeld aantal beperkingen is 8,6 (std.dev.=5,3). De mediaan ligt bij 5 beperkingen. In hoofdstuk 13 werd geïllustreerd welk patroon in de tabel verwacht wordt indien sprake zou zijn van een sterke schaal (zie figuur 13.1): onder de diagonaal dienen géén of slechts weinig waarnemingen te zijn. Enkele items zijn niet 'netjes' over de schaal verdeeld en doorkruisen derhalve het hiërarchische patroon. Deze items, te weten lezen, administratie en verwarming verzorgen, zijn verder buiten beschouwing gelaten. Ook eten/drinken is aan het begin van de schaal enigszins afwijkend, maar discrimineert juist aan het eind van de schaal goed en wordt daarom niet uitgesloten van de schaalanalyse.

Het blijkt dat de (I)ADL-items elkaar gedeeltelijk overlappen: aan het begin van de schaal treffen wij ook ADL-items aan (traplopen) en aan het eind van de schaal IADL-items (verwarming en broodmaaktijd klaarmaken).

Uit het literatuuroverzicht bleek het van belang te zijn om bij de constructie van (I)ADL-schalen rekening te houden met de setting waarin de ouderen verblijven. In tabel 14.3 worden voor de totale onderzoeksgroep en de subgroepen (thuiswonend, positief geïndiceerd, bejaardenoortbewoners en verpleeghuispatiënten) de prevalentiecijfers weergegeven. De (vooralsnog) geselecteerde items zijn daarbij gerangschikt naar de volgorde waarin gemiddeld voor het gehele bestand het optreden van beperkingen plaats vindt. Globaal bezien wordt deze volgorde ook binnen de afzonderlijke deelbestanden aangetroffen.

Het beeld laat zich als volgt samenvatten: als eerste vallen dweilen en de was doen af (dit laatste bij thuiswonende vrouwen in een later stadium; niet in tabel); bij mannen treden er vervolgens beperkingen op in het blok koken, stoffen en bed opmaken, gevolgd door traplopen, boodschappen doen en zichzelf wassen. Thuiswonende vrouwen houden het eerste blok handelingen (koken, stoffen, bed opmaken) langer vol en krijgen juist eerder beperkingen in het tweede blok (traplopen, boodschappen en zichzelf wassen). Het volgende blok betreft (mobiliteits-)beperkingen bij aan- en uitkleden, in en uit bed stappen en zich binnenshuis verplaatsen en is het een na laatste soort activiteiten dat uitvalt. In alle groepen, uitgezonderd zelfstandig wonende vrouwen waar verstoring optreedt door de eerder genoemde huishoudelijke activiteiten (stoffen en koken), treden de mobiliteitsbeperkingen als blok op, maar de volgorde daarbinnen kan per groep verschillen. Het laatste valt in alle

Tabel 14.3. Itemverdeling* over totale somschaal van (I)ADL

Items	thuis- wonenden (N=415)	pos. geïn- diceerden (N=164)	bej.oord- bewoners (N=206)	verpleeghuis patiënten (N=158)	gemiddeld (N=943)
dweilen	81,0	96,3	98,1	99,4	90,5
de was doen	67,5	84,1	96,1	100,0	82,1
traplopen	54,0	80,5	81,2	93,0	71,0
boodschappen	53,3	79,9	73,6	100,0	70,7
koken	39,3	59,1	76,3	98,7	60,8
bed opmaken	37,3	53,7	58,5	98,1	54,9
stoffen	34,2	59,1	59,9	98,1	54,8
zich wassen	28,4	59,1	63,8	98,7	53,2
in/uit bed	23,9	51,8	49,8	84,7	44,5
aan/uitkleden	21,7	43,9	49,3	96,2	44,0
binnen lopen	19,8	45,7	52,2	86,0	42,4
toiletgebruik	12,8	16,5	29,0	90,4	29,9
brood maken	8,0	9,1	20,3	92,4	24,9
eten/drinken	4,1	3,7	13,0	59,2	15,2

Tabel 14.4. Correlatie-coëfficiënten tussen (I)ADL-subschalen *

(I)ADL-subschalen	1	2	3	4	5
1. dweilen en de was doen	1,00				
2. koken, stoffen en bedopmaken	0,55	1,00			
3. traplopen, boodschappen doen en zichzelf wassen	0,50	0,68	1,00		
4. in/uit bed, kleden en lopen	0,39	0,66	0,77	1,00	
5. broodmaaltijd, eten/drinken en toiletgebruik	0,30	0,61	0,55	0,71	1,00

* Paarsgewijze correlaties: gehele bestand

groepen het blok uit waarin begrepen zijn broodmaaltijd klaarmaken, gebruik maken van toilet en eten/drinken (de negatieve activiteiten in de bewoordingen van Katz, 1963).

De hiërarchie in (I)ADL-items komt goed terug in de correlaties tussen deze items: naarmate de afstand tussen twee items op de totale schaal groter is, is de correlatie-coëfficiënt kleiner (zie bijlage 6). Een zelfde patroon komt naar voren indien de hiervoor samengestelde blokken bezien worden (zie tabel 14.4).

Mokken- en Rasch-analyse staan geen ontbrekende antwoorden toe, hetgeen bij (I)ADL-items voorkomt bij 27 respondenten, waarvan 17 in het verpleeghuis. In het onderstaande zijn deze buiten beschouwing gelaten (zodat $N=916$). Op grond van de Mokken-analyse via de MSP-zoekprocedure (Debets en Brouwer, 1989) wordt geen van de (I)ADL-items uitgesloten van opname in de totale schaal. Ondanks de hoge Loeverings' H-coëfficiënt voor de totale schaal ($H=0,70$; $\rho=0,94$), hebben enkele items een beduidend lagere partiële H-coëfficiënt, met name als de positie van dat item in de totale schaal meegewogen wordt. Net als in de voorgaande analyses betreft dat het IADL-item 'verwarming verzorgen', dat als een na makkelijkste item ($H_i=0,79$) na 'eten' ($H_i=0,88$) en vóór 'broodmaaltijd klaarmaken' ($H_i=0,83$) geplaatst wordt, en het IADL-item 'administratie' ($H_i=0,51$) dat als elfde item na 'bed opmaken' ($H_i=0,65$) en voor 'koken' ($H_i=0,59$) geplaatst wordt.

Hiermee zijn tevens de laagste H_i 's aangegeven. Het weglaten van de twee IADL-items leidt tot een iets sterkere schaal ($H=0,73$; $\rho=0,94$), waarin echter nog een aantal schendingen tegen de (additionele) veronderstelling van dubbel-monotone items optreedt. Items, die deze stringentste Mokken-eis schenden zijn de items 'bed opmaken' ($H_i=0,67$), 'in/uit bed stappen' ($H_i=0,73$) en 'traplopen' ($H_i=0,66$). Dit zijn bovendien steeds items waarvoor een ander item met een vergelijkbare moeilijkheidsgraad aanwezig is; voor 'bed opmaken' is dat 'stoffen'; voor 'in/uit bed stappen' is dat 'aan- en uitkleden' en voor 'traplopen' tenslotte 'boodschappen doen'. De resterende schaal is sterk ($H=0,77$; $\rho=0,92$) en kent vrijwel geen schendingen van de dubbele-monotonie-eis, uitgezonderd het 'koken' en 'stoffen' aan het moeilijkste eind van de schaal (na achtereenvolgens 'dweilen', 'de was doen' en 'boodschappen doen') hetgeen eerder verklaard werd uit sexe-verschillen.

Rasch-analyse leidt tot dezelfde conclusies: de betrouwbaarheidsintervallen rondom de moeilijkheidsgraad van de genoemde items overlappen elkaar grotendeels. Bovendien is bij Rasch-analyse de optie mogelijk om verschillende groepen met elkaar te vergelijken, hetgeen gedaan is voor sexe en (bij thuiswonenden) al of niet geïndiceerd zijn voor het bejaardenoord. Ook binnen deze subgroepen blijven de bevindingen gelden, maar wordt de eerder gemelde sexe-gevoeligheid voor één blok items ('koken', 'stoffen', 'bed opmaken')

Tabel 14.5. Samenvatting van test-resultaten voor gecombineerde (I)ADL-schaal

items	prevalentie	H_i	item-totaal correlatie	Rasch-analyse	
				diff.log	95%-interval
dweilen	0,90	0,79	0,37	- 4,19	- 4,46; - 3,91
was doen	0,82	0,74	0,47	- 3,04	- 3,26; - 2,82
boodschappen	0,70	0,72	0,58	- 1,94	- 2,14; - 1,74
koken	0,60	0,65	0,59	- 1,07	- 1,27; - 0,88
stoffen	0,54	0,71	0,69	- 0,54	- 0,74; - 0,34
zichzelf wassen	0,52	0,78	0,77	- 0,37	- 0,57; - 0,17
kleden	0,43	0,80	0,78	0,56	0,34; 0,77
lopen	0,41	0,76	0,71	0,73	0,52; 0,95
toilet	0,29	0,87	0,72	2,27	2,03; 2,51
broodmaaltijd	0,24	0,85	0,65	3,00	2,74; 3,26
eten/drinken	0,14	0,90	0,52	4,60	4,27; 4,93
totaal		0,77 (rho=0,92)	$\alpha=0,89$	$\alpha(\text{pers})=0,84$	

veel duidelijker én toetsbaar¹: significant moeilijker voor vrouwen is 'boodschappen doen' ($t=5,8$), 'traplopen' ($t=4,2$) en 'dweilen' ($t=4,1$). In tabel 14.5 worden alle voorgaande resultaten van de Mokken- en Rasch-analyse samengevat voor de 11 geselecteerde items. Figuur 14.2. geeft de Rasch-moeilijkheidsschaal (logaritmisch) met de locaties van de items (zie ook de tabel) én de persoonscores (tussen haakjes het aantal bijbehorende respondenten). Het discriminerend vermogen van de items kon zo nog beter beoordeeld worden: tussen 'koken' en 'stoffen' bevindt zich géén respondent zodat een van de twee items zou kunnen vervallen; hetzelfde geldt voor 'kleden' en 'traplopen'. Indien dit echter gebeurt, loopt de sterkte van de schaal iets terug (van $\alpha=0,90$ tot $\alpha=0,86$). Tenslotte laat de figuur zien, dat een item ontbreekt om te discrimineren tussen de persoonscores van 7 of 8 punten (hetgeen niet het gevolg is van voorgenoemde selectie van items; ook indien alle (I)ADL-items gebruikt worden blijft het probleem bestaan).

Op grond van voorgaande analyses kan geconcludeerd worden dat er twee alternatieven zijn voor het samenstellen van (I)ADL-schalen. Enerzijds zijn vijf afzonderlijke schalen denkbaar waardoor rekening gehouden kan worden met sexe-specifieke patronen. Samenvattend betreft het de volgende clusters van items: (1) dweilen en de was doen; (2) koken, stoffen en bed opmaken; (3) traplopen, boodschappen doen en zichzelf wassen; (4) in en uit bed stappen, aan- en uitkleden en binnenshuis lopen en (5) broodmaaltijd klaarmaken, eten en drinken en toiletgebruik. Anderzijds blijkt het ook mogelijk te zijn één gecombineerde (I)ADL-schaal te maken met sterke eigenschappen. Deze bestaat uit elf items, namelijk de voorgaande items exclusief bed opmaken, traplopen en in/uit bed stappen.

14.3.3. Relaties met andere aspecten uit de leefsituatie

(I)ADL-beperkingen leveren als benadering voor de hulpbehoefte in onderzoek naar het gebruik van voorzieningen over het algemeen verreweg de grootste bijdrage aan de verklaarde variantie (zie voor een overzicht van diverse studies: Klaassen-van den Berg Jeths, 1989). Ook recent Nederlands onderzoek laat zien dat (I)ADL-schalen verreweg de

1. Dit gebeurt in het PML-programma (PC-versie; Molenaar, 1989) via een toets waarvan de verdeling lijkt op dit van de Students' t -toets. Hoewel ook hier een significantie-uitspraak mogelijk is als $t' \geq 2$, wordt vanwege de vraagtekens die bij de toets gesteld kunnen worden (Molenaar, 1989) een minimale kritische waarde van $t = 4$ gehanteerd.

Figuur 14.2. (I)ADL: item- en persoonspatronen in Rasch-analyse

meest belangrijke verklaring bieden voor het voorzieningengebruik bij ouderen (Van Linschoten e.a., 1988; De Klerk en Huijsman, 1989; Coolen e.a., 1989). De rol van (I)ADL-schalen blijft ook dominant indien gecorrigeerd wordt voor leeftijd, geslacht of samenlevingsvorm (Bisscheroux en Frederiks, 1986; Breemhaar e.a., 1988; De Klerk en Huijsman, 1989; Van Linschoten e.a., 1988).

Uit de literatuur blijkt dat demografische kenmerken van invloed zijn op de mate van beperkingen op huishoudelijk en algemeen dagelijks functioneren: de (I)ADL-beperkingen lopen op met de leeftijd en zijn bij ADL hoger en bij IADL lager voor vrouwen dan voor mannen. Het aantal beperkingen is hoger als de subjectieve gezondheidsbeleving lager is (Linschoten e.a., 1988, p. 57; Naafs, in Schroots e.a., 1989, p. 315-321). Alleenstaanden hebben wellicht niet méér (I)ADL-problemen (indien gecorrigeerd wordt voor leeftijd en sexe), maar wel minder mogelijkheden om deze op te vangen waardoor zij eerder gebruik maken van voorzieningen.

Ook voor andere aspecten bestaan er aanwijzingen voor min of meer sterke verbanden met (I)ADL-scores. Te noemen zijn: somatische of chronische aandoeningen (Bosma, 1988; Coolen en Toersen, 1989; Van den Bos e.a. in Schroots e.a. 1989, p. 343-348), psychosociale toestand (Van Linschoten e.a., 1988; Van Linschoten en Van den Heuvel, 1990; ook in verzorgingstehuizen: Frederiks e.a., 1988; Huijsman, 1990), eenzaamheid (Coolen en Toersen, 1989) en persoonlijkheidsvariabelen (Van Linschoten e.a., 1988, p. 57). Over de sociaal-economische status als beïnvloedende factor bestaat al lang discussie (Mackenbach en Van der Maas, 1987; Van der Maas, 1989), die tot wisselende conclusies leidt: algemeen wordt echter aangenomen dat het verband tussen sociaal-economische status (inkomen, opleiding, beroepsgroep) en het aantal (I)ADL-beperkingen niet erg sterk is (Coolen en Duipmans, 1987; Thijssen, 1986).

Thans wordt gezien in hoeverre de in de literatuur gesuggereerde verbanden ook in het eigen onderzoek worden aangetroffen. Op basis van correlatie-matrices is figuur 14.3 opgesteld, waarbij voor eventuele verbanden (zonder deze oorzakelijk te noemen) de

-0,18	-0,19	-0,12	-0,14	gehuwd(N/J)	
-0,11	0,21	0,13		sexe (M/V)	
0,34	0,20	0,28	0,20	0,12	0,12
IADL 1	IADL 2	IADL 3	IADL 4	IADL 5	(I)ADL
		-0,20	-0,11	-0,10	soc-econ. status
0,22	0,44	0,40	0,44	0,63	0,55
0,13	0,16	0,22	0,21	0,17	0,22
0,20	0,34	0,42	0,38	0,29	0,40
-0,21	-0,22	-0,27	-0,24	-0,22	-0,30
0,10	0,17	0,20	0,22	0,16	0,21
					eenzaamheid

Toelichting: IADL1 = dweilen en de was doen
IADL2 = koken, stoffen en bed opmaken
IADL3 = traplopen, boodschappen doen en zichzelf wassen
IADL4 = in/uit bed stappen, aan/uit-kleden en binnenshuis lopen
IADL5 = broodmaaltijd klaarmaken, eten/drinken en toiletgebruik
(I)ADL= rasch-schaal van 11 items (zie paragraaf 14.2.2.)

Figuur 14.3. Significante samenhangen tussen (I)ADL-schalen en andere aspecten

grootte van de correlatie-coëfficiënt is aangegeven. Daar wij thans met name geïnteresseerd zijn in verbanden met de (I)ADL-schalen zoals die hiervoor zijn afgeleid, worden onderlinge relaties tussen de andere variabelen buiten beschouwing gelaten. Verbanden die niet worden gevonden, zijn in de figuur ook niet aangegeven. De bevindingen zijn als volgt samen te vatten. Er worden géén significante verbanden gevonden met het wel of niet bewonen van een aanleunwoning of serviceflat, gescheiden of ongehuwd zijn en het gebruik van medicamenten tegen nervositeit of depressiviteit. Er zijn ook geen significante verbanden tussen de mate van (I)ADL-beperkingen en het doen van een aanvraag voor gezinsverzorging of opname in het bejaardenoord. Bij gezinsverzorging kan echter de kanttekening worden geplaatst dat slechts weinig respondenten een aanvraag hiervoor hebben gerapporteerd. De significante samenhangen zijn ter afronding kort te schetsen. Bij de demografische kenmerken is de samenhang tussen de (I)ADL-(sub)scha(a)l(en) en leeftijd immer significant. Sexe-patternen komen niet tot uitdrukking in de eerste en vijfde subschaal, terwijl de resterende verbanden elkaar in de gecombineerde schaal blijken op te heffen. Van eventuele rolpatronen bij (I)ADL-handelingen kan worden aangenomen dat deze zichtbaar worden door de samenhang met al of niet gehuwd te bezien: zowel in de gecombineerde als in enkele subschalen blijkt deze significant te zijn. Met betrekking tot de sociaal-economische status blijkt de samenhang significant te zijn; dit wordt met name veroorzaakt door de derde subschaal en in iets mindere mate door de vierde. Alle subschalen en de gecombineerde (I)ADL-schaal blijken in sterke mate significant samen te hangen met de ziekte duur, het subjectieve oordeel over de gehele situatie, de Zung- en AMT-score en de mate van eenzaamheidsgevoelens. De hoogte van de correlatiecoëfficiënten (afgezien van het teken) vertoont bij de laatste vier genoemde aspecten uit de leefsituatie van ouderen een vast patroon: de grootte loopt op van de eerste tot de derde subschaal en neemt daarna weer af.

14.4. Andere indicatoren voor lichamelijk functioneren

14.4.1. Inleiding

Naast de hiervoor besproken (I)ADL-schalen zijn er nog andere indicatoren voor het lichamelijke functioneren. Ziekte en gezondheidsproblemen kunnen worden opgevat als verschillende stadia van in de tijd verlopende processen (Van der Plaats, 1975; Sipsma, 1973). Er zijn drie benaderingen mogelijk om de lichamelijke gezondheid te operationaliseren (Liang, 1986): (a) het medische model, waarbij gezondheid betekent dat ziekte afwezig is (veelal op basis van zelfrapportage door de respondenten); (b) het sociaal-functionele model, waarbij gezondheid wordt afgemeten aan de mate van de mobiliteit, het vervullen van sociale rollen en taken; (c) het psychologische model, gemeten via de subjectieve gezondheidsbeleving van de respondenten, vaak in vergelijking tot de eigen gezondheid vroeger of de gezondheid van leeftijdsgenoten. Een enigszins vergelijkbaar onderscheid betreft de drie begrippen 'disease' vanuit de biomedische invalshoek en vanuit de sociaalwetenschappelijke invalshoek 'illness' (individuele beleving van een waargenomen ziekteverschijnsel) en 'sickness' (de sociale gevolgen). Deze drie begrippen kunnen in acht mogelijke combinaties voorkomen met als meest saillante voorbeeld dat van 'simulatie': medisch gesproken is er niets aan de hand, de persoon in kwestie voelt zich prima, maar onttrekt zich toch aan zijn of haar sociale verplichtingen. In beide terminologieën behoren de in de vorige paragraaf besproken (I)ADL-beperkingen tot de sociale definitie van (on-) gezondheid of 'sickness' (Arts e.a., 1989; Klaassen-van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985; Tax e.a., 1981; Naafs, 1989). Leefsituatie-onderzoek is eigenlijk niet geschikt voor het peilen van de medische dimensie (Coolen, 1986, p. 72).

In de WHO-definitie van gezondheid (WHO, 1948: "health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity") komen de verschillende gezondheidsdimensies duidelijk naar voren (Brook e.a., 1979). Het verschil tussen objectieve en subjectieve gezondheid is vaak onderzocht. In de literatuur zijn sterke aanwijzingen te vinden dat ouderen de neiging hebben hun gezondheid te overschatten (Dooghe en Vanderleyden, 1978; Cockerham e.a., 1983; Fuldauer, 1966; Kane en Kane, 1981; Leavey en Wilkin, 1988; Maanen, 1985; Naafs, 1989; Picauly, 1987). Mogelijk kan hierbij een rol spelen dat de eigen evaluatie van gezondheid in de meeste onderzoeken dient plaats te vinden op basis van één vraag (Brook e.a., 1979; Van den Bos, 1988). Daarbij worden bovendien verschillende referentiekaders aangeboden: (a) geen referentiekader ('hoe vindt u uw gezondheid?'); (b) het verleden als referentiekader ('hoe vindt u uw gezondheid in vergelijking met vroeger?'); (c) leeftijdsgenoten als referentiegroep ('hoe vindt u uw gezondheid in vergelijking tot die van uw leeftijdsgenoten?'). De laatste vorm is in het onderhavige onderzoek gehanteerd. Extensieve onderzoek naar de subjectieve gezondheidsbeleving (Ware en Karmos, 1976) laat echter zien dat ook hierbij weer verschillende dimensies van belang zijn (zie ook: Brook e.a., 1979; Lawton e.a., 1984; Leavey en Wilkin, 1988). Daarbij speelt de verwevenheid met psychologische mechanismen en het psychisch functioneren een grote rol (Arts e.a., 1989; Lehr, 1980; Williams, 1983).

14.4.2. Constructie van en onderlinge samenhangen tussen gezondheidsindicatoren

In het onderzoek (Frederiks e.a., 1988; Frederiks, 1990; Te Wierik en Frederiks, 1989) is over de lichamelijke gezondheid een aantal vragen gesteld, namelijk naar de gezondheidsbeleving, het gebruik van medicijnen, de aanwezigheid van een chronische ziekte, het aantal weken dat men het laatste jaar door ziekte is uitgevallen, het gehoor en actieve lichaamsbeweging. Deze vragen refereren aan bepaalde aspecten van gezondheid en hebben

niet de pretentie de algehele gezondheidstoestand te meten. De vragen spreken min of meer voor zich, waar nodig wordt een toelichting gegeven.

De vraag naar gezondheidsbeleving luidt: "Als U Uw gezondheid vergelijkt met die van Uw leeftijdsgenoten, is deze dan goed of slecht?", met vijf antwoordmogelijkheden die variëren van 'uitstekend' tot 'slecht'. Leeftijdsgenoten blijken bij zelfevaluatie de belangrijkste referentiegroep te zijn (Fillenbaum, 1979; Shanas e.a., 1968). Naast een algemene vraag naar voorgeschreven medicijngebruik is van twee soorten medicijnen, de antidepressieve en sedatieve, het gebruik verder geïnventariseerd. Indien de vraag naar medicijngebruik bevestigend was beantwoord, werd aan de ouderen gevraagd: "Zijn hier medicijnen bij tegen nervositeit, slapeloosheid en depressie?". Wanneer deze vraag bevestigend werd beantwoord werden de namen van deze medicijnen genoteerd. Aan de hand van het repertorium werd een indeling gemaakt in antidepressieve geneesmiddelen en sedatieve geneesmiddelen (met name slaapmiddelen).

De vraag naar de aanwezigheid van een chronische ziekte luidt: "Heeft U een chronische aandoening of handicap?". Na bevestiging werd gevraagd welke aandoening of handicap, gedeeltelijk ter controle van het antwoord, maar ook ter verdere specificatie, die hier niet uitgewerkt wordt, omdat geen codering heeft plaats gevonden. Wij beperken ons hier derhalve tot het wel of niet hebben van een chronische aandoening of handicap. Om een indruk van het functioneren van het gehoor te krijgen is gevraagd: "Hoe is Uw gehoor?", met vijf antwoordmogelijkheden, variërend van 'uitstekend' tot 'slecht'. Om na te gaan of ouderen nog lichamelijk bewegen is hun gevraagd of zij al of niet nog doen aan regelmatige sport- of bewegingsoefeningen. Wanneer deze vraag in een bepaalde situatie te navrant leek (bedlegerigheid, ernstige invaliditeit) werd het stellen ervan achterwege gelaten. Dit geldt voor zo goed als alle verpleeghuispatiënten.

In tabel 14.6 wordt een overzicht van de frequentie van de genoemde gezondheidsaspecten gegeven voor elk van de deelbestanden en de gehele steekproef. Deze tabel is voorts uitgebreid met het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (die niet belicht worden in de beschrijving van de kernvoorzieningen in deel C). In het algemeen geldt dat de thuiswonenden beter scoren dan de positief geïndiceerden, die op hun beurt weer beter af zijn dan de verpleeghuispatiënten (bij wie een aantal aspecten onbevraagd is gebleven; zie paragraaf 13.6). De bejaardenoordbewoners 'passen' niet goed in het algemeen heersende beeld van voortschrijdende gezondheidsachteruitgang naarmate men in 'zwaardere' voorzieningen komt (Broomhaar e.a., 1989; Huijsman, 1988a). Veelal nemen bejaardenoordbewoners een tussenpositie in tussen thuiswonenden en positief geïndiceerden en bij enkele

Tabel 14.6. Gezondheidsaspecten in de steekproeven (prevalentie in %)

procenten	thuiswonende ouderen (N=415)	positief geïndiceerd (N=164)	bejaardenoord- bewoners (N=207)	verpleeghuis- patiënten (N=157)	totale steekproef (N=943)
matig tot slecht gehoor	18,3	17,7	20,4	21,2	19,1
matig tot niet gezond	17,8	30,2	16,3	19,6 ^b	21,6
chronische ziekte	61,9	79,9	65,7	97,2	71,6
aantal weken ziek (gem)	4,5	7,1	4,0	35,3	10,1
niet regelmatig bewegen	57,6	70,1	65,2	— ^a	62,7 ^b
medicijngebruik	79,8	92,0	90,0	89,7	85,9
huisarts					
- contact (%)	76,4	87,7	75,8	91,6	80,7
- idem (aantal)	3,6	4,4	3,4	7,4	4,3
contact met:					
- specialist	55,4	63,8	47,8	63,4	56,5
- fysiotherapeut	16,5	24,8	22,3	39,7	22,9
- dagbehandeling	1,5	3,0	2,0	7,1	2,8
- dagopvang	0,5	1,8	1,5	3,9	1,5
opname ziekenhuis	25,8	42,7	22,8	52,9	31,0

a. slechts bij enkele respondenten gevraagd
b. exclusief verpleeghuispatiënten

Tabel 14.7. Significante correlaties tussen gezondheidsindicatoren

	1	2	3	4	5	6
1. subj. gezondheid	1,00					
2. chronische ziekte	0,32	1,00				
3. weken ziek	0,30	0,29	1,00			
4. gehoor	0,21	-	-	1,00		
5. beweging	0,20	0,15	0,26	0,13	1,00	
6. medicijngebruik	0,25	0,27	0,10	0,08	0,12	1,00
7. idem: sedativa	0,15	0,17	0,14	-	-	0,31

aspecten scoren zij zelfs beter dan thuiswonenden (subjectieve gezondheid, aantal weken ziek, huisartsbezoek en contact met specialist of een ziekenhuisopname). De bevindingen lijken een bevestiging te geven van de conclusies van andere auteurs (Van Loveren-Huijben e.a., 1988; Te Wierik en Frederiks, 1989 en 1990; Wimmers e.a., 1987; De Jong-Gierveld en Kamphuis, 1986) dat de opname een positief effect heeft op de gezondheid of de subjectieve beleving daarvan. Anderzijds kan verscherping van de indicatiestelling een reden zijn voor de verschillen tussen thuiswonenden, positief geïndiceerden en bejaardenoordbewoners.

De volgende stap in de analyse betreft de onderlinge samenhangen in het onderhavige onderzoek tussen de variabelen met betrekking tot het lichamelijk functioneren (anders dan (I)ADL-beperkingen). In tabel 14.7 zijn de significante correlaties ($p < 0,01$) samengebracht tussen subjectieve gezondheidsbeleving, aanwezigheid van chronische ziekte, het aantal weken dat de respondent het laatste jaar ziek is geweest, problemen met het gehoor, of men regelmatig aan beweging doet en het gebruik van verschillende soorten medicijnen. De beoordeling van de gezondheid in vergelijking tot leeftijdsgenoten blijkt samen te hangen met alle andere variabelen, maar met name met de vragen over ziekte. Ook het functioneren van het gehoor speelt een rol, maar hangt verder nauwelijks samen met de andere variabelen. Dit lijkt in overeenstemming te zijn met de bevinding van Lehr (1980) dat de gezondheidsbeleving met name beïnvloed wordt door vermindering van de bewegingsvrijheid (hier: $r = 0,20$) en vermindering van zintuiglijke capaciteit; bij dit laatste richten wij ons hier uitsluitend op het gehoor: $r = 0,21$. De belangrijkste onderlinge samenhangen worden gevonden tussen de subjectieve gezondheidsbeleving, het al of niet aanwezig zijn van chronische aandoeningen en het aantal weken in het afgelopen jaar dat men door ziekte gevelde was (conform Arts e.a., 1989). Andere variabelen hangen hoofdzakelijk met slechts een van de genoemde drie kenmerken samen: gehoor met gezondheidsbeleving, beweging niet met chronische ziekte maar vooral met ziekte duur en medicijngebruik niet met de ziekte duur. Liang (1986) presenteerde een MIMIC-model voor lichamelijk functioneren van ouderen dat de ook hier gevonden verbanden benut om een model te construeren met vijf latente gezondheidsvariabelen (chronische ziekten, ziekte dagen, IADL- en ADL-beperkingen en subjectieve gezondheid). Dit model is te typeren als een recursief model met de subjectieve gezondheidsbeleving als ultieme afhankelijke variabele (zie hoofdstuk 15).

14.4.3. Relaties met andere variabelen

Onderzoek naar het verband tussen objectieve en subjectieve gezondheid is veelal vormgegeven als onderzoek naar het verband tussen enerzijds de (I)ADL-beperkingen of de medisch-diagnostische bevindingen als objectieve maat en anderzijds de gezondheidsbeleving en andere subjectieve evaluatievragen met betrekking tot de gezondheid (Picauly, 1987). De verbanden hiertussen zijn sterk, maar dit betekent niet dat met beide gezondheidsmaten het zelfde gemeten wordt (Hunt, 1980; Liang, 1986; Naafs, 1989; Te Wierik en Frederiks,

1990). Er is met andere woorden duidelijk sprake van verschillende gezondheidsdimensies. De zelf-evaluatie van gezondheid is waarschijnlijk een generale evaluatie en niet gebonden aan een afzonderlijke dimensie (lichamelijk, psychisch of sociaal) van gezondheid (Brook e.a., 1979; Ware e.a., 1978; Ware en Karmos, 1976). Hierdoor wordt de gezondheidsbeleving een belangrijke indicator voor het welbevinden (Van den Bos, 1989; Larson, 1978) en bovendien geldt dit in sterkere mate als de leeftijd toeneemt (Spreitzer en Snyder, 1974; Cockerham e.a., 1983). De causaliteitsrelatie tussen gezondheid en welbevinden is echter, onder andere door het ontbreken van longitudinaal onderzoek, nog niet verhelderd (Arts e.a., 1989; Deeg, 1989). In het onderhavige onderzoek (zie figuur 14.4) worden de in de literatuur gemelde sterke relaties tussen objectieve en subjectieve gezondheidsindicatoren gereproduceerd: de (I)ADL-schaal correleert hoog met de gezondheidsbeleving ($r=0,35$; $p<0,001$) en de aanwezigheid en duur van (chronische) ziekte hangt sterk samen met gevoelens van depressiviteit (Zung: $r=0,30$; $p<0,001$), het oordeel over de totale situatie ($r=0,20$ à $0,24$; $p<0,001$) en eenzaamheidsgevoelens ($r=0,12$ à $0,13$; $p<0,001$).

Het sociale netwerk (contactfrequentie, diversiteit van contacten, sociale steun) heeft volgens verschillende auteurs een belangrijke relatie met gezondheid (Blazer, 1982; Cobb, 1976; Minkler e.a., 1983; Schaefer e.a., 1981), waarbij het causale karakter en de richting daarvan echter niet zonder discussie zijn (Brook e.a., 1979; Minkler e.a., 1983). In het onderhavige onderzoek wordt eenzelfde verband aangetroffen, dat weliswaar significant is, maar niet erg groot ($r=0,10$; $p<0,001$). Een effect van dezelfde orde wordt aangetroffen met betrekking tot het aantal weken dat men het afgelopen jaar door ziekte gevelde was. De psychische componenten in de gezondheidsbeleving (Brook e.a., 1979; Lawton e.a., 1984; Lehr, 1980) komen in dit onderzoek eveneens aan het licht. De subjectieve gezondheidsbeleving hangt in zeer sterke mate samen met de Zung-schaal (zie paragraaf 14.5; $r=0,50$) en eenzaamheidsgevoelens ($r=0,31$).

De demografische kenmerken (sexe, burgerlijke staat, alleenstaand zijn en leeftijd) hangen geen van alle samen met de drie geselecteerde gezondheidsindicatoren. De enige uitzondering hierop betreft een significante samenhang tussen leeftijd en subjectieve gezondheidsbeleving ($r=-0,21$; $p<0,001$). Door de richting van dit verband worden bevindingen uit de literatuur gereproduceerd met betrekking tot het fenomeen dat ouderen naarmate zij ouder worden hun gezondheid (relatief) gunstiger gaan beoordelen, vaak in weerwil van de optredende beperkingen (Dooghe en Vanderleyden, 1978; Fuldauer, 1966; Maanen, 1985; Naafs, 1989; Picauly, 1987). Tenslotte blijken er nog significante relaties te bestaan tussen enerzijds

	leeftijd		
	-0,21		
subjectieve gezondheid		aanwezigheid chron. ziekte	aantal weken ziekte in 1 jaar
	0,35	0,36	0,55
(I)ADL-schaal			
	0,50	0,29	0,30
Zung			
			0,10
AMT			
	0,31	0,12	0,13
eenzaamheid			
	-0,10		-0,08
aantal contacten			
	-0,11	-0,14	
soo.-econ. status			
	0,39	0,20	0,24
ongunstig oordeel totale situatie			

Figuur 14.4. Relaties tussen gezondheidsindicatoren en andere variabelen

de sociaal-economische status (een construct gebaseerd op inkomen, opleiding en beroep; zie paragraaf 14.7) en anderzijds de subjectieve gezondheidsbeleving ($r=-0,11$) en het aanwezig zijn van een chronische ziekte ($r=-0,14$).

14.5. Psychisch functioneren

14.5.1. Inleiding

Er bestaan verschillende aanwijzingen dat het gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen tevens wordt beïnvloed door variabelen van psychische aard (Van den Heuvel, 1989). Bij ouderen lijkt bij het stijgen van de leeftijd een verschuiving van normen plaats te vinden (Maanen, 1985), waardoor zij in toenemende mate hun gezondheid afmeten aan hun geestelijk functioneren. Een soortgelijke verschuiving van normen kan mogelijk ook de tevredenheid bij ouderen over hun huisvestingssituatie verklaren. Ondanks de bevinding dat ouderen dikwijls slechter gehuisvest zijn dan jongeren, zijn zij in overgrote meerderheid tevreden met hun woning, ongeacht de leeftijd (zie paragraaf 14.6).

Directere aanwijzingen voor de rol van psychologische factoren zijn kort aan te stippen (Bisscheroux en Frederiks, 1986; Veldkamp, 1977): thuiswonende ouderen zonder hulp voelen zich minder depressief en eenzaam dan thuiswonenden met hulp of bejaardenoordwoners; bij ouderen, die recent in het ziekenhuis hadden gelegen lag de opnamewens voor een bejaardenhuis hoger dan bij ouderen waarvoor dit niet gold (Veldkamp, 1977). Een en ander bleek niet samen te hangen met de validiteit van de respondenten.

Onder 'psychisch functioneren' kunnen verschillende aspecten worden begrepen, waarvan de belangrijkste zijn: stress, depressie en depressieve klachten, cognitieve beperkingen of dementie, eenzaamheid, psycho-sociale problematiek (cognitie, stemming en sociaal contact; met name het onderzoek in bejaardenorden van Van Loveren-Huyben e.a., 1988a), zelfwaardering en welbevinden. Bij deze deelaspecten van het psychisch functioneren bestaat zowel een medisch-diagnostische invalshoek (dementie) en een psychiatrische invalshoek (depressie) als een sociaal-maatschappelijke invalshoek (eenzaamheid, welbevinden etc.). Vanwege de verwevenheid van eenzaamheid met kenmerken van het sociaal netwerk, wordt eenzaamheid niet hier besproken maar in paragraaf 14.8. Meer algemeen wordt gewezen op de sterke relatie tussen welbevinden en tevredenheid aan de ene kant en het psychisch functioneren aan de andere kant (Bosma, 1988; Furer en Tax, 1987; Hosman, 1983; Ter Heine, 1983; Te Wierik en Frederiks, 1989). Het psychisch functioneren is met andere woorden een multidimensioneel aspect van de leefsituatie (Arts e.a., 1989; Coleman, 1987; Lawton e.a., 1984; Tempelman, 1987).

Aparte aandacht is in zogenaamd levenslooponderzoek gevestigd op de invloed die belangrijke levensgebeurtenissen hebben op het psychisch functioneren (zie bijvoorbeeld Munnichs en Uildriks, 1989). In de literatuur worden vier gebeurtenissen als het belangrijkste geschetst, te weten: (a) het 'lege nest' waarbij kinderen het ouderlijke huis verlaten, (b) pensionering, (c) ziekte of invaliditeit en (d) verweduwing (Bengston en Treas, 1980; Knipscheer, in: Munnichs en Uildriks, 1989, p. 61-67).

Thijssen (1985) heeft op basis van panel-gegevens uit het leefsituatie-onderzoek onder 65-plussers (CBS, 1984) onderzocht of tengevolge van de vier genoemde levensgebeurtenissen in de periode 1976-1982 veranderingen zijn opgetreden in het welbevinden van ouderen. Bij verweduwen treedt een significante achteruitgang op in het moreel en er is een toename in eenzaamheid en verveling; bij mensen die in die periode met invaliditeit te kampen kregen, verslechterden het moreel en de gezondheidsevaluatie significant. Het lege nest en pensionering worden niet als 'stressful' aangemerkt.

De relatie tussen sociaal netwerk en psychisch functioneren staat enigszins ter discussie: "ondanks ons cultureel vooroordeel ten opzichte van een hartelijk en intiem familieleven, is er verbazingwekkend weinig expliciete evidentie uit onderzoek naar voren gekomen, dat ouderen zonder een ondersteunend netwerk van naaste verwanten zich psychologisch gezien in een nadelige positie zouden bevinden" (Bengston en Kuypers, in Munnichs en Uildriks, 1989, p. 68-80).

14.5.2. Schaalconstructie psychisch functioneren

In het onderzoek (Frederiks, 1990) zijn diverse vragen opgenomen die relevant zijn als potentiële variabelen voor het weergeven van het psychisch functioneren. Daarbij kan een onderscheid worden aangebracht tussen enerzijds variabelen die een directe meting van aspecten van het psychisch functioneren beogen (zoals depressiviteit, gemeten via de Zung-schaal, en geheugenstoornissen, gemeten via de AMT-schaal) en anderzijds variabelen die op een meer indirecte wijze een weergave van het psychisch functioneren geven (tevredenheid, situatie-oordeel en dergelijke).

Zung's Selfrating Depression Scale

Depressiviteit is gemeten met de Selfrating Depression Scale volgens Zung (1965). De schaal bevat 20 uitspraken waarvan iemand moet aangeven of die zelden of nooit, soms, vaak of bijna altijd van toepassing zijn. Afhankelijk van de positieve of negatieve formulering worden per uitspraak 1 tot 4 punten toegekend, zodat de totale Zung-score loopt van 20 tot 80 punten². Een hogere score maakt de aanwezigheidskans voor depressie groter, waarbij bij ouderen de grens van minimaal 47 punten wordt aangehouden (bij jongeren geldt een lager afkappunt van 40 punten; Kitchell e.a., 1982). In ons onderzoek komt van de zelfstandig wonenden 16,1% boven de grens, bij positief geïndiceerden 43,5% en bij bewoners van bejaardenoorden 21,2%. Bij de verpleeghuispatiënten is vanwege de lichamelijk en/of geestelijke toestand veelal geen ZUNG-lijst afgenomen (zie paragraaf 13.6), zodat van slechts weinig respondenten binnen dit deelbestand (17,2%) een bovendien vaak relatief gunstige Zung-score bekend is; van hen komt 37,0% boven de kritische grens (vanaf 47 punten). Kempen en Suurmeyer (1989) vinden bij nieuwe gebruikers van extramurale zorg een cijfer van circa 20%. In de onderhavige studie wordt eveneens een grote schaalconsistentie gevonden ($\alpha=0,82$). Ook in alle deelbestanden wordt een vergelijkbare α -coëfficiënt gevonden, uitgezonderd bij verpleeghuispatiënten ($\alpha=0,75$).

De schaal lijkt overigens voor verbetering vatbaar: een aantal items heeft lage item-totaal-correlaties ($r<0,30$); bij dichotomisering van de items bij zelfstandig wonenden tussen nooit het gevoel en soms tot altijd het gevoel te hebben dat gevraagd wordt, valt de totale schaal precies uiteen in twee schalen met enerzijds alle negatief geformuleerde items en anderzijds alle positief geformuleerde items. Elders is iets dergelijks nog niet eerder aangetroffen. Ten derde ontstaan er bij factor-analyse maar liefst vijf verschillende dimensies, waarvan drie met steeds slechts drie items. Ten vierde wijkt de factorindeling van de items sterk af van de bevindingen elders (Zung, 1967; Steurer e.a., 1980; Blumenthal, 1975). Tenslotte zijn ook de test-analyses (Mokken en Rasch-type) bepaald onbevredigend.

De bevindingen worden thans beknopt samengevat. Ontbrekende Zungscores, die in de Mokken- en Rasch-analyses verwijderd moeten worden, komen wederom het meest voor bij verpleeghuispatiënten (130 maal). Alle respondenten met ontbrekende antwoorden (151 maal) zijn verwijderd (zodat $N=792$). De Mokken-analyse voor polychotome items (Mole-

2. Zung zelf hanteert in zijn publikaties een relatieve score door de uitkomst per persoon te delen door het maximale aantal punten dat behaald kan worden (80); zodat zijn schaal loopt van 25 tot 100% (in hoofdstuk 15 wordt dat ook gedaan).

naar, 1982, 1986) kan ten volle benut worden bij de Zung-schaal, hetgeen met de MSP-versie 1.50 (Debets en Brouwer, 1989) voor het eerst mogelijk is geworden. De polychotome Rasch-analyse selecteert vijf items (1,3,18 t/m 20) uit de totale Zung-lijst ($H=0,38$; $\rho=0,76$) en stelt vervolgens nog schalen samen, die elk uit twee items bestaan. De MSP-zoekprocedure breekt daarna af. Hieruit wordt geconcludeerd, dat de Zung niet voldoet aan de strenge eisen van het Rasch-model. Dichotomisering biedt nauwelijks soelaas: negen items (naast de eerder genoemde tevens de items 10,12,14 en 17) worden samen gebracht tot één schaal ($H=0,41$; $\rho=0,75$) en de resterende items worden weer paarsgewijs (13 met 15, 2 met 5, 4 met 9, etc.) samengevoegd. Door middel van de Rasch-analyse zijn de problemen met de schaal inzichtelijk te maken: de moeilijkheidsgraad varieert nauwelijks tussen de items (van -1,87 tot 1,15) en kent veel overlappingsen met name aan het moeilijkste einde), terwijl de persoonscores een veel grotere spreiding kennen (van -3,31 tot 3,23) en ook veel grotere betrouwbaarheidsintervallen hebben, die driekwart of meer van de hele schaal beslaan. Hercodering (score 1 en 2 samen versus de rest) biedt nauwelijks perspectief (zie figuur 14.5). Nadere analyse van de Nederlandse versie van de Zung is derhalve gewenst, maar valt buiten het bereik van deze studie.

Dijkstra (1974) acht desalniettemin de Zung-schaal ook voor Nederland een betrouwbaar, valide en bruikbare test. Toch zijn er auteurs (o.a. Van den Bos, 1988) die uit de totale schaal van 20 items een drietal items geselecteerd hebben die het sterkst zouden discrimineren onder de oudere bevolking. De items betreffen: (1) voelt u zich neerslachtig en somber; (2) heeft u huilbuien of het gevoel dat u ieder moment wel in huilen uit kunt barsten; (3) ik ben rusteloos en ongedurig (het eerste, derde en dertiende item uit de Zung-schaal; gedichotomiseerd). Deze drie vormen een sterke schaal (Van den Bos, 1989, p. 73), hetgeen hier slechts gedeeltelijk bevestigd wordt ($\alpha=0,63$). Als alternatief voor de totale Zung-schaal wordt deze verkorte versie nader gezien. Volgens de indeling van Van den Bos (1989, p. 73) komen depressieve gevoelens (2 of 3 punten) voor bij 46,6% van alle

Figuur 14.5. Zung: item- en persoonspatronen in Rasch-analyse (excl. verpleeghuispatiënten)

respondenten (Van den Bos vindt 34%). Bij mannen is dat aanzienlijk lager dan bij vrouwen (36,4% versus 52%; $\chi^2=27,0$; $p<0,001$). In paragraaf 14.5.3 komen wij terug op deze relaties met achtergrond- en andere variabelen.

Abbreviated Mental Test van Quereshi en Hodkinson

Uit een aantal korte schalen die een indruk geven van de aanwezigheid van geheugenstoornissen is gekozen voor de Nederlandse versie (Te Wierik en Frederiks, 1989) van de Abbreviated Mental Test (AMT) volgens Quereshi en Hodkinson (1974), die betrekking heeft op korte en lange termijn geheugen, inprentingsvermogen en oriëntatie. Met tien vragen is per vraag steeds één punt te scoren; hoe hoger de totale score, hoe kleiner de kans op geheugenstoornissen. De AMT-score hangt sterk samen met de Zung-score (Bisscheroux en Frederiks, 1986).

De AMT blijkt ook in de Nederlandse situatie een goede en consistente schaal te zijn: $\alpha=0,74$; alle item-totaal correlaties zijn minimaal 0,30 en weglaten van een item leidt niet tot verbetering van de betrouwbaarheid. Bij verpleeghuispatiënten is slechts voor 31 personen (19,7%) een AMT-score bekend; het gemiddelde is voor hen 8,0 punten ($\alpha=0,72$). De schaal werkt het beste bij positief geïndiceerde mensen ($\alpha=0,80$) en het slechtste bij ouderen die al in een bejaardenoord zijn opgenomen ($\alpha=0,63$).

In de afzonderlijke deelbestanden leidt het weglaten van items op grond van lage item-totaal correlaties uit de AMT-schaal tot de volgende verbeteringen van de consistentie van de schaal: bij zelfstandig wonende ouderen past als enige het tweede item (oriëntatie in de tijd) minder goed (resterende schaal: $\alpha=0,66$); bij positief geïndiceerden kunnen het derde item (korte termijn inprenting) en het achtste item (lange termijn geheugen) verwijderd worden (α verbetert van 0,63 tot 0,66); bij verzorgingtehuisbewoners zijn alle items dermate hoog gecorreleerd met de totale schaal dat geen verbetering mogelijk is (de consistentie is in deze setting het hoogst: $\alpha=0,80$); bij verpleeghuispatiënten zijn het vijfde item (eigen adres), het zevende item (geboortedag) en het derde en achtste item minder goed inpasbaar (α van 0,72 naar 0,77). Factoranalyse op het totale bestand genereert drie dimensies in de AMT-lijst die als volgt te typeren zijn:

- (a) hoe laat is het nu; herkenning personen; terug tellen van 20 tot 1;
- (b) oriëntatie met vier items (wat is uw leeftijd; welk jaar is het nu; wat is uw adres; wanneer bent u jarig);
- (c) korte en lange termijn geheugen met drie items (adres herhalen; begin WO I; wie is onze koningin).

Ontbrekende antwoorden, die bij de Mokken- en Rasch-analyse niet verwerkt kunnen worden, kwamen bij de AMT-lijst voor bij 147 respondenten, van wie 126 uit het deelbestand voor het verpleeghuis. Deze respondenten zijn buiten beschouwing gebleven (resultierend in $N=796$). Mokken-analyse neemt alle items op in de schaal, maar levert geen bevredigende resultaten op: $H=0,48$ met H_i variërend van 0,34 tot 0,61 en $\rho=0,77$. Dergelijke H-coëfficiënten behoren volgens Mokken's vuistregels tot 'gemiddelde' schalen (Mokken, 1971); bij een sterke schaal is H groter dan 0,50. Het zwakste item ('hoe laat is het nu?'; $H_i=0,34$) schendt tevens de eis van dubbele monotonie van de itemcurve (NB: bij de klassieke test-theorie viel dit item bij zelfstandig wonenden eveneens uit de schaal). In iets mindere mate verstoort ook het zesde item (twee personen herkennen) de P-matrix (zie hoofdstuk 13) en bovendien volgt dit item volledig het eerste item ('wat is uw leeftijd?'). Indien beide items weggelaten worden, resulteert een sterke schaal ($H=0,52$; $\rho=0,75$) met eveneens bevredigende partiële H-coëfficiënten (variërend van 0,46 tot 0,62) en zonder schendingen van de dubbele-monotonie eis in de P-matrix. Uit de Rasch-analyse (tabel 14.8) blijkt dat de moeilijkheidsgraden van de afzonderlijke items elkaar nauwelijks overlappen. Toch blijven de mogelijkheden om via de AMT-lijst respondenten van elkaar te onderscheiden beperkt, omdat de zogenaamde 'index of subject separation' (een soort α -coëfficiënt voor respondenten in plaats van items; zie hoofdstuk 13) laag is (0,33). De

Figuur 14.6. AMT: Item- en persoonspatronen in Rasch-analyse

problemen komen goed naar voren in figuur 14.6: er is geen item om de laagste persoonscore te creëren; rond het nulpunt zijn teveel items en er is geen discriminerend item voor de persoonscore 5 of 6 (waarbij het weglaten van bijv. het vijfde item géén soelaas ($\alpha=0,28$) biedt. Tenslotte kan vermeld worden, dat de rangorde van items niet anders is voor mannen dan voor vrouwen en dat voor de laatste alleen het achtste item (begin WO I) aanzienlijk moeilijker is ($t=4,1$). Voor de andere items bestaat geen verschil in moeilijkheidsgraad. Wel is de persoonsalpha (index of subject separation; zie hoofdstuk 13) bij vrouwen (0,40) veel beter dan bij mannen (0,13). Samenvattend kan gesteld worden dat de AMT nog verder verbeterd kan worden. Omdat beoogd wordt één schaal voor het gehele bestand te benutten, wordt in het vervolg gewerkt met de aangepaste versie van de AMT-schaal uit de Rasch- en Mokken-analyse (zonder het tweede en zesde item).

Tabel 14.8. Samenvatting van test-resultaten voor AMT-schaal

items	prevalentie	H_i	item-totaal correlatie	Rasch-analyse	
				diff.(log)	95%-interval
(3) herhaal adres	0,60	0,62	0,42	2,88	2,65; 3,11
(8) begin WO I	0,75	0,48	0,42	1,78	1,55; 2,00
(4) welk jaar nu	0,87	0,58	0,59	0,51	0,25; 0,77
(9) naam koningin	0,90	0,46	0,46	0,06	-0,22; 0,35
(5) eigen adres	0,92	0,49	0,47	-0,41	-0,72; -0,10
(10) terugtellen	0,94	0,50	0,45	-0,83	-1,17; -0,49
(1) uw leeftijd	0,97	0,53	0,38	-1,62	-2,04; -1,21
(7) wanneer jarig	0,98	0,53	0,29	-2,37	-2,90; -1,85
totaal		0,52 (rho=0,75)	$\alpha=0,72$		$\alpha(\text{pers})=0,33$

Andere indicatoren voor psychisch functioneren

In de vragenlijst zijn nog enkele andere vragen opgenomen die meer indirect naar het psychisch functioneren van de respondent zouden verwijzen (Te Wierik en Frederiks, 1989). Dit betreft de zelfbeoordeling van de gehele situatie, de mate van eenzaamheid, de mate van tevredenheid met de woonsituatie en het inkomen. Ook de interviewtijd en het gebruik van een tweede respondent zouden kunnen wijzen op psychische problemen. Bij de (zelf-) beoordeling van de algemene toestand (Veldkamp, 1977) kan uit drie antwoordalternatieven worden gekozen: (1) ik vind alles bij elkaar, dat alles hier heel redelijk op zijn pootjes terecht komt; (2) de algemene toestand laat toch nog te wensen over; (3) het kan zo echt niet langer doorgaan. Eenzaamheid kan nooit, soms of vaak optreden (wij roepen in herinnering dat dit aspect in paragraaf 14.8 uitgebreider zal worden besproken). De tevredenheidsvragen zijn gedichotomiseerd.

Samenhang tussen psychische indicatoren

Tabel 14.9 geeft de onderlinge samenhang tussen de geselecteerde potentiële indicatoren voor het psychische functioneren. Het voorgaande resumerend zijn als indicatoren voor het psychisch functioneren de volgende variabelen geselecteerd: twee gestandaardiseerde schalen namelijk die van Zung en de Nederlandse versie van de AMT, eenzaamheid (waarop in paragraaf 14.8 wordt teruggekomen), tevredenheid met de woonsituatie en het inkomen, het subjectieve oordeel over de gehele situatie. Omdat het idee bestaat dat het benutten van een tweede respondent en de duur van het interview eveneens een indicator zijn voor het psychisch functioneren, worden ook deze in de analyse betrokken. In overeenstemming met de besproken literatuur worden sterke correlatie-coëfficiënten gevonden tussen de drie belangrijkste indicatoren, namelijk de Zung-schaal, mate van eenzaamheid en de beoordeling van de totale situatie. De AMT-lijst blijkt een andere dimensie te meten en hangt alleen samen met eenzaamheid ($r=-0,15$; $p<0,001$). Ontevredenheid over de woonsituatie vormt een van de aspecten die door de respondent zelf lijkt te worden meegenomen (gezien de hoogte van de correlatiecoëfficiënt: $r=0,27$) in de totale beoordeling van de gehele situatie. De tijd die het interview in beslag nam blijkt een aardige indicator te zijn voor de Zung-score ($r=0,11$; $p<0,001$) en eenzaamheid ($r=0,10$; $p<0,001$); het gebruik van een tweede respondent hangt slechts significant samen met de AMT-score ($r=0,18$; $p<0,001$).

14.5.3. Samenhang tussen psychisch functioneren en andere variabelen

Depressieve klachten hangen volgens verschillende auteurs sterk samen met chronische ziekte en lichamelijke beperkingen (Van den Bos, 1989; Kitchell e.a., 1982). De aanwezigheid van een chronische aandoening heeft een belangrijk effect op verschillende functies op

Tabel 14.9. Onderlinge samenhang tussen variabelen met betrekking tot psychisch functioneren*

	Zung	AMT	eenzaam	woon- ontevreden	inkomen- ontevreden	slecht oordeel situatie
gebruik 2e resp. interviewduur	-0,06**	0,18	-0,03**	-0,01**	-0,06**	-0,04**
AMT	0,11	0,06**	0,10	0,09	-0,04**	0,07**
eenzaam	-0,20	1,00				
woonontevreden	0,52	-0,15	1,00			
inkomenontevreden	0,19	-0,02**	0,17	1,00		
slecht oordeel situatie	-0,16	0,03**	-0,13	-0,24	1,00	
	0,48	-0,06**	0,41	0,27	-0,19	1,00

* Paarsgewijze correlaties (minimale N=396)

** Niet significant ($p > 0,01$)

-0,11 0,15 -0,19			gehuwd (N/J)	
0,17 -0,15 0,15			sexe (M/V)	
-0,26 -0,12 -0,13			leeftijd	
Zung	AMT	Eenzaamheid	Situatieoordeel	Woonontevreden
0,40	-0,30	0,21	0,22	(I)ADL
0,43	-0,11	0,25	0,36	subj. gezondheid
-0,14	0,24	-0,13	-0,10	soc-econ. status
0,29		-0,12	-0,20	ziekte
0,28		0,17	0,14	medicijngebruik

Figuur 14.7. Significante relaties tussen psychische indicatoren en andere variabelen

oudere leeftijd, met name op het cognitief functioneren (Birren e.a., 1963). Lichamelijk functioneren blijkt tevens veruit de belangrijkste variabele te zijn voor het verklaren van het welbevinden van ouderen (Coleman, 1976). De leeftijd van de respondent, controlerend voor het lichamelijk functioneren, heeft een significant positief effect op welbevinden en het verwachte negatieve effect op cognitief functioneren (Coleman in Munnichs en Uildriks, 1989, p. 199-206). Depressieve klachten bij chronisch zieke ouderen kunnen zowel een reactie op als een symptoom van de lichamelijke ziekte zijn (Van der Mast e.a., 1989).

In dit onderzoek (zie figuur 14.7) worden deze verbanden eveneens in sterke mate aangetroffen als het gaat om (I)ADL-scores en de (relatieve) gezondheid, zoals die door de respondent wordt vergeleken met die van leeftijdsgenoten. Ziekte (incidentie en duur) is wel gerelateerd aan Zungscore, eenzaamheid en het algemene oordeel over de gehele situatie, maar staat niet in verband met de AMT-score. Mannen hebben minder depressieve klachten dan vrouwen, maar in veel studies, in tegenstelling tot onze bevindingen, zijn deze verschillen niet significant (Zung, 1967; Te Wierik en Frederiks, 1989). Vrouwen scoren ook slechter in termen van AMT-items en de mate van eenzaamheid. Er is geen sexe-invloed op het oordeel over de gehele situatie of op de tevredenheid met de woning. Leeftijd staat niet in verband met Zung-scores, maar wel met de AMT-items en in veel mindere mate met eenzaamheid en de andere psychische variabelen. Verschillen naar burgerlijke staat of sociaal economische status zouden eveneens afwezig zijn (Zung, 1967; Steurer e.a., 1980), maar hier worden significante verbanden tussen enerzijds opleidingsniveau en sociale groep (zie paragraaf 14.7) maar niet inkomen, en anderzijds de Zung- en AMT-scores gevonden. Het sterkste verband dat hier aangetroffen is, betreft de significant positieve samenhang tussen (I)ADL-problemen en de Zungscore; ook elders is dit een van de sterkste relaties (Kempen en Suurmeyer, 1989; Te Wierik en Frederiks, 1988; Bisscheroux en Frederiks, 1986).

14.6. Woonsituatie

14.6.1. Inleiding

Uit bestaand onderzoek komen aanwijzingen dat de woonsituatie van invloed is op de hulpvraag, met name die voor het bejaardenoord (Mootz en Timmermans, 1981). Na de Tweede Wereldoorlog werd de ouderenzorg vooral als een huisvestingsprobleem gezien en daarom stimuleerde de overheid de doorstroming van ouderen naar nieuw gebouwde bejaardenhuizen en kleine aangepaste woningen. In 1950 woonde 5% en in de jaren zeventig 10% van de 65-plussers in een bejaardenoord (zie hoofdstuk 4). In het recentere ouderenbeleid staat het streven zolang mogelijk zelfstandig te wonen centraal. In de jaren zeventig en tachtig is daarom een grote verscheidenheid aan woonvormen ontstaan, die een tussenpositie innemen tussen de gewone woning en het bejaardenoord en qua bouwwijze, technische voorzieningen, serviceverlening en lokatie in de wijk zijn afgestemd op de behoefte van ouderen. Naar voorzieningenniveau is een zekere hiërarchie in typen ouderenhuisvesting te onderscheiden (CBS, 1979; Mootz en Timmermans, 1981; Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985):

1. normale woningen;
2. woningen met eenvoudige bouwtechnische aanpassingen wat betreft indeling en situering (vaak klein met maximaal 3 kamers);
3. bejaardenwoningen, aangepast aan de verminderde validiteit en mobiliteit van de bewoner; bij voorkeur in nabijheid van openbare voorzieningen en diensten en voorzien van een alarmeringssysteem;
4. aanleunwoningen, als 3 maar gebouwd bij een bejaardenoord, van waaruit diensten verleend kunnen worden (maaltijdverzorging, huishoudelijke hulp, aansluiting op alarmsysteem);
5. serviceflats, met een overigens grote variëteit aan gemeenschappelijke voorzieningen en huishoudelijke hulp, vaak enigszins gelijkend op het dienstenpakket van een bejaardenoord.

In de jaren tachtig zijn daar nieuwe woonvormen bijgekomen: groepswonen voor ouderen, beschermd wonen bij verpleeghuis of in de wijk en geïntegreerde huisvesting en zorg in het zogenaamde Zorghuis. Diverse onderzoeken laten zien dat deze aangepaste vormen van huisvesting van invloed zijn op de hulpvraag. Uit onderzoek onder Amsterdamse ouderen bleek onder meer dan ruim 20% van de bewoners van aanleunwoningen, bijna 10% van de bewoners van serviceflats en 6% van de bewoners van een gewone bejaardenwoning positief geïndiceerd konden worden voor opname in een bejaardenoord (Verzijden en Mohrs, 1977).

Een nadere specificatie van ouderen naar (I)ADL-probleemcategorieën laat zien dat de relatie tussen woonproblemen en zorgvraag met name bestaat bij matige handicaps (Coolen en Duipmans, 1987). Omgevingsfactoren zoals een slechte woonsituatie, verval van de buurt en het wegvallen van vrienden in de buurt, blijken de opnamewens mede te bepalen, maar er bestaat onduidelijkheid over de sterkte van deze effecten (Houben, 1987; Koehler en Van der Pennen, 1988).

Bij de beoordeling van de woonsituatie is het van belang twee elementen te onderscheiden, namelijk kenmerken van de woning en die van de woonomgeving (Coolen en Smid, 1989). Naast het woningtype gaat het met name om de volgende aspecten van de woning:

- a. de kwaliteit van de woning, onder meer afhankelijk van de ouderdom van de woning, het aanwezig zijn van gebreken of overlast (tocht, stank, lekkage, lawaai, enzovoorts) en basisfaciliteiten (centrale verwarming, telefoon, douche of bad en aparte keuken). Bij dit

laatste kan echter de kanttekening geplaatst worden dat deze basisfaciliteiten vrijwel altijd aanwezig zijn, zodat het belang ervan niet in significante verbanden wordt teruggevonden (De Klerk en Huijsman, 1989).

- b. de eigendomsvorm van de woning.
- c. de woonlasten of huurquote, afhankelijk van vier componenten: inkomen, huursubsidie, huurniveau en bijkomende woonlasten met betrekking tot onderhoud, servicecontract, verwarmingskosten en dergelijke.
- d. aanvullende woontechnische voorzieningen zoals extra grepen, verlaagde drempels en sanitair, brede deuren, verlaagde bellen, lichtknoppen en dergelijke.

Ouderen lijken op de genoemde punten in een achterstandssituatie te verkeren (Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985; Vis, 1981; WRR, 1982). Zij wonen vaak in oude, vooroorlogse huizen die vaker te groot dan te klein zijn (CBS, 1984) en niet altijd voorzien zijn van basisfaciliteiten. De kwaliteit van de woning is bij ouderen derhalve relatief minder goed. Dit lijkt in tegenspraak te zijn met hetgeen zojuist onder punt a gesteld werd; een verklaring zou kunnen zijn dat de woonsituatie niet doorslaggevend is omdat er gelijktijdig nog meer problemen bestaan op de verschillende dimensies van afhankelijkheid. In de drie grote steden is de woonsituatie op verschillende punten nog slechter en wonen ouderen vier maal vaker dan in de rest van het land in meergezinswoningen van voor 1946 met allerlei vormen van overlast. Vaak wonen deze ouderen in renovatiewijken, waar 47% van de hoofdbewoners ouder dan 54 is (Ministerie van CRM, 1982).

Met het toenemen van de leeftijd neemt het eigen woningbezit af; gemiddeld heeft 60% van de 55-plussers een huurwoning (Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985). Bij 65-plussers (in 1986) heeft ongeveer 37% een eigen huis, met grote variatie naar urbanisatiegraad (CBS, 1987). In de toekomst zal het eigen huisbezit onder ouderen waarschijnlijk verder toenemen (Hooimeyer en Linde, 1988). Het bezit van een eigen huis beïnvloedt eveneens de vraag naar het bejaardenoord; deze invloed zou bovendien groter zijn dan die van gebreken of ongemakken in de woning (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989, p. 127). Bijna een derde van de ouderen heeft een huurquote boven 16%, terwijl 27% huursubsidie ontvangt en ouderen bovendien vaak het hoogste bedrag krijgen, zodat bijna de helft van de totale uitkeringen in het kader van de huursubsidie naar ouderen vanaf 65 jaar vloeit. Desalniettemin is de tevredenheid over de woning, de woonsatisfactie, bij ouderen relatief groot. Slechts 10% is in enige mate ontevreden. Dit percentage is weliswaar niet erg afwijkend van dat bij jongere huishoudens, maar de woonsituatie verschilt wel degelijk. Enerzijds wijdt men dit aan lagere aspiraties bij ouderen (Lawton, 1985; Priemus, 1976); anderzijds kent men een geringe betrouwbaarheid toe aan gegevens over woonsatisfactie (Arts e.a., 1989; Coolen en Smid, 1989).

De tevredenheid in de huursector is echter lager dan bij eigen woningbezitters en dit zelfde geldt voor kleinere ten opzichte van grotere woningen en voor woningen met verschillende woonlagen zonder lift ten opzichte van gelijkvloerse woningen. Hoewel de woonsatisfactie derhalve wel enige relevante informatie verschaft, kan zij bijvoorbeeld het verhuisgedrag niet voorspellen (Coolen en Smid, 1989). Er zijn tot slot aanwijzingen dat de verhuiscijfer afneemt met de leeftijd, zelfs als de validiteit verslechtert (Munnichs, 1984; Rowless, 1980).

Als tweede dimensie werden verschillende kenmerken van de woonomgeving als belangrijk bestempeld. In de literatuur wijst men op de volgende kenmerken:

- a. de infrastructuur van voorzieningen, zoals de nabijheid van winkels, post- of bankkantoren, apotheek, dienstencentra enzovoorts.
- b. de sociaal-demografische structuur, zoals de samenstelling van de wijk naar leeftijd, de mate van burenhulp.
- c. de urbanisatiegraad (stedelijk karakter, dorpsgemeenschap), die bijvoorbeeld den aanwezigheid van bepaalde typen woningen beïnvloedt.
- d. de nabijheid van openbaar vervoer en andere verkeerstechnische zaken (inclusief veiligheid).

14.6.2. Constructie van en onderlinge relaties tussen woon-variabelen

Er is in het onderhavige onderzoek op verschillende manieren gepoogd de kwaliteit van de woning en de woonomgeving in beeld te brengen. Met betrekking tot de woning zelf is gevraagd naar: (a) welk type woning, met als mogelijkheden gewone woning (al of niet geheel gelijkvloers), etagewoning (via trap of lift bereikbaar), bejaardenwoning, aanleunwoning, verzorgingstehuis of anders; (b) de tevredenheid over de woning zelf; (c) de woonduur in jaren; (d) de aanwezigheid en noodzakelijkheid van een achttal voorzieningen, namelijk: telefoon, verlaagde drempels, alarminstallatie, speciale handgrepen of steunen, centrale verwarming, slaapkamer gelijkvloers met woongedeelte, antislip in badkamer en verhoogd toilet. Voor de laatste genoemde aspecten van de woonsituatie zijn twee variabelen geconstrueerd die het aantal voorzieningen aangeven dat in de woning aanwezig is of nodig geacht wordt, maar niet aanwezig is.

Over de woonomgeving zijn verschillende vragen gesteld. Met betrekking tot winkels voor levensmiddelen, postkantoor en bushalte is gevraagd of deze (a) aanwezig zijn binnen 10 minuten loopafstand, (b) door de respondent zelf bereikt kunnen worden en (c) of de aanwezigheid van deze voorzieningen belangrijk geacht wordt. Vervolgens is gevraagd of er leveranciers (bakker, groenteboer, melkboer of SRV-wagen) aan de deur komen en of daarvan gebruik gemaakt wordt of zou worden als ze wel langs zouden komen.

Het gemis aan voorzieningen in de buurt is een volgend aspect, waarbij expliciet gevraagd is naar de huisarts, dienstencentrum, bejaardenclub, winkels, apotheek, bankjes, bushalte (deze kwestie is in de vragenlijst dus tweemaal aan de orde geweest!) of andere voorzieningen. Als variabele wordt in de analyse het aantal gemiste voorzieningen in de buurt gehanteerd.

Voorts is gevraagd of men tevreden is met de buurt waarin men woont en indien dat niet het geval is, wat dan het belangrijkste probleem vormt (te weinig contacten, onveilig, te veel jonge of oude mensen, lawaai, te weinig groen of andere zaken). Omdat het merendeel (78,6% van alle respondenten) tevreden is en de belangrijkste reden voor ontevredenheid hoofdzakelijk het gemis aan contacten betreft (5,5%) en er veel ontbrekende antwoorden zijn (10,8%), wordt in de analyse uitgegaan van de dichotome uitspraak wel of niet tevreden over de buurt.

Tenslotte is gevraagd of men er wel eens aan denkt te verhuizen en zo ja, om welke reden dat is en waarheen men dan zou willen verhuizen (welk type woning). Deze vragen zijn niet aan de aanvragers voor opname in een bejaardenoord of verpleeghuis gesteld. Van alle respondenten zegt 8,6% te willen verhuizen, met name naar een bejaardenwoning, flat of een andere huisvestingsvorm die kleiner is dan de huidige. Deze verhuismens leeft vooral bij ouderen die thans een gewone woning van verschillende verdiepingen bewonen (48% van de potentiële verhuizers; 14,4% van de huidige bewoners). Opmerkelijk is dat 3% van de bejaardenoordbewoners een verhuismens (niet naar het verpleeghuis) heeft geuit.

Het type woning staat centraal in de analyse van onderlinge relaties tussen de onderzochte woonvariabelen. Het voorgaande resumerend zijn de volgende variabelen van belang:

- (a) met betrekking tot de woning zelf: het aantal voorzieningen dat aanwezig is of gemist wordt en de woonduur. Woonlasten zijn volgens de literatuur ook van belang, maar hiernaar is in het onderhavige onderzoek niet gevraagd.
- (b) met betrekking tot de woonomgeving: het aantal leveranciers dat werkelijk aan huis komt of als zodanig gemist wordt, de aanwezigheid, bereikbaarheid of wenselijkheid van een drietal belangrijke wijkvoorzieningen (winkel, postkantoor, bushalte) en het eventuele gemis van een zevental andere wijkvoorzieningen (waaronder dokter, dienstencentrum en apotheek).
- (c) evaluatieve aspecten: tevredenheid met de woning, tevredenheid met de buurt waarin men woont en het bestaan van een eventuele verhuismens.

Tabel 14.10. Significante correlaties tussen woonvariabelen voor zelfstandig wonenden en positief geïndiceerden (minimale N=548)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. aantal voorzieningen	1,00										
2. gemiste voorzieningen	-0,16	1,00									
3. woonduur	-0,35	-	1,00								
4. leveranciers aan huis	-	-	-	1,00							
5. gemiste leveranciers	-	-	-	-0,22	1,00						
6. bereikbare wijkvoorz.	-	-0,20	-0,11	-0,13	-	1,00					
7. belang van wijkvoorz.	-	-0,10	-0,10	-	-	0,47	1,00				
8. gemiste wijkvoorz.	-	0,11	-	-	0,12	-	-	1,00			
9. woontevreden	-	-0,25	-	-	-	-	-	-0,18	1,00		
10. buurttevreden	-	-	-	-	-	-	-	-0,15	0,23	1,00	
11. verhuishwens	-	0,17	-	-	-	-	-	0,11	-0,35	-0,28	1,00
12. type woning*	0,51	-0,11	-0,38	-	-	-0,17	-	-	-	-	-

* In oplopende rangorde: huis niet gelijkvloers, flat met trap, flat met lift, gelijkvloers huis, bejaardenwoning, aanleunwoning

Bij het deelbestand voor verpleeghuispatiënten dient men twee zaken in gedachte te houden (zie paragraaf 13.6). Ten eerste zijn veel (woon-)vragen niet gesteld omdat dat gezien de toestand van de respondent niet acceptabel werd geacht door de onderzoeksters. Zo is bijvoorbeeld wel gevraagd of bepaalde voorzieningen in huis aanwezig zijn (eventueel via een tweede respondent), maar is de vraag of men dat, indien dat niet zo is, nodig acht, niet gesteld.

Ten tweede hebben de wel beantwoorde woonvragen bij circa 50% van de verpleeghuispatiënten betrekking op de woonsituatie vóór het aan de verpleeghuisopname voorafgaande ziekenhuisverblijf. Voor de huidige bewoners van bejaardenoorden zijn de woonvragen minder relevant omdat zij in goed geoutilleerde appartementen verblijven, buurtvoorzieningen of winkels aan huis voor hen niet noodzakelijk zijn en zij ook niet of nauwelijks willen verhuizen. Deze deelbestanden blijven daarom buiten beschouwing, zodat de in tabel 14.10 gepresenteerde samenhangen tussen de verschillende woonvariabelen slechts betrekking hebben op zelfstandig wonende ouderen, eventueel in het bezit van een positief advies voor opname in een bejaardenoord (N=548).

De evaluatievragen blijken onderling sterk samen te hangen: ontevredenheid over de woning en de omgeving hangen samen en zijn beide van invloed op de wens te verhuizen. Deze verhuishwens hangt tevens (maar in mindere mate) samen met het missen van wijkvoorzieningen en technische voorzieningen in de woning. De tevredenheid over de woning hangt verder samen met het aantal voorzieningen dat men in de wijk en de woning mist: dit laatste houdt weer verband met de beschikbaarheid van voorzieningen. Opmerkelijk is het feit dat het type woning niet van invloed is op de tevredenheidsaspecten, maar voornamelijk op het voorzieningenniveau van de woning en de bereikbaarheid van wijkvoorzieningen. Het negatieve teken van deze correlatie zegt wellicht iets over de vaak aparte lokatie van speciale aanleun- of bejaardenwoningen, maar is wellicht nog meer bepaald door de mate van validiteit van de bewoner.

Het type woning is wel van belang voor de wens te willen verhuizen ($r=-0,14$) als de positief geïndiceerden buiten beschouwing blijven. Voor dit deelbestand geldt tevens en in afwijking van de resultaten hierboven dat er significante verbanden bestaan tussen onbereikbaarheid van voorzieningen en de tevredenheid met de buurt ($r=-0,12$), tussen het gemis aan voorzieningen en de wens te verhuizen (veel sterker dan hierboven: $r=0,25$ versus $r=0,11$) en tussen het type woning en de verhuishwens ($r=-0,14$). De woonsituatie blijkt derhalve van

enige invloed te zijn op het al of niet geïndiceerd zijn voor een bejaardenoord; deze invloed is er alleen voor de bereikbaarheid van wijkvoorzieningen en ontevredenheid over de buurt, niet voor het gemis aan voorzieningen in huis of in de wijk, noch voor het type woning of de daarin aanwezige voorzieningen (in tegendeel, positief geïndiceerden hebben juist méér woonaanpassingen; $r=0,16$).

Samenvattend wordt geconcludeerd dat de woonsituatie door vijf kernvariabelen kan worden weergegeven: het aantal gemiste woon- en wijkvoorzieningen, de tevredenheid over de woning en de wijk en de wens te verhuizen (in factoranalyse worden deze vijf variabelen ook in één factor ondergebracht (verklaarde variantie: 41%) terwijl de resterende acht woonvariabelen tot vier andere factoren gerekend worden). Figuur 14.8 laat bij wijze van afsluiting de verbanden zien tussen de kernvariabelen, die in het vervolg steeds afzonderlijk beschouwd zullen worden, voor alle (nog) zelfstandig wonenden ($N=546$) en voor deze groep, uitgezonderd de positief geïndiceerde ouderen ($N=392$).

14.6.3. Relaties tussen kernvariabelen woonsituatie en andere variabelen

Er is niet veel recent Nederlands onderzoek naar de relatie tussen allerlei woonvariabelen en andere aspecten van de leefsituatie van ouderen. Een uitzondering is vermeldenswaardig en wordt hier vrij veelvuldig aangehaald; het betreft de studie van Coolen en Smid (1989) naar de samenhangen tussen wonen en zorg voor ouderen. In hoofdlijnen komen hun bevindingen op het volgende neer: er is geen relatie tussen de woonvorm (geordend van gewone woning, bovenwoning of flat tot bejaardenwoning, aanleunwoning en serviceflat) en de hulpbehoefte, uitgedrukt in (I)ADL-handicaps; er is wel een verband tussen deze woonvormen en het gebruik van extramurale zorg (hoger naarmate naar meer voor ouderen geschikte woningen gekeken wordt) en de sociaal-economische status (hoe hoger het inkomen hoe lager de kans op aangepaste woonvormen). Beide verbanden zijn weliswaar significant, maar niet erg sterk. Woninggebreken (last van bijvoorbeeld tocht; gemis aan woontechnische voorzieningen) hebben géén effect op gebruik van extramurale zorg, géén relatie met hulpbehoefte, maar wel met het inkomen. Woonongemakken (problemen met gebruik van aanpassingen of door ongelijkvloerse woonvertrekken) hebben ten hoogste een bescheiden effect op voorzieningengebruik, maar deze worden deels veroorzaakt door validiteitsbeperkingen. Voorts is het hulpgebruik door ouderen die in gelijke inkomens- en

* Inclusief positief geïndiceerden (tussen haakjes de correlaties exclusief deze groep)

Figuur 14.8. Kernvariabelen woonsituatie: onderlinge significante correlaties bij (nog) zelfstandig wonende ouderen*

0,11					gehuwd (N/J)
-0,11					leeftijd
-0,14					
gemiste woonvoorz.	gemiste wijkvoorz.	ontevreden woning	ontevreden buurt	verhuis wens	
0,17				0,23	(I)ADL
0,22	0,12	0,18	0,17	0,31	Zung
0,17	0,13	0,15	0,19	0,31	eenzaamheid
-0,17				-0,12	opleiding
				-0,15	inkomen
-0,11	-0,11				soc. groep
-0,16	-0,14	-0,15	-0,15	-0,18	afw. ohron. ziekte
0,24	0,13	0,23	0,12	0,22	subjectieve gezondheid
0,22	0,11	0,26	0,20	0,35	neg. oordeel tot. situatie

Figuur 14.9. Significante verbanden tussen woonvariabelen en andere variabelen bij zelfstandig wonende en positief geïndiceerde ouderen

validiteitsgroepen verkeren ook niet afhankelijk van de woonomgeving (bereikbaarheid voorzieningen, ook niet indien tevens de woongebreken en woonongemakken meegewogen worden). Samenvattend concluderen Coolen en Smid dat 'de kenmerken van de woon-situatie op zijn best slechts een bescheiden effect hebben op de mate waarin ouderen extramurale zorg benutten' (Coolen en Smid, 1989, p. 44). Dezelfde conclusie trekken de auteurs met betrekking tot opnamevragen (p. 55).

De woonomgeving kan als een veelzijdig voorzieningssysteem met fysieke en sociale aspecten fungeren (Lawton, 1985, in Arts e.a., 1989), maar de nabijheid en bereikbaarheid van lokale voorzieningen staat niet eenduidig in relatie met het welbevinden in het algemeen (Lawton, 1977). De urbanisatiegraad zou volgens het leefsituatie-onderzoek bij ouderen in 1982 geen significante relatie met het gebruik van extramurale zorg hebben (CBS, 1984), hetgeen in uitgebreidere secundaire analyses op hetzelfde materiaal in grote lijnen bevestigd wordt (Perenboom e.a., 1989). Op een aantal punten (met name op medisch terrein, zoals bij het gebruik van tandarts en ziekenhuis) worden wel consumptieverschillen aangetroffen tussen ouderen op het platteland en ouderen in de stad, ook indien gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen en verschillen in sociaal-economische status (Perenboom e.a., 1989).

Met betrekking tot de sociale structuur van de woonomgeving is relatief veel onderzoek gedaan, echter zelden specifiek voor ouderen. Nieuwbouwwijken en moderne voorsteden tenderen naar een zwakke sociale samenhang door het qua herkomst vaak gemengde karakter van de bevolking, het relatief gesloten gezinskarakter (privacy, korte vestigingsduur) en het ontbreken van gemeenschappelijke belangen. In oudere buurten is dat minder het geval door de band met de buurt, geringe doorstroming en open gezinskarakter. De ouderen die wel over intensieve buurtrelaties beschikken, blijken toch een smalle basis voor integratie te hebben, omdat slechts enkele lijnen naar de buurtgenoten als hulp- en vertrouwensrelatie fungeren (Braam e.a., 1981; CBS, 1977 en 1978; Knipscheer, 1980). Ook buurtrelaties

werken maar als een gebrekkige compensatie voor weinig contacten met kinderen en/of andere familieleden. De binding met de buurt is echter groter naarmate de samenstelling van de buurt homogener is (Blan, 1973; Hochschild, 1973; Nauta, 1973; Rosow, 1967) of indien er een wijziging in de gezinssamenstelling van de oudere optreedt (bijvoorbeeld verlies partner; Rosow, 1967). Tenslotte lijkt er sprake te zijn van een negatieve relatie tussen de mate van buurtrelaties en bovenlokale relaties in club- en verenigingsverband (Braam e.a., 1981; Rosow, 1967). Samenvattend is de conclusie echter dat een leeftijds-homogeen woonmilieu niet zonder meer gunstig hoeft te zijn voor de mate van informele hulp, met name niet bij ouderen met duidelijke fysieke handicaps (Coolen en Smid, 1989; Naafs, 1989).

De significante verbanden die in het onderhavige onderzoek worden aangetroffen tussen woon- en andere variabelen, zijn weergegeven in figuur 14.9. Allereerst moet opgemerkt worden (niet in figuur 14.9) dat bereikbaarheidsproblemen bij buurtvoorzieningen hoofdzakelijk de neerslag vormen van (I)ADL-problemen (correlatie ongeveer 0,60) en géén typisch en afzonderlijk te beschouwen woonkenmerk zijn, hetgeen al bleek uit de afwezigheid van samenhang met andere woonvariabelen. Uit figuur 14.9 blijkt dat de demografische kenmerken nauwelijks van invloed zijn op de woonvariabelen: gehuwden missen vrij vaak wijkvoorzieningen en met het stijgen van de leeftijd neemt dit gemis, alsmede de ontevredenheid met de woning af. Voor andere groepen naar burgerlijke staat, noch voor de verschillende sexen zijn significante relaties met de geselecteerde woonvariabelen aangetroffen. Dit geldt tevens voor de AMT-score, de deelname aan GOW-activiteiten en de ontoereikendheid van het inkomen.

Het aantal gemiste voorzieningen in de woning en de verhuishwens hangen samen met het aantal (I)ADL-beperkingen. De Zungscore en eenzaamheidsgevoelens, de afwezigheid van chronische ziektes en het oordeel over zowel de gezondheid als de algehele situatie hangen samen met alle vijf woonvariabelen; met name tussen enerzijds de verhuishwens en anderzijds de Zungscore, eenzaamheid en het situatie-oordeel worden sterke samenhangen gevonden ($r > 0,30$). De verhuishwens is minder sterk bij ouderen met een hogere opleiding of een beter inkomen, maar verder hangen de variabelen met betrekking tot de sociaal-economische status (zie volgende paragraaf) nauwelijks samen met de woonvariabelen, uitgezonderd het gemis aan voorzieningen.

De woonduur correleert met geen van de potentiële variabelen, uitgezonderd leeftijd (bijna per definitie) en het inkomen ($r=0,16$). Dit opmerkelijke verband lijkt samen te hangen met het bezit van eigen huis (hetgeen niet direct gevraagd is): er is immers gevraagd naar besteedbaar inkomen na aftrek van woonlasten, die bij langdurig bezit van een eigen woning (aanzienlijk) lager zijn dan bij huur (Van Fulpen, 1985).

14.7. Sociaal-economische status

14.7.1. Inleiding

Miklikowski (1972) beargumenteert dat mensen uit lagere sociale klassen in het algemeen in een ongunstige positie verkeren en dat de 'bejaardenproblematiek' in wezen een klassenprobleem is. De sociaal-psychologische kenmerken van veroudering zouden derhalve (voor een deel) maatschappelijk bepaald kunnen zijn (Nota Bejaardenbeleid 1975, p. 12) en als zodanig ten dele door veranderingsprocessen te beïnvloeden. In dit licht kan ook de ontwikkeling van het stelsel van sociale zekerheid gezien worden. Voor ouderen is de ontwikkeling van het AOW- en pensioenstelsel cruciaal geweest (Nota's Bejaardenbeleid 1970 en 1975) hoewel erkend wordt dat zij desondanks nog in een achterstandssituatie verkeren, ook financieel. De sociaal-economische verschillen lijken te convergeren met de

leeftijd, zodat bij bejaarden de sociale ongelijkheid voor de dood steeds verder opgeheven wordt (Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1975, p. 78). Aan de andere kant zijn er ook aanwijzingen dat binnen de totale bevolking de sociaal-economische gezondheidsverschillen de laatste jaren weer toenemen (Van der Maas, 1989).

Sociaal-economisch bepaalde verschillen in gezondheid staan sinds het begin van de jaren tachtig opnieuw in de belangstelling (De Jong, 1980; Mackenbach en Stronks, 1988; Nota 2000, 1986; WRR, 1988). Er zijn sociaal-economische verschillen vastgesteld in de prevalentie van chronische aandoeningen (CBS, 1988; SCP, 1988; Van den Bos, 1989), voor sterftecijfers (Van Doorslaer, 1987; Van Poppel, 1982), gebruik van gezondheidszorg (Coolen en Duipmans, 1987; Klaassen-van den Berg Jeths, 1989; Nota 2000, 1986; Mootz en Timmermans, 1981), maar ook bij emotionele labiliteit en algemene gezondheidstoestand (Van der Zee, 1982). De verzekeringsvorm (ziekenfonds versus particulier) blijkt van invloed te zijn op het aantal contacten met de huisarts en op het gebruik van door hem uitgeschreven medicijnen (Van Vliet en Van der Ven, 1986; Rutten en Janssen, 1987). Mootz (1984) heeft echter aannemelijk gemaakt dat het effect van de verzekeringsvorm grotendeels een schijneffect is en verloopt via de sociaal-economische status en de daardoor bepaalde gezondheidsverschillen.

Dimensies van sociaal-economische status (SES) zijn het opleidingsniveau, het beroep en het inkomen. Het beroep wordt daarbij veelal als meest belangrijke variabele beschouwd. Beroepsprestige blijkt ook bij ouderen na pensionering nog van invloed te zijn op de gezondheidstoestand en het voorzieningengebruik (Thijssen, 1986; Huijsman, 1989a).

Opleiding

Het opleidingsniveau bepaalt thans voor een groot deel het beroep en inkomen en daarmee samenhangend de variabelen die in dit onderzoek centraal staan, maar bij ouderen is dit verband waarschijnlijk minder dominant omdat vroeger de relatie tussen opleiding en werk minder sterk was en ouderen ondanks een laag aanvangsniveau door langdurige arbeidservaring toch een bepaalde positie kunnen hebben opgebouwd (Thijssen, 1986).

Het opleidingsniveau heeft echter ook een eigen invloed op het gedrag van ouderen: een hogere opleiding leidt tot beter inzicht in en kennis over gezondheid en leefgewoonten (WRR, 1977; Van Doorslaer, 1987). In het model van Andersen e.a. (1975) is de genoten opleiding van invloed op de gebruiksgeneigdheid. Het opleidingsniveau is sinds de Tweede Wereldoorlog sterk gestegen, zodat de gevonden verbanden tussen leeftijd en het opleidingsniveau voornamelijk cohort-effecten zijn (Becker en Hermkens, 1989).

Beroep

De meest gebruikte indicator in stratificatie-onderzoek is wellicht het (laatst) uitgeoefende beroep. Dit berust op de gedachte dat de maatschappelijke gelaagdheid in sterke mate gebaseerd is op het economisch proces en de positie die men daarin inneemt (Thijssen, 1986). Beroepenclassificaties die veel gebruikt worden zijn die van het ITS (Van Westerlaak e.a., 1976) en het CBS, dat gebaseerd is op onderzoek naar schoolloopbanen (CBS, 1982). Omdat veel vrouwen geen beroep uitgeoefend hebben, wordt voor hen vaak het beroep van een eventuele partner genomen als benadering. In dit geval spreekt men liever van sociale groep dan van beroepsgroep. Hier wordt de eerste indeling gehanteerd, bestaande uit zes niveaus op basis van de volgende beroepskenmerken: 'hoofdarbeid' versus 'handarbeid', vereiste opleiding, zelfstandigheid van beroep, grootte van bedrijf, al of niet in loondienst en leidinggeven. De beroepsgroepen zijn: (1) ongeschoolde arbeid, (2) geschoolde arbeid, (3) lagere employées, (4) kleine zelfstandigen, (5) middelbare employées en tenslotte (6) hogere beroepen. Door deze typering van beroepsgroepen wordt in feite een zekere (globale)

indeling naar prestige weergegeven. Het onderzoek naar het prestige dat aan een beroep ontleend kan worden is echter veel uitgebreider en laat ook veel gedetailleerdere indelingen toe dan die naar beroepsgroepen. Ook voor Nederland is een schaal voor beroepsprestige ontwikkeld (Sixma en Ultee, 1983), maar omdat de feitelijke afleiding hiervan bewerkelijk is, wordt deze aanpak hier niet gevolgd.

Inkomen

Inkomen blijkt in verschillende studies van wisselende importantie te zijn ter verklaring van voorzieningen gebruikt door ouderen. Andersen en Newman (1973) veronderstellen een indirecte invloed via de 'gebruiksmogelijkheid' ('predisposing'). Een hoger gebruik bij lagere inkomensgroepen werd gevonden door Mootz en Timmermans (1981). Serviceflatbewoners en positief geïndiceerde ouderen hebben een significant lager inkomen dan (andere) zelfstandig wonende ouderen (Bosma, 1988). De zogenaamde mantelzorg blijkt vooral ten goede te komen aan de midden- of hogere klassen, terwijl de lagere klassen vaker een beroep doen op de gezinsverzorging (SCP, 1986, p. 33). De bevinding in hoofdstuk 6 dat 65% van de 65-plus cliënten maximaal AOW heeft, illustreert dit.

In het inkomensbeleid voor ouderen zijn enkele belangrijke markeringen aan te geven vanaf de inwerkingtreding van de eerste Armenwet in 1854 (Commissie Financiering Ouderdagsvoorziening, 1987; Nota Bejaardenbeleid 1975; SCP, 1990; zie ook Tijdbalk Oudenzorg in bijlage 1): de vernieuwde Armenwet (1912); Invaliditeitswet (1913, 1919); Ouderdomswet (1919); Noodwet-Drees (1947); de Algemene Ouderdomswet (1957); structurele verhoging tot bijstandsniveau (1965); structurele verhoging en invoering vakantie uitwerking (1970); tweejaarlijkse aanpassing aan loon- en prijsontwikkeling (1972); verbetering pensioenrechten van duurzaam gescheiden en gehuwde ouderen (1972); reductie ziekenfondspremie (1975); netto-netto koppeling aan minimumloon (1980), doch sinds 1981 per jaar steeds buiten werking gesteld, waarmee de AOW-uitkering niet meer waardeverast is; bruto-korting van 3% op alle sociale uitkeringen; individualisering van de AOW-uitkering (1985); 'eenouderpensioen' en gelijkstelling samenwonenden en gehuwden (1987); inkomensafhankelijke toeslag voor partner jonger dan 60 jaar (1988).

De bedrijfspensioenregelingen zijn vooral in de eerste tien jaar na de oorlog tot stand gekomen en bij de invoering van de AOW omgebouwd tot aanvullende pensioenvoorzieningen. In 1985 bestond het gemiddelde inkomen van 65-plussers (bruto f 28.740) voor 57% uit AOW, 26% aanvullend pensioen, 18% overige inkomsten (met name vermogen). Het aandeel van de AOW in het gemiddeld inkomen van ouderen is sinds 1980 constant (SCP, 1990). De tot op heden veelvuldig uitgesproken verwachtingen over de toekomstige inkomensontwikkelingen bij ouderen, zijn recent getemperd (Rekers en Hermkens, 1989; SCP, 1990). Het SCP verwacht een inkomensverbetering (afhankelijk van de gevolgde methode) van 0 tot 0,8% per jaar. Uitsluitend uitgaande van de opleidingsontwikkeling wordt een stijging van 0,4% verwacht (zie ook paragraaf 15.6). Met name in de vermogenssfeer bestaan grote onzekerheden, zodat ook in de toekomst de AOW waarschijnlijk het belangrijkste inkomensbestanddeel zal blijven.

Ondanks de bescheiden te noemen inkomensontwikkeling bij ouderen, is in het algemeen dankzij het stelsel van sociale zekerheid de afhankelijkheid tussen (oudere) ouders en hun kinderen verminderd. Dit leidt ertoe dat mantelzorg door kinderen niet meer economisch afdwingbaar is en veel meer dan vroeger berust op de sociaal-emotionele aspecten (Van der Kruis en Mandemaker, 1986).

In deze paragraaf worden de onderlinge samenhangen bekeken tussen opleiding, inkomen en sociale groep. De literatuur geeft uiteenlopende aanwijzingen met betrekking tot de afweging tussen één samengestelde variabele voor sociaal-economische status (SES) of afzonderlijke indicatoren daarvoor. Enerzijds wijzen de zeer hoge correlaties tussen de indicatoren onderling (zie tabel 14.11) op de mogelijkheid van een latente SES-variabele. Anderzijds blijkt uit het model van Andersen en Newman (1973), zoals dat in hoofdstuk 13 beschreven is, dat de SES-indicatoren refereren aan verschillende modelaspecten: zo hangt de gebruiksgeneigdheid samen met het opleidingsniveau en wordt de gebruiksmogelijkheid onder meer bepaald door het inkomen, dat van belang is voor de mogelijkheid om alternatieven aan te boren en van invloed kan zijn op de hoogte van de eigen bijdrage (bijvoorbeeld bij de gezinsverzorging). Zo concludeerde het CBS (1988) dat het opleidingsniveau van invloed is op het benutten van medicijnrecepten en op het aantal specialistencontacten, terwijl het gebruik van fysiotherapeuten en wijkverpleging vooral door inkomen wordt bepaald. Ook elders worden de verschillende mechanismen van de verschillende SES-variabelen aangetroffen (Van Linschoten e.a., 1988).

Het opleidingsniveau is volgens de gebruikelijke CBS-indeling bevraagd en kent acht niveaus, oplopend van lager onderwijs (al of niet lager beroepsonderwijs) tot hoger beroeps- en universitair onderwijs. Het beroep is ondervraagd en gecodeerd op basis van de beroepenklapper van het ITS (Van Westerlaak e.a., 1976). Voor vrouwen is, indien zij niet zelf een beroep uitoefen(d)en, het beroep van de man als benadering voor de resulterende sociale groep genomen. Figuur 14.10 geeft aan hoe vaak dat gebeurd is.

Inkomensvragen leveren bij enquêtes veel problemen op. In het onderhavige onderzoek is een poging gedaan de non-respons te minimaliseren door alleen het besteedbare inkomen in de vragenlijst te laten invullen. Interviewer en respondent berekenden dit gezamenlijk door de netto-inkomsten uit AOW en andere bronnen te salderen met huur, andere woonlasten (gas, water, licht) en ziektekosten. Ook bij deze procedure blijft uiteindelijk de vraag bij 9,8% ongevraagd (met name bij verpleeghuispatiënten), terwijl 15% geen antwoord wil geven en nog eens 16,2% zegt het niet te weten (waarvan ruim 80% vrouwelijk).

De indicatoren voor sociaal-economische status hangen in belangrijke mate onderling samen (tabel 14.11). Het opleidingsniveau kent de hoogste correlatiecoëfficiënten, namelijk met het beroep van de respondent zelf (0,64) of van zijn/haar partner (0,31) en met de (eventueel uit de combinatie van beide beroepen gedestilleerde sociale groep (0,54). Opvallend is de grote samenhang tussen SES-indicatoren voor de respondent en de partner onderling. In

Figuur 14.10. Indeling in sociale (beroeps-)groep

Tabel 14.11. Correlaties tussen SES-variabelen voor respondent en eventuele partner*

	opleidingsniveau respond.	partner	besteedbaar inkomen	beroepsklasse respond.	partner	sociale groep	nu nog beroep respond.	partner
Opleiding:								
- respondent	1,00							
- partner	0,44	1,00						
Besteedbaar inkomen	0,41	0,32	1,00					
Beroep:								
- respondent	0,64	0,37	0,33	1,00				
- partner	0,31	0,62	0,18	0,51	1,00			
Sociale groep	0,56	0,47	0,28	1,00	0,71	1,00		
Nu beroep:								
- respondent	-0,17	-0,00**	-0,18	-0,16	-0,05**	-0,13**	1,00	
- partner	-0,13**	-0,07**	-0,00**	-0,06**	0,11**	-0,07**	-0,17	1,00

*Paarsgewijze correlaties in verband met soms grote aantallen ontbrekende waarnemingen (bijv. geen partner)

**Niet significant ($p > 0,05$)

vergelijking tot andere onderzoeken zijn de correlaties tussen de SES-indicatoren vrij laag; dit duidt op enige mate van 'status-inconsistentie' (Braam e.a., 1981; Dowd, 1980; Thijssen, 1986). Voor meetprocedures en onderzoek naar de determinanten van het voorzieningen-gebruik kan het daarom in sommige gevallen zinvol zijn de drie dimensies voor sociaal-economische status afzonderlijk te blijven beschouwen. Zo werd al eerder toegelicht dat de SES-variabelen in het model van Andersen en Newman (1973) verschillende rollen spelen, namelijk bij de geneigdheid of de mogelijkheid tot gebruik, terwijl de eigen bijdrage weer een nieuwe drempel kan opwerpen bij de gebruiksnoodzaak. Omdat anderzijds de onderlinge samenhangen tussen SES-variabelen groot is, wordt het alternatief van één samengestelde SES-variabele niet uitgesloten. Deze is eenvoudig geconstrueerd uit de som van het voor het aantal huishoudleden gecorrigeerde inkomen (score 1-5)³, het opleidingsniveau (score 1-8) en de sociale groep (score 1-6). De SES-schaal loopt dan van minimaal 3 tot maximaal 19 punten.

14.7.3. Samenhang tussen SES en andere variabelen

Uit voornamelijk buitenlands onderzoek blijkt dat de sociaal-economische status van invloed is op ziekte, levensduur, morbiditeit ten gevolge van chronische aandoeningen (Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985) en de kans in de WAO opgenomen te worden (Ziethuis, 1980). Thijssen (1986) concludeert dat de validiteit en lichamelijke en psychische gezondheid van ouderen in hogere strata gemiddeld iets beter is dan die van ouderen in lagere strata, waarbij zelfstandigen een tussenpositie innemen. Bosma (1988) rapporteert een significant verband tussen SES en psychisch functioneren en psychiatrische problematiek, doch niet tussen SES en lichamelijke gezondheid. Het SCP (1988) wijst erop dat thans de belangrijkste oorzaken voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (zoals slechte huisvesting, eenzijdige voeding, fysiek zwaar werk met slechte werkomstandigheden) eigenlijk zijn weggelaten, zodat het minder eenvoudig is de SES als precieze oorzaak van de verschillen aan te wijzen. Het gezamenlijk effect van verschillende determinanten tegelijkertijd is thans veel meer verantwoordelijk voor gezondheidsverschillen, ook bij ouderen (Moozt en Timmermans, 1981).

Ouderen in hogere strata zijn maatschappelijk en sociaal actiever: zij doen vaker onbetaald werk, zijn iets vaker lid van organisaties, gaan vaker uit en hebben een optimistischer toekomstbeeld (Atchley, 1977; Catton, 1972; Thijssen, 1986). Het opleidingsniveau lijkt

3. Berekend uit inkomensequivalenten voor verschillende huishoudvormen ten opzichte van echtparen (gewicht=1); alleenstaanden (gewicht=0,7) en voor ieder extra persoon boven twee partners komt er 0,25 bij het gewicht van 1 voor samenwonenden. Vervolgens is het inkomen ingedikt tot 5 klassen van 200-1000, 1000-1300, 1300-1700, 1700-2400 en vanaf 2400 gulden netto per maand.

0,15	0,13	0,09	(on)gehuwd (1) versus verveduwd/gescheiden(0)
-0,25	-0,22	-0,23	sex (M/V)
-0,14	-0,22		leeftijd
opleiding	inkomen	beroep resp.	sociale groep
-0,12	-0,19		(I)ADL
0,11			afw. chron. ziekte
		-0,11	eenzaamheid
-0,12	-0,15		medicijngebruik
-0,16		-0,11	Zungscore
-0,14	-0,26	-0,17	deelname aan GOW-activiteiten
0,18	0,16	0,21	AMT-score
-0,10			negatief oordeel over situatie

Figuur 14.11. Relaties tussen SES-indicatoren en andere variabelen

daarbij het belangrijkste stratificatie criterium te zijn, terwijl bij inkomen de vrijetijdsbesteding het belangrijkste is.

Op basis van paarsgewijze correlatie-berekeningen (minimaal: $N = 396$) zijn in figuur 14.11 de belangrijkste (significante) verbanden tussen SES-indicatoren en andere aspecten van de leefsituatie van ouderen in beeld gebracht. Er zijn geen significante relaties gevonden tussen enerzijds de SES-indicatoren en anderzijds de gezondheidsbeleving, de tevredenheid over de woonsituatie of het bieden van hulp aan anderen. Over het algemeen zijn de gepresenteerde samenhangen weliswaar significant, maar (zeker in vergelijking tot die bij de (I)ADL-schalen) van bescheiden omvang. Opleiding blijkt de belangrijkste verbanden met andere kenmerken te geven, gevolgd door het beroep (met name bij psychische aspecten). Deze bevinding gaat gedeeltelijk in tegen de literatuursuggestie dat beroep het meest belangrijke zou zijn. Inkomen heeft significante verbanden met de leeftijd en het geslacht van de respondent, maar niet met het feit of men al of niet gehuwd is (er is immers gebruik gemaakt van inkomensequivalenten). Ook hangt inkomen significant samen met het aantal (I)ADL-beperkingen, het medicijngebruik, de deelname aan GOW-activiteiten (die derhalve met name door lagere strata wordt gerapporteerd) en de AMT-score.

14.8. Sociaal netwerk

14.8.1. Inleiding

Behalve lichamelijke veranderingen treden bij het ouder worden talrijke veranderingen in de sociale situatie op (Braam e.a., 1981). Echter, iemand die vroeger actief was en veel contacten had, heeft dat op latere leeftijd vaak ook (Neugarten e.a., 1964). Volgens Sipsma

(1973) is er met het ouder worden een natuurlijke vermindering van het aantal en de kwaliteit van contacten, leidend tot 'sociale deprivatie'. Dit sluit aan bij de 'disengagement'-theorie (Cumming en Henry, 1961), die een tendentie tot terugtrekkend gedrag postuleert naarmate men ouder wordt. Dit leidt onvermijdelijk tot een wederzijds afnemende interactie tussen de ouder wordende mens en andere mensen in het sociale systeem. Een alternatieve theorie is de activiteitentheorie (Havighurst, 1963) waarbij sociale integratie essentieel geacht wordt voor het succesvol omgaan met ouder worden. Daarbij kan wel sprake zijn van enige vorm van terugtrekken, maar hiervoor komen nieuwe en andersoortige relaties in de plaats, die noodzakelijk geacht worden voor het in stand houden van de sociale orde en het individuele geluk of welbevinden. In een overzichtsartikel over de onderzoeksresultaten in het kader van de disengagement-theorie (Larson, 1978) blijkt dat een positieve samenhang tussen welbevinden en sociale contacten globaal wel teruggevonden wordt, maar dat dat sterk afhankelijk is van het soort relatie (familie versus vrienden en burens). Aan dit type onderzoek kleven echter enkele bezwaren, zoals de eenzijdige belichting van de frequentie van contacten, zonder de functies of de kwaliteit daarvan in beschouwing te nemen (Liang e.a., 1980; Arts e.a., 1989; Broadhead e.a., 1983). Ook wordt als bezwaar geuit dat de disengagementtheorie 'slechts' een beschrijvende theorie zonder toetsbare hypothesen is. De activiteitentheorie is een normatieve theorie, waarin sociale integratie een subjectieve waarde heeft die niet volledig door objectieve variabelen als het aantal contacten gemeten kan worden (Liang e.a., 1980).

In het vervolg wordt gesproken van 'sociaal netwerk' om daarmee het belang aan te geven van de naar aard en inhoud verschillende relaties rond een persoon (Klein Beernink, 1983 in De Jong-Gierveld, 1984). Sinds de definitie van gezondheid door de WHO (1948) heeft het sociaal netwerk een belangrijke rol speelt in het onderzoek naar de gezondheidstoestand en het voorzieningengebruik (Kaplan, 1985), waarbij als centrale hypothese geformuleerd wordt dat sociale relaties geassocieerd worden met een betere gezondheidssituatie en welbevinden vanwege de steun die zij bieden (Kaplan e.a., 1977; Seeman en Berkman, 1988). Onder ouderen bevinden zich veel éénpersoonshuishoudens door het wegvallen van de partner. Deze alleenstaanden doen veel vaker een beroep op formele hulp (Coolen, 1989; Fennis, 1973; Klaassen-Van den Berg Jeths en Kraan-Jetten, 1985). Het sociaal netwerk vervult verschillende functies (Braam e.a., 1981): (a) sociaal-emotionele functies (geborgenheid); (b) instrumentele functies (huisvesting, voeding, verzorging). Knipscheer (1980) onderscheidt bij sociale relaties vijf dimensies: inhoud, richting of wederkerigheid, duurzaamheid, intensiteit en frequentie. Structurele factoren zoals de totale omvang van het sociale netwerk en het aantal contacten zijn gerelateerd aan de beschikbaarheid van instrumentele en emotionele steun (Seeman en Berkman, 1988), waarbij kinderen met name de eerste functie op zich nemen en vrienden en andere familieleden meer gericht zijn op de emotionele functie van het sociale netwerk. Veelal beperkt men zich bij empirisch onderzoek tot de frequentie van sociale relaties, die ook wel wordt gevat onder het begrip 'objectieve isolatie' uitgedrukt in een relatief gering aantal contacten met anderen (De Jong-Gierveld, 1984). Naast 'objectieve isolatie' wordt 'subjectieve isolatie' of eenzaamheid onderscheiden. Hoewel eerder (paragraaf 14.5) aan de orde kwam dat eenzaamheid ook veroorzaakt kan worden door verminderd psychisch functioneren, wordt eenzaamheid als aspect bij de beoordeling van het sociaal netwerk belangrijker geacht (De Jong-Gierveld, 1984). Bij de bespreking van verbanden tussen aspecten van het sociaal netwerk en andere variabelen zal dit nader worden onderzocht.

In het leefsituatie-onderzoek onder 55-plussers in 1982 bleek dat bij het ontvangen van bezoek van familie, burens en kennissen nauwelijks verschillen naar sexe bestaan, maar dat eventuele verschillen wel iets toenemen met de leeftijd, en dat er geen duidelijk verband bestaat tussen leeftijd en het ontvangen van bezoek (CBS, 1984). Er zijn twee uitzonderingen: vrouwen krijgen iets meer bezoek van burens en kennissen van de eigen leeftijd en met het stijgen van de leeftijd komen kleinkinderen iets vaker op bezoek bij zelfstandig wonenden (CBS, 1984, p. 49). Bejaardenoordbewoners krijgen over de gehele linie minder

bezoek dan zelfstandig wonende ouderen, maar ook in bejaardenoorden bestaan nauwelijks verschillen naar sexe en leeftijd. Het zelf afleggen van bezoeken aan (klein-)kinderen, familie en anderen vertoont in het algemeen dezelfde (afwezige) relaties met sexe en leeftijd, zij het dat ouderen in de allerhoogste leeftijdscategorieën iets minder actief zijn. Bij bejaardenoordenbewoners wordt wel een sexeverval voor het bezoek aan medebewoners gevonden (vrouwen leggen meer bezoeken af).

Eenzaamheid

Eenzaamheid wordt algemeen in verband gebracht met een problematisch sociaal netwerk. De individuele persoonlijke beleving van de omvang en de aard van het sociaal netwerk bepaalt echter het onderscheid tussen alleen zijn en eenzaamheid. Eenzaamheid wordt door De Jong-Gierveld (1984, p.45) omschreven als 'het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties'. Daarbij is niet alleen de omvang van het sociale netwerk (contactfrequenties), maar ook de mate van intimiteit of kwaliteit van belang. Het gaat daarbij om de discrepantie tussen gewenste en gerealiseerde contacten met andere mensen. De Jong-Gierveld onderscheidt drie dimensies binnen het eenzaamheidsbegrip:

1. emotionele kenmerken van eenzaamheid (angst, verdriet, ongelukkig, niet gewaardeerd)
2. aard van de gemiste relatie(s), zoals met betrekking tot een partner, gemis aan gezelligheid, verlatenheid
3. het tijdsperspectief van eenzaamheid (uitzichtloos, tijdelijke aard, berusting)

De tweede dimensie vormt een noodzakelijke doch niet voldoende voorwaarde voor eenzaamheid. Afhankelijk van de leeftijd, sociale situatie, leefsituatie en stemming kan de tolerantiegrens voor gemis verschillen (De Jong-Gierveld, 1984, p. 47).

In empirisch wetenschappelijk onderzoek ligt de nadruk op eenzaamheid als gemisgevoelens in de relaties met andere mensen. Hiervoor zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld, die veelal uitgaan van een multidimensionaal construct. Vanuit sociologisch standpunt bestudeerd (Marcoen, 1989) is ook nagegaan of eenzaamheid onder ouderen gerelateerd is aan factoren zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en woonsituatie (Ankersmit, 1979; CBS, 1977 en 1983; Thijssen, 1983). Eenzaamheid blijkt vaak een reden te zijn om opname in een bejaardenoord aan te vragen: ouderen op een wachtlijst zijn aanzienlijk eenzamer dan zelfstandig wonenden zonder opnamewens, terwijl reeds opgenomen ouderen een tussenpositie innemen (Coleman, 1976). De feitelijke overgang naar een verzorgingstehuis lijkt een zekere reductie van eenzaamheidsgevoelens te bewerkstelligen (De Jong-Gierveld en Kamphuis, 1986), waarbij een sterke samenhang bestaat met het totale sociaal-psychologische welbevinden (Ankersmit, 1984; Mast e.a., 1972; Van Loveren-Huyben e.a., 1985). Recentere onderzoeken omtrent de invloed van eenzaamheid op het doen van een aanvraag voor opname in een bejaardenoord laten zien dat die eenzaamheid aanwezig is bij een vijfde (Bosma, 1988) tot een kwart van de aanvragers (Koehler en Van der Pennen, 1988). Door een vergelijkbaar aantal ouderen wordt eenzaamheid ook echt genoemd als reden voor het doen van een aanvraag (20%; Te Wierik en Frederiks, 1989).

14.8.2. Constructie van sociaal netwerk variabelen

Uit het beknopte literatuuroverzicht komt naar voren dat een aantal aspecten belangrijk is ter beoordeling van het sociale netwerk. Globaal is een onderscheid aan te brengen tussen de morfologische eigenschappen van het gehele sociale netwerk (ook wel genoemd: noodzakelijke voorwaarden) en de interactie-eigenschappen van sociale steun. Mogelijke criteria bij de beoordeling van het sociaal netwerk in sociaal-wetenschappelijk onderzoek betreffen met name de omvang van het netwerk (hoeveel personen), de diversiteit van het netwerk (verschillende personen), het aantal contacten met diverse geledingen in het sociale netwerk,

de wederkerigheid van die contacten (zowel bezoek ontvangen als zelf afleggen) en de inhoud van sociale relaties, waarbij emotionele en instrumentele functies mogelijk zijn. In dit onderzoek (Frederiks, 1990) is eigenlijk alleen gevraagd naar het laatste type functies, waarop bij de analyse van zelfzorg en informele hulp (paragraaf 14.9) gedetailleerd wordt ingegaan. De emotionele functies van het sociale netwerk blijven derhalve onbelicht. Dit geldt tevens voor de evaluatie van de omvang, aard en inhoud van de contacten; ook hierover zijn op geen enkele wijze vragen gesteld. Deze beperkingen liggen echter opgesloten in de aard van de onderzoeksvraag; het sociaal netwerk is niet het belangrijkste onderzoeksthema, maar wordt gezien als één van de mogelijke determinanten in de verklaring van het voorzieningengebruik door ouderen (Frederiks, 1990).

De omvang van het netwerk is gezien aan het aantal kinderen, schoon- en kleinkinderen dat de respondent heeft en de omvang van het huishouden (al of niet een partner, éénpersoonshuishouden of aantal huisgenoten). Voor alle geledingen in het sociaal netwerk is voor de contactfrequentie (gemiddelde op maandbasis) is de volgende indeling gehanteerd: (0) niet van toepassing (de respondent heeft bijvoorbeeld geen kinderen); (1) er zijn wel personen, maar er is geen contact; (2) minder dan één maal per week contact; (3) tot twee maal per week; (4) twee maal per week contact of meer, maar niet dagelijks; (5) dagelijks één of nog meer contacten. Bij overige familie is de correctie voor afwezigheid (0) niet mogelijk, omdat hierover geen vragen gesteld zijn.

De gemiddelde contactfrequenties zijn voor de verschillende deelpopulaties in het onderzoek (thuiswonenden, positief geïndiceerden, bejaardenoordsbewoners en verpleeghuispatiënten) vaak significant verschillend (zo blijkt uit kruistabellen-analyse): dit geldt voor het ontvangen van bezoek van kinderen in Maastricht ($\chi^2=57,0$; $p<0,001$) en het bezoek aan deze categorie ($\chi^2=74,9$; $p<0,001$), voor het bezoek van kleinkinderen ($\chi^2=39,3$; $p<0,001$) en van overige familieleden ($\chi^2=56,7$; $p=0,03$). Het geldt niet voor bezoek aan kinderen buiten Maastricht ($\chi^2=17,8$; $p=0,12$). In tabel 14.12 zijn de gemiddelde bezoekfrequenties op maandbasis (rechte telling) voor de verschillende geledingen uit het sociale netwerk vermeld. Daarbij dient het speciale karakter van het deelbestand voor verpleeghuispatiënten (zie paragraaf 13.6) in herinnering geroepen te worden: (a) bij circa de helft hebben de antwoorden betrekking op de situatie vóór het aan het verpleeghuis voorafgaande ziekenhuisverblijf, zodat eigenlijk het sociaal netwerk van een redelijk gezonde oudere beschreven wordt (hetgeen bijvoorbeeld blijkt uit het zelf op bezoek gaan bij kinderen en andere fami-

Tabel 14.12. Typering sociaal netwerk per deelpopulatie

	thuiswonende ouderen (N=615)	positief geïndiceerden (N=164)	bejaardenoord bewoners (N=207)	verpleeghuis patiënten (N=157)	totale steekproef (N=943)
Omvang soc. netwerk					
- pers. alleenstaand	39,3	65,2	87,9	55,4	57,2
- aantal huisgenoten incl. respondent (gem.)	1,8	1,4	1,1	1,7	1,6
- aantal kinderen (gem.)	2,7	2,6	2,3	2,8	2,6
- aantal schoonkinderen (gem.)	2,2	2,4	2,1	2,5	2,3
- aantal kleinkinderen (gem.)	4,7	6,0	4,9	6,1	5,2
gem. contactfrequentie per maand					
- door kinderen in M	16,2	13,3	8,8	20,5	14,8
- naar kinderen in M	3,1	2,9	1,8	2,6	2,7
- door kinderen buiten M	2,6	2,1	1,4	4,0	2,5
- naar kinderen buiten M	1,9	1,0	0,2	0,3	0,6
- door kleinkinderen	3,2	2,7	1,9	6,0	3,3
- door overige familie	3,3	2,4	2,4	7,5	3,6
- door anderen	5,0	4,3	4,9	5,5	5,0
- naar kleinkinderen, overige familie, rest	3,3	2,2	2,8	2,7	2,9
totaal aantal contacten	37,6	30,2	24,3	49,6	35,5
pers. eenzaam (soms/vaak)	41,6	70,1	50,5	48,5	49,9
pers. deelname GOM (soms/ vaak)	21,4	27,4	52,7	19,7	29,1

Tabel 14.13. Matrix van significante correlaties tussen kenmerken van sociaal netwerk

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Bezoek van													
1. Kinderen Maastricht	1,00												
2. kinderen buiten M.	0,11	1,00											
3. kleinkinderen	0,19	0,20	1,00										
4. overige familie	-	0,10	0,12	1,00									
5. anderen	-	-	-	0,11	1,00								
bezoek aan													
6. kinderen in M.	0,11	-	0,12	0,13	-	1,00							
7. kinderen buiten M.	-	0,38	-	-	-	0,37	1,00						
8. kleink., andere fam., rest	-	0,10	-	0,21	0,33	0,26	0,27	1,00					
overige indicatoren													
9. aantal (klein-) en schoongelovenden	0,13	0,18	0,14	-0,21	-0,11	-	-	-0,13	1,00				
10. aantal huisgenoten	0,36	-	0,19	-	-0,10	-	-	-	1,00				
11. eenzaamheid	-0,12	-	-	-0,09	-0,12	-	-	-0,11	-	-0,22	1,00		
12. deelname activit.	-0,13	-	-	-	-	0,11	-	0,18	-	-0,19	-	1,00	
13. partner (N/3)	-	0,13	-	0,12	-	-	-	-	-	-0,19	-0,19	-	1,00
14. éénpers.huish. (N/3)	-0,23	-	0,13	-	0,08	-	-	-	-	-0,01	0,24	0,22	-0,77

lie), terwijl nadien de situatie sterk kan zijn gewijzigd; (b) bij een aantal respondenten zijn sommige vragen niet gesteld omdat dat vanwege de toestand van de betreffende persoon niet kies werd geacht (geldt onder andere voor deelname aan GOW-activiteiten en eenzaamheid); (c) belevingsvragen zoals over eenzaamheid kunnen niet door een tweede respondent worden beantwoord.

In tabel 14.13 zijn de onderlinge samenhangen tussen alle variabelen van het sociaal netwerk weergegeven. Hierover is het volgende op te merken. Ten eerste blijken de correlaties van contactfrequenties op ontvangend gebied zeer laag te zijn, uitgezonderd het bezoek van kleinkinderen (zelfstandig) en het bezoek van kinderen in en buiten Maastricht. Hiermee komt de meer-generatiele verving van verjaardagen tot uitdrukking. Bij het ontvangen van bezoek gaat het derhalve duidelijk om gescheiden blijvende geledingen in het sociaal netwerk. Bezoek van overige familie lijkt een zekere compensatie te geven voor een kleinere omvang van het netwerk. Bij het zelf afleggen van bezoek ligt dat geheel anders. Als wordt geconstateerd dat de respondent zelf bezoek brengt aan kinderen buiten Maastricht, dan is de kans groot dat dat ook gebeurt aan kinderen binnen Maastricht en aan andere (tezamen genomen) categorieën in het sociaal netwerk. Met name het contact met anderen dan eigen familie is in sterke mate wederzijds. Hier lijkt bovendien sprake van een vervanging van het contact met de eigen kinderen en kleinkinderen (de correlaties tussen bezoek van deze categorieën en bezoek aan de andere categorieën zijn niet significant). Het verschillende karakter van het contact met allerlei geledingen blijkt ook uit de samenhangen met eenzaamheid (alleen significant bij bezoek van kinderen in Maastricht, bezoek van overige familie of buiten de familiekring en bezoek aan anderen dan de kinderen). De deelname aan activiteiten van het bejaardenwerk lijkt zowel een vervanging van het sociaal netwerk (significant bij bezoek van Maastrichtse kinderen en het aantal huisgenoten), als een versterking van het sociaal netwerk (bezoek aan kinderen in Maastricht en aan niet-familieleden) te kunnen zijn. Het aantal huisgenoten heeft een positief effect op het ontvangen van bezoek, vooral van kinderen in dezelfde gemeente (met als 'prijs' dat zij minder bezoek krijgen van de oudere) en de mate van eenzaamheid. Als er nog een partner is komt er ook significant meer bezoek van kinderen buiten de stad en van overige familie, is de eenzaamheid minder en neemt men minder deel aan GOW-activiteiten.

Er is géén verband tussen deelname aan GOW-activiteiten en eenzaamheid. Tenslotte lijken éénpersoonshuishoudens extra in het nadeel: deze krijgen minder bezoek van kinderen en overige familie, gaan daarom wel iets vaker op pad naar kinderen in Maastricht en zijn significant eenzamer dan niet-alleenstaanden. Het totaal aantal bezoeken dat men ontvangt van het gehele sociale netwerk hangt significant samen met eenzaamheid ($r = -0,11$; $p < 0,01$),

de omvang van het netwerk ($r=0,45$), het aantal huisgenoten ($r=0,25$) en alleenstaand zijn ($r=-0,19$; $p<0,001$). Het totaal aantal afgelegde bezoeken is in het gehele bestand niet gerelateerd aan het alleenstaand zijn, maar wel als de verpleeghuispatiënten buiten beschouwing blijven ($r=0,10$; $p<0,01$), en hangt samen met deelname aan activiteiten van het GOW ($r=0,10$; $p<0,01$) en het ontvangen aantal bezoeken ($r=0,39$).

Voor het vervolg van de analyse dient een gekozen te worden voor een beperkt aantal variabelen die het sociale netwerk van ouderen kunnen weergeven. Op grond van het voorgaande is gekozen voor een vijftal variabelen, namelijk: (1) het aantal bezoeken dat men in totaal ontvangt (van het gehele netwerk van (klein-)kinderen, overige familie en anderen); (2) het totaal aantal bezoeken dat men zelf aflegt; (3) de diversiteit van de contacten (uitgedrukt in het aantal geledingen uit het sociaal netwerk); (4) de deelname aan GOW-activiteiten en (5) de mate van eenzaamheidsgevoelens bij de respondent.

14.8.3. Relaties tussen sociaal netwerk en andere variabelen

Gezien het feit dat met het toenemen van de leeftijd het aantal sociale relaties afneemt (Braam e.a., 1981; Knipscheer, 1980), verwacht men ook een toename van het voorkomen van eenzaamheid met het ouder worden. Deze hypothese wordt door sommige studies wel (Ankersmit, 1979; Tews, 1971) en door andere studies niet (Braam e.a., 1981; Dooghe en Vanderleyden, 1978) ondersteund; de samenhang tussen het absolute aantal gerealiseerde contacten en eenzaamheid is over het algemeen slechts zwak (De Jong-Gierveld, 1984). De sexegebondenheid van de gerealiseerde contacten is wel van belang (Woldringh en Knapen, 1980): mannen onderhouden contacten met mannen, vrouwen met vrouwen. Vrouwen hebben betere sociale netwerken dan mannen (Wenger, 1984; Broadhead e.a., 1983). Daarbij wordt tevens geconstateerd dat vriendinnenrelaties 'rijker' en stabielere zijn, waardoor alleenstaande vrouwen beter in staat zijn een bevredigend sociaal netwerk op te bouwen dan alleenstaande mannen (Austrom, 1981; De Jong-Gierveld, 1984). Bij een vergelijkbare omvang van het sociale netwerk bij oudere vrouwen is een verschil in de mate van eenzaamheid aangetroffen naar burgerlijke staat: (recent) verweduwd vrouwen zijn het eenzaamste (Ankersmit, 1977). Thijssen (1986) heeft echter aannemelijk gemaakt dat sexeverschillen bij sociale contacten en eenzaamheid berusten op de samenhang van geslacht met andere kenmerken zoals leeftijd en burgerlijke staat. Verder liet Thijssen (1986) zien dat de frequentie van sociaal contact altijd dezelfde invloed op eenzaamheid heeft, ongeacht de burgerlijke staat, gezondheid of urbanisatiegraad. Het voorkomen van eenzaamheidsgevoelens hangt het sterkst samen met het sociaal contact met overige familie (anders dan eigen kinderen).

Een gunstiger sociaal-economische status gaat gepaard met een sterker en gevarieerder verenigingsleven, terwijl eenzaamheid minder vaak voorkomt (Braam e.a., 1981, p. 106). Volgens Lee (1983; in Arts e.a., 1989) zijn deze verbanden echter niet eenduidig en met name aanwezig bij de onderste en bovenste extremen van de sociaal-economische status (Berkman, 1986).

Over de relatie tussen gezondheid enerzijds en de omvang en het karakter van het sociaal netwerk anderzijds verschillen de bevindingen in de literatuur aanzienlijk (Sarason en Sarason, 1985). Bij ouderen zijn met betrekking tot de subjectieve gezondheidsbeleving relaties gevonden met sociale steun (Antonucci en House, 1983), waarbij de kwaliteit van deze steun belangrijker is dan de omvang (Antonucci, 1985) en met het aantal sociale contacten (Minkler e.a., 1983). Sociale steun heeft, controlerend voor andere variabelen, mogelijk ook een positieve invloed op de levensduur (Blazer, 1982; Schaefer e.a., 1981). Kaplan (1985) beargumenteert echter dat het sociaal netwerk sinds de WHO-definitie voor gezondheid (1945) ten onrechte een component van gezondheid genoemd wordt. In de zeer

uitgebreide literatuur over sociale netwerken van ouderen zijn nog enkele belangrijke verbanden veelvuldig aan te treffen: het contact met de eigen kinderen neemt toe met de leeftijd en na verweduwing (Wenger, 1984), de diversiteit van contacten loopt terug met de leeftijd (CBS, 1976) en er zijn nauwelijks significante verbanden tussen variabelen met betrekking tot het sociaal netwerk en het psychisch functioneren of welbevinden (Arts e.a., 1989; Lee, 1980; Lee en Ellithorpe, 1982; Wenger, 1984).

In het onderhavige onderzoek worden de (significante) samenhangen tussen enerzijds de sociaal netwerk variabelen (totaal aantal ontvangen of afgelegde bezoeken, diversiteit van het netwerk, deelname GOW-activiteiten en eenzaamheid) en anderzijds andere factoren uit de leefsituatie van ouderen (zoals de demografische kenmerken, het aantal IADL-beperkingen en het psychisch functioneren) weergegeven met behulp van figuur 14.12. Met betrekking tot de demografische kenmerken blijkt dat de huwelijks staat positief samenhangt met het aantal ontvangen bezoeken, de diversiteit van de sociale contacten en de afwezigheid van eenzaamheidsgevoelens. De deelname aan GOW-activiteiten is bij gehuwden significant minder vaak genoemd. Bij dit aspect van het sociaal netwerk worden voorts significante relaties gevonden met de sexe van de respondent, de sociaal-economische status (negatief) en met de subjectieve oordelen over de gezondheid en de totale situatie (beide positief).

Sexe heeft in dit onderzoek geen relatie met het totaal aantal ontvangen of afgelegde bezoeken en de diversiteit van het gehele sociale netwerk. Ook voor het contact met afzonderlijke geledingen uit het sociale netwerk zijn geen significante sexe-invloeden gevonden. Deze ten opzichte van de literatuur afwijkende bevinding kan mogelijk verklaard worden door het feit dat bij de inventarisatie van personen met wie men contact heeft, niet naar de sexe van de mensen gevraagd is.

0,15	0,20	-0,20	-0,19	gehuwd
		0,15	0,15	sexe (M/V)
-0,11	-0,23	-0,14	0,09	leeftijd
ontvangen bezoeken	afgelegde bezoeken	diversiteit van netwerk	deelname GOW-activ.	eenzaam- heid
	-0,38	-0,19		0,21
	-0,15			0,12
	-0,22	-0,16		0,52
	0,19	0,17		-0,17
-0,08	-0,08	-0,09		0,21
			-0,21	-0,13
	-0,21	-0,12	-0,15	0,25
	-0,13	-0,10	-0,12	0,41

Figuur 14.12. Significante samenhangen tussen sociaal-netwerkvariabelen en andere determinanten uit de leefsituatie van ouderen

Betreffende het totaal aantal ontvangen bezoeken zijn geen significante samenhangen met andere factoren uit de leefsituatie gevonden, uitgezonderd met de mate van (on)tevredenheid over de buurt waarin men woont (het betreft dan vooral het bezoek van anderen dan familie-leden; $r = -0,12$, $p < 0,001$). Het totaal aantal afgelegde bezoeken wordt in belangrijke mate beïnvloed door de lichamelijke en psychische toestand van de respondent, maar niet door de sociaal-economische status. Hetzelfde geldt voor de diversiteit van sociale contacten, maar in mindere mate en niet significant met betrekking tot de aanwezigheid van een chronische ziekte.

Tenslotte blijkt het voorkomen en de mate van eenzaamheidsgevoelens samen te hangen met alle andere factoren uit de leefsituatie, uitgezonderd de leeftijd van de respondent (conform Braam, e.a., 1981; Dooghe en Vanderleyden, 1978). Eenzaamheid is significant positief gecorreleerd met het aantal IADL-beperkingen, de aanwezigheid van chronische ziekte(n), de Zungscore (in zeer sterke mate), de aanwezigheid van geheugenstoornissen (via AMT-score; nota bene: hoe hoger de AMT-score hoe minder geheugenstoornissen), de mate van (subjectief beleefde) ongezondheid en het oordeel over de gehele situatie. Naarmate de sociaal-economische status hoger is, zijn de eenzaamheidsgevoelens echter significant lager.

14.9. Zelfzorg en informele hulp

14.9.1. Inleiding

Informele hulp betreft hulp en ondersteuning van de partner, kinderen, familie, buren, vrienden en kennissen en staat onder tal van andere termen bekend (niet-professionele hulp, nuldelijnszorg, mantelzorg, officieuze zorg). Is een van de informele helpers, de term die hier aangehouden wordt, aan te wijzen als hoofdpersoon dan wordt ook wel gesproken van 'centrale verzorg(st)er' (Janssen, 1988). Dit is veelal een vrouw, hetzij de echtgenote, hetzij een (schoon)dochter (Janssen, 1985; Knipscheer, 1984). De informele hulp blijkt vooral ten goede te komen aan personen uit de midden of hogere sociaal-economische klassen (SCP, 1986). Er wordt expliciet gestreefd naar een verschuiving van formele naar informele hulpverlening (Janssen, 1985; Knipscheer, 1984; Langeveld, 1985; Verhaar, 1985; Wevers e.a., 1985); ook de overheid kent dit streven (zie hoofdstuk 3). Er is een aantal redenen te noemen voor de beperkte mogelijkheden van substitutie in de richting van informele hulp (zie voor een literatuuroverzicht: Goudriaan, 1989 en 1990; SCP, 1984), zoals afnemend kindertal (zie ook STG, 1985), verweduwing, economische onafhankelijkheid van kinderen, overbelasting (Janssen, 1985) en privacy-karakter van persoonlijke verzorging. Toch is de omvang van informele hulp niet onaanzienlijk: bij circa 50 tot 70% van de mensen die hulp ontvangen, betreft dat informele hulp, eventueel in combinatie met gezinsverzorging of wijkverpleging (Hattinga Verschure, 1984; SCP, 1988). De grenzen van de informele hulp worden bepaald door de zwaarte en de duur van die hulpverlening (Janssen, 1985; SCP, 1988), maar ook door economische aspecten (Kwekkeboom, 1987; Kuijvenhoven, 1988; Schrijvers, 1987). De rol van formele hulp kan enerzijds stimulerend zijn (Janssen, 1985; Nuyens, 1988), anderzijds leiden tot terugtrekking van informele hulp (Coolen, 1982). Interessant fenomeen is verder dat het aantal twee- of drie generatie-huishoudens, met name bij 80-plussers, sinds 1983 weer stijgt (SCP, 1988; zie ook hoofdstuk 2). Dit alles leidt er toe dat het moeilijk is om eenduidige en generaliseerbare conclusies te trekken over zowel de voorwaarden waaronder en de situaties waarin informele hulp tot stand komt, als over de effecten ervan.

Er zijn globaal vier modellen voor de relaties tussen informele en formele hulpverlening te onderscheiden (Noelker en Bass, 1989):

- a. complementaire model ('dual specialization') van gescheiden taken, uitgevoerd door gescheiden blijvende systemen van formele en informele hulp.
- b. supplementaire model, waarin routine-matige hulp en gespecialiseerde zorg onderscheiden worden die beide tijdsintensief kunnen zijn of anderszins additionele hulp vereisen. In dit model wordt de routine-matige hulp formeel opgevangen en de gespecialiseerde zorg formeel.
- c. substituerende model (met name het onderzoek van Greene, 1983), waarin familiehulp vervangen wordt door professionele hulp, vooral door stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en demografische ontwikkelingen (dalend kindertal; STG, 1985).
- d. géén relatie, omdat informele hulp plaatsvindt onafhankelijk of juist in weerwil van de mogelijkheid om formele hulp te krijgen (afhankelijk van culturele waardenpatronen, toetredingsbarrières in zorgcircuits en familiebanden).

14.9.2. Zelfzorg en informele hulp: patronen en constructie van variabelen

In de enquête (Frederiks, 1990) is bij alle IADL-handelingen gevraagd wie de belangrijkste en één na belangrijkste uitvoerder(st)er is van de daar genoemde huishoudelijke activiteiten (zoals boodschappen doen, koken en dergelijke): de respondent zelf, de partner, andere huisgenoot, niet-inwonende familie, vrienden of buren en vrijwilligerswerk. In dezelfde lijst van mogelijke uitvoerenden zijn bovendien gezinsverzorging, wijkverpleging, betaalde particuliere hulp, bejaardenverzorgende of verpleegkundige uit bejaardenoord en dergelijke opgenomen, maar die zijn hier niet relevant (komen wel terug in de analyse van het voorzieningengebruik). Bij de ADL-handelingen wordt alleen naar de belangrijkste uitvoerder gevraagd. Per genoemde uitvoerder is bekeken of deze hulp geeft en zo ja, bij hoeveel taken. Deze twee soorten variabelen zijn gecorrigeerd voor de mogelijkheid dat er geen huisgenoot (noch partner, noch iemand anders) aanwezig is ter onderscheiding van de mogelijkheid dat deze er wel is, maar geen hulp geeft. In het licht van de besproken literatuur moet met spijt vastgesteld worden dat het geslacht van de informele helper buiten beschouwing is gebleven. In tabel 14.14 wordt voor het gehele bestand (inclusief intramurale sectoren) in beeld gebracht wie de meest belangrijke uitvoerder is van de (I)ADL-taken.

Opgemerkt wordt dat in deze analyse nog alle (I)ADL-items betrokken worden; in latere instantie beperken wij ons tot de 11 handelingen waarvoor eerder op basis van het Rasch-model een gecombineerde (I)ADL-schaal is ontwikkeld (zie paragraaf 14.3). Ook mogelijke vormen van professionele hulpverlening worden hier tezamen genomen (een gedetailleerde analyse hieromtrent volgt in hoofdstuk 15). Tenslotte wordt vermeld dat het vrijwilligerswerk buiten beschouwing wordt gelaten omdat dat slechts éénmaal is genoemd.

In tabel 14.14 komt bij de antwoordmogelijkheid dat de respondent zelf de belangrijkste uitvoerder van de handelingen is, weer het hiërarchische patroon in de (I)ADL-schaal naar voren: zelf doet de respondent niet erg vaak meer het dweilen (6,6%) en de was (18%), ongeveer 1/3 van de respondenten doet zelf de boodschappen en het koken van een warme maaltijd, 40 tot 50% doet zelf de administratie, stoft en maakt het bed op en circa 70% verzorgt zelf de broodmaaltijd en de verwarming. Bij de ADL-handelingen loopt het percentage respondenten dat deze handelingen zelf doet op van 58% bij traplopen (waarbij deze vraag overigens bij 36% niet van toepassing is, bijvoorbeeld vanwege het feit dat de woning gelijkvloers is) tot 94% bij eten en drinken; het komt relatief vaak voor dat 80 tot 85% van de respondenten rapporteert dat het betreffende ADL-item zelf gedaan wordt.

De hulp van de partner is met name bij de instrumentele activiteiten groot (ongecorrigeerd voor het feit of er wel een partner is), variërend van 6,7% bij het verzorgen van de

Tabel 14.14. Hulppatronen per (I)ADL-handeling: procentuele aandelen van de belangrijkste uitvoerenden per handeling

	zelf	partner	huis- genoot	familie	buren	part. hulp	thuis- ^{a)} zorg	intramur. ^{b)}
koken	32,7	15,3	5,9	3,1	0,4	1,2	5,9	33,8
broodmaaltijd	70,7	8,9	4,0	1,1	0,1	0,3	0,3	14,1
stoffen	43,4	13,6	4,6	2,2	0,3	4,0	8,1	23,6
dweilen	6,6	10,7	6,3	11,9	1,4	12,0	18,4	32,5
verwarming	72,4	6,7	3,9	1,1	0,1	0,5	0,6	14,4
boodschappen	32,0	13,6	7,2	23,7	3,9	2,3	4,5	12,6
de was doen	18,4	14,1	6,8	30,8	1,5	18,8	4,3	5,0
bed opmaken	47,6	14,4	4,7	2,9	-	2,1	5,8	22,4
administratie	41,5	13,9	6,0	34,4	2,0	0,2	0,3	1,4
in/uit bed	84,6	3,2	1,8	1,1	-	0,1	0,6 ^{c)}	7,7
zich wassen	71,5	2,0	1,3	1,3	0,1	0,4	11,5 ^{c)}	11,1
aan/uitkleden	80,6	3,7	2,4	0,8	0,1	0,1	2,5 ^{c)}	9,4
toiletgebruik	86,1	1,9	1,6	0,9	0,1	0,1	0,2	7,0
eten/drinken	93,7	0,9	0,6	1,1	-	-	-	3,6
lopen binneng	84,3	2,1	1,1	0,7	-	0,1	0,1	2,1
traplopen ^{d)}	58,3	1,7	1,3	1,4	0,1	-	0,4 ^{c)}	0,2
lezen ^{d)}	80,5	0,2	-	-	-	-	-	0,1

- a. Gezinsverzorging en/of wijkverpleging (inclusief tafeltje dekje bij koken).
 Wijzverpleging komt niet voor bij instrumentele handelingen (eerste blok van koken tot en met administratie) uitgezonderd bed opmaken.
 b. Inclusief ziekenhuis, revalidatiecentrum en psychiatriesch ziekenhuis.
 c. Zowel gezinsverzorging als wijkverpleging zijn hier genoemd.
 d. Relatief bij veel mensen niet van toepassing (36% bij traplopen en 19% bij lezen).

verwarming tot 15,3% bij koken. Andere huisgenoten (ongecorrigeerd voor hun aanwezigheid) zijn als belangrijkste uitvoerder genoemd bij 4 tot 7% van de instrumentele taken. De inschakeling van familie is zeer groot, met name bij het doen van de administratie (34%; bij thuiswonenden ook altijd nog 20%), het doen van de was (31%; thuiswonenden 22%) en het doen van boodschappen (24%; thuiswonenden 19%). Particuliere hulp wordt vooral genomen voor de was en het zwaardere huishoudelijke werk. Tenslotte blijkt de hulp van burenen weinig genoemd te worden als belangrijkste, uitgezonderd bij het doen van boodschappen (4%; nauwelijks variatie tussen de deelbestanden). Als er professionele hulp als belangrijkste uitvoerder van (I)ADL-taken genoemd wordt, betreft dat met name het dweilen en ander huishoudelijk werk. Het gaat bij de thuiszorg overigens natuurlijk altijd om het zelfstandig wonende deel van het totale bestand (het laatste is de basis van het huidige betoog), zodat de gepresenteerde cijfers in tabel 14.14 (bijvoorbeeld 18% bij dweilen) in het deelbestand van zelfstandig wonenden hoger liggen (voor het voorbeeld op 26%). In het bejaardenoord en verpleeghuis tezamen (38,6% van alle respondenten) wordt lang niet altijd professionele instrumentele hulp gegeven: de percentages variëren van 1,4% bij administratie en 5% bij het doen van de was tot ongeveer 33% bij dweilen en koken.

Bij de algemene ADL-taken is de zelfredzaamheid (dat wil zeggen het feit dat de respondent rapporteert dat de betreffende activiteit door hem/haar zelf verricht wordt) aanzienlijk groter. Als er ADL-hulp door anderen gegeven wordt, is deze vaak professioneel en veel minder afkomstig van informele hulpverleners. Met name bij het wassen is dit aan de orde. Bij deze taak, maar ook bij het in en uit bed stappen, het aan- en uitkleden en het traplopen worden zowel de gezinsverzorging als de wijkverpleging als belangrijkste uitvoerder of hulp genoemd. De hulp van burenen, particuliere hulp en familie is bij ADL-ondersteuning vrijwel te verwaarlozen.

Over de omvang van informele hulp zijn nog enige extra vragen gesteld, namelijk (a) welke uitvoerder het laatste jaar het meest geholpen heeft bij instrumentele en andere ADL-activiteiten tezamen, (b) welke uitvoerder bij ziekte of bedlegerigheid de persoonlijke en (apart gevraagd) de huishoudelijke verzorging van de respondent overneemt, (c) wie in geval van nood bereikt kan worden (twee personen of instanties mogelijk) en tenslotte (d)

van wie men eventuele extra hulp (indien nodig) zou willen krijgen. Vragen over de toereikendheid van en tevredenheid over de informele hulp, eventuele knelpunten en dergelijke zijn in dit onderzoek niet gesteld.

Nadere analyses zijn verricht met betrekking tot de mogelijkheden die er naar inschatting van de respondent bestaan om hulp te krijgen als dat nodig zou zijn. Gevraagd is: "Als U een week of langer ziek of bedlegerig bent, wie zorgt er dan voor u persoonlijk en voor Uw huishouding?" Men kon zowel informele als formele hulpverleners aangeven en daarbij niet alleen de belangrijkste, maar ook een tweede persoon. Tussen de personen die persoonlijke ADL-hulp zouden geven enerzijds en personen die huishoudelijke of instrumentele hulp zouden geven anderzijds, zijn interessante netwerken van informele en formele hulp te zien. Deze netwerken worden belicht voor thuiswonende ouderen, inclusief positief geïndiceerden. De bevindingen zijn als volgt te schetsen. Diegenen die op instrumenteel gebied meer zelfzorg (8,6%) rapporteren, verwachten meer hulp van familie en vrienden of bureu. Deze worden als eerste maar niet als tweede persoon genoemd en zullen naar verwachting zowel op persoonlijk als op huishoudelijk vlak hulp bieden als dat nodig is; familieleden en vrienden of bureu zijn overigens ook de personen die in geval van nood het eerst bereikt kunnen worden. Het enige significante verband tussen het feit dat iemand zelfzorg rapporteert bij huishoudelijk activiteiten en hulp verwacht van een tweede persoon betreft de persoonlijke hulp door de wijkverpleging ($r=-0,16$; $p<0,001$). Naarmate men meer zelf doet wordt wel significant vaker de wens geuit (meer) gezinsverzorging te krijgen ($r=0,14$; $p<0,001$). Als men al hulp heeft van de gezinsverzorging, dan zal indien persoonlijke hulp ten gevolge van ziekte nodig is niet alleen deze voorziening ($r=0,43$), maar ook de wijkverpleging ingeschakeld kunnen worden ($r=0,34$), terwijl het omgekeerde veel minder wordt gerapporteerd ($r=0,15$; $p<0,001$) en dan vooral als huishoudelijke hulp nodig zal zijn ($r=0,17$; $p<0,001$). Hulp van familie en tafeltje dekje (of via restaurant) gaat vaak samen ($r=0,18$; $p<0,001$). Reeds bestaande hulp van familieleden kan ook bij ziekte opgeroepen worden, waarbij de partner als tweede persoon bij huishoudelijke hulp 'achter de hand' blijft ($r=0,29$). De familie fungeert bij aanwezigheid van gezinsverzorging als tweede vangnet op huishoudelijk vlak ($r=0,17$); ouderen met betaalde particuliere hulp noemen nauwelijks andere mogelijkheden, uitgezonderd de partner op wie in tweede instantie bij huishoudelijke activiteiten zal worden teruggevallen ($r=0,16$; $p<0,001$). Indien er al hulp van vrienden of bureu aanwezig is, geldt dit in nog sterkere mate en worden er in het geheel geen anderen genoemd (noch bij persoonlijke, noch bij huishoudelijke hulp), doch kennelijk volstaat dit omdat ook geen wens geuit wordt voor meer hulp van wie dan ook (het betreft overigens slechts 4,3% van alle ouderen).

Bij de constructie van de variabelen voor zelfzorg en informele hulp door partner, huisgenoot, familie of bureu is aansluiting gezocht bij de eerder gepresenteerde (I)ADL-schaal van 11 geselecteerde items (zie paragraaf 14.3). Dit betreft hulp bij koken, broodmaaltijd maken, stoffen, dweilen, boodschappen doen, de was doen, zichzelf wassen, aan- en uitkleden, toiletgebruik, eten en drinken en zich binnenshuis verplaatsen. De informele hulp wordt uitgedrukt in het aantal handelingen (maximaal 11) waarbij de genoemde personen helpen, resulterend in vier variabelen voor informele hulp uit vier verschillende bronnen. Dit aantal verschillende bronnen is vervolgens als vijfde variabele geconstrueerd.

In tabel 14.15 wordt een overzicht gegeven van de aanwezigheid van de verschillende vormen van informele hulp. Gemiddeld heeft 22% hulp van de partner (bij de 302 respondenten die een partner hebben is dat 69,5%) en 6% hulp van een andere huisgenoot (54% bij de 101 respondenten die een huisgenoot hebben). Hulp van andere familieleden buiten het eigen huishouden komt vrij vaak voor (42,5%), maar burenhulp (circa 6%) daarentegen nauwelijks. Een kwart van alle respondenten heeft een betaalde particuliere hulp; bij positief geïndiceerden is dat zelfs 30%. De antwoorden over particuliere hulp worden bij de

Tabel 14.15. Mate van zelfzorg en informele hulp

	thuis- wonend (N=415)	positief geïndiceerd (N=164)	bej.oord bewoners (N=207)	verpleegh. patiënten (N=157)	totale steekproef (N=934)
gemiddeld aantal (I)ADL-beperkingen ^{a)}	3,7	5,6	6,3	10,2	5,7
waarvoor in % ^{b)} :					
- zelfzorg ^{c)}	75,5	45,0	25,1	1,2	35,8
- hulp partner	35,9	14,6	6,3	15,3	22,3
- hulp huisgenoot	8,4	4,9	-	9,6	6,2
- hulp familie	30,8	44,5	58,0	51,0	42,5
- hulp bureu	4,6	6,7	7,7	6,4	5,9
- particuliere hulp	20,5	30,5	44,0 ^{d)}	8,9	25,5
aantal informele bronnen (gem.) ^{e)}	0,80	0,70	0,72	0,82	0,77

a. de afgeleide Rasch-schaal met 11 activiteiten (zie paragraaf 14.3)

b. belangrijkste uitvoerder; combinaties zijn mogelijk, dus som groter dan 100%

c. alleen instrumentele activiteiten

d. hoofdzakelijk de uitbesteding van wasgoed (43,5%)

e. mogelijkheden: partner, huisgenoot, familie en bureu

bejaardenoordbewoners overigens vertekend door het feit dat deze ouderen de uitbesteding van het wasgoed ook daaronder begrepen. De hulp van familie betreft bij de bejaardenoordbewoners hoofdzakelijk het doen van boodschappen (34%) en de was (48%). Bij de ouderen die positief geïndiceerd zijn voor opname in een bejaardenoord is de hulp van een partner (14,6%) aanzienlijk lager dan bij thuiswonende ouderen (35,9%), terwijl familiehelp veel vaker voorkomt (44,5% versus 30,8%) en er ook vaker particuliere hulp is (30,5% versus 20,5% bij thuiswonende ouderen).

Voor de geconstrueerde variabele met betrekking tot het aantal verschillende informele hulpbronnen is het van belang dat er bij instrumentele activiteiten twee en bij de andere ADL-activiteiten slechts één persoon genoemd kon worden en dat wij ons beperken tot de 11 items uit de Rasch-schaal. Op deze wijze geconstrueerd blijkt het aantal gerapporteerde informele hulpbronnen maximaal twee te zijn, hoewel er hier vier onderscheiden worden: hulp door partner, huisgenoot, familie of bureu komt derhalve in bepaalde gelimiteerde combinaties voor. Een informele bron heeft 63,5% van alle respondenten, twee bronnen heeft 6,7%, maar bijna een derde (29,8%) heeft helemaal geen informele hulp. Het gemiddelde aantal informele bronnen komt op 0,8. De verdeling van het aantal informele hulpbronnen per deelbestand is overigens niet significant anders voor thuiswonenden, bejaardenoordbewoners of verpleeghuispatiënten ($\chi^2=10,2$; $p=0,12$).

De samenhang tussen de verschillende bronnen van informele hulp kan nader worden bestudeerd aan de hand van de correlatiematrix in tabel 14.16, waarin alleen de significante verbanden vermeld zijn. Er worden twee varianten belicht, namelijk: (a) zijn de betreffende hulpbronnen wel of niet ingeschakeld (dichotome uitspraak) en (b) bij hoeveel verschillende taken er informele hulp wordt geboden. Beide varianten kennen steeds de zelfde significante correlaties, maar daarop zijn twee uitzonderingen die steeds de informele hulp van een huisgenoot (anders dan partner) betreffen: ten eerste staat de aanwezigheid van deze hulp niet in relatie tot het feit of iemand zelf nog activiteiten verricht en ten tweede staat de omvang van deze hulp niet in verband met het totaal aantal informele hulpbronnen dat ingezet is. Een afnemende zelfzorg wordt met name ondervangen door toenemende hulp van de partner ($r=-0,61$; $p<0,001$) of van een eventuele andere huisgenoot ($r=-0,35$; $p<0,001$). Het verband tussen afnemende zelfzorg en toenemende informele hulp door andere familieleden

Tabel 14.16. Significante verbanden tussen informele hulpvormen in twee varianten

	1	2	3	4	5	6
<u>aanwezigheid van hulp*</u>						
1. zelfzorg	1,00					
2. hulp van partner	-0,22	1,00				
3. hulp van huisgenoot	-	-	1,00			
4. hulp van familie	-0,09	-0,30	-	1,00		
5. hulp van bureu	-	-	-	-	1,00	
6. aantal inf. bronnen	-0,09	0,57	0,35	0,56	0,25	1,00
<u>omvang van de hulp**</u>						
1. zelfzorg	1,00					
2. hulp van partner	-0,61	1,00				
3. hulp van huisgenoot	-0,35	-	1,00			
4. hulp van familie	-0,12	-0,28	-	1,00		
5. hulp van bureu	-	-	-	-	1,00	
6. aantal inf. bronnen	-0,29	0,33	-	0,39	0,19	1,00

* Dichtome variabelen; ongeacht aantal taken waarbij geholpen wordt

** Gedefinieerd als het aantal taken (max. 11) waarbij geholpen wordt

buiten het huishouden van de respondent is minder sterk, doch ook significant ($r=-0,12$). Deze vorm van informele hulp wordt echter niet gegeven als de partner informele hulp levert ($r=-0,09$) of in die gevallen -en in veel sterkere mate dan het juist aangegeven verband- dat er informele hulp van een andere huisgenoot aanwezig is ($r=-0,30$). Opvallend is dat noch de aanwezigheid, noch de omvang van de hulp door vrienden en/of bureu significante verbanden vertoont met andere vormen van informele hulp. Hulp door vrienden en/of bureu komt derhalve min of meer onafhankelijk van andere hulpbronnen tot stand.

14.9.3. Samenhang tussen informele hulpverlening en andere variabelen

Eerder kwam al aan het licht dat de totale omvang van en het aantal contacten met het sociale netwerk gerelateerd zijn aan de beschikbaarheid van informele hulp; er is echter geen sprake van een één-op-één relatie of, zoals sommige auteurs doen voorkomen, van een tautologie (Seeman en Berkman, 1988).

In figuur 14.13 zijn de belangrijkste significante verbanden aangegeven tussen enerzijds de variabelen voor zelfzorg en informele hulp en anderzijds de in de voorgaande paragrafen besproken andere determinanten voor de leefsituatie van ouderen. De analyse beperkt zich ter wille van de inzichtelijkheid tot de aanwezigheid van informele hulp. De demografische variabelen kennen veel significante relaties met de aanwezigheid van zelfzorg en informele hulp: met het stijgen van de leeftijd neemt de informele hulp van de huisgenoot ($r=0,57$), familie ($r=0,24$) toe, maar wordt de kans op hulp van een partner kleiner ($r=-0,18$); vrouwen hebben een grotere mate van zelfzorg ($r=0,14$), minder hulp van de partner ($r=-0,46$), maar meer hulp van een eventuele huisgenoot ($r=0,34$) en overige familie ($r=0,14$). Per saldo is de negatieve relatie tussen sexe en hulp van een partner dermate groot dat het verband tussen sexe en het aantal verschillende informele hulpbronnen eveneens significant negatief is, ondanks de eerder aangegeven positieve verbanden met betrekking tot hulp van een huisgenoot en overige familie. Met het toenemen van (I)ADL-beperkingen neemt de informele hulp over de gehele linie toe, uitgezonderd het feit dat er géén significant verband is tussen het aantal beperkingen en de aanwezigheid van burenhulp. Ook de diversiteit van hulpbronnen neemt toe met de ernst van de (I)ADL-problematiek.

-0,08	-0,63	-0,25	-0,11	0,29	gehuwd (J/N)
0,14	-0,46	0,34	0,14	-0,18	sexe (M/V)
-0,18	0,57	0,24			leeftijd
zelf-zorg	hulp partner	hulp huisgehoort	hulp familie	hulp buren	aantal bronnen
-0,60	0,15	0,30	0,13		(I)ADL
-0,15					Zung
0,19			-0,11		AMT-score
	0,18		-0,23		soc-econ. status
			0,11	-0,14	0,16
					aantal contacten
-0,22					chron. ziekte (N/J)
-0,17	0,15				0,09
					subj. gezondheid

Figuur 14.13. Significante relaties tussen enerzijds de aanwezigheid van zelfzorg en informele hulp en anderzijds enkele andere variabelen

De psychische toestand (Zung- of AMT-score) is alleen van invloed op de zelfzorg; de informele hulp is hieraan niet significant gerelateerd, uitgezonderd het opvallende verband tussen AMT-score (hoe hoger, hoe beter het cognitief functioneren) en de familiäre informele hulp ($r=-0,11$; $p<0,001$). Er bestaat een significant positief verband tussen de sociaal-economische status en de hulp van de partner ($r=0,18$), terwijl het verband met de hulp van familieleden negatief is ($r=-0,23$): lagere sociale klassen hebben meer informele hulp binnen de familie en hogere sociale klassen betrekken hun hulp vaker van buiten de familie, bijvoorbeeld via een particuliere betaalde hulp ($r=0,19$; $p<0,001$; niet in figuur 14.13). Een dergelijke verdeling op basis van sociaal-economische status is ook elders gerapporteerd (zie bijvoorbeeld: SCP, 1986). De burenhulp tenslotte vertoont géén significante samenhang met de aanwezigheid van chronische ziekte of met de (I)ADL-schaal, hetgeen in overeenstemming is met de bevindingen van andere auteurs dat deze vorm van informele hulp betrekking heeft op beperkte huishoudelijke ondersteuning zoals een boodschap doen, maar niet op ADL-ondersteuning. Tenslotte blijkt het totaal aantal sociale contacten dat een oudere gemiddeld per maand heeft significante verbanden te vertonen met hulp van de familie ($r=0,11$) en de hulp van buren ($r=-0,14$); per saldo is het aantal verschillende informele hulpbronnen groter naarmate het sociaal netwerk omvangrijker is.

14.10. Samenvatting

In dit hoofdstuk is geprobeerd om op een systematische wijze zicht te krijgen op allerlei determinanten betreffende de leefsituatie van ouderen in de meest ruime zin. Op basis van secundaire analyse van individuele gegevens over ruim 900 ouderen in de gemeente Maas-tricht (voorgeselecteerd door middel van een post-enquête op validiteit en/of voorzieningen-gebruik; zie hoofdstuk 13 en publikaties van de oorspronkelijke onderzoekers Frederiks en Te Wierik) zijn acht clusters van determinanten geanalyseerd. Dit betreft achtereenvolgens de volgende aspecten: demografische kenmerken, (I)ADL-beperkingen, overige indicatoren

clusters van determinanten	geselecteerde variabelen
1. demografische kenmerken	sexe (M/V), leeftijd (vijfjaarsinterval), alleenstaand zijn (N/J), gehuwd (N/J)
2. (Instrumentele) Activiteiten van het Dagelijks Leven	raschschaal met 11 items in vijf subschalen: (a) dweilen, was doen; (b) koken, stoffen, bed opmaken; (c) traplopen, boodschappen doen, zichzelf wassen; (d) in en uit bed stappen, aan/uitkleden, lopen; (e) brood-maaltijd maken, eten/drinken, toiletgebruik
3. andere indicatoren voor lichamelijk functioneren	chronische ziekte (N/J), aantal ziekte weken in een jaar, subjectieve gezondheid, gehoor, regelmatige beweging, medicijngebruik
4. psychisch functioneren	Zungscore (mono- of dichotoom met 47 punten als grens), AMT-score, oordeel over situatie
5. woonsituatie	gemiste woon- en/of wijkvoorzieningen, ontevredenheid over wonen(*), ontevredenheid over buurt, verhuiscens
6. sociaal-economische status	opleiding, sociale groep o.b.v. beroep, (gezins-)inkomen, SES-construct
7. sociaal netwerk	ontvangen en/of afgelegde bezoeken, diversiteit van netwerk, deelname GOW-activiteiten, eenzaamheid(*)
8. informele hulp	aanwezigheid of omvang van hulp bij 11 items van raschtype (I)ADL-schaal (zie punt 2): zelfzorg, partner, huisgenoot, familie, bureu, particuliere betaalde hulp, aantal verschillende informele hulpbronnen

(*) Veel auteurs noemen variabelen ook wel als indicator voor psychisch functioneren.

Figuur 14.14. De in deze studies gebruikte clusters van determinanten en geselecteerde variabelen

voor lichamelijke gezondheid, het psychisch functioneren, de woonsituatie, de sociaal-economische status, het sociaal netwerk en de informele hulpverlening. De aanpak is daarbij steeds hetzelfde geweest: eerst werd de bestaande literatuur over het betreffende cluster besproken, vervolgens werden de variabelen daarvoor geconstrueerd en op hun onderlinge samenhang beoordeeld, op grond waarvan in de derde stap één of een beperkt aantal determinanten voor het betreffende aspect geselecteerd werd(en). Deze werden tenslotte door middel van correlatiecoëfficiënten gerelateerd aan de andere aspecten van de leefsituatie van ouderen. In het volgende hoofdstuk worden deze in verband gebracht met het gebruik van voorzieningen door ouderen.

Een kort resume van dit hoofdstuk kan zich om wille van de overzichtelijkheid slechts richten op de resultaten in termen van de geselecteerde variabelen voor de verschillende clusters van determinanten op de belangrijkste significante verbanden daartussen. Het onderstaande schema (figuur 14.14) geeft aan welke variabelen zijn geselecteerd voor de verschillende clusters van (potentiële) determinanten in de verklaring van het voorzieningengebruik door ouderen. De achterliggende constructies zijn in het hoofdstuk uitgebreid toegelicht. Een zorgvuldige procedure werd daarbij van belang geacht om op deze wijze de beschikking te krijgen over goed uitgewerkte variabelen (die in veel gevallen voldoen aan stringente schaaieigenschappen). In empirisch sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de invloed van de verschillende determinanten voor het voorzieningengebruik wordt vaak licht voorbijgegaan aan de verwevenheid tussen deze determinanten; slechts in de gebruikelijke discussie over bijvoorbeeld de schattingsresultaten pleegt men hieraan tegemoet te komen

met de verwijzing naar 'multicollineariteit' om daarmee onverwachte of anderszins onbevredigende analyseresultaten te verklaren.

Ook in dit hoofdstuk is duidelijk naar voren gekomen dat veel van de in de literatuur terug te vinden determinanten of variabelen in belangrijke en soms zeer sterke mate onderling verweven zijn; de conclusie dat "alles met alles samenhangt" geldt dan ook zeker in de analyse van het gebruik van voorzieningen door ouderen. De meest belangrijke verbanden tussen de verschillende clusters van determinanten worden kort aangeduid (voor een gedetailleerder overzicht wordt verwezen naar de afzonderlijke paragrafen in dit hoofdstuk). Demografische variabelen zoals leeftijd en geslacht kennen minder vaak significante verbanden met andere determinanten. Leeftijd hangt vooral samen met de AMT-score, de (I)ADL-schaal, het oordeel over de gehele situatie, het opleidings- en inkomensniveau, het aantal afgelegde bezoeken en informele hulp. Het gehuwd zijn hangt samen met de (I)ADL-schaal, de Zung- en AMT-score, opleiding, eenzaamheid en andere aspecten van het sociaal netwerk en informele hulp. Sexe (man/vrouw) heeft significante correlaties met bepaalde subschalen van de (I)ADL-schaal, de Zung- en AMT-score, eenzaamheid, de sociaal-economische status, deelname aan GOW-activiteiten en informele hulp.

De sociaal-economische status hangt in significante mate samen met de (I)ADL-schaal, de subjectieve gezondheid, de aanwezigheid van chronische ziekte(n), met sommige variabelen uit de woonsituatie (zoals met de wens te verhuizen), het psychische functioneren (vooral met betrekking tot opleidingsniveau), eenzaamheid en de deelname aan GOW-activiteiten.

Van de variabelen met betrekking tot de woonsituatie kent de verhuiswens de sterkste verbanden, namelijk met de (I)ADL-schaal, chronische ziekte, het psychisch functioneren, de sociaal-economische status en de beleving van de gezondheid en de totale situatie.

Tot besluit blijkt uit deze studie dat de grootste correlatiecoëfficiënten worden gevonden tussen de (I)ADL-schaal en andere indicatoren voor het lichamelijk functioneren en indicatoren voor het psychisch functioneren. Hieruit wordt de conclusie getrokken dat de samenhang tussen (indicatoren voor) enerzijds de lichamelijke afhankelijkheid en anderzijds de psychische afhankelijkheid de belangrijkste samenhang betreft in de gehele leefsituatie van ouderen. Vanuit deze bevinding start de analyse in het volgende hoofdstuk.

15. Voorzieningengebruik door ouderen

15.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zijn wij toegekomen aan de leidende onderzoeksvraag: "is het mogelijk 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?" (zie hoofdstuk 1). Ter beantwoording van deze vraag wordt een stapsgewijze aanpak gevolgd, waarin bezien wordt of de in het voorgaande hoofdstuk ontwikkelde determinanten een bijdrage leveren aan de verklaring van het voorzieningengebruik door ouderen. Er wordt eerst een globale verkenning van dit gebruik gemaakt, uitgaande van de correlaties tussen enerzijds allerlei mogelijke (clusters van) individu-gebonden determinanten en anderzijds de gegevens over het feitelijk gebruik van de in deze studie opgenomen voorzieningen door de betreffende individuen. Daarbij worden de richting en de sterkte (via de overschrijdingskansen) van verbanden aangegeven in plaats van de feitelijke correlatiecoëfficiënten (paragraaf 15.2). Vervolgens wordt aan de hand van lineaire en logistische regressie-analyse bepaald welke combinaties van determinanten gezamenlijk de hoogste bijdrage leveren aan de verklaring van het voorzieningengebruik (paragraaf 15.3). Daarbij zijn we niet alleen geïnteresseerd in de verklaring van het gebruik van afzonderlijke voorzieningen (bijvoorbeeld wanneer gebruikt een oudere wel of niet gezinsverzorging), maar ook in de verklaring van de hulpintensiteit (bijvoorbeeld als iemand gezinsverzorging gebruikt, kan dan ook het aantal uren daarvan verklaard worden?) en bovenal zijn we geïnteresseerd in de vraag of er een 'care continuüm' bestaat, zowel in termen van hoofdcategorieën van gebruik (thuiszorg, bejaardenoord, verpleeghuis) als met betrekking tot de aan zorg verbonden kosten. Dit laatste onderwerp wordt afzonderlijk besproken in paragraaf 15.4. In de paragrafen 15.5 en 15.6 komen zogenaamde MIMIC-modellen aan bod, waarmee enkele simulaties worden uitgevoerd. Op deze wijze kunnen de mogelijkheden worden verkend om te komen tot een simulatiemodel voor het gebruik van voorzieningen door ouderen.

De te bestuderen voorzieningen worden in drie verschillende clusters onderscheiden:

- (a) basisvoorzieningen, namelijk de gezinsverzorging, de wijkverpleging, het bejaardenoord en het verpleeghuis; ook de indicatiecommissie is in deze categorie ondergebracht, omdat zij als voorportaal dient voor het bejaardenoord als basisvoorziening of anderszins kan doorverwijzen naar de thuiszorgvoorzieningen (zie hoofdstuk 9);
- (b) overige voorzieningen die specifiek voor ouderen bedoeld zijn, namelijk dienstencentra van het gecoördineerd ouderenwerk (GOW), de warme maaltijdvoorziening (via 'Tafeltje Dekje' of het dienstencentrum), de Sociaal Geriatrie Dienst (SGD) die is ondergebracht bij het RIAGG, de dagverzorging in het bejaardenoord en de dagbehandeling in het verpleeghuis. Deze cluster bevat derhalve niet alleen voorzieningen die in de thuissituatie kunnen worden geleverd, maar ook voorzieningen die bijvoorbeeld door zowel bejaardenoordbewoners als thuiswonende ouderen kunnen worden gebruikt (zoals dagbehandeling in verpleeghuis).
- (c) overige voorzieningen die aan te merken zijn als algemeen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen, namelijk de huisarts, de specialist, het ziekenhuis en fysiotherapie. Ook het gebruik van medicijnen door ouderen wordt belicht.

De drie clusters van te bestuderen voorzieningen worden in het vervolg aangeduid als basisvoorzieningen, overige voorzieningen voor ouderen en gezondheidszorgvoorzieningen.

Voordat afzonderlijke voorzieningen worden bestudeerd, is het wellicht vruchtbaarder om eerst een grovere indeling te maken, waarbij de vraag beantwoord wordt wanneer iemand

thuis blijft (N=415), wanneer een aanvraag of positieve indicatie voor het bejaardenoord plaatsvindt (N=164), onder welke omstandigheden die opname gerealiseerd is (N=206) en wanneer iemand in een verpleeghuis komt (N=158). Hiermee wordt derhalve de indeling van de totale onderzoeksgroep in de vier deelbestanden geanalyseerd met als onderzoeksvraag welke (combinaties van) determinanten zorgdragen voor deze indeling.

15.2. Voorzieningengebruik en determinanten daarvoor: een globale verkenning

In deze paragraaf wordt een eerste selectie gemaakt van de aspecten uit de leefsituatie die mogelijk kunnen fungeren als determinanten van voorzieningengebruik door ouderen. De in het voorgaande hoofdstuk ontwikkelde variabelen met betrekking tot de demografische factoren, de (I)ADL-beperkingen, overige gezondheidsindicatoren, het psychisch functioneren, de sociaal-economische status, de woonsituatie, het sociaal netwerk en de informele hulp worden per cluster van voorzieningen steeds beoordeeld op hun mogelijke relevantie bij de verklaring van het gebruik.

Een eerste indruk over het voorzieningengebruik kan verkregen worden uit figuur 15.1, waarin ouderen met verschillende combinaties van voorzieningen zijn weergegeven naar hun gemiddelde score op de (I)ADL-schaal (horizontaal) en de gemiddelde score op de Zung-schaal. Deze keuze is gebaseerd op de veelvuldig vastgestelde importantie van (I)ADL-schalen in empirisch onderzoek naar voorzieningengebruik; deze behoefteindicatoren blijken de belangrijkste rol te spelen in het zorggebruik van ouderen (Branch e.a., 1981; Greene, 1983; Evashwick e.a., 1984; Van Linschoten e.a.; Coolen, 1989; Huijsman en Visser, 1990; Frederiks, 1990). Hoewel hetzelfde min of meer geldt voor de geestelijke toestand (hier weergegeven door de gevalideerde en ook in Nederland bruikbaar gebleken Zung-schaal), is de literatuur hierover toch minder eenduidig (Frederiks, 1990). Voor een eerste globale verkenning van het voorzieningengebruik is de keuze van een lichamelijke en psychische component in de zorgbehoefte echter vooralsnog bruikbaar.

Indien, zoals in figuur 15.1 gebeurt, de verschillende cliëntgroepen van de bestudeerde voorzieningen worden weergegeven naar de gemiddelde (I)ADL- en Zungscore, dan blijkt sprake te zijn van een zekere hiërarchie in voorzieningen. Ouderen met alleen gezinsverzorging (zonder andere hulp en zonder een positief advies voor het bejaardenoord) hebben gemiddeld 4,2 (I)ADL-beperkingen en een Zung-score van ongeveer 38. Ouderen die in het verpleeghuis werden opgenomen hebben daarentegen de hoogste (I)ADL-score (gemiddeld 10,2) en worden in de Zung-score slechts overtroffen door patiënten in dagbehandeling en ouderen met zowel gezinsverzorging als wijkverpleging als een positief advies voor het bejaardenoord. Hierbij dient echter met nadruk aangetekend te worden dat de Zungscore voor verpleeghuispatiënten niet representatief geacht wordt: de Zung is slechts bij een klein aantal patiënten afgenomen (psycho-geriatrie patiënten zijn bijvoorbeeld niet ondervraagd met dit -door de respondent zelf in te vullen- instrument) en dit betreft bovendien relatief gezonde ouderen, zodat de Zungscore voor de verpleeghuispopulatie wordt onderschat (zie paragraaf 13.6). Met deze kanttekening in gedacht, lijkt het aannemelijk dat verpleeghuispatiënten zich in het zwaarste uiterste van het 'care continuüm' bevinden, zowel in termen van (I)ADL-beperkingen als wat betreft psychisch functioneren. De ouderen met zowel gezinsverzorging als wijkverpleging als een positief advies hebben ongeveer een zelfde gemiddelde (I)ADL-score als (a) ouderen zonder positief advies (wel gezinsverzorging en wijkverpleging) en (b) ouderen met alleen wijkverpleging. Het onderscheid tussen deze drie zorgcombinaties wordt gevonden in het percentage alleenstaanden: ad (a) is dat 61% en ad (b) slechts 25% terwijl dat bij de gebruikers van zowel gezinsverzorging als wijkverpleging, die bovendien een positief advies hebben 84% is. De huishoudvorm is ook van belang voor het onderscheid tussen thuiswonende ouderen zonder

Figuur 15.1. Positionering van cliëntgroepen naar ZUNG- en (I)ADL-score's

professionele hulp en ouderen met uitsluitend gezinszorg (zonder positief advies): beide hebben een zelfde (I)ADL-score (4,2) en Zung-score (38,2), maar bij de cliënten van de gezinsverzorging is 62% alleenstaand en bij de groep zonder hulp 39%.

De volgende stap in de analyse betreft de verkenning van de relaties van de in het voorgaande hoofdstuk besproken determinanten met het feitelijk gebruik van voorzieningen in de verschillende clusters. Allereerst worden de (paarsgewijze) correlaties tussen determinanten en gebruik gepresenteerd in de vorm van de richting (positief, negatief of geen verband, dat wil zeggen een $r < 0,03$) en de sterkte van het verband (in termen van overschrijdingskansen). In tabel 15.1 is dat voor het gehele bestand gedaan voor de basisvoorzieningen, alsmede voor de variabele INTRA, waarmee wordt aangegeven in welk deelbestand de respondent zich bevindt¹. Voor deze laatste variabele zijn verreweg de meeste determinanten van significante betekenis, uitgezonderd de subjectieve gezondheid, de sociale groep waarin men verkeert, het aantal ontvangen bezoeken, de meeste variabelen met betrekking tot de woonsituatie (behalve het aantal gemiste voorzieningen in de woning en de verhuiscens; dit moet met name worden toegeschreven aan de positieve rapportage hierover door bejaardenoordbewoners), de aanwezigheid van bure- of vrienden hulp en van particuliere (betaalde) hulp. Cliënten van de gezinsverzorging ($N=203$) onderscheiden zich op de volgende aspecten: het betreft meer vrouwen dan mannen, meer alleenstaanden, hogere (I)ADL- en Zungscores, grotere eenzaamheid en een slechter oordeel over de gehele situatie, terwijl de opleiding en sociale groep significant en de aanwezigheid van particuliere hulp negatief samenhangen met de aanwezigheid van gezinsverzorging. Met betrekking tot de woonsituatie is er een significant positief verband met het feit of iemand in een speciale woning voor ouderen woont en hoeveel voorzieningen er in de woning gemist worden. Bij de wijkverpleging ($N=139$) worden op dezelfde wijze significante

1. Er zijn vier deelbestanden (zie paragraaf 15.1): thuiswonende ouderen (INTRA=0), positief geïndiceerden (INTRA=1), bejaardenoordbewoners (INTRA=2) en verpleeghuispatiënten (INTRA=3).

Tabel 15.1. Selectie van mogelijke determinanten voor gebruik van basisvoorzieningen^{a)}; richting en significantie^{b)} van correlaties

	INTRA ^{c)} (N=943)	gezinaver- zorging (N=203)	wijkver- pleging (N=139)	positieve indicatie (N=164)	bejaarden- oord (N=206)	verpleeg- huis (N=158)
demografische variabelen						
• seks (M/V)	pos.**	pos.**	nul	pos.	pos.*	pos.
• leeftijd	pos.**	pos.	pos.	pos.**	pos.**	pos.
• gehuwd (N/J)	neg.**	neg.	neg.	neg.	neg.**	neg.
• alleenstaand (N/J)	pos.**	pos.*	neg.	pos.	pos.**	neg.
(I)ADL-score	pos.**	pos.*	pos.**	nul	pos.**	pos.**
psychisch functioneren						
• Zungscore ^{d)}	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	nul	pos.*
• AMT-score ^{e)}	neg.**	pos.	neg.	pos.	neg.**	neg.*
• situatie-oordeel ^{d)}	pos.*	pos.**	pos.*	pos.**	neg.*	pos.**
overige gezondheidsindicatoren						
• subj. gezondheid ^{d)}	nul	pos.*	pos.**	pos.*	neg.	pos.**
• chronische ziekte (N/J)	pos.**	pos.	pos.**	pos.*	nul	pos.**
• aantal ziektebeelden	pos.**	pos.	pos.**	neg.*	pos.	pos.**
• medicijngebruik	pos.**	pos.	pos.	pos.*	pos.*	pos.
sociaal-economische status						
• opleiding	neg.*	neg.*	neg.	neg.*	neg.	neg.
• gezinsinkomen	neg.**	neg.	pos.	pos.	neg.**	neg.
• sociale groep	nul	neg.*	pos.	pos.	neg.	pos.
• SES-construct ^{e)}	neg.**	neg.	pos.	neg.	neg.**	neg.
woonsituatie						
• speciale woning (N/J)	neg.	pos.**	pos.	pos.	-	pos.
• aantal gemiste woonvoorz.	neg.**	pos.**	pos.*	pos.**	neg.**	nul
• aantal gemiste wijkvoorz.	neg.	pos.	neg.	nul	neg.**	nul
• ontevredenheid woning (N/J)	neg.	nul	neg.	pos.*	neg.	neg.
• ontevredenheid buurt (N/J)	neg.	pos.	neg.	pos.**	neg.*	nul
• verhuiscens (N/J)	neg.**	nul	neg.	pos.**	neg.**	-
sociaal netwerk						
• aantal ontvangen bezoeken	neg.	nul	pos.*	neg.	neg.**	pos.*
• aantal afgelegde bezoeken	neg.*	neg.	neg.**	neg.	neg.**	neg.**
• totaal aantal contacten	neg.**	neg.	neg.	neg.	neg.**	neg.
• diversiteit van contacten	neg.**	neg.	nul	neg.	neg.*	neg.
• deelname GOW-activiteiten	neg.**	neg.	neg.**	neg.	pos.**	neg.*
• eenzaamheid ^{d)}	pos.**	pos.**	pos.	pos.**	pos.	pos.
aanwezigheid informele hulp						
• partner	neg.**	neg.	neg.**	neg.**	neg.**	neg.
• hulgenoot	pos.**	neg.	neg.**	pos.	-	pos.**
• familie	pos.**	neg.	neg.*	pos.*	pos.*	pos.*
• burenvrienden	nul	nul	neg.	nul	nul	nul
• particuliere hulp	neg.	neg.**	neg.	pos.**	nul	neg.**

a) steeds gedefinieerd als niet/vel gebruik makend van

b) als niets vermeld; niet significant; * als $p < 0,01$; ** als $p < 0,001$; 'nul' als $p > 0,01$

c) 0 = thuis; 1 = pos. geïndiceerd; 2 = bejaardenoord; 3 = verpleeghuis

d) hoe hoger, hoe slechter

e) hoe hoger, hoe beter

positieve relaties gevonden voor de (I)ADL- en Zungscores, het oordeel over de situatie en de gezondheid, de aanwezigheid van een chronische ziekte, het aantal weken dat men het laatste jaar ziek was, het aantal in de woning gemiste voorzieningen en het aantal ontvangen bezoeken; negatieve verbanden zijn er met het aantal afgelegde bezoeken, deelname aan GOW-activiteiten en allerlei vormen van informele hulp (uitgezonderd die van burenvrienden).

Ouderen met een positieve indicatie voor opname in een bejaardenoord (N=164) hebben ten opzichte van alle andere ouderen een hogere leeftijd, een hogere Zungscore, een grote mate van eenzaamheid, een slechter oordeel over de situatie en de gezondheid, vaker een chronische ziekte, maar minder weken dat ze door ziekte niet konden functioneren en een hoger medicijngebruik; hun opleidingsniveau is lager, er zijn verschillende problemen in de woonsituatie, de hulp van een partner is bij positief geïndiceerden minder vaak aanwezig, maar het omgekeerde geldt voor familiehelp en particuliere hulp. Bij de vergelijking tussen bejaardenoordbewoners (N=206) en anderen blijkt van significant belang te zijn: alle demografische variabelen (in het bejaardenoord meer vrouwen, alleenstaanden en niet-gehuwden, bij een hogere leeftijd), de (I)ADL-score en de AMT-score voor het geheugen (slechter in bejaardenoord); voorts is het oordeel over de situatie minder gunstig, de sociaal-economische status lager en zijn alle indicatoren voor het sociale netwerk significant slechter. De variabelen over de woonsituatie worden echter veelal in positieve zin beantwoord.

Verpleeghuispatiënten (N=158) onderscheiden zich van alle andere respondenten op de scores voor (I)ADL, Zung en AMT, op het oordeel over de gehele situatie en allerlei andere gezondheidsindicatoren (uitgezonderd medicijngebruik); zij krijgen meer bezoek, maar leggen zelf minder bezoek af en hebben tenslotte meer hulp van familie en een huisgenoot (anders dan partner), maar minder particuliere hulp. Overigens moet worden opgemerkt dat paarsgewijze correlaties voor het deelbestand van verpleeghuispatiënten veelal betrekking hebben op kleine aantallen respondenten door het ontbreken van veel antwoorden; met betrekking tot sommige vragen zoals over de verhuiswens is het gezien de precare situatie van verpleeghuispatiënten bovendien vaak bepaald 'onkies' om deze te stellen, hetgeen dan ook achterwege is gelaten (zie paragraaf 13.3). De bevindingen moeten daarom enigszins gerelativeerd worden, maar geven wel de globale tendenties weer.

De richting en sterkte van de correlatiecoëfficiënten tussen determinanten en overige voorzieningen voor ouderen zijn weergegeven in tabel 15.2. Een mogelijk probleem bij deze voorzieningen betreft het feit dat slechts weinig ouderen gerapporteerd hebben hiervan gebruik te maken, waardoor een verband wel erg sterk moet zijn om significant te worden. De verschillende voorzieningen binnen dit cluster worden beknopt belicht. Bezoekers van de dienstencentra van het gecoördineerd ouderenwerk (N=58; uitgezonderd de maaltijdgebruikers, die apart gezien worden) onderscheiden zich van anderen in het feit

Tabel 15.2. Selectie van mogelijke determinanten voor gebruik van overige voorzieningen voor ouderen^{a)}: richting en significantie^{b)} van correlaties

	dienstencentra trc GOR ^{c)} (N=58)	verre maaltijd (N=16)	SGP ^{d)} (N=31)	dagopvang bej.-oord ^{d)} (N=14)	dagbehandeling verpleeghuis ^{d)} (N=26)
demografische variabelen					
. sexe (N/V)	nul	neg.	nul	neg.	neg.
. leeftijd	nul	pos.	pos.	pos.	nul
. gehuwd (N/J)	neg.	neg.	nul	neg.	pos.*
. alleenstaand (N/J)	pos.	pos.	nul	neg.	neg.
(I)ADL-score	neg.*	pos.	pos.*	pos.*	pos.**
psychisch functioneren					
. Zungscore ^{d)}	neg.	nul	pos.	nul	pos.**
. AMT-score ^{e)}	pos.	neg.	pos.	neg.	neg.**
. situatie-oordeel ^{d)}	neg.	nul	pos.	nul	pos.
overige gezondheidsindicatoren					
. subj. gezondheid ^{d)}	neg.	nul	pos.	pos.	pos.*
. chronische ziekte (N/J)	pos.	neg.	pos.*	pos.	pos.*
. aantal ziektevakken	neg.	nul	pos.**	pos.**	pos.**
. medicijngebruik	nul	pos.	pos.	pos.	pos.
sociaal-economische status					
. opleiding	neg.	nul	nul	nul	pos.
. gezinsinkomen	neg.*	pos.	neg.	nul	pos.
. sociale groep	neg.	neg.	pos.	nul	pos.*
. SES-construct ^{e)}	neg.*	nul	nul	pos.	pos.
woonsituatie					
. speciale woning (N/J)	pos.**	pos.*	nul	neg.	nul
. aantal gemiste woonvoorz.	nul	neg.	nul	nul	nul
. aantal gemiste vrijvoorz.	nul	pos.**	nul	neg.	nul
. ontevredenheid woning (N/J)	neg.	neg.	nul	neg.	nul
. ontevredenheid buurt (N/J)	neg.	nul	nul	nul	neg.
. verhuiscens (N/J)	neg.	nul	nul	neg.	nul
sociaal netwerk					
. aantal ontvangen bezoeken	pos.	neg.	nul	nul	pos.
. aantal afgelegde bezoeken	pos.	neg.	neg.*	neg.	neg.**
. totaal aantal contacten	pos.	neg.	neg.	nul	nul
. diversiteit van contacten	pos.	neg.	neg.	neg.	nul
. deelname GOR-activiteiten	pos.**	pos.	nul	nul	neg.
. eenzaamheid ^{d)}	neg.	nul	pos.	nul	pos.*
samenleving informele hulp					
. partner	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.*
. huisgenoot	pos.	neg.	neg.	pos.**	pos.
. familie	nul	pos.	pos.**	nul	neg.
. burea/vrienden	pos.*	nul	neg.	neg.	pos.
. particuliere hulp	neg.	pos.	neg.	nul	pos.*

a) steeds gedefinieerd als niet/wel gebruik makend van

b) als niets vermeld, niet significant; * als $p < 0,01$; ** als $p < 0,001$; 'nul' als $p > 0,01$

c) niet/wel contact in de laatste drie maanden

d) hoe hoger, hoe slechter

e) hoe hoger, hoe beter

dat zij minder (I)ADL-beperkingen hebben, een lagere sociaal-economische status (met name een lager inkomen), vaker in een speciale ouderenwoning gehuisvest zijn en meer hulp van burens of vrienden. Bij de gebruikers van een warme maaltijd (N=16) is geen van de correlaties significant (bij $p=0,01$), uitgezonderd twee variabelen met betrekking tot de woonsituatie. Dit betreft het wonen in een speciale woningen en het aantal wijkvoorzieningen dat de respondent mist; beide hebben een positieve relatie met het maaltijdgebruik. Significante verbanden voor gebruikers van de Sociaal Geriatrische Dienst betreffen de (I)ADL-score, de aanwezigheid van chronische ziekte, het aantal ziekte-weken, het aantal afgelegde bezoeken (negatief) en de aanwezigheid van familiehelp (positief). Dagverzorging in een bejaardenoord (N=14) is significant gerelateerd aan de (I)ADL-score, het aantal ziekte-weken en de aanwezigheid van hulp door een huisgenoot (positief). Met dit laatste zou een ontlastend effect van dagverzorging op het thuismilieu weerspiegeld kunnen worden (Nuyens, 1988; Coolen, 1989). Dagbehandeling in het verpleeghuis (N=26) wordt vaker gerapporteerd door gehuwden, gaat gepaard met slechtere scores voor (I)ADL, Zung, AMT en eenzaamheid, een slechtere gezondheidstoestand (uitgezonderd medicijngebruik); het betreft voorts ouderen uit hogere sociale groepen die minder afgelegde bezoeken rapporteren, terwijl er vaker hulp van de partner of een betaalde hulp aanwezig is.

Tabel 15.3. Selectie van mogelijke determinanten voor gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen^{a)}: richting en significantie^{b)} van correlaties

	aantal contacten met huisarts (N=758)	specialist ^{c)} (N=529)	ziekenhuis ^{c)} (N=269)	fysiotherapie ^{c)} (N=212)	gebruik medicijnen (N=908)
demografische variabelen					
• seks (M/V)	pos.	neg.**	neg.	pos.	pos.*
• leeftijd	neg.	neg.**	neg.	neg.	pos.*
• gehuwd (N/J)	neg.	pos.**	nul	nul	neg.
• alleenstaand (N/J)	pos.	neg.**	neg.	nul	pos.
(I)ADL-score	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**
psychisch functioneren					
• Zung-score ^{d)}	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**
• AMT-score ^{e)}	neg.	pos.**	nul	nul	nul
• situatie-oordel ^{d)}	pos.**	pos.	pos.**	pos.**	pos.**
overige gezondheidsindicatoren					
• subj. gezondheid ^{d)}	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**
• chronische ziekte (N/J)	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**
• aantal ziekte weken	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**
• medicijngebruik	pos.**	pos.**	pos.**	pos.**	-
sociaal-economische status					
• opleiding	neg.	pos.	nul	pos.	neg.**
• gezinsinkomen	neg.	pos.	pos.	neg.	neg.**
• sociale groep	neg.	pos.	pos.	pos.	neg.
• SES-constructie ^{e)}	neg.	pos.	pos.	pos.	neg.**
woonsituatie					
• speciale woning (N/J)	neg.	nul	pos.*	nul	nul
• aantal gemiste woonvoorz.	pos.**	pos.**	pos.*	pos.	pos.
• aantal gemiste wijkvoorz.	pos.	pos.*	pos.*	nul	pos.*
• ontevredenheid woning (N/J)	nul	pos.	nul	nul	nul
• ontevredenheid buurt (N/J)	pos.	pos.	pos.	nul	nul
• verhuistwee (N/J)	nul	nul	pos.	pos.**	neg.
sociaal netwerk					
• aantal ontvangen bezoeken	pos.	pos.	pos.	pos.	pos.
• aantal afgelegde bezoeken	neg.*	neg.	neg.**	neg.**	neg.
• totaal aantal contacten	pos.	pos.	nul	neg.	pos.
• diversiteit van contacten	neg.	nul	nul	neg.	pos.
• deelname GOM-activiteiten	neg.	neg.	neg.	neg.	nul
• eenzaamheid ^{d)}	pos.**	nul	pos.	pos.	pos.**
aanwezigheid informele hulp					
• partner	pos.	pos.	pos.	pos.	nul
• huisgenoot	pos.**	neg.	pos.	pos.	nul
• familie	pos.	pos.	pos.	pos.	pos.
• burens/vrienden	pos.	nul	neg.	nul	nul
• particuliere hulp	neg.	neg.	neg.	nul	neg.

a) steeds gedefinieerd als niet/wel gebruik, tenzij anders aangegeven

b) als niets vermeld, niet significant; * als $p < 0,01$; ** als $p < 0,001$; 'nul' als $p > 0,01$

c) niet/wel contact in de laatste drie maanden (ziekenhuis: laatste jaar)

d) hoe hoger, hoe slechter

e) hoe hoger, hoe beter

Het gebruik door ouderen van algemeen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen (zie tabel 15.3) wordt in het algemeen gekenmerkt door beperkte set van significante determinanten, namelijk de (1)ADL-score, alle andere gezondheidsindicatoren (inclusief het subjectieve gezondheidsoordeel) en de Zungscore. Sommige variabelen met betrekking tot de woonsituatie, met name die over het aantal gemiste voorzieningen in de woning of de wijk, vertonen eveneens significante verbanden met het gebruik van medische gezondheidszorg. Indicatoren voor de sociaal-economische status zijn vrijwel nooit significant, uitgezonderd bij medicijngebruik (negatief). De variabelen met betrekking tot het sociale netwerk zijn eveneens niet significant, uitgezonderd het aantal door de respondent zelf afgelegde bezoeken (significant negatief bij huisarts, ziekenhuis en fysiotherapie). Deze variabele zegt echter waarschijnlijk meer over de mobiliteit en daarmee de ADL-validiteit dan over het functioneren van het sociaal netwerk. Wel krijgt men over het algemeen meer bezoek, maar kennelijk van een meer beperkte groep mensen omdat de diversiteit van de contacten vaak negatief samenhangt met het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Geen van de variabelen voor informele hulp is significant gerelateerd aan het gebruik van de betreffende voorzieningen, uitgezonderd het positieve verband tussen het aantal contacten met de huisarts en de hulp van een huisgenoot (positief). Tenslotte zijn demografische variabelen niet significant gecorreleerd met het aantal huisartscontacten, opname in een ziekenhuis en gebruik van fysiotherapie. Contact met een specialist wordt echter vaker gerapporteerd door mannen, jongere respondenten, gehuwden en niet-alleenstaanden. Bij medicijngebruik daarentegen rapporteren vrouwen en oudere respondenten vaker gebruik.

15.3. Regressie-modellen ter verklaring van het gebruik

Na de voorgaande, meer globale verkenning, wordt thans een eerste aanzet gegeven voor de ontwikkeling van een model van voorzieningen voor ouderen. Dit gebeurt eerst door middel van eenvoudige lineaire regressie-modellen. Als afhankelijke, te verklaren variabelen wordt steeds het gebruik van een van de voorzieningen uit de drie clusters genomen. Dit zijn in de meeste gevallen dichotome variabelen, waarvoor idealiter geen lineaire regressie-modellen maar zogenaamde logitmodellen gebruikt dienen te worden; er kan echter aangetoond worden dat de resultaten van beide modellen elkaar in de praktijk niet veel ontlopen als de afhankelijke variabelen niet al te scheef zijn, met andere woorden als een redelijk *percentage* van de respondenten aangeeft de betreffende voorziening te gebruiken (dit is bijvoorbeeld het geval bij de basisvoorzieningen en de gezondheidszorgvoorzieningen). Indien minder dan 20% van de respondenten gebruik rapporteert, worden de voorwaarden voor lineaire regressie op grove wijze geschonden (Cleary en Angel, 1984). De geschatte regressie-coëfficiënten zijn bijvoorbeeld inefficiënt en de lineaire specificatie garandeert niet dat de geschatte waarde voor de afhankelijke variabele tussen 0 en 1 blijft. De betreffende variabele heeft dan het verloop van een S-curve (vergelijkbaar met de itemkarakteristiek en curves zoals die bij Rasch-modellen geformuleerd zijn; zie hoofdstuk 13). Door logistische

transformatie van de afhankelijke variabele kan een dergelijke S-curve worden benaderd. De kans op gebruik (p) of anders gezegd de proportie van de steekproef waarvoor geldt dat deze de betreffende voorziening gebruikt is dan gelijk aan:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta X_i)}}$$

waarbij X_i de onafhankelijke (verklarende) variabelen weergeeft.

Lineaire transformatie leidt dan tot de volgende regressie-vergelijking:

$$\ln \frac{p}{1 - p} = \alpha + \beta X_i$$

Schatting van dit model vindt plaats door middel van iteratieve procedures waarmee de waarschijnlijkheidsfunctie $L(\alpha, \beta)$ maximeerd wordt (maximum likelihood-methode; zie bijvoorbeeld Wonnacott en Wonnacott, 1981). In het vervolg wordt deze schattingsmethode vooral gebruikt bij het tweede voorzieningencluster, de overige voorzieningen voor ouderen (zoals dagbehandeling), waarvan slechts kleine proporties gebruik maken. Ook bij meer algemeen gebruikte voorzieningen zoals gezinsverzorging wordt bezien in hoeverre de resultaten van gewone kleinste kwadraten methode verschillen van die van de logistische maximum likelihood-methode.

Tenslotte dient nog een kanttekening geplaatst te worden bij de wijze waarop wordt omgegaan met het probleem van ontbrekende gegevens bij bepaalde variabelen. Dit betreft met name de psychische variabelen (vooral bij verpleeghuispatiënten) en de gegevens met betrekking tot de indicatoren voor sociaal-economische status. Lijstgewijze verwijdering van respondenten met ontbrekende waarden op een van onafhankelijke variabelen zou zelfs bij thuiswonende ouderen leiden tot een gigantische reductie van de schattingspopulatie (van de 579 respondenten blijven er minder dan 50 over met gegevens voor alle variabelen zoals die in deze paragraaf gebruikt zijn). De literatuur biedt geen eenduidige oplossingen voor dit probleem (Bollen, 1989); sommige auteurs stellen voor te werken met paarsgewijze correlaties, anderen suggereren de ontbrekende waarnemingen te vervangen door gemiddelden voor de onderzoekspopulatie, ofwel op basis van de gehele populatie, ofwel voor deelpopulaties afzonderlijk. In deze studie wordt gewerkt met substitutie door steekproef-gemiddelden die per deelbestand afzonderlijk berekend en ingevoerd zijn. Indien onbekend is gebleven of een van de vele ondervraagde voorzieningen door de betreffende respondent gebruikt wordt, dan is verondersteld dat dat niet het geval is. In tabel 15.4 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde waarden en bijbehorende standaarddeviaties van de in de analyses gebruikte variabelen; dit gebeurt zowel voor de afzonderlijke deelbestanden als voor de gehele onderzoekspopulatie van Maastrichtse ouderen.

De regressie-analyses worden veelal uitgevoerd op basis van de bestanden voor zelfstandig (thuis-)wonende en positief geïndiceerde ouderen tezamen ($N=579$) als het voorzieningen in de thuissituatie betreft, of voor het gehele bestand ($N=943$) als het gaat om opname in bejaardenoord of verpleeghuis, om de gezondheidszorgvoorzieningen of als het de constructen INTRA en de in paragraaf 15.4 te presenteren kostenvariabele betreft.

Allereerst is op basis van de gewone lineaire regressie-methode gepoogd een verklaring te vinden voor de indeling van respondenten in de vier verschillende deelbestanden (door middel van de variabele INTRA); hierbij zijn de variabelen in stapsgewijze regressie

Tabel 15.4. Gemiddelden en standaarddeviaties van de gebruikte variabelen

variabelenaam	omschrijving	thuiswonend (N=415)	pos.ind. bej.oord (N=164)	verpleegh. totaal (N=206)	verpleegh. totaal (N=158)	verpleegh. totaal (N=943)
SEXE	man=1/vrouw=2	1,59 (0,49)	1,73 (0,44)	1,73 (0,45)	1,69 (0,46)	1,66 (0,47)
ALLEEN (a)	alleenstaand=1	0,39 (0,49)	0,65 (0,48)	0,89 (0,33)	0,56 (0,50)	0,57 (0,50)
LEEFTIJD	5-jaars-interval; tot 60=1,90+=8	4,60 (2,14)	5,71 (1,24)	6,31 (1,25)	5,49 (1,61)	5,31 (1,88)
(I)ADL	raschschaal [0,...,11]	3,70 (2,79)	5,57 (2,63)	6,34 (2,87)	10,18 (1,26)	5,69 (3,45)
ZUNG	Zungscore/0,8 [25,...,100]	46,70 (11,77)	55,42 (12,84)	49,04 (11,65)	55,18 (11,82)	49,35 (12,45)
ANT	raschschaal [0,...,8]	7,22 (1,19)	7,02 (1,23)	6,35 (1,90)	6,22 (1,74)	6,92 (1,48)
EENZAAM	eenzaamheid; 1=nooit, 3=vaak	1,54 (0,71)	2,08 (0,82)	1,74 (0,82)	1,85 (0,93)	1,71 (0,80)
GEZOND	subj.gezondheid; 1=prima, 5=slecht	2,50 (1,10)	2,78 (1,16)	2,49 (1,06)	2,40 (1,34)	2,55 (1,11)
SITUATIE	oordeel over situatie; 1=goed, 3=slecht	1,21 (0,46)	1,71 (0,84)	1,19 (0,48)	1,70 (0,70)	1,32 (0,61)
MEDICIJN (a)	gebruik medicijnen; 1=ja	-	-	-	-	-
ZIEKTE	aanwezigheid chron. ziekte; 1=ja	0,62 (0,49)	0,80 (0,40)	0,66 (0,48)	0,96 (0,19)	0,72 (0,45)
WEEKZIEK	aantal ziekteperiodes in één jaar [0,...,52]	4,50 (10,08)	7,12 (11,66)	4,04 (10,91)	35,07 (20,37)	10,10 (17,16)
SPEC. WOON (a)	aanleunwoning of bejaardenwoning=1	0,09 (0,29)	0,10 (0,31)	-	0,08 (0,28)	0,07 (0,26)
TEVREDEN (a)	tevreden met woning; 1=nee	0,16 (0,36)	0,23 (0,42)	0,13 (0,34)	0,11 (0,31)	0,16 (0,37)
VERHUIS (a)	verhuisplannen; 1=ja	0,18 (0,39)	0,00 (0,00)	0,03 (0,18)	-	0,14 (0,34)
BUURT (a)	tevreden met buurt; 1=nee	0,11 (0,32)	0,23 (0,42)	0,05 (0,23)	0,10 (0,31)	0,12 (0,32)
HULP PART. (a)	hulp van partner; 1=ja	0,77 (0,42)	0,57 (0,50)	0,54 (0,51)	0,67 (0,48)	0,72 (0,45)
HULP HUIS. (a)	hulp van andere huisgenoten; 1=ja	0,48 (0,50)	0,73 (0,47)	-	0,71 (0,46)	0,54 (0,50)
HULP FAM. (a)	hulp van familie; 1=ja	0,31 (0,46)	0,45 (0,50)	0,58 (0,50)	0,51 (0,50)	0,43 (0,49)
HULP BUR. (a)	hulp van bureu; 1=ja	0,05 (0,21)	0,07 (0,25)	0,08 (0,27)	0,06 (0,24)	0,06 (0,24)
HULP BET. (a)	betaalde part.hulp; 1=ja	0,20 (0,40)	0,30 (0,46)	0,44 (0,50)	0,09 (0,29)	0,25 (0,44)
ACTIVIT.	deelname GOW-activiteit; 1=nooit, 4=vaak	1,59 (1,09)	1,72 (1,13)	2,42 (1,23)	1,54 (0,99)	1,79 (1,16)
DIVERSIT.	verschillende contactbronnen [0,...,4]	3,45 (1,43)	3,03 (1,35)	2,83 (1,36)	2,99 (1,31)	3,16 (1,40)
CONTACT	aantal contacten per maand	14,05 (5,82)	12,11 (4,89)	11,08 (5,15)	12,61 (5,48)	12,84 (5,59)
SES	construct soc.econ. status [3,...,19]	7,51 (3,79)	6,37 (2,95)	5,34 (2,59)	6,58 (3,35)	6,72 (3,45)
gebruik in laatste kwartaal	1=ja; 0=nee					
. huisarts		0,76 (0,43)	0,88 (0,33)	0,76 (0,43)	0,92 (0,28)	0,81 (0,39)
. specialist		0,55 (0,50)	0,64 (0,48)	0,48 (0,50)	0,64 (0,48)	0,57 (0,50)
. ziekenhuis		0,26 (0,44)	0,43 (0,50)	0,22 (0,42)	0,53 (0,42)	0,31 (0,46)
. gezinszorg		0,21 (0,41)	0,45 (0,50)			
. wijkverpleging		0,10 (0,31)	0,26 (0,44)			
. GOW		0,08 (0,27)	-	0,09 (0,28)	0,05 (0,22)	0,06 (0,24)
. SGD		0,01 (0,10)	0,006 (0,08)	0,01 (0,10)	0,17 (0,38)	0,03 (0,18)
. dagbehandeling	in verpleeghuis	0,01 (0,12)	0,03 (0,17)	0,02 (0,14)	0,07 (0,26)	0,03 (0,16)
. dagverzorging	in bejaardenoord	0,005 (0,07)	0,02 (0,13)	0,015 (0,12)	0,04 (0,19)	0,015 (0,12)

(a) Dichotome variabele

opgenomen onder de voorwaarde dat zij een significante bijdrage leveren aan de afhankelijke variabele. Dit betekent dat alle opgenomen regressie-coëfficiënten significant zijn (t-waarde groter dan twee). De resultaten zijn in de eerste kolom van tabel 15.5 weergegeven. De verklaarde variantie is circa 55% hetgeen hoog genoemd kan worden en wordt met name veroorzaakt door de (I)ADL-schaal ($R^2 = 0,40$) daarna gevolgd door alleenstaand zijn (toename in R^2 bedraagt 0,04).

De logistische schattingsresultaten voor de basisvoorzieningen zijn eveneens in tabel 15.5 opgenomen (kolom 2 t/m 5) en zijn als volgt samen te vatten. In alle gevallen is de (I)ADL-schaal van groot belang en wordt vaak als eerste in de stapsgewijze regressie-procedure geselecteerd. De grootte van de regressiecoëfficiënt voor het aantal (I)ADL-beperkingen loopt op van 0,09 bij positief geïndiceerden, ruim 0,20 bij de bejaardenoordbewoners en gebruikers van gezinsverzorging en 0,46 bij wijkverpleging tot 0,62 bij verpleeghuispatiënten. Hiermede wordt het 'care continuüm' (zie hoofdstuk 1) weergegeven, maar tevens blijkt dat de impact van (I)ADL-beperkingen voor het bejaardenoord geringer is dan voor extramurale voorzieningen (De Klerk en Huijsman, 1989). Voor het bejaardenoord en het positief advies daarvoor zijn, in tegenstelling tot de extramurale voorzieningen, de psychische determinanten tenminste zo belangrijk: bij de verklaring voor geïndiceerde respondenten leveren eenzaamheid en het oordeel over de gehele situatie een significante bijdrage.

Bij het bejaardenoord hebben de Zungscore en het situatie-oordeel een significant, maar negatief effect, hetgeen een onverwacht resultaat genoemd mag worden. Wellicht weerspiegelt zich hierin het feit dat er selectieve respons is opgetreden nadat bovendien de recruitering van potentiële respondenten (door de directeurs van de instellingen zelf) ook niet geheel ad random heeft plaatsgevonden (zie hoofdstuk 13; Frederiks e.a., 1988). Een andere verklaringen zou kunnen zijn dat na een crisissituatie tijdens de aanvraagprocedure de geestelijke toestand en dus het psychisch functioneren door opname ten goede is gekeerd (Wimmers e.a., 1987; De Jong-Gierveld en Kamphuis, 1986; Te Wierik en Frederiks, 1990). Het feit dat de AMT-score in het bejaardenoord wel en in het verpleeghuis niet wordt geselecteerd, terwijl voor de laatste voorziening voorts de Zung-score een negatief teken heeft, is het resultaat van de steekproefeigenschappen van de betreffende verpleeghuispopulatie (zie paragraaf 13.6).

Andere vermeldenswaardige bevindingen worden kort besproken. Allereerst blijkt bij gezinsverzorging en opname in het bejaardenoord het feit van belang te zijn of de persoon in kwestie alleenstaand is; bij positief geïndiceerden of verpleeghuispatiënten speelt dat geen rol van betekenis. De leeftijd heeft alleen bij gezinsverzorging géén significant effect. Bij het verpleeghuis is sprake van een negatief teken, hetgeen wordt veroorzaakt door lagere gemiddelde leeftijd in deze groep (tabel 15.4). Psychische factoren spelen bij extramurale zorg geen rol of zijn zelfs contra-indicatief (Zung-schaal bij wijkverpleging). Het aantal weken dat het afgelopen jaar door ziekte gekenmerkt werd, is van significant positieve invloed op het gebruik van wijkverpleging en het verpleeghuis, alsmede voor een positief advies voor opname in het bejaardenoord. Een negatief teken daarentegen wordt gevonden bij gezinsverzorging. Op deze voorziening is als enige de sociaal-economische status van invloed: gezinsverzorging wordt met name door ouderen uit lagere strata gebruikt. Mensen uit hogere strata maken gebruik van een particuliere betaalde hulp, welke op basis van het significant negatieve teken als een substituuut voor gezinsverzorging kan worden aangemerkt. Opmerkelijk is verder dat deze particuliere hulp een significant positieve bijdrage levert aan de verklaring van het positieve advies voor opname in het bejaardenoord. De hulp van een partner is van significante invloed op (advies voor) opname in het bejaardenoord en verpleeghuis, maar niet op het gebruik van extramurale voorzieningen. Allerlei andere vormen van informele hulp blijken alleen relevant te zijn bij gezinsverzorging (negatief). Bij wijkverpleging is géén van de informele hulpbronnen van invloed. Tenslotte wordt vermeld dat geen enkele woonvariabele in deze stapsgewijze procedures geselecteerd wordt. De overige vijf voorzieningen voor ouderen (GOW, maaltijd, SGD, dagopvang, dagbehandeling) zijn alle geschat op basis van logistische regressie op het totale bestand, maar tevens is afzonderlijk gekeken naar de deelbestanden voor thuiswonende ouderen (inclusief positief geïndiceerden). Ook deze regressies zijn uitgevoerd nadat eventuele ontbrekende waarden op respondentniveau vervangen zijn door de gemiddelden die in het betreffende deelbestand werden aangetroffen voor die personen van wie wel antwoorden beschikbaar waren.

Tabel 15.5. Schattingsresultaten voor basisvoorzieningen^{a)}

	INTER ^{b)} (N=943)	gezinsver- ^{c,d)} zorging (N=203)	wijkver- ^{c,d)} pleging (N=139)	positieve ^{c,d)} indicatie (N=164)	bejaarden- ^{c)} oord (N=206)	verpleeg- ^{c)} huis (N=156)
demografische variabelen						
• sexe (M/V)	-	0,575	-	-	-	-
• leeftijd	-	-	0,370	0,317	0,282	-0,248
• alleenstaand (N/3)	0,173	1,032	-	-	1,805	-
(I)AHL-score	0,549	0,233	0,461	0,094	0,237	0,622
psychisch functioneren						
• lingscore	-0,067	-	-0,026	-	-0,023	-0,081
• AHL-score	-	-	-	-	-0,212	-
• situatie-oordeel	-	-	-	0,873	-0,514	1,065
gezondheidsindicatoren						
• subj. gezondheid	-0,122	-	-	-	-	-0,614
• medicijn	-	-	-	-	-	-
• ziekte	-	-	0,802	-	-	-
• week ziek	0,253	-0,033	0,028	0,764	-	0,040
sociaal-economische status						
• sociaal netwerk	-0,047	-0,080	-	-	-	-
• activiteit van contacten	0,107	0,081	-	-	0,556	-
• diversiteit van contacten	-	-	-	-	-	-
• totaal aantal contacten	-	-0,096	-	-	-0,061	-
• eenzaamheid	-	-	-	0,359	-	-
aanwezigheid informele hulp						
• partner	-0,103	-	-	-0,826	-	-1,651
• huisgenoot	-	-2,598	-	-	-	-
• familie	-	-0,821	-	-	-	-
• buren/vrienden	-	-	-	-	-	-
• particuliere hulp	-	-1,403	-	0,605	-	-2,174
aanwezigheid voorzieningen						
• kruiswerk	-	0,976	-	-	-	-
• gezinsverzorging	-	-	1,183	0,798	-	-
constante term						
	-	-2,353	-6,381	-5,702	-2,429	-6,059
goed voorspeld (in %)						
• geen gebruik	^{e)} $R^2=0,548$	-	-	-	-	-
• wel gebruik	-	92,6	95,8	93,0	90,5	98,1
	-	43,8	38,8	48,2	53,0	86,9

a) stapsgewijze procedures; alle coëfficiënten significant
b) kleinste kwadraten methode (ongestandaardiseerd)

c) logistische methode
d) geschat voor thuiswonenden (N=579)

Het gebruik van de betreffende voorzieningen blijkt met de hier gevolgde procedures niet goed verklaard te kunnen worden; de verklaarde variantie is zeer gering. Weliswaar worden via stapsgewijze logistische regressie een aantal variabelen geselecteerd die significant zijn, maar het percentage goed voorspeld gebruik blijft 0% (het percentage goed voorspeld niet gebruik 100%)². De predictieve waarde, die aangeeft welk percentage van de gevallen waarbij het model voorspelt dat er geen gebruik is in werkelijkheid ook geen gebruik rapporteerde (Sacket e.a., 1985), is derhalve gering. Hierbij kan een rol spelen dat er überhaupt weinig gebruikers van overige voorzieningen zijn; in de gehele onderzoekspopulatie betreft dat: 6,2% voor het GOW; 1,7% voor de warme maaltijd; 3,3% bij de SGD; 1,5% voor de dagverzorging in het bejaardenoord en tenslotte 2,8% voor de dagbehandeling in het verpleeghuis. Voor de resultaten met betrekking tot GOW, maaltijd, dagverzorging en dagbehandeling maakt het geen verschil of de analyse op het gehele bestand of voor thuiswonenden apart wordt uitgevoerd. Voor het gebruik van de SGD ligt dat niet anders, ook als er rekening mee wordt gehouden dat deze voorziening vooral gebruikt wordt door de verpleeghuispatiënten (17%; driekwart van alle SGD-cliënten). Variabelen die hier van invloed zijn, betreffen het aantal ziekteperiodes en de aanwezigheid van wijkverpleging, maar ook hier is het percentage goed voorspeld gebruik nihil.

Het gebruik door ouderen van algemeen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen is wederom door middel van stapsgewijze logistische regressie geanalyseerd, waarbij is

2. Op basis van de in de regressie opgenomen variabelen wordt de kans op gebruik geschat. Deze schatting wordt vervolgens afgerond tot nul of één waarbij 0,5 als grens wordt aangehouden. De geschatte en afgeronde kans op gebruik wordt vervolgens vergeleken met de feitelijke waarde van de afhankelijke variabele; dit resulteert in de in de tekst vermelde percentages goed voorspeld gebruik en goed voorspeld niet-gebruik.

Tabel 15.6. Logistische schattingen voor overige voorzieningen voor ouderen^{a)}

	diensten ^{b)} centra GGZ (N=12)	verre ^{b)} maaltijd (N=10)	SGD (N=31)	dagverz. bej.,oord (N=14)	dagbehandeling verpleeghuis (N=26)
demografische variabelen					
• sexe (M/V)	-	-	-	-	-
• leeftijd	-	1,056	-	-	-
• alleenstaand (N/J)	-	-	-	-	-
(I)ADL-score	-0,207	-	-	-	0,437
psychisch functioneren					
• funkscore	-	-	-	-	0,024
• AMT-score	-	-	-	-	-
• situatie-oordeel	-	-	-	-	-
gezondheidsindiatoren					
• subj. gezondheid	-	-	-	-	-
• medicijn	-	-	-	-	-
• ziekte	0,823	-	0,060	0,040	0,020
• weken ziek	-	-	-	-	-
sociaal-economische status	-	-	-	-	0,148
sociaal netwerk					
• activiteiten	-	-	-	-	-
• diversiteit	-	-	-	-	-
• contacten	-	-	-	-	-
• eenzaamheid	-	-	-	-	-
woonvariabelen					
• spec. woon	1,759	-	-	-	-
• tevreden met woning	-	-	-	-	-0,082
• verhuissens	-	-	-	-	-
• tevreden met buurt	-	-	-	-	-
aanwezigheid informele hulp					
• partner	-	-	-	-	-
• huisgenoot	-	-	-	0,769	0,794
• familie	-	2,492	-	-	-
• buren/vrienden	-	-	-	-	-
• particuliere hulp	-	-	-	-	-
aanwezigheid informele hulp					
• thuiswerk	-	-	1,011	-	-
• gezinszorg	-	-	-	-	-
• positief advies	0,756	-	-	-	-
constante term	-3,227	-12,380	-5,032	-5,166	-9,699
goed voorspeld (in %)					
• geen gebruik	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• wel gebruik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a) stapsgewijze procedure; alle coëfficiënten significant. Gehele bestand (N=943)

b) hier alleen voor thuiswonenden (N=579)

uitgegaan van het gehele bestand (zie tabel 15.7). Nimmer geselecteerd werden variabelen betreffende het sociaal netwerk, de woonsituatie en alle onderscheiden vormen van informele hulp. Uitzondering op deze regel betreft de significante positieve invloed van de aanwezigheid van eenzaamheidsgevoelens op het contact met de huisarts. Voorts zijn de onderlinge relaties tussen voorzieningen zoals tussen de specialist en het ziekenhuis vaak belangrijker dan de determinanten voor lichamelijk en psychisch functioneren. Uitzondering hierop betreft het contact (in het afgelopen kwartaal) met de huisarts, hetgeen beïnvloed wordt door eenzaamheid, subjectieve ongezondheid, medicijngebruik en het aantal weken dat men ziek is geweest. De percentages goed voorspeld gebruik variëren van 13% bij fysiotherapie, ongeveer 25% bij de huisarts en 30% bij het ziekenhuis.

Vrouwen gebruiken meer medicijnen, maar gaan minder naar de specialist. Alleen bij de fysiotherapie wordt een significant effect (positief) gevonden voor de sociaal-economische status, ook na correctie voor leeftijd (negatief effect) en bestaan er positieve invloeden van het aantal (I)ADL-beperkingen en de aanwezigheid van een chronische ziekte (niet van het aantal ziekte-episodes). Samenvattend kan gesteld worden dat de geselecteerde determinanten slechts een geringe bijdrage leveren aan de verklaring van het gebruik door ouderen van algemeen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Onderlinge verwijs patronen tussen huisarts, specialist en ziekenhuis blijken belangrijker te zijn. Toch kan op basis van deze stapsgewijze logistische regressie ongeveer een kwart van de variabiliteit in het gebruik van deze voorzieningen verklaard worden. Dit is aanzienlijk beter dan bij de overige voorzieningen voor ouderen (zoals dienstencentra en dagbehandeling), maar slechter dan bij de basisvoorzieningen (zoals gezinsverzorging en bejaardenoord).

Tabel 15.7. Logistische schattingen voor gebruik gezondheidszorgvoorzieningen^{a)}

	huisarts (N=758)	specialist (N=529)	ziekenhuis (N=269)	fysiotherapie (N=212)	gebruik medicijnen (N=808)
demografische variabelen					
• seks (M/V)	-	-0,631	-	-	0,565
• leeftijd	-	-	-	-0,149	-
• alleenstaand (N/J)	-	-0,426	-	-	-
(I)ADL-score	-	-	-	0,210	-
psychisch functioneren					
• lungscore	-	-	0,026	-	0,049
• AMT-score	-	0,163	-	-	-
• situatie-oordeel	-	-	-0,391	-	-
gezondheidsindicatoren					
• subj. gezondheid	0,177	0,156	-	-	0,355
• mediotijn	0,434	1,130	-	-	-
• ziekte	-	0,843	-	0,626	0,985
• vaak ziek	0,018	-	0,043	-	-
sociaal netwerk					
• eenzaamheid	0,402	-	-	-	-
sociaal-economische status	-	-	-	0,073	-
aanwezigheid voorzieningen					
• kruiswerk	-	-	-	-	-
• ziekenhuis	-	1,380	-	-	-
• specialist	-	0,351	1,432	-	-
• huisarts	-	-	-	-	1,356
constante term	-1,027	-2,160	-2,921	-3,657	-3,633
goed voorged (in %):					
• geen gebruik	26,0	59,2	92,1	97,0	25,2
• wel gebruik	95,6	76,9	30,1	13,2	97,5

a) stapsgewijze procedure; alle coëfficiënten significant. Gehele bestand (N=943)

Afrondend kan uit de voorgaande analyses geconcludeerd worden dat het gebruik van de basisvoorzieningen zich in het algemeen redelijk tot goed laten verklaren. De belangrijkste determinanten betreffen de (I)ADL-score, overige gezondheidsindicatoren, psychische variabelen, informele hulpbronnen (inclusief particuliere hulp) en wisselende combinaties van demografische variabelen. Niet of nauwelijks relevant zijn de variabelen voor de woonsituatie en het sociale netwerk; de sociaal-economische status is alleen van belang bij de verklaring van gezinsverzorging. Kruiselings leveren ook de extramurale voorzieningen een significante bijdrage aan de verklaring van het gebruik, terwijl bij de positieve gelidiceerden de gezinsverzorging als het ware als 'voorportaal' fungeert.

Het gebruik van de overige voorzieningen voor ouderen (zoals dagverzorging, GOW en dergelijke) blijkt in deze studie niet verklaard te kunnen worden. Weliswaar worden enkele determinanten geselecteerd in de gevolgde stapsgewijze logistische procedure, maar het onderscheid tussen wel of geen gebruik kan hiermee nimmer voorspeld worden, zodat de predictieve waarde van de modellen gering is. Mogelijk spelen de zeer kleine aantallen (maximaal 6% voor GOW) hierbij een rol. Opmerkelijk is wel de bevinding dat informele hulp een positief effect heeft: dit geldt voor dagverzorging met betrekking tot de hulp van andere huisgenoten en voor dagbehandeling in het verpleeghuis met betrekking tot de hulp van een partner. Hiermee wordt blijkbaar een ontlastend effect op het thuismilieu van deze voorzieningen gereproduceerd (Nuyens, 1988; Nuy e.a., 1984).

15.4. Constructie van een kostenvariabele

Door aan gebruik van voorzieningen en, indien mogelijk (met name bij extramurale voorzieningen), aan de omvang van het gebruik een 'prijskaartje' te koppelen, wordt in deze paragraaf een kostenvariabele voor de ouderenzorg geconstrueerd en vervolgens wederom gerelateerd aan de verschillende determinanten. Een dergelijke variabele kent verschillende voordelen. Ten eerste wordt op deze wijze een koppeling tot stand gebracht tussen vraag-

en aanbodfactoren (prijzen). Ten tweede vindt via de prijzen als het ware een weging van voorzieningengebruik in het 'care continuüm' plaats, waardoor verschillende gebruikersgroepen nader kunnen worden gedifferentieerd. Dit punt kan worden verduidelijkt aan de hand van figuur 15.1, die aan het begin van dit hoofdstuk werd gepresenteerd. Daarin werden bij dezelfde (I)ADL-score verschillende zorgcombinaties aangetroffen: alleen wijkverpleging, gezinsverzorging plus wijkverpleging en datzelfde plus een positief opnameadvies. Door nu ook de omvang van de hulpverlening en de verschillende kostprijzen erbij te betrekken, wordt het mogelijk deze groepen nader te preciseren en mogelijkere wijzen te differentiëren. Ten derde wordt door de geconstrueerde kostenvariabele het probleem ondervangen dat de schattingen voor het gedichotomiseerd voorzieningengebruik moeilijk te beoordelen zijn. Hiervoor in de plaats komt één kostenconstruct, waaraan tenslotte ook een inhoudelijk aantrekkelijk punt toegeschreven wordt: op basis van verschillende combinaties van scores op de determinanten zou, indien het verklaringsmodel krachtig genoeg is, de mogelijkheid kunnen worden geschapen om de hoogte van individuele 'zorgsubsidies' of cliëntenbudgetten vast te stellen, waarmee de persoon in kwestie vervolgens de (geprefereerde) zorg zou kunnen kopen.

De constructie van de kostenvariabele is als volgt tot stand gekomen. Alle mogelijke combinaties van voorzieningen, vermenigvuldigd met de betreffende kostprijzen die zo aanstonds worden toegelicht, zijn naar jaartotalen omgerekend en vervolgens weer terugberekend naar dagprijzen, om tot eenzelfde noemer te komen. Dit is noodzakelijk omdat bijvoorbeeld bij gezinsverzorging antwoordmogelijkheden zijn aangeboden die variëren van een halve dag per 14 dagen tot 4 of 5 halve dagen én weekend/avondhulp per week. De andere veronderstellingen die gemaakt moesten worden om de kostenvariabele te construeren zijn de volgende:

- a. Gezinsverzorging: een halve dag (de antwoordbasis in de enquête) is gelijk gesteld aan 2,5 uur effectieve zorgverlening à f 28,- per uur (zie hoofdstuk 6). Het hoogst mogelijke antwoord luidt 4 of 5 halve dagen plus weekend- en/of avondhulp en is gelijkgesteld aan 15 uur per week. Het onderscheid tussen traditionele en alpha-hulp (zie hoofdstuk 6) is in de vragenlijst waarop dit deel van de studie gebaseerd is niet opgenomen.
- b. Wijkverpleging: antwoordbasis is het aantal contacten dat op twee wijzen verbijzonderd is, namelijk door enerzijds onderscheid te maken tussen verpleegkundige handelingen en ADL-ondersteuning en door anderzijds verschillende frequentiemogelijkheden te onderscheiden (minder dan een maal, één maal per week en twee of meer keer per week). De contactduur (NK, 1989; Meijer, 1990) voor een verpleegkundige handeling is ongeveer 21 minuten en voor ADL-ondersteuning ongeveer 35 minuten; bij beide dient ook nog reistijd (gemiddeld 8 minuten) en administratie (gemiddeld 4 minuten) meegerekend te worden. Door voor beide soorten contacten de ratio ten opzichte van een gemiddeld contact van in totaal 40 minuten en à raison van circa f 55,- (zie hoofdstuk 7) te nemen, kan een kostprijs berekend worden van f 45,- voor een verpleegkundige handeling en van f 65,- voor ADL-ondersteuning. Tenslotte kent de wijkverpleging een oriënterend contact dat gemiddeld 49 minuten neemt (inclusief reistijd) en uitkomt op f 67,50.
- c. Combinaties van gezinsverzorging en wijkverpleging komen voor bij 42 respondenten, waarbij per combinatie de berekeningen zoals die hiervoor werden aangegeven, uitgevoerd zijn (zie tabel 15.8).
- d. Bejaardenoord: de gemiddelde dagprijs van f 81,60 (zie hoofdstuk 9) is gecorrigeerd voor het aandeel van de totale huisvestingskosten (28,4%) en de voedingskosten (8,1%) en komt dan uit op gemiddeld f 51,80 per dag. Vervolgens is de classificatie methode voor bejaardenoordbewoners (zie hoofdstuk 10) benut om de kostprijs per dag te differentiëren naar de lichamelijke en psycho-sociale zorgbehoefte. Verondersteld is dat de kritische grens voor de ZUNG-schaal (zie paragraaf 14.5) gerelateerd is met die voor de cognitieschaal van de BPS (zie hoofdstuk 10), zodat psycho-sociale problematiek aanwezig geacht wordt bij een ZUNG-score vanaf 48 punten. De (I)ADL-dimensie in de

Tabel 15.8. Kostprijs in guldens per dag voor verschillende combinaties van gezinsverzorging en wijkverpleging

wijkverpleging (in contacten)	gezinsverzorging (in halve dagen)					niet
	1 x per 2 weken	1 x per week	2-3 x per week	4-5 x per week	4-5 x p.w. + weekend/ avond	
oriëntatie	—a)	10,35	25,30	—a)	—a)	0,35
verpleging < 1 x p.w.	—a)	—a)	20,15	—a)	—a)	3,25
verpleging 1 x p.w.	—a)	—a)	31,40	—a)	—a)	6,45
verpleging > 1 x p.w.	—a)	26,15	41,10	61,05	—a)	16,15
ADL < 1 x p.w.	—a)	—a)	31,15	—a)	66,05	6,20
ADL 1 x p.w.	—a)	19,20	34,15	—a)	69,05	9,20
ADL > 1 x p.w.	—a)	33,00	43,45	67,90	82,85	23,00
niet	6,40	10,00	34,95	45,00	59,85	—

a. komt niet voor in dit onderzoek

classificatie voor bejaardenoordbewoners is (analoog aan die in hoofdstuk 10) als volgt vormgegeven: géén ADL-beperkingen als lichtste categorie, 10 of meer IADL-beperkingen als zwaarste groep en de rest als middengroep. Het voorgaande resulteert in zes groepen bejaardenoordbewoners (zie tabel 15.9). De aandelen van deze groepen zijn vrijwel gelijk aan die in de oorspronkelijke classificatie in hoofdstuk 10. Deze procedure is niet alleen gevolgd voor de mensen in het betreffende deelbestand (N=206), maar ook voor die verpleeghuispatiënten die vanuit het bejaardenoord zijn opgenomen (N=45, dat is 28,5% van het betreffende deelbestand). In tabel 15.9 is tussen haakjes de verdeling van de respondenten vermeld indien deze groep meegeteld wordt. In het vervolg wordt aangenomen dat diegenen van wie geen ZUNG-score bekend is, boven de kritische grens van deze schaal (47) vallen (dit zijn voornamelijk de opgenomen verpleeghuispatiënten). De kostprijs wordt berekend door per subgroep in de classificatie de verhouding van de gemiddelde meerzorg voor deze groep ten opzichte van het overall gemiddelde van 51,6 minuten per dag te nemen (zie hoofdstuk 10, tabel 10.14) en deze ratio te vermenigvuldigen met dat deel in de totale gecorrigeerde kostprijs per dag (f 51,80) dat bestaat uit personeelslasten (f 34,70). De resulterende kostprijzen per subgroep staan vermeld in het tweede deel van tabel 15.9 en lopen op van f 21,- in de

Tabel 15.9. Indeling bejaardenoordbewoners* en differentiatie kostprijs

	geen ADL- beperkingen	max. 9 (I)ADL- beperkingen	10 of 11 (I)ADL- beperkingen	Totaal
aantal ouderen:				
Zungscore < 47	53 (53)	88 (88)	18 (20)	156 (158)
Zungscore ≥ 47	4 (4)	19 (20)	15 (17)	41 (44)
niet bekend	2 (2)	4 (13)	3 (34)	9 (49)
totaal	59 (59)	111 (121)	36 (71)	206 (251)
kostprijs per dag:				
Zungscore < 47	21,00	46,00	108,20	45,55
Zungscore ≥ 47**	24,75	68,70	122,10	79,55
gemiddeld	21,40	50,70	115,15	51,80

* Tussen haakjes inclusief verpleeghuispatiënten die uit bejaardenoord kwamen (N=45)

** Inclusief Zungscore onbekend

groep zonder ADL- of psychische problemen (25,7% van de bewoners) tot f 122,- in de groep met beide problemen in ernstige mate (ruim 8% van alle bewoners). Respondenten bij wie een van de 'sleutels' in de classificatie niet bekend is, krijgen de gemiddelde prijs toegewezen die voor de betreffende kolom (als Zungscore onbekend is) of rij (indien ADL-score onbekend is) in tabel 15.9 vermeld staat.

- e. Voor het verrichten van een indicatie-advies voor opname in het bejaardenoord of verpleeghuis, wordt een gemiddelde prijs van f 350,- gerekend (zie bijlage 3).
- f. Voor andere voorzieningen zijn kostprijzen opgenomen zoals die in hoofdstuk 4 gepresenteerd zijn. Dit betreft dagverzorging (f 44,- per dag), dagbehandeling (f 122,- per dag), de Sociaal Geriatrie Dienst (op jaarbasis gemiddeld f 3.650,- per cliënt), Algemeen Maatschappelijk Werk (f 950,- per cliënt per jaar) en de speciale woningen voor ouderen (aanleunwoningen en zogenaamde 'bejaardenwoningen'), waarvoor de servicekosten ongeveer f 4.600,- per jaar bedragen (zie hoofdstuk 4).
- g. Voor gezondheidszorgvoorzieningen zijn enkele veronderstellingen gemaakt, namelijk voor een huisartscontact f 30,- per keer, voor specialist f 600,- op jaarbasis (4 à 5 contacten) en voor fysiotherapie f 30,- per contact, waarbij bovendien verondersteld is dat dat ongeveer 20 maal in een kwartaal plaatsvindt (in de enquête is gevraagd of men de laatste drie maanden contact heeft gehad, niet hoe vaak).
- h. Bij verpleeghuispatiënten wordt een aantal varianten onderscheiden. In herinnering wordt geroepen het feit dat het ouderen betreft die ten tijde van het enquêteren op het punt stonden opgenomen te worden (zie hoofdstuk 13), zodat eigenlijk via de hiervoor beschreven procedure geconstrueerde kostenvariabele een oude situatie beschreven wordt. Omdat deze opname ook feitelijk gerealiseerd wordt, zal daarom eerst een model geschat worden waarin de respondenten uit het betreffende deelbestand alle een kostprijs van f 154,- voor opname in het verpleeghuis (na aftrek van huisvestings- en voedingskosten) krijgen toegewezen. Hierop is echter nog een variant denkbaar: het is immers mogelijk dat deze specifieke groep van net opgenomen of nog op te nemen patiënten niet voldoet aan de gemiddelde kenmerken van al langer aanwezige patiënten (deze assumptie wordt impliciet gemaakt als het gemiddelde tarief in rekening wordt gebracht); als variant wordt daarom een kostprijs toegerekend die gelijk is aan het hoogste bedrag dat in het bejaardenoord is aangetroffen, namelijk f 122,- per dag (het tarief voor de 'zwaarste' bewonerscategorie). Als derde variant wordt voor verpleeghuispatiënten dezelfde procedure gevolgd als voor respondenten uit de andere deelbestanden (bovenstaande stappen a t/m g). Als daarbij géén kostprijs is toe te rekenen, omdat op allerlei gebruiksvragen geen antwoord is gegeven (N=4) dan is het gemiddelde dagtarief voor verpleeghuisopname opgenomen (f 154,- na correctie voor huisvesting en voeding).

De volgens bovengestelde regels geconstrueerde variabele wordt in twee varianten beschouwd, één met en één zonder de kosten voor gezondheidszorg zoals die ad g geformuleerd zijn. In tabel 15.10 wordt voor de verschillende deelbestanden een overzicht gegeven van gemiddelde waarden en standaarddeviaties voor beide Kostenvarianten.

Twee zaken moeten nog belicht worden: ten eerste zijn de bedragen berekend op basis van een gemiddelde dag in het afgelopen jaar; ten tweede is géén rekening gehouden met een eventuele opname in het ziekenhuis (hetgeen met name bij de verpleeghuispatiënten van belang is), omdat hiervoor onvoldoende informatie voorhanden is (alleen de dichotome uitspraak wel of geen opname; geen duur, reden en dergelijke). Dit laatste punt verklaart waarschijnlijk de vrij geringe verschillen tussen de beide kostenvarianten (voor gehele bestand f 1,63 per dag, dat wil zeggen ongeveer f 600,- op jaarbasis). In tabel 15.11 zijn de schattingsresultaten vermeld waarbij ter verklaring van de kostenvarianten wederom dezelfde determinanten zijn opgenomen als hiervoor.

Indien wordt uitgegaan van het gehele bestand, dan zijn de resultaten aanzienlijk beter als voor verpleeghuispatiënten een vast bedrag van f 122,- gehanteerd wordt in plaats van de

Tabel 15.10. Waarden voor de kostenvariabelen*

	thuis- wonend	positief geïndiceerd	bejaarden- oord	verpleeg- huis**	totale bestand
variant I (KOSTEN A)					
. gemiddelde	7,19	16,77	55,18	82,67	31,99
. standaarddeviatie	14,54	19,53	33,64	56,44	42,38
variant II (KOSTEN B)					
. gemiddelde	8,66	18,57	56,58	84,86	33,62
. standaarddeviatie	14,77	19,81	33,86	56,00	42,49

* Variant I is exclusief gezondheidszorgvoorzieningen (huisarts, specialist en fysiotherapie) en variant II inclusief.

** Indien dezelfde rekenregels als voor andere respondenten gevolgd wordt (zie tekst)

Tabel 15.11. Verklaring van de kostenvariabelen* via stapsgewijze OLS-regressie**

	Gehele bestand (N=943)			Thuiswonenden (N=579)	
	KOSTEN A (vph f 122)	KOSTEN A (vph variabeel)	KOSTEN B (vph f 122)	KOSTEN A	KOSTEN B
alleenstaand leeftijd	-	0,115 (4,4)	-	0,107 (2,2)	0,113 (2,3)
	-0,053 (2,4)		-0,053 (2,4)	-	-
(I)ADL-schaal	0,645 (25,6)	0,574 (18,9)	0,645 (25,6)	0,507 (14,0)	0,489 (13,4)
Tungscore	0,045 (2,1)	0,105 (3,8)	0,045 (2,1)	-	-
AMT-schaal	-0,077 (3,8)	-0,055 (2,2)	-0,077 (3,8)	-0,093 (2,6)	-0,099 (2,8)
ziekteweken	0,236 (10,2)	0,122 (4,2)	0,236 (10,2)	-	-
subj. gezondheid	-0,137 (6,5)	-0,092 (3,6)	-0,137 (6,5)	-	-
speciale woning verhuishelpen	-	-0,079 (3,4)	-	0,071 (2,0)	0,074 (2,1)
	-	-0,064 (2,5)	-	-	-
GOM-deelname	0,047 (2,5)	0,095 (4,0)	0,047 (2,5)	-	-
hulp van:					
. partner	-0,115 (5,7)	-	-0,115 (5,7)	-0,113 (2,4)	-0,117 (2,6)
. huisgenoot	-0,089 (4,7)	-0,075 (3,1)	-0,089 (4,7)	-0,179 (4,6)	-0,176 (4,5)
. familie	-	-	-	-0,121 (3,2)	-0,123 (3,2)
. buuren	-0,047 (2,5)	-0,053 (2,2)	-	-0,076 (2,2)	-0,076 (2,2)
. part. hulp	-	-	-0,047 (2,5)	-0,157 (4,6)	-0,158 (4,5)
verklaarde var. (R^2)	0,679	0,499	0,679	0,329	0,317

* KOSTEN A is exclusief en KOSTEN B is inclusief gezondheidszorggebruik

** Tussen haakjes zijn de t-waarden vermeld voor de gestandaardiseerde β -coëfficiënten

uitkomsten van de (variabele) procedureregels. De verklaarde variantie is in het eerste geval bijna 70% en in het tweede geval ongeveer 50%. De belangrijkste determinant is ook nu weer (net als bij de verklaring van afzonderlijke voorzieningen) de (I)ADL-schaal; hiermee wordt bij benadering 70 tot 80% van de totale verklaarde variantie tot stand gebracht. Na de (I)ADL-schaal wordt in de stapsgewijze regressie of een van de gezondheidsindicatoren (aantal ziekteperiodes of subjectieve gezondheid) of een van de demografische kenmerken (alleenstaand zijn of leeftijd) opgenomen. Voor het gehele bestand is de verklaarde variantie hoger dan voor thuiswonenden afzonderlijk, maar ook daarvoor is het resultaat bevredigend te noemen ($R^2=0,32$). In beide situaties worden ongeveer dezelfde variabelen geselecteerd; naast de huishoudvorm en de (I)ADL-schaal, zijn dat voorts: de AMT-schaal (hoe meer geheugenstoornissen, hoe lager de schaalwaarde, hoe hoger de kosten voor zorgverlening), de woonsituatie (het bewonen van een speciale woning voor ouderen leidt bij thuiswonenden tot hogere kosten, maar in de gehele steekproef tot lagere kosten, hoewel niet altijd significant) en bij de thuiswonende ouderen alle bronnen voor informele en particuliere hulp. Vooral dit laatste is interessant omdat eerder getoond werd dat informele hulp lang niet altijd relevant is voor de verklaring van het voorzieningengebruik. Informele hulp is dus niet zozeer van belang voor de keuze van een voorziening, maar wel voor de

omvang van de formele zorgverlening (de kosten worden immers 'gedrukt'). Er is derhalve sprake van aanvullende professionele zorg; er zijn binnen deze onderzoekspopulatie geen empirische aanwijzingen om de hypothese van het substituerende model (zie paragraaf 14.9.1) tussen informele en formele hulp te staven. Voor het gehele bestand worden nog twee gezondheidsindicatoren extra opgenomen: het aantal ziekteperiodes heeft een significant kostenverhogend effect, maar een positieve subjectieve beleving van gezondheid drukt de kosten. Dit laatste hangt wellicht samen met een onderschatting van de gezondheid ten opzichte van leeftijdsgenoten bij ouderen in 'zwaardere' settings. Samenvattend kan gesteld worden dat het kostenconstruct een werkbare methode is om de ouderenzorg te benaderen. De verklaringsgraad is goed en bijna altijd hoger dan die voor afzonderlijke voorzieningen. De allerbelangrijkste determinanten zijn de (I)ADL-beperkingen, alleenstaand zijn of de leeftijd (die onderling samenhangen) en informele hulp.

15.5. Een MIMIC-model voor afhankelijkheid

In het voorgaande zijn de afzonderlijke effecten van de verschillende determinanten op het voorzieningengebruik belicht. In de regressie-analyse bleken zowel de IADL- en andere fysieke gezondheidsindicatoren als de determinanten met betrekking tot psychisch functioneren steeds in wisselende combinaties een bijdrage te leveren aan de verklaring van voorzieningengebruik. Deze observatie maakt het waarschijnlijk dat we te maken hebben met een set indicatoren die zowel het fysieke als het psychische functioneren weergeven; ten minste twee latenten liggen hier als het ware achter: één latente variabele voor lichamelijke (zorg-) afhankelijkheid en één latente variabele voor psychische (zorg-) afhankelijkheid (Rivnyak e.a., 1989).

Het theoretische concept afhankelijkheid werd in een eerder stadium van het onderzoek uitgedrukt in één dimensie, die werd geoperationaliseerd met behulp van de zogenaamde MIMIC (Multiple Indicators Multiple Causes) benadering. Dit model bestaat uit twee, onderling en intern samenhangende, submodellen, namelijk het structuurmodel van oorzaken en/of achtergrondvariabelen en het meetmodel met indicatoren voor afhankelijkheid. Deze benadering is aangewezen omdat 'afhankelijkheid' een latente variabele is, een theoretisch construct dat niet meetbaar is, maar indirect weergegeven wordt door de submodellen. Voor dergelijke modellen is een specifieke schattingsmethode vereist: LISREL (Jöreskog en Sörbom, 1981). Schattingen voor dit eerste model van afhankelijkheid van ouderen waren gebaseerd op gegevens uit het CBS-leefsituatie-onderzoek bij ouderen (hier 55-plus) in 1982 (CBS, 1982). Als achtergrondvariabelen werden onder andere leeftijd, sociaal economische status en de omvang van het sociale netwerk gebruikt. Indicatoren voor afhankelijkheid werden in deze exploratieve fase gezocht in ADL- en IADL-scores, somatische klachten en de 'lust tot ondernemen'. Veel van deze variabelen waren geconstrueerd via cluster- en schaaltechnieken (Huijsman, 1986). De resultaten van dit vooralsnog eenvoudige model waren bevredigend: de tekens van coëfficiënten komen overeen met de literatuur en de bijdragen van de variabelen aan de verklaringsgraad zijn alle significant (Huijsman, 1989a). Niet alleen kan met de afhankelijkheidsgraad uit het MIMIC-model via logistische schattingen een goede bevredigende verklaring voor het voorzieningengebruik worden gegeven, maar het model leende zich ook om de eerder besproken theorie van het 'care continuüm' van Harris en Kelly (1986) empirisch te toetsen. Naarmate de afhankelijkheid stijgt, 'klimmen' ouderen steeds verder omhoog: het gebruik van zware zorg neemt toe en hulp wordt steeds meer in combinatie gegeven.

In deze paragraaf wordt de hypothese dat er twee latente afhankelijkheidsvariabelen bestaan empirisch getoetst. Als indicatoren voor lichamelijke afhankelijkheid (η_1) worden gebruikt: het aantal (I)ADL-beperkingen, het aantal ziekteperiodes, de aanwezigheid van chronische ziekte en de subjectieve beleving van gezondheid; als indicatoren voor de psychische

Figuur 15.2. Meetmodellen voor afhankelijkheid

afhankelijkheid (η_2) worden gebruikt: de Zungscore, het oordeel over de totale situatie, de mate van eenzaamheid en de AMT-score. De subjectieve gezondheidsbeleving zou de belangrijkste variabele zijn die beide dimensies van afhankelijkheid verbindt (zie paragraaf 14.4.1); ook deze hypothese kan via de LISREL-methode getoetst worden. Hiertoe worden eerst drie modellen onderzocht: in model 1 wordt verondersteld dat alle acht variabelen als indicatoren voor één latente variabele beschouwd kunnen worden; in model 2A wordt verondersteld dat er sprake is van een lichamelijke en psychische afhankelijkheidsdimensie met voor ieder een unieke set indicatoren; model 2B is gelijk aan model 2A, maar veronderstelt een zekere overlap tussen beide dimensies die met name tot uitdrukking komt in het subjectieve gezondheidsoordeel. In figuur 15.2 zijn de drie modellen weergegeven.

Om de latente variabelen richting en schaal te geven dient een van de coëfficiënten gefixeerd te worden (Jöreskog en Sörbom, 1981). Hiervoor wordt steeds de (I)ADL-schaal genomen ($\lambda_{11}=1$) en in de modellen 2A en 2B bovendien de Zungscala ($\lambda_{52}=1$). De schattingsresultaten voor de basismodellen staan vermeld in tabel 15.12. De verschillen tussen de modellen onderling kunnen getoetst worden aan de hand van het verschil in de χ^2 -toetsen, dat zelf weer χ^2 -verdeeld is met één vrijheidsgraad (Saris en Stronkhorst, 1984, p. 276). Hieruit blijkt dat model 2B beter past dan 2A (verschil in χ^2 is ongeveer 100; $p<0,001$) en dat 2A weer beter past dan model 1 ($\Delta\chi^2=165$; $p<0,001$).

Model 2B kan verder verbeterd worden door de AMT-score buiten beschouwing te laten: de door de latente variabele verklaarde variantie is slechts 5% tegen minimaal 22% bij alle andere variabelen. De χ^2 -toets verbetert dan van 147,6 naar 53,2 ($p<0,001$), zodat deze aanpassing niet verworpen moet worden. Ook deze χ^2 -waarde is nog te hoog om het model te accepteren, dat wil zeggen dat de hypothese verworpen moet worden dat het model de geobserveerde correlatiematrix gegenereerd zou hebben. In LISREL kunnen de mogelijkheden voor modelverbetering onderzocht worden met de 'aanpassingsindices' voor iedere gerespecteerde parameter (Jöreskog en Sörbom, 1981; zie ook hoofdstuk 13). Allereerst dient vermeld te worden dat bij model 2A de grootste aanpassingsindex berekend wordt juist voor het effect van η_2 op de subjectieve gezondheid (λ_{42}); door deze parameter vrij te laten (het enige verschil met model 2B) wordt een verbetering in de χ^2 bereikt van 98,9 zodat het aangepaste model niet verworpen hoeft te worden. Model 2B kan verder verbeterd worden door de covariantie tussen twee paren storingstermen vrij te laten, namelijk die tussen het oordeel over de totale situatie en de Zungscala (θ_{65}) en die tussen het gezondheidsoordeel en de aanwezigheid van een chronische ziekte (θ_{43}). Het aangepaste model (figuur 15.3) wordt niet meer verworpen en zorgt er voor dat de geobserveerde correlatiematrix op bevredigende wijze wordt gereproduceerd.

Tabel 15.12. Schattingsresultaten voor de meetmodellen van afhankelijkheid

	model 1		model 2A				model 2B			
	λ	t-waarde	λ_{11}	t-waarde	λ_{12}	t-waarde	λ_{11}	t-waarde	λ_{12}	t-waarde
(I)ADL-schaal	1,000	(-)	1,000	(-)	-	-	1,000	(-)	-	-
ziekteweken	0,855	(12,0)	0,866	(15,3)	-	-	0,834	(14,6)	-	-
chron. ziekte	0,701	(10,2)	0,635	(12,1)	-	-	0,576	(11,6)	-	-
subj. gezondheid	1,053	(13,9)	0,722	(13,5)	-	-	0,291	(5,5)	0,598	(9,6)
Zungscore	1,104	(14,2)	-	-	1,000	(-)	-	-	1,000	(-)
situatie-oordeel	0,957	(13,0)	-	-	0,802	(13,9)	-	-	0,931	(14,7)
eenzaamheid	0,873	(12,2)	-	-	0,818	(14,0)	-	-	0,824	(14,6)
AMT-schaal	-0,403	(6,3)	-	-	-0,344	(6,7)	-	-	-0,312	(6,1)
χ^2_{11}	0,353	(8,8)		0,576	(11,1)			0,647	(11,5)	
χ^2_{22}	-	-		0,560	(10,7)			0,550	(11,6)	
χ^2_{21}	-	-		0,341	(11,0)			0,303	(11,5)	
χ^2	410,36		245,49				147,59			
vrijheidsgraden	20		19				18			
AGFI	0,758		0,865				0,921

Figuur 15.3. Meetmodel voor afhankelijkheid

In tabel 15.13 worden de schattingsresultaten voor het meetmodel van afhankelijkheid gepresenteerd. Dit aangepaste model is geschat voor zowel het gehele bestand ($N=943$) als voor de thuiswonende ouderen, inclusief de positief geïndiceerden ($N=579$). Bij de totale steekproef diende nog een covariantie in de matrix van storingstermen meegeschat te worden (tussen het oordeel over de gehele situatie en de (I)ADL-schaal: Θ_{61}) waardoor de χ^2 verbeterde van 23,0 ($p=0,011$) tot 8,62 ($p=0,47$). De parameterschattingen voor beide modellen wijken nauwelijks van elkaar af op één uitzondering na: de subjectieve gezondheidsbeleving wordt bij zelfstandig wonende ouderen in sterke mate verklaard door de lichamelijke afhankelijkheid ($\lambda_{41}=0,50$) en minder door psychische afhankelijkheid ($\lambda_{42}=0,41$), terwijl dat in het gehele bestand (inclusief bejaardenoortbewoners en verpleeghuispatiënten) precies omgekeerd is ($\lambda_{41}=0,28$ en $\lambda_{42}=0,50$). Hieruit lijkt geconcludeerd te kunnen worden dat de psychische component in de gezondheidsbeleving belangrijker wordt naarmate men in 'zwaardere' settings verkeert.

Tabel 15.13. Meetmodel van afhankelijkheid voor hele bestand en zelfstandig wonenden

	gehele bestand (N=943)				zelfstandig wonend (N=579)			
	λ_{11}	t-waarde	λ_{21}	t-waarde	λ_{11}	t-waarde	λ_{21}	t-waarde
(I)ADL-schaal	1,000	(1)	-	-	1,000	(-)	-	-
ziekteveken	0,797	(13,9)	-	-	0,809	(8,6)	-	-
chron. ziekte	0,536	(11,0)	-	-	0,636	(7,3)	-	-
subj. gezondheid	0,279	(5,2)	0,503	(7,7)	0,501	(4,8)	0,415	(5,5)
functiescore	-	-	1,000	(-)	-	-	1,000	(-)
situatie-oordeel	-	-	0,909	(15,4)	-	-	0,879	(13,2)
eenzaamheid	-	-	0,693	(11,0)	-	-	0,669	(9,4)
η_{11}	0,689	(11,2)	-	-	0,466	(6,7)	-	-
η_{22}	0,658	(9,4)	-	-	0,752	(8,3)	-	-
η_{21}	0,327	(10,2)	-	-	0,323	(8,2)	-	-
Θ_{61}	-0,164	(3,4)	-	-	-0,207	(3,5)	-	-
Θ_{65}	0,116	(4,3)	-	-	0,133	(3,7)	-	-
Θ_{63}	-0,089	(3,8)	-	-	-	-	-	-
χ^2	8,62	($p=0,47$)	-	-	11,54	($p=0,32$)	-	-
AGFI	0,996		-	-	0,991		-	-

Zonder hier over een causaliteitsrelatie te kunnen spreken, blijkt er wel een samenhang te zijn tussen de twee latente variabelen die als volgt benaderd kan worden (Bollen, 1989):

$$R^2(\eta_1, \eta_2) = \frac{\Psi_{21}^2}{\Psi_{11} \Psi_{22}}$$

De samenhang tussen beide dimensies van afhankelijkheid kan dan berekend worden als 0,236 voor het gehele bestand en 0,298 bij de (nog) zelfstandig wonende ouderen. Hieruit wordt geconcludeerd dat het inderdaad zinvol is afzonderlijke dimensies te onderscheiden, die in mindere mate onderling samenhangen dan de daarvoor gebruikte indicatoren.

De volgende stap in de analyse betreft het toevoegen van het structuurmodel. Op deze wijze wordt een zogeheten model met Multiple Indicators and Multiple Causes (MIMIC-model) opgezet (Jöreskog en Goldberger, 1975). De technische details van deze klasse van modellen kwamen reeds aan de orde in paragraaf 13.5. In het structuurmodel zijn niet alleen de achtergrondkenmerken³ voor afhankelijkheid opgenomen, maar kunnen ook de relaties tussen de latente variabelen onderling worden gemodelleerd. Het gaat dan om het model $\eta = B\eta + \Gamma X$, waarin η staat voor de vector van latente variabelen en X de vector van (exogene) achtergrondkenmerken weergeeft. Als achtergrondkenmerken worden de volgende variabelen gespecificeerd (zie ook de bespreking van determinanten in hoofdstuk 14): leeftijd, waarvoor in ieder geval een positief effect op lichamelijke afhankelijkheid (η_1) verwacht wordt, terwijl het voor de psychische afhankelijkheid (η_2) goed mogelijk is dat het leeftijdseffect negatief is (Arts e.a., 1989; Maanen, 1985); sexe; sociaal-economische status, waarvoor een negatief effect op beide latente variabelen wordt verwacht; alleenstaand zijn, waarvoor in ieder geval een positief effect op psychische afhankelijkheid (η_2) verwacht wordt; het aantal contacten (negatieve invloed op η_2); het gehoor en de mate van beweging die beide van positieve invloed op de beide latente variabelen zouden dienen te zijn.

Om de mogelijkheden van het MIMIC-model te bezien, worden de belangrijkste gebruiksvariabelen ingebracht. Hiervoor dient in LISREL een 'trucje' toegepast te worden door voor iedere voorziening een nieuwe latente variabele te maken en precies gelijk te stellen aan de feitelijke waarneming hiervoor, zonder een meetfout te specificeren, dus $\eta_i = y_i$.

Het model wordt verder ontwikkeld voor thuiswonende ouderen, waarbij de basisvoorzieningen de meest interessante zijn. Hiervoor zijn drie afhankelijke quasi-latente variabelen gemaakt, namelijk of de respondent niet of wel gebruik maakt van de gezinsverzorging (η_3), of men niet of wel gebruik maakt van wijkverpleging (η_4) en of iemand niet of wel een positief advies voor opname in een bejaardenoord heeft (η_5). Net als in het voorgaande betreffen het derhalve steeds dicotome uitspraken over het gebruik van de belangrijkste basisvoorzieningen in de thuissituatie. Onderstaande legenda geeft de gebruikte symbolen en benamingen nog eens weer.

3. Bewust wordt hier gesproken over 'achtergrondkenmerken'. In het MIMIC-model zou eigenlijk gesproken moeten worden van 'oorzaken' voor het ontstaan van afhankelijkheid van voorzieningen. Dit veronderstelt echter dat er een valide theorie bestaat op grond waarvan toetsbare hypothesen en causale relaties geformuleerd kunnen worden. Een dergelijke alomvattende theorie is er echter niet; zelfs het model van Andersen en Newman is slechts een model om de mogelijke determinanten te ordenen (zie hoofdstuk 3). Bovendien zijn causale verbanden niet aan te tonen op basis van een dwarsnede op een moment; hiervoor is een longitudinaal of een experimentele onderzoeksoptzet met controlegroepen (bijvoorbeeld bij interventies) noodzakelijk. Wel maken sterke samenhangen tussen verschillende variabelen op een bepaald moment het -op statistische gronden- aannemelijk dat deze het resultaat zijn van een onderliggend causaal mechanisme.

Figuur 15.4. Een volledig MIMIC-model voor thuiswonende ouderen

Legenda van gebruikte η -variabelen

η_1	lichamelijke afhankelijkheid (latente variabele)
η_2	psychische afhankelijkheid (latente variabele)
η_3	gebruik van gezinsverzorging (niet/wel)
η_4	gebruik van wijkverpleging (niet/wel)
η_5	positieve indicatie voor bejaardenoord (niet/wel)

In figuur 15.4 wordt het MIMIC-model grafisch weergegeven (voor de leesbaarheid is er voor gekozen om niet vanuit elk achtergrondkenmerk een pijl te trekken naar de verschillende η -variabelen, doch om dit per cluster te doen; dit betreft de niet-doorgetrokken pijlen). Het gepostuleerde model verdient nog verdere toelichting. Naast de eerder besproken achtergrondkenmerken voor afhankelijkheid wordt de verwachting gepostuleerd dat ook voor de gebruiksvARIABLEN enkele achtergrondkenmerken te benoemen zijn; onderzocht worden: informele hulpbronnen, betaalde particuliere hulp en de speciale woonvorm. De eerder genoemde achtergrondkenmerken voor beide dimensies van afhankelijkheid zouden ook van invloed op het gebruik kunnen zijn. Dit zal met name gelden voor het feit of iemand alleenstaand is en voor de sociaal-economische status.

Op grond van de eerder gepresenteerde regressie-analyses kunnen additionele assumpties opgesteld worden met betrekking tot de latente variabelen onderling (de B-matrix). Ten eerste bleek dat zowel lichamelijke als psychische determinanten als gebruik van gezinsverzorging een belangrijke bijdrage leveren aan de verklaring van een positief indicatieadvies. Vervolgens bleken gezinsverzorging en wijkverpleging kruiselings elkaar te verklaren, maar omdat het een cross-sectioneel onderzoek is, kan geen volgtijdelijk verband gelegd worden. In plaats daarvan wordt de covariantie tussen de storingstermen voor deze twee variabelen meegeschat (Ψ_{43}). Een zelfde aanpak wordt gevolgd voor de twee latente

Tabel 15.14. Schattingsresultaten structurele model (t-waarden tussen haakjes)

	η_1	η_2	η_3	η_4	η_5
	lich.afh.	psych.afh.	gezinszorg	wijkverp.	pos.indic.
η_1 lich.afhank.			0,344 (5,3)	0,721 (8,8)	0,194 (2,5)
η_2 psych.afhank.	$\Psi_{21}=0,250$ (7,5)		-0,048 (0,7)	-0,228 (2,9)	0,278 (3,6)
η_3 gezinszorg			$\Psi_{43}=0,064$ (1,9)		0,118 (2,8)
η_4 wijkverpleging					0,018 (0,4)
η_5 pos.indicatie					
x_1 gehoor	0,170 (4,1)	0,188 (5,3)			
x_2 beweging	0,186 (4,7)	0,104 (3,1)			
x_3 sexe	-0,028 (0,7)	0,059 (1,7)			
x_4 leeftijd	0,117 (2,7)	-0,202 (5,3)			
x_5 alleenstaand	-0,009 (0,2)	0,107 (3,0)	0,285 (5,9)	0,093 (1,9)	0,081 (1,6)
x_6 soc.-econ.status	-0,057 (1,4)	-0,122 (3,5)	-0,124 (3,0)	0,010 (0,2)	-0,105 (2,6)
x_7 soc. netwerk	-0,102 (2,6)	-0,118 (3,6)	-0,082 (2,1)	0,022 (0,6)	-0,055 (1,4)
x_8 bet. hulp			-0,205 (5,1)	-0,032 (0,8)	0,124 (3,0)
x_9 spec. woning			0,076 (2,0)	-0,040 (1,1)	-0,069 (1,8)
x_{10} hulp partner			-0,018 (0,4)	-0,062 (1,3)	-0,107 (2,2)
x_{11} andere inf. hulp			-0,188 (4,6)	-0,013 (0,3)	0,022 (0,5)
verklaarde var. (R^2)	0,174	0,185	0,247	0,334	0,250
χ^2 (100 df.) = 398,67	$R_\eta = 0,486$		AGFI = 0,778		

afhankelijkheidsvariabelen, omdat geen zinvolle causale relatie tussen beide te formuleren is (dus vrije parameter Ψ_{21} ; $\beta_{21}=0$)

In tabel 15.14 worden de schattingen voor het structurele deel van het model gepresenteerd. De eerste vijf regels bevatten de schattingen voor de B-matrix en de rest die voor de Γ -matrix. Per kolom wordt voor iedere latente variabele aangegeven welke effecten daarop uitgaan van de exogene achtergrondkenmerken X_i en eventuele andere latente variabelen. Ten slotte wordt aangegeven hoeveel variantie per latente variabele door het model verklaard wordt.

In het algemeen valt op dat de resultaten een grote mate van overeenkomst hebben met die in de regressie-analyse van afzonderlijke voorzieningen. De lichamelijke afhankelijkheid (η_1) heeft een significant positief effect op het gebruik van gezinsverzorging (η_3), wijkverpleging (η_4) en het verkrijgen van een positieve indicatie (η_5). De psychische afhankelijkheid (η_2) is niet van invloed op gezinsverzorging, is contra-indicatief voor het gebruik van wijkverpleging en van significant positieve invloed op het opname-advies, waarvoor gezinsverzorging bovendien als 'voorportaal' beschouwd kan worden, gezien de significante coëfficiënt van η_3 op η_5 . Deze relatie met het opname-advies is ook voor wijkverpleging positief, maar niet op een significant niveau. Als achtergrondkenmerken (hoewel een theoretisch kader hiervoor ontbreekt; zie hoofdstuk 13) voor lichamelijke en psychische afhankelijkheid worden in beide gevallen significante positieve effecten gevonden van een slecht gehoor, verminderde beweging en de sexe van de respondent (man=1 en vrouw=2; zodat vrouwen een hogere afhankelijkheidsgraad hebben, maar alleen bij de psychische afhankelijkheid significant). De leeftijd heeft een significant positief 'effect' op de lichamelijke afhankelijkheid, maar een significant negatief 'effect' op de psychische afhankelijkheid.

Het feit dat de oudere alleenstaand is, heeft significant positieve 'effecten' op de beide afhankelijkheidsdimensies én op het gebruik van gezinsverzorging, maar is in dit simultane stelsel van lineaire vergelijkingen niet meer van significante (wel positieve) invloed op het gebruik van wijkverpleging en het verkrijgen van een positief advies voor opname in het bejaardenoord. Een hogere sociaal-economische status leidt niet alleen tot significant minder gebruik van gezinsverzorging en een minder grote kans op een positief opname-advies, maar ook tot lagere waarden op beide afhankelijkheidsdimensies, hoewel niet significant op de lichamelijke component. Het aantal contacten heeft wel op beide variabelen een significant negatieve invloed, als ook op het gebruik van gezinsverzorging. Een beter sociaal netwerk

leidt weliswaar tevens tot een lagere kans op een opname-advies, maar niet op een significant niveau ($t=1,4$). Net als in de afzonderlijke regressie-analyses vinden wij in het model het substitutie-effect tussen gezinsverzorging en een particuliere, betaalde hulp terug. Ook conform de logistische schattingen is er een positief effect van de aanwezigheid van particuliere hulp op een opname-advies. Het bewonen van een aanleun- of bejaardenwoning gaat gepaard met een grotere kans op gebruik van de gezinsverzorging en een lagere indicatie-kans; beide effecten zijn bovendien significant. Informele hulp wordt tenslotte onderscheiden in hulp van de partner (significant bij wijkverpleging en opname-advies) en het aantal andere informele bronnen (familie, burens, huisgenoten) dat aanwezig is (alleen significant negatief voor gezinsverzorging).

Ook in termen van verklaarde variantie verschilt het model niet veel van de regressie-analyses in paragraaf 15.3. De totale verklaarde variantie van de structurele vergelijkingen tezamen (R^2) is 0,53 en de 'adjusted goodness of fit index' bedraagt 0,8. De χ^2 is vrij hoog, maar deze toets wordt niet erg betrouwbaar geacht als de variabelen niet normaal verdeeld zijn (Bollen, 1989; Jöreskog en Sörbom, 1981). Een oplossing is om te kijken naar de verhouding ten opzichte van het aantal vrijheidsgraden: "We judge a ratio (i.e.: χ^2 gedeeld door het aantal vrijheidsgraden) of around 5 as beginning to be reasonable, based on our experience in inspecting sizes of residuals which accompany varying χ^2 values" (Wheaton e.a., 1977, p. 99). Omdat in het gepresenteerde model de ratio gelijk is aan circa 4 ($=398,7/100$), lijkt het model redelijk bij de data te passen, ondanks het feit dat het op basis van de χ^2 -waarde formeel verworpen dient te worden.

15.6. Effectsimulatie met betrekking tot voorzieningengebruik

In de voorgaande analyses en tabel 15.14 werden alleen de directe effecten gerapporteerd. Veel variabelen beïnvloeden echter ook langs indirecte weg andere variabelen. Deze indirecte effecten dienen bij de directe effecten opgeteld te worden om de totale effecten te verkrijgen. Een voorbeeld kan illustratief werken: het feit of iemand alleenstaand is heeft directe effecten op de mate van lichamelijke en psychische afhankelijkheid en op het gebruik van gezinsverzorging; het totale effect van alleenstaand staan is dan gelijk aan: $\gamma_{35} + (\gamma_{15} \cdot \beta_{31})$. In figuur 15.4 worden met andere woorden alle mogelijke combinaties van pijlen vanuit 'alleenstaand zijn' (via andere variabelen) naar de te analyseren variabelen 'afgewandeld'. Om dit op zinvolle wijze te doen, dient wel uitgegaan te worden van de gestandaardiseerde schattingen. Deze worden gegeven in tabel 15.15 voor een aantal geselecteerde achtergrond- en latente variabelen.

Tabel 15.15. Gestandaardiseerde totale en directe effecten van de afhankelijkheidsvariabelen en enkele x-variabelen op η 's

	η_1	η_2	x_4	x_6	x_7	x_{10}	x_{11}
A. totale effecten	lich.afhank.	psych.afh.	leeftijd	SES	contact	hulp partn.	bet.hulp
η_1 lich. afhank.	-	-	0,117	-0,057	-0,102	-	-
η_2 psych. afhank.	-	-	-0,202	-0,122	-0,118	-	-
η_3 gezinszorg	0,344	-0,048	0,050	-0,138	-0,111	-0,018	-0,285
η_4 wijkverpleging	0,721	-0,228	0,130	-0,084	-0,024	-0,062	-0,032
η_5 pos. indicatie	0,248	0,268	-0,025	-0,166	-0,121	-0,110	0,099
B. directe effecten							
η_1 lich. afhank.	-	-	0,134	-0,066	-0,117	-	-
η_2 psych. afhank.	-	-	-0,276	-0,167	-0,162	-	-
η_3 gezinszorg	0,299	-0,035	-	-0,124	-0,081	-0,018	-0,204
η_4 wijkverpleging	0,627	-0,166	-	0,010	0,022	-0,062	-0,032
η_5 pos. indicatie	0,169	0,203	-	-0,105	-0,055	-0,107	0,024

Bij de beoordeling van eventuele verschillen tussen directe en totale effecten dient bedacht te worden dat het model recursief is in de η -variabelen. Dit betekent dat x-variabelen die aan het begin van de 'ketting' van η -variabelen van invloed zijn, geen verschil tussen directe en totale effecten kennen (bijvoorbeeld effecten van sociaal-economische status op afhankelijkheid). Naarmate de effecten van variabelen verder doorwerken in het model wordt het verschil tussen directe en totale effecten groter (bijvoorbeeld effecten van leeftijd en sociale contacten). De grootste verschillen tussen directe en totale effecten worden in dit model aangetroffen bij de sociaal-economische status en het aantal contacten. De effecten van het aantal sociale contacten worden in het totale model zodanig versterkt dat bij een positief indicatie-advies meer dan een verdubbeling van het directe (negatieve) effect plaatsvindt.

Het model biedt tenslotte de mogelijkheid om de trends in een aantal belangrijke variabelen in te brengen en te beoordelen op hun invloed op het gebruik van voorzieningen. Het puur demografische ramingsmodel uit de hoofdstukken 4 en 12 wordt hiermee uitgebreid met een simulatie-model voor de relevant geachte maatschappelijke ontwikkelingen. Omdat het MIMIC-model een lineair model is, kan worden gewerkt met de procentuele mutaties in de verklarende variabelen, die gesaldeerd moeten worden met de mutaties die op basis van het demografische model verwacht worden (in hoofdstuk 12 werd een gemiddelde toename in het gebruik geraamd van ongeveer 2% per jaar). Als illustratie van de potenties van het model worden simulaties gepresenteerd voor veranderingen in de achtergrondvariabelen van het MIMIC-model:

- (a) een stijging van de gemiddelde leeftijd binnen de populatie (als het ware de dubbele vergrijzing simulerend, naast de toename in het aantal ouderen uit hoofdstuk 2),
- (b) een verbetering van de inkomenspositie van ouderen,
- (c) een versterking van het sociale netwerk van ouderen,
- (d) een uitbreiding van de inzet van particuliere betaalde hulp.

Als tijdshorizon wordt de eeuwwisseling aangehouden. Voor de vier zojuist aangegeven effecten die worden bestudeerd, zijn de volgende veranderingen tot 2000 te berekenen op grond van nader te expliciteren veronderstellingen:

ad a. dubbele vergrijzing binnen de populatie ouderen

Uit de verdeling van ouderen over de verschillende leeftijdscategorieën in hoofdstuk 2 (tabel 2.6) kan een toename in de gemiddelde leeftijd binnen de populatie van ouderen berekend worden van 1% in een periode van 13 jaar (1988-2000).

ad b. verbetering van de inkomenspositie

Indien verondersteld wordt dat het inkomen een één-op-één relatie heeft met de sociaal-economische status (zie hoofdstuk 14), dan kan via deze modelvariabele het effect op voorzieningengebruik van een verbetering in de inkomenspositie gesimuleerd worden. De meest recente prognose met betrekking tot de inkomenspositie van ouderen is opgesteld door het Sociaal en Cultureel Planbureau (Pommer, 1990) en resulteert in een gemiddelde toename van (slechts) 0,4% per jaar. Er zijn echter veel onzekerheden, met name in de sfeer van vermogensinkomsten. De inkomensverbetering zal, afhankelijk van de berekeningswijze, naar schatting gemiddeld tussen de 0 en 0,8% per jaar bedragen (Pommer, 1990, p. 35). Voor de periode 1988-2000 kunnen daarom wellicht het beste drie varianten onderscheiden worden: (b1) een nul-variant; (b2) een gemiddelde variant van 0,4% per jaar, hetgeen een totale toename van 4,9% in de onderzochte periode inhoudt en (b3) de maximum-variant op basis van een toename van 0,8% per jaar of 10% in de gehele periode tot het jaar 2000.

ad c. versterking sociaal netwerk

Over de mogelijkheden om een versterking van het sociaal netwerk van ouderen te bewerkstelligen, lopen de meningen uiteen (zie bijvoorbeeld STG, 1985 en 1987) zodat geen goede

inschatting is te maken over de veranderingen in het gemiddeld aantal sociale contacten van ouderen. In deze studie beperken wij ons tot een scenario waarin verondersteld wordt dat een versterking met 10% in de periode 1988-2000 gerealiseerd wordt.

ad d. vergroting inzet particuliere betaalde hulp

Het is aannemelijk dat een verbetering van de inkomenspositie van ouderen zal kunnen leiden tot een verschuiving tussen het gebruik van formele hulp, met name gezinsverzorging, en particuliere hulp; ook in deze studie wordt tussen beide een significante relatie aangetroffen (zie ook: STG, 1985). Ook kan een verscherping van de indicatie-criteria voor de gezinsverzorging, maar ook het bejaardenoord, er toe leiden dat hulpbehoevende ouderen naar alternatieven, waaronder particuliere betaalde hulp, gaan uitzien. Tenslotte is de markt in de ouderenzorg en meer in het algemeen in de gehele gezondheidszorg sterk in beweging en worden commerciële vormen van hulpverlening ontwikkeld. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er een trend lijkt te zijn in de richting van een toenemend gebruik van particuliere betaalde hulp. Uitspraken over de omvang hiervan zijn echter op weinig gronden gebaseerd, zodat ook hier -net als onder punt c- bij wijze van illustratie een toename van 10% in de periode 1988-2000 wordt gepostuleerd.

Als illustratie van de mogelijkheden van het hiervoor ontwikkelde model wordt het gebruik van de gezinsverzorging en de wijkverpleging belicht en gaan wij in op de op grond van het model te verwachten ontwikkelingen in het aantal af te geven positieve adviezen voor een opname in het bejaardenoord. De werkwijze die daarbij gevolgd is combineert enerzijds de op demografische gronden en bij constant veronderstelde leeftijdsspecifieke bereikscijfers verwachte toename in het aantal cliënten vanaf 65 jaar (zie tabel 12.2) met anderzijds de totale effecten zoals die op basis van de geschatte coëfficiënten in het MIMIC-model berekend zijn (zie tabel 15).

Op deze wijze wordt voor gezinsverzorging op basis van de demografische raming over de periode 1988-2000 een toename in het aantal cliënten verwacht van 24,4% (zie tabel 12.2). De toename in de gemiddelde leeftijd heeft voor gezinsverzorging een te verwaarlozen effect (0,05%). Het effect van een verbetering van de inkomenspositie (lopend via de achtergrondvariabele sociaal-economische status varieert van 0,7% in de middenvariant tot 1,4% in de maximumvariant. Dit betekent dat de hoogst geraamde inkomensverbetering per saldo 5 à 6% van de op grond van demografische ontwikkelingen verwachte toename kan ombuigen. Op dezelfde wijze berekend, zou het effect van een verschuiving naar particulier betaalde hulp met 10% een effect op het gebruik van gezinsverzorging hebben dat iets groter is, namelijk 2,1% (hetgeen neerkomt op een ombuiging van 8,6% op de demografische raming). Het effect van een versterking van het sociaal netwerk van ouderen komt voor de gezinsverzorging uit op 1,1%. Het totaal van de vier effecten tesamen bedraagt maximaal 4,5% waarmee ruim 18% van de geraamde demografische druk kan worden opgevangen.

Voor het gebruik van de wijkverpleging, uitgedrukt in het aantal cliënten, komt de demografische raming over de periode 1988-2000 uit op een toename van 26,2% (zie tabel 12.2). Dit kan worden niet worden gesaldeerd met een effect van een inkomensverbetering, omdat het effect van sociaal-economische status op het gebruik van wijkverpleging door ouderen verwaarloosbaar is (-0,004; zie tabel 15.15).⁴ In tegenstelling tot de gezinsverzorging is bij wijkverpleging het effect van particuliere hulp niet groot; een toename daarvan met de gestelde 10% leidt tot een afname van 0,3%. De toename in de gemiddelde leeftijd heeft

4. De verklaring hiervoor ligt waarschijnlijk in het feit dat er geen eigen bijdrageregeling of een ander 'prijsmechanisme' is; men betaalt slechts een bescheiden lidmaatschap aan de kruisvereniging (in Maastricht ongeveer 40 gulden; zie hoofdstuk 7).

wel effect op het gebruik van wijkverpleging en wordt geraamd op 0,1% (dit effect versterkt de demografische druk). Tot slot is ook het effect van een versterking van het sociaal netwerk (met 10%) op het gebruik van wijkverpleging niet erg groot (0,2%). Samenvattend blijkt het saldo van de bestudeerde effecten (0,5%) niet of nauwelijks van invloed te zijn op de uitkomsten van de demografische basisraming, die daardoor voor het gebruik van wijkverpleging door ouderen, gegeven het gehanteerde model van achtergrondvariabelen, als de enige relevante berekening overblijft (met daarbinnen natuurlijk wel de mogelijkheid om andere assumpties met betrekking tot de leeftijdsspecifieke bereikcijfers te maken).

Voor het aantal positief geïndiceerden voor opname in een bejaardenoord was in hoofdstuk 12 geen demografische raming over de periode 1988-2000 gepresenteerd, omdat hierover in Maastricht geen leeftijdsspecifieke gegevens beschikbaar zijn. Wel kan een globale indicatie gegeven worden op basis van het totaal aantal positief geïndiceerden in 1987, uitgedrukt in procenten van het aantal 65-plussers; dit cijfer komt uit op 2,0% (hoofdstuk 9). Veronderstellend dat dit gegeven (het lijkt wat vreemd om over het 'bereik' van de indicatiecommissie te spreken) constant blijft in de periode 1988-2000, kan een toename in het aantal positief geïndiceerden berekend worden van 19,1%. Op basis van tabel 15.15 worden de volgende effecten van de bestudeerde achtergrondvariabelen berekend: ten gevolge van een inkomensverbetering 0,8% à 1,7%; door de stijging van de gemiddelde leeftijd een verwaarloosbaar effect (0,025%) en door een versterking van het sociaal netwerk een effect van 1,2%. Een uitbreiding van particuliere hulp heeft in dit model geen gunstig effect als de realisatie daarvan zou worden overwogen als een van de instrumenten om de toeloop tot bejaardenoorden te verminderen (-1,0%). Daardoor komt het totale effect van de veronderstelde veranderingen in de achtergrondvariabelen in deze berekening uit op slechts 1,9% (bij de maximumvariant van de inkomensverbetering), hetgeen resulteert in een ombuiging van 10% van de demografische druk. Indien de uitbreiding van particuliere hulp buiten beschouwing blijft, dan is het totaal effect van de resterende veranderingen aanmerkelijk groter, namelijk een saldo van 2,9%, gelijk aan 15% van de demografische druk.

De voorgaande simulaties van de mogelijke effecten van de verschillende veranderingen in achtergrondvariabelen van het model worden samengevat in tabel 15.16. Op grond van deze exercities lijkt de conclusie gewettigd dat maatschappelijke ontwikkelingen op inkomens-terrein, op het gebied van betaalde hulp of het sociaal netwerk slechts een klein effect hebben op de demografische druk op voorzieningen, welke het gevolg is van de toename van het aantal ouderen in Nederland.

Tabel 15.16. Geraamde effecten op het gebruik van gezinsverzorging en wijkverpleging en het aantal positief geïndiceerden ten gevolge van vergrijzing en veranderingen in enkele achtergrondvariabelen

toename (in %) ten gevolge van:	relatieve toename in aantal cliënten tot 2000		
	gezins- verzorging	wijkver- pleging	positief geïndiceerden
vergrijzing van bevolking	24,4	26,2	19,1
stijging gemiddelde leeftijd met 1%	-	0,1	-
verbetering inkomen met 4,9% à 10%	0,7 à 1,4	-	0,8 à 1,7
versterking sociaal netwerk met 10%	1,1	0,2	1,2
uitbreiding betaalde hulp met 10%	2,1	0,3	-1,0
saldo van bestudeerde effecten*	19,9	25,7	17,2

* Uitgaande van maximumvariant voor inkomen. Kleine marges ten gevolge van afronding

15.7. Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk is gepoogd de verschillende onderdelen uit het onderzoek met elkaar te verbinden. De in hoofdstuk 14 ontwikkelde variabelen met betrekking tot de leefsituatie zijn hier als potentiële determinanten voor het gebruik van voorzieningen in beeld gebracht en geanalyseerd. Logistische schattingen voor het gebruik door ouderen van basisvoorzieningen en andere voorzieningen genereren wisselend goede resultaten. Het gebruik van de basisvoorzieningen (gezinsverzorging, wijkverpleging, positieve indicatie voor of feitelijk verblijf in een bejaardenoord en opname in het verpleeghuis) en van de gezondheidszorgvoorzieningen (zoals huisarts, specialist, ziekenhuis en medicijngebruik) blijkt op acceptabele wijze verklaard te kunnen worden (percentage goed voorspeld gebruik is ongeveer 45 tot 50% en percentage goed voorspeld niet-gebruik is circa 90 tot 95%). Daarbij zijn de volgende variabelen als de belangrijkste determinanten naar voren gekomen: het aantal (I)ADL-beperkingen, het feit of iemand alleenstaand is (bij gezinsverzorging en positief indicatieadvies), de psychische en lichamelijke gezondheidsindicatoren en de aanwezigheid van informele hulp door de partner of huisgenoot, familie, burens en/of vrienden (niet bij wijkverpleging).

Het gebruik van de overige voorzieningen die speciaal voor ouderen ontwikkeld zijn, kan niet op een bevredigende wijze verklaard worden: weliswaar wordt het niet-gebruik perfect voorspeld (100%), maar het gebruik wordt nimmer goed verklaard. Naast het feit dat de gevonden aantallen gebruikers van deze voorzieningen zeer laag zijn, kan nog een aantal andere redenen aangedragen worden voor deze onbevredigende resultaten. Allereerst was het onderhavige onderzoek met name toegespitst op de basisvoorzieningen. In verband hiermee zijn de vragen over de overige voorzieningen zeer summier (alleen het gebruik over de afgelopen drie maanden en de vraag of men meer of minder wil gaan gebruiken). Ten derde kan het mogelijk zijn dat deze betrekkelijk nieuwe voorzieningen nog zo in ontwikkeling zijn, dat andere factoren dan de individuele indicatoren belangrijker zijn (zoals bijvoorbeeld het naar elkaar verwijzen tussen professionele organisaties). Tenslotte speelt bij dergelijke zeer lage bereiksperscentages het probleem van multicollineariteit (dat wil zeggen dat veel determinanten onderling sterk verweven zijn) een veel grotere rol dan bij de basisvoorzieningen. De set van verklarende variabelen moet dan zorgvuldig gekozen worden om te voorkomen dat de iteratieve schattingsprocedure bij logistische regressie 'vastloopt'. Het gebruik door ouderen van gezondheidszorgvoorzieningen bleek redelijk voorspeld te kunnen worden. De determinanten zijn veel sterker gericht op de somatische aspecten, hetgeen in de lijn der verwachting lag, maar ook is gebleken dat bij deze voorzieningen de onderlinge verwijspatronen een minstens even belangrijke rol spelen.

Twee innovatieve elementen in het onderzoek genereren interessante resultaten. Het eerste onderdeel betreft de constructie van een kostenvariabele op individueel niveau (zie paragraaf 15.4), die net als het voorzieningengebruik verklaard is uit de determinanten. De verklaringsgraad is bijzonder hoog (0,68 voor het gehele bestand; 0,33 voor thuiswonende ouderen) en wordt niet beïnvloed door de mogelijkheid om de kosten voor gezondheidszorg (huisarts, fysiotherapie en specialist) al dan niet mee te rekenen. Hieruit wordt geconstateerd dat de kosten van de medische gezondheidszorg en de kosten van andere vormen van ouderenzorg in belangrijke mate parallel lopen. Het kostenconstruct biedt mogelijkheden om de huidige discussie met betrekking tot de stelselwijzigingen in Nederland te voeden met instrumentarium. Immers, op grond van de scores op de determinanten uit de leefsituatie zou nu een bedrag aan individuele ouderen kunnen worden toegekend, in plaats van een voorziening ('zorgsubsidie').

Het tweede onderscheidende onderwerp betreft de constructie van een meet- en structuurmodel voor lichamelijke en psychische afhankelijkheid en de invloed daarvan op het gebruik

van voorzieningen. Hoewel dit zogenaamde MIMIC-model zich nog in een ontwikkelingsfase bevindt, zijn toch enige interessante zaken aan het licht gekomen. Ten eerste bleek in de constructie van het meetmodel voor afhankelijkheid dat de subjectieve gezondheidsbeleving een duidelijke indicator is voor zowel lichamelijke als psychische afhankelijkheid en dat deze laatste component belangrijker wordt naarmate de respondent zich in een 'zwaardere' setting bevindt. Het gebruik van basisvoorzieningen in een MIMIC-model voor thuiswonende ouderen wordt goed verklaard en geeft in het algemeen dezelfde resultaten als afzonderlijke schattingen voor deze voorzieningen. Het voordeel van een MIMIC-model ligt echter in het feit dat ook de totaal-effecten van onafhankelijke variabelen in beeld komen als het gehele simultane model wordt doorlopen tot herleide vormvergelijkingen. Met name de totale effecten van sociaal-economische status en sociaal netwerk op het gebruik van voorzieningen zijn in het MIMIC-model groter dan de aanvankelijke directe effecten.

Op basis van het model is bij wijze van illustratie een effect-simulatie gemaakt van veronderstelde verandering in vier achtergrondvariabelen, namelijk een toename van de gemiddelde leeftijd, een verbetering van de inkomenspositie van ouderen, een versterking van het sociaal netwerk van ouderen en een uitbreiding van particuliere betaalde hulp.

Voor deze veranderingen zijn berekeningen uitgevoerd voor de periode 1988-2000, uitgaande van onderzoeksresultaten voor de eerste twee achtergrondvariabelen (waarvoor op deze wijze in min of meerdere mate 'harde' voorspellingen mogelijk zijn) en uitgaande van assumpties voor de andere twee achtergrondvariabelen (waarvoor dus géén voorspelling wordt gemaakt, maar een scenario met een enigszins arbitraire basis).

Voor de periode 1988-2000 werden de veranderingen als volgt (cumulatief) gekwantificeerd: de gemiddelde leeftijd stijgt met 1%; het inkomen met maximaal 10%, hoewel een midden-variant van 4,9% zeer wel realiteit zou kunnen worden (Pommer, 1990); en de scenario's voor de versterking van het sociaal netwerk en uitbreiding van particuliere hulp gaan beide uit van 10%. Op grond van demografische prognoses met betrekking tot voortschrijdende vergrijzing en uitgaande van constant blijvende bereikcijfers kan de demografische druk op de voorzieningen berekend worden voor de periode 1988-2000 (wederom cumulatief). Deze druk varieert van 19% voor het aantal positief geïndiceerden tot 26% voor het aantal cliënten van de wijkverpleging. Per saldo zullen volgens de gepresenteerd berekeningen geen grote effecten verwacht mogen worden van de geraamde en anderszins veronderstelde veranderingen in de bestudeerde achtergrondvariabelen. Het saldo der effecten is nog het grootst voor gezinsverzorging, waar bijna een vijfde van de demografische druk zou kunnen worden omgebogen (vooral via inkomen en particuliere hulp). Bij het aantal af te geven positieve adviezen voor opnamen in bejaardenoord is dat maar een tiende; hier zijn met name de maatschappelijke veranderingen op sociaal en sociaal-economische terrein van belang. Het uitbreiden van particuliere betaalde hulp heeft een averechtse uitwerking op de toeloop naar de bejaardenoord via de indicatiecommissie dat qua omvang bovendien niet onbelangrijk is. Indien deze 'maatregel' niet wordt meegenomen in de effectsimulatie, dan resulteert een ombuiging van de demografische druk van 15% in plaats van 10%. Een verklaring voor het 'falen' van dit instrument voor het terugdringen van de vraag naar bejaardenoord zou kunnen zijn dat het met name de lagere sociale klassen zijn die een dergelijke aanvraag doen (de analyses in dit en het vorige hoofdstuk ondersteunen deze hypothese), waardoor een 'vluchtgedrag' naar het bejaardenoord ontstaat ten gevolge van de negatieve inkomenseffecten van méér betaalde particuliere hulp. Bij de wijkverpleging wordt slechts een miniem effect van het totale pakket aangetroffen (slechts 2% ombuiging van de vergrijzingsdruk); voor deze voorziening lijkt gemakshalve te kunnen worden volstaan met een puur demografische benadering. Bij dit alles is bovendien uitgegaan van de meest gunstige variant voor de inkomensontwikkeling.

Het voorgaande impliceert voor de overheid dat de beïnvloedingsmogelijkheden, gericht op het verminderen van de demografische druk op het gebruik door ouderen van de in de

analyse betrokken voorzieningen, niet erg groot zijn. Het zelfde werd eerder (hoofdstuk 4) en ook elders (Goudriaan, 1989 en 1990; Huijsman en De Klerk, 1989) geconcludeerd met betrekking tot de mogelijkheden van allerlei substitutie-vormen. Gesteld kan daarom worden dat de kosten van de ouderenzorg hoe dan ook fors zullen toenemen; de tot op heden ontwikkelde substitutie-vormen en de gunstige invloeden van een verbetering in de inkomenspositie, een versterking van het sociaal netwerk en een uitbreiding van particuliere hulp zullen deze kostenstijging slechts in beperkte mate kunnen opvangen. Uitbreiding van particuliere betaal hulp als eventueel instrument om de toeloop op bejaardenoordren via de indicatiecommissie te verminderen, heeft een averechts effect dat qua omvang niet onbelangrijk is; als deze maatregel niet wordt meegenomen i. De grootste mogelijkheden die hier worden berekend betreffen het gebruik van de gezinsverzorging, waar ten hoogste bijna een vijfde van de op grond van demografische ontwikkelingen verwachte toename zou kunnen worden opgevangen door de combinatie van de veronderstelde effecten van de vier bestudeerde achtergrondvariabelen (leeftijd, inkomen, particuliere hulp en sociaal netwerk). Een minder gunstige inkomensontwikkeling dan hier voorgesteld (en niet op voorhand uit te sluiten is; Pommer, 1990) zou een deel van de sturingsmogelijkheden echter weer teniet doen.

Verschillende relativerende kanttekeningen zijn echter op hun plaats. Zoals reeds eerder werd gesteld is het in 'open' sociale systemen zoals de ouderenzorg onmogelijk om deterministische en voorspellende uitspraken te doen. Voor dergelijke heuristische modellen worden in empirische onderzoek in het algemeen slechts magere verklaringsgraden aangetroffen, omdat de regelmaat laag is. Met enige voorzichtigheid kunnen slechts tendensen zichtbaar gemaakt worden, onder de stringente veronderstelling dat het model naar tijd en plaats constant blijft. Dit is echter bijna per definitie niet het geval in de ouderenzorg. Bovendien zijn de modelspecificaties gebaseerd op een lokaal onderzoek met specifieke eigenschappen ten aanzien van de samenstelling van de verschillende deelbestanden. Daarbij moet worden bedacht dat de onderzoekspopulaties werden voorgeselecteerd op een zekere mate van validiteit en/of voorzieningengebruik en dat de representativiteit van de verschillende deelbestanden niet altijd vast staat (zie paragraaf 13.6). Tevens is het onderzoek gebonden aan de lokale situatie en kenmerken van de ouderenzorg in z'n totaliteit; weliswaar is het uitgevoerd in een redelijk grote gemeente, waarin alle relevante voorzieningen functioneren, maar het model kan waarschijnlijk niet zonder meer een landelijke geldigheid toegeschreven worden. Daarvoor is herhaalde toetsing van het model noodzakelijk. Dit geldt bovendien te meer als de decentralisatie verder doorgevoerd wordt. Reeds nu bestaat immers op lokaal niveau de vrijheid om als indicatiecommissie eigen regels (waar deze vroeger wettelijk waren vastgelegd) te stellen bij de toelating tot bejaardenoordren. Ook de indicatiestelling voor thuiszorg kent zeer verschillende en regionaal of lokaal variërende verschijningsvormen. Ten slotte dient opgemerkt te worden dat er is uitgegaan van een lineair model; bij dynamisering van veranderingsprocessen zouden de cumulatieve effecten groter kunnen zijn.

16. Algemene samenvatting en conclusies

16.1. Inleiding

Deze studie is gebaseerd op de resultaten van het project Model van Voorzieningen voor Ouderen dat in opdracht van de voormalige Stuurgroep Onderzoek Ouderwordende Mens (SOOM; thans via WVC) is uitgevoerd door de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg. De leidende vraagstelling van dit onderzoek, dat plaatsvond in de periode mei 1986 - december 1990, was of het mogelijk is een simulatie-model 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 de gemeente Maastricht, waar alle relevant geachte voorzieningen voor ouderen aanwezig zijn op een met de rest van Nederland te vergelijken niveau. Het onderzoek wordt benaderd vanuit een economische invalshoek; de vraag voor de toekomst is daarbij hoe binnen een bepaald financieel kader zo goed mogelijk kan worden aangesloten op de wensen en behoeften van ouderen. Voor de analyse zijn dan drie onderwerpen relevant, die de centrale thema's van deze studie opleveren. Ten eerste wordt onderzocht door welke factoren de mate van afhankelijkheid van zorgverlening 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 problemstellingen geformuleerd.

Het eerste thema betreft de demografische ontwikkelingen en de invloed daarvan op het gebruik van voorzieningen door ouderen. De Nederlandse samenleving kenmerkt zich onder andere door een toenemend aantal ouderen ('vergrijzing') en binnen deze populatie neemt het aantal hoogbejaarden nog eens extra toe ('dubbele vergrijzing'). Hoewel ook in deze studie aangetoond is dat de vergrijzing een zeer geleidelijk proces is dat zich de komende decennia niet anders zal ontwikkelen dan in de jaren sinds de Tweede Wereldoorlog, is men over het algemeen bevreesd voor de gevolgen van het absoluut en relatief toenemend aantal ouderen op met name de voorzieningen in de gezondheids- en welzijnszorg. Om dit thema te bestuderen zijn in hoofdstuk 1 de volgende problemstellingen geformuleerd:

- (1) Welke demografische trends ten aanzien van ouderen hebben zich tot op heden afgetekend ('dubbele' vergrijzing) en zullen zich in de nabije toekomst voordoen?
- (2) Hoe groot is, gegeven de demografische ontwikkelingen, het bereik van de belangrijkste voorzieningen in de ouderenzorg op nationaal en lokaal niveau?

De uitwerking van deze onderzoeksvragen vond plaats in hoofdstuk 2 (demografische trends), in hoofdstuk 4 (nationale inventarisatie van onder andere de bereikcijfers) en in deel B van deze studie (hoofdstukken 5 t/m 12) waar voor de basisvoorzieningen voor ouderen (gezinsverzorging, wijkverpleging, gecoördineerd ouderenvoerwerk, indicatiecommissie, bejaardenoord, dagbehandeling en verpleeghuis) eveneens wordt ingegaan op de bereikcijfers daarvan in de gemeente Maastricht. Voor verschillende voorzieningen, zoals de gezinsverzorging, wordt het bereik op het lokale niveau echter veel gedetailleerder in beeld gebracht dan in de nationale inventarisatie mogelijk bleek te zijn.

Het tweede thema betreft de individu-gebonden factoren die van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen. Dit thema valt uiteen in twee onderdelen, namelijk (a) de kennis over de gezondheidstoestand en behoeften van ouderen en (b) de invloed daarvan op het gebruik

van voorzieningen. Dit is een uiterst relevante en noodzakelijke verbijzondering van het demografische model; naast de demografische kenmerken zoals leeftijd, sexe en burgerlijke staat, die in de bereikcijfers gebruikt worden, kunnen daardoor ook andere aspecten van de leefsituatie worden betrokken in de analyse van het gebruik van voorzieningen. Als overkoepelend denkconstruct werd het begrip 'afhankelijkheid' of 'dependency' geïntroduceerd. Probleemstellingen die met betrekking tot dit thema zijn geformuleerd betreffen:

- (3) Welke aspecten van de leefsituatie van ouderen kunnen worden aangemerkt als determinanten van het gebruik van voorzieningen door ouderen en welke operationalisering kan hiervoor worden gebruikt?
- (4) Welke verbanden bestaan er tussen deze determinanten of hoe groot is de verwevenheid tussen de verschillende aspecten van de leefsituatie?
- (5) Welke van deze determinanten leveren een daadwerkelijke bijdrage als indicatoren voor de afhankelijkheid van ouderen in de verklaring van het voorzieningengebruik?
- (6) Spelen naast deze determinanten ook nog andere factoren een rol, zoals verwijspatronen tussen de voorzieningen?

Deze probleemstellingen worden voornamelijk op lokaal niveau bestudeerd en uitgewerkt in Deel C op basis van gegevens van verschillende groepen ouderen in de gemeente Maastricht. Dit onderzoek werd uitgevoerd door de onderzoeksters Frederiks en Te Wierik en tevens ter beschikking gesteld van dit onderzoek.

Het derde thema betreft de structuur van de aanbodzijde van de ouderenzorg. Er is een gebrek aan kennis over het huidige zorgpatroon: door welke structuur wordt het huidige systeem gekenmerkt, hoeveel en welk soorten cliënten gebruiken welke diensten, hoe verlopen de cliëntstromen tussen de voorzieningen en met welke inzet van middelen en kosten gaat het gebruik van voorzieningen, gedifferentieerd naar cliëntcategorieën, gepaard? Tevens is een functionele benadering van de ouderenzorg geïntroduceerd om inzicht te krijgen in de dienstverlening van voorzieningen en de kostenopbouw. Voor het derde thema worden de volgende probleemstellingen opgesteld:

- (7) Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de verschillende cliëntgroepen in de ouderenzorg (zowel persoons- als hulpverleningskenmerken op individueel niveau)?
- (8) Hoe verlopen de cliëntstromen naar, door en uit de verschillende voorzieningen?
- (9) Wat zijn op voorzieningenniveau de 'inputs' in termen van personeel en andere middelen en de 'outputs' in termen van 'productie' en kosten?
- (10) Hoe groot zijn de huidige kosten van de ouderenzorg en welke toename kan daarin op grond van demografische ramingen worden verwacht?
- (11) Welke zorgfuncties leveren de voorzieningen en zijn deze te kwantificeren?

Alleen probleemstelling 11 wordt uitsluitend op lokaal niveau belicht; de andere vraagstellingen worden, zij het in wisselende mate van detaillering, zowel op nationaal als lokaal niveau bestudeerd.

De onderzoeksopzet 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, gesloten en zowel schriftelijke als mondelinge vragenlijsten (Frederiks e.a., 1988; Te Wierik en Frederiks, 1988, 1990; Frederiks, 1990). Dit boek bevat ten behoeve van de tweede onderzoekslijn een secundaire analyse van gegevens over thuiswonende, eventueel positief geïndiceerde ouderen, bejaardenoordbewoners en recent opgenomen verpleeghuispatienten. Beide onderzoekslijnen worden in dit hoofdstuk bij wijze van samenvatting van de gehele studie belicht.

16.2. Onderzoekslijn 1: de aanbodzijde van de ouderenzorg

Primair uitgangspunt bij de analyse van voorzieningen in de gemeente Maastricht was de idee dat de instellingen veel materiaal beschikbaar hebben via de reguliere informatiesystemen. Om daarin structuur aan te brengen is een eigen instellingsenquête ontwikkeld, die als instrument voor dossiervorming dienstig bleek te zijn. De ervaring na vier jaar onderzoek is echter dat er problemen kunnen ontstaan zodra er vragen gesteld worden die buiten de reguliere informatiestromen om gaan. Mogelijk heeft de vrijwilligheid van deelname aan het onderzoek hierbij een rol gespeeld; anderzijds is het mogelijk dat de deelname voor individuele instellingen te weinig direct rendement oplevert. Als dit in de loop van het onderzoek wel zichtbaar werd leverde dat vaak een nieuwe impuls op. Zo is voor de gezinsverzorging een wijkbudgetteringsmodel in ontwikkeling en kregen de bejaardenoorden eind 1989 weer interesse in het onderzoek. Gesteld kan worden dat de beleidsrelevantie van (de gegevens uit) informatiesystemen in de gezondheids- en welzijnszorg niet altijd in voldoende mate erkend wordt; in sommige gevallen is zelfs sprake van het fenomeen 'data-kerkhof'.

Het meest problematische onderdeel bleek de kwantificering van de personeelsinzet naar functies van ouderenzorg te zijn. De gepresenteerde gegevens (zie hoofdstuk 5 en 12) zijn daarom tentatief, hoewel de uitkomsten ongeveer overeen komen met suggesties van andere auteurs. Ook blijkt het op instellingsniveau, mede door de bepaald niet optimale informatiesystemen in de verschillende zorgsectoren, niet altijd mogelijk te zijn om de zorgverlening en de daaraan verbonden kosten te verbijzonderen naar afhankelijkheids-groepen. De beste resultaten ten aanzien van dit onderwerp zijn behaald bij de gezinsverzorging en de bejaardenoorden. Door allerlei problemen met de gegevensverzameling bij instellingen die ten behoeve van ouderen werkzaam zijn, is tijdens het onderzoek relatief veel energie in deze onderzoekslijn gestoken. Deel B van het proefschrift doet daar verslag van. Per voorziening worden hier de meest saillante resultaten belicht.

Bij de gezinsverzorging (hoofdstuk 6) is vooral gebruik gemaakt van het sinds 1986 volledig operationele geautomatiseerde informatiesysteem, waarin een koppeling plaats vindt van individuele cliëntgegevens (LIER-systeem) en administratieve gegevens inzake retributies en productieve hulpverlening. Deze extramurale voorziening wordt meer en meer een basisvoorziening voor ouderen: bij traditionele gezinsverzorging bestaat 85% en bij alpha-hulp zelfs bijna 100% uit ouderen (65-plus). Dit betreft met name alleenstaande, ongehuwde ouderen (met een bereik van ruim 11%) en dan met name alpha-hulp. Over het algemeen bevinden de cliënten zich in lage inkomensgroepen: 65% van de 65-plus cliënten heeft de AOW als maximum inkomen (de sociaal-economische status komt in deel C ook terug als een significante negatieve determinant voor het gebruik van gezinsverzorging). De duur van de hulpverlening is bij ouderen over het algemeen lang (ongeveer 4 jaar) en beslaat gemiddeld ruim 5 productieve uren per week tegen ongeveer f 30,- per traditioneel hulpuur of f 20,- per alpha-hulpuur. Naarmate men ouder wordt, krijgt men meer hulp en wordt het aandeel van de puur huishoudelijke alpha-hulp kleiner.

Ten behoeve van de analyse van het gebruik van wijkverpleging (hoofdstuk 7) is het wijk-administratiesysteem (het WAS) van het kruiswerk benut (periode 1984-1988). Ouderen vormen ongeveer 1/3 van het cliëntenbestand en leggen beslag op bijna 80% van alle contacten. Ook bij ouderen komt een éénmalig contact op jaarbasis nog vrij vaak voor (20%), doch bijna de helft heeft meer dan 10 contacten. Het gemiddelde aantal per jaar ligt op ongeveer 35 contacten per oudere, die gemiddeld ruim 2 jaar in zorg blijft. Het bereik van wijkverpleging ligt op 14,5% van alle 65-plussers als uitgegaan wordt van cliënten of op 5,2 contacten per oudere inwoner. De groep cliënten die in de onderzochte periode van 5 jaar continu in zorg was, is in aantal niet groot (7%), maar legt beslag op bijna 30% van de capaciteit. Ouderen zijn in deze groep zeer belangrijk (90% van de contacten) en hebben

gemiddeld ongeveer 80 contacten per persoon op jaarbasis. Deze contacten zijn hoofdzakelijk van lichamelijk-verzorgende aard (65%) en voorts betreft het verpleegkundige handelingen en het toedienen van medicijnen (elk ongeveer 13%). In de loop van de onderzochte periode wordt, net als landelijk, een intensivering van de zorg, gepaard aan een verschuiving naar meer bewerkelijke handelingen zoals lichamelijke verzorging vastgesteld. Als kostprijs wordt een gemiddelde van f 55,- per contact aangehouden (een contact duurt inclusief reistijd, administratie en dergelijke ongeveer 40 minuten).

Het bereik van de dienstencentra van het gecoördineerd ouderenwerk (hoofdstuk 8) ligt op circa 3% van alle 65-plussers en stijgt tot de leeftijd van 75-79 jaar om vervolgens te dalen; daarnaast is er nog een niet onaanzienlijk deel van de bezoekers (circa 30%) dat jonger is dan 65 jaar. Bijna 70% van de bezoekers is vrouwelijk en hoewel alleenstaanden net de minderheid vormen (47%), is het bereik ten opzichte van de bevolking voor deze subgroep groter (3,2%) dan voor samenwonenden (bijna 2,5%). De gemiddelde bezoekfrequentie is twee maal per week en, net als het bereik, hoger naarmate de leeftijd hoger is. De belangrijkste reden voor het bezoek betreft gezelligheid, recreatie of andere ontspanning, maar ook het nuttigen van een maaltijd (8% van de bezoekers) en deelname aan Meer Bewegen voor Ouderen (9%) worden relatief vaak gerapporteerd door de circa 700 respondenten van een onderzoek in de eerste helft van 1988. Tevens is bij hen het gebruik van andere voorzieningen onderzocht, namelijk gezinsverzorging, wijkverpleging en wijkfuncties van bejaardenoorden. Een vijfde rapporteerde gebruik van één van deze voorzieningen en nog eens ruim 3% gebruik van meer dan de genoemde voorzieningen. Gezinsverzorging komt bij tweederde van de gebruikers voor; wijkverpleging daarentegen nauwelijks en bovendien slechts in combinatie met gezinsverzorging. Het voorzieningengebruik is bij de alleenstaande bezoekers van dienstencentra drie maal zo groot als bij samenwonenden.

De indicatie-commissie (oude-stijl) is slechts kort aan bod geweest (hoofdstuk 9), omdat het informatie-systeem dat daar gehanteerd werd niet erg uitgebreid is. Per jaar wordt aan bijna 2% van alle ouderen in Maastricht een positief advies tot opname in het bejaardenoord verstrekt. Deze opname wordt na ongeveer gemiddeld 8,5 maand gerealiseerd. Het tot eind 1989 gevolgde gezamenlijke opnamebeleid heeft hier gunstige effecten gehad: de criteria zijn verder verscherpt tot de meest urgente gevallen, de wachttijd is afgenomen (was eerst meer dan een jaar), de doorstroom in de sector is verbeterd (hoewel na ongeveer 5 jaar dit effect weer grotendeels is weggelekt) en er zijn geen significante verschillen meer tussen de 'nieuwkomers' in de verschillende instellingen (alle 11, op een kleine instelling na, hebben aan het onderzoek meegewerkt!). Met enige veronderstellingen (zie hoofdstuk 9), worden de gemiddelde kosten per verstrekt advies op ongeveer f 350,- geraamd.

De bejaardenoorden zijn in twee stappen geanalyseerd: globale bereikcijfers, gegevens met betrekking tot de herkomst bij opname en bestemming bij ontslag, wijkfuncties, personeelsinzet en kosten werden gepresenteerd voor de periode 1984-1988 (hoofdstuk 10); de op individueel niveau verzamelde kenmerken van bijna alle bewoners (demografische variabelen, validiteit en psychisch functioneren) van de tehuizen werden aan een meer gedetailleerde analyse onderworpen (hoofdstuk 10). Deze analyse wordt nu kort samengevat.

Voor bejaardenoorden zijn individuele meerzorggegevens en personeelsbeoordeling over de psycho-sociale toestand (via de zogenaamde BPS-lijst) van 1100 bewoners gecombineerd tot een classificatie in zes groepen. Ongeveer 30% van de bewoners heeft nauwelijks individuele meerzorg nodig, maar aan de andere kant is er een groep van ongeveer 14% die bijna 2,5 uur meerzorg per dag nodig heeft en daardoor een potentiële doelgroep voor het verpleeghuis lijkt te zijn. Op basis van de classificatie is een gedifferentieerde kostprijsberekening naar zes afhankelijkheidsgroepen mogelijk geworden waar voorheen slechts een globaal gemiddelde kostprijs per dag in het bejaardenoord beschikbaar was. De gemiddelde kosten bedragen ongeveer f 81,60 per dag en bestaan voor ruim 60% uit personeelslasten.

Het verpleeghuis (hoofdstuk 11) is eveneens op basis van schriftelijk materiaal van de instelling zelf geanalyseerd. De bevindingen wijken nauwelijks af van landelijke gegevens die in hoofdstuk 4 worden gepresenteerd. Ruim 90% van alle patiënten bestaat uit 65-plussers, zodat de gemiddelde leeftijd met 80 jaar hoog is. Het bereik loopt op van 1% voor de jongste categorieën tot 9% bij 85-plus. Het gemiddelde tarief bedraagt f 202,50 per dag bij opname en f 122,- per dag bij dagbehandeling en bestaat voor 70% uit personeelslasten.

In het samenvattend hoofdstuk bij deel A (hoofdstuk 12) wordt het leeftijdsspecifieke gebruik van de besproken voorzieningen gepresenteerd en benut om op basis van demografische ramingen voor het jaar 2000 inzicht te krijgen in de mogelijke ontwikkelingen in het gebruik van voorzieningen voor ouderen. Door dubbele vergrijzing zal met name de capaciteit van gezinsverzorging, wijkverpleging, bejaardenoorden en verpleeghuizen sterker moeten groeien (gemiddeld ongeveer 2% per jaar) dan de aanwas in het aantal oudere inwoners (circa 1,5% per jaar). De kosten van ouderenzorg (waarbij de gezinsverzorging, de wijkverpleging, het GOW, de bejaardenoorden, het verpleeghuis, het flankerend beleid en de dagbehandeling zijn inbegrepen) bedragen in de gemeente Maastricht thans ongeveer 72,4 miljoen gulden, waarvan driekwart ten laste van de intramurale zorg komt (landelijk ruim 80%). Voor een enigszins tentatieve, maar illustratieve, benadering van de kostenverbijzondering naar 10 zorgfuncties, wordt verwezen naar paragraaf 12.4.

16.3. Onderzoekslijn 2: de vraagzijde van de ouderenzorg

Empirisch onderzoek naar de leefsituatie van ouderen in het algemeen en naar de determinanten voor het gebruik van voorzieningen in het bijzonder wordt gekenmerkt door een exploratief karakter omdat een theoretisch kader zo niet ontbreekt dan toch zwak ontwikkeld is. Veel onderzoek is gebaseerd op het conceptuele model van Andersen en Newman (1973), waarin verschillende theoretische invalshoeken geïntegreerd worden. Vanwege het feit dat de ouderenzorg zich laat karakteriseren als een 'open' sociaal systeem (Boudon, 1986), is de mate van regelmaat en de voorspelbaarheid daarvan per definitie relatief laag, omdat er relatief veel wanorde of systeem-ruis is (Becker, 1989). Het is dan ook niet voor niets dat de verklaringsgraad die in empirisch onderzoek naar voorzieningengebruik wordt aangetroffen niet zo groot is (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Picauly, 1987). Ook het onderhavige onderzoek waarover in deel C van deze studie verslag gedaan wordt, is te kenschetsen als een exploratief empirisch onderzoek. Het betreft een uitgebreide secundaire analyse van gegevens over diverse groepen ouderen in de gemeente Maastricht, die complementair aan het onderhavige project verzameld zijn door onderzoek(st)ers van de vakgroep Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Limburg (Frederiks, 1990; Frederiks e.a., 1988; Te Wierik en Frederiks, 1989 en 1990). De vier groepen ouderen die geanalyseerd zijn, betreffen: (a) thuiswonende ouderen met tenminste twee huishoudelijke of één algemene beperking in het dagelijks functioneren of gebruikmakend van extramurale voorzieningen of daartoe de wens uitend (N=415; geselecteerd voor mondelinge interviews op basis van de resultaten van een grootschalige schriftelijke enquête onder circa 2450 thuiswonende ouderen; Frederiks en Te Wierik, 1989); (b) ouderen die een positief advies hebben gekregen voor opname in een bejaardenoord (N=164); (c) bejaardenoordbewoners (N=206) en (d) ouderen die op het punt staan om opgenomen te worden of recent zijn opgenomen in het verpleeghuis (N=158). Het laatste deelbestand is om verschillende redenen enigszins problematisch (zie hoofdstuk 13), maar toch in de analyse betrokken. De gegevens zijn niet zonder meer te generaliseren naar de gehele bevolking. Naast de gebruikelijke representativiteitsproblemen, waarop hier niet verder wordt ingegaan (zie publicaties van oorspronkelijke onderzoeksters Frederiks en Te Wierik en hoofdstuk 13 van dit boek), speelt bij ouderen die (nog) thuis wonen het onderzoeksontwerp een belangrijke rol. Deze groep is immers via een postenquête geselecteerd op een aantal criteria, waardoor

per saldo 32,9% van de respondenten van deze enquête in aanmerking kwam. Van deze potentiële groep heeft 71,4% meegewerkt aan de mondelinge vragenlijst. Als verondersteld wordt dat er geen selectieve non-respons heeft opgetreden, noch bij de postenquête, noch bij het mondelinge vervolg daarop, dan kan worden aangenomen dat het determinanten-onderzoek niet beïnvloed wordt door de steekproefcriteria. Wel dient natuurlijk voor het verrichten van simulaties een vertaalslag gemaakt te worden om het bereik van voorzieningen in de totale populatie te berekenen (door te vermenigvuldigen met ongeveer één derde). Een andere oplossing kan zijn om met procentuele mutaties te werken; deze pragmatische aanpak is in deze studie gevolgd.

Er is in Deel C relatief veel aandacht besteed aan de determinanten voor het gebruik van voorzieningen. Achtereenvolgens is ingegaan op demografische kenmerken, (I)ADL-beperkingen, overige (lichamelijke) gezondheidsindicatoren, psychisch functioneren, woonsituatie, sociaal-economische status, sociaal netwerk en informele hulp. Voor elk van de acht besproken clusters van determinanten werd een overzicht gegeven van de literatuur, werden de onderlinge verbanden binnen het betreffende cluster besproken, op grond waarvan een beperkt aantal representatieve variabelen geselecteerd is (in een aantal gevallen voldoen deze aan stringente schaalessen à la Rasch) en werd inzicht gegeven in de significantie van verbanden tussen determinanten uit de verschillende clusters (zie hoofdstuk 14).

Op basis van de inzichten uit de literatuur met betrekking tot (a) de relevante aspecten in de leefsituatie van ouderen, (b) de belangrijkste indicatoren daarvoor, (c) de operationalisatie daarvan ten behoeve van betrouwbare en valide variabelen c.q. potentiële determinanten sterke en (d) de onderlinge samenhangen tussen zowel de determinanten onderling als in relatie tot gebruikspatronen in de ouderenzorg, is een selectie gemaakt van een verzameling van ongeveer 25 potentiële determinanten. Deze zijn vervolgens benut om te bezien welke bijdrage zij daadwerkelijk leveren aan de verklaring van het gebruik van voorzieningen door ouderen. Daarbij werden drie clusters van voorzieningen onderscheiden, namelijk de basisvoorzieningen (gezinsverzorging, wijkverpleging, positief advies voor en feitelijke opname in het bejaardenoord en verpleeghuis), de overige voorzieningen die speciaal voor ouderen ontwikkeld zijn (GOW, maaltijdvoorziening, SGD, dagverzorging in het bejaardenoord en dagbehandeling in het verpleeghuis) en als derde de voor elke burger algemeen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen (huisarts, specialist, ziekenhuis, fysiotherapie en tenslotte medicijngebruik). Omdat bijna alle gebruiksvARIABLEN dichotoom zijn, is logistische regressie-analyse toegepast. De resultaten hiervan zijn kort aan te duiden. Het gebruik van de basisvoorzieningen wordt in het algemeen goed verklaard (percentage correct voorspeld gebruik varieert van bijna 40% bij wijkverpleging tot ruim 50% bij het bejaardenoord). De belangrijkste determinant is in de eerste plaats de (I)ADL-schaal (Rasch-type), waarmee meer dan de helft van de verklaarde variantie tot stand gebracht wordt. Het feit dat iemand alleenstaand is verklaart voorts het gebruik van gezinsverzorging en het bejaardenoord. De leeftijd is van significant positieve invloed op wijkverpleging, positief advies voor en feitelijke opname in het bejaardenoord, maar negatief voor het verpleeghuis. Dit laatste wordt wellicht mede veroorzaakt door de steekproefkarakteristieken. Van de overige (lichamelijke) gezondheidsindicatoren levert het aantal weken dat men in het afgelopen jaar door ziekte 'geveld' was, veelal een significante bijdrage aan het verklaringsmodel (uitgezonderd bij het bejaardenoord), maar bij de gezinsverzorging betreft dat een negatieve bijdrage (hoe langer men ziek is, hoe kleiner de kans op gebruik van gezinsverzorging). Wijkverpleging is ook significant vaker aanwezig als er sprake is van een chronische ziekte. Psychische factoren, zoals de Zung- en AMT-score, de subjectieve gezondheid ten opzichte van leeftijdsgenoten en het oordeel over de gehele situatie, spelen vaak een significante rol, uitgezonderd bij gezinsverzorging, maar in wisselende combinaties, zodat er niet één als meest belangrijke kan worden gekenmerkt. De onderlinge correlaties tussen deze psychische determinanten is overigens erg groot, uitgezonderd de AMT-score.

De sociaal-economische status is van negatieve invloed op het gebruik van gezinsverzorging en het bejaardenoord. De determinanten met betrekking tot het sociale netwerk en de woonsituatie leveren over het algemeen géén significante bijdrage aan het voorzieningen-gebruik. Daarop bestaat één uitzondering: ouderen in een speciaal voor hen bestemde woning gebruiken over het algemeen vaker gezinsverzorging en hebben minder vaak een positieve indicatie voor het bejaardenoord. Informele hulp blijkt niet van belang te zijn bij de keuze van wijkverpleging, maar wel bij het gebruik van gezinsverzorging (negatief effect van hulp door huisgenoot of familie (niet door partner) en negatief voor betaalde particuliere hulp), het afgeven van een positief opname-advies (negatief effect van partnerhulp en positief effect van particulier betaalde hulp) en de opname in het verpleeghuis (negatieve effecten van betaalde hulp en hulp van huisgenoot).

Het gebruik van de speciaal voor ouderen ontwikkelde voorzieningen komt in de geanalyseerde onderzoekspopulatie nauwelijks voor (ongeveer 1,5% heeft dagverzorging, dagbehandeling of SGD-hulp). Ook in de praktijk kennen deze relatief nieuwe en vaak sterk gespecialiseerde voorzieningen lage bereikcijfers. In de stapsgewijze logistische regressieprocedure wordt weliswaar een aantal determinanten geselecteerd (met name het aantal ziekte- en informele hulp van partner of huisgenoot met een positief, kennelijke het thuismilieu ondersteunend effect), maar de verklaarde variantie is laag. De zeer kleine aantallen gebruikers zijn hieraan wellicht debet. Een andere verklaring kan het feit betreffen dat de indicatiestelling voor deze relatief nieuwe voorzieningen wellicht nog niet volledig is uitgekristalliseerd, zodat andere dan de in deze studie opgenomen factoren van invloed zijn op de beslissing van dit type 'tussenvoorzieningen' gebruik te maken. Daarbij kan onder meer gedacht worden aan (afspraken over) doorverwijzingen tussen de verschillende organisaties in de ouderenzorg.

Het gebruik van algemeen toegankelijke gezondheidszorgvoorzieningen blijkt ook voor ouderen op acceptabele wijze verklaard te kunnen worden, maar naast de onderscheiden determinanten, zijn de onderlinge verwijspatronen tussen huisarts, specialist en ziekenhuis minstens even belangrijk. De (I)ADL-schaal speelt in de verklaring geen rol, hetgeen tevens geldt voor de variabelen met betrekking tot het sociaal netwerk, de woonsituatie en informele hulp. Dit ligt in de lijn der verwachtingen. Naast gezondheidsindicatoren zoals het aantal ziekte- en informele hulp van partner of huisgenoot met een positief, kennelijke het thuismilieu ondersteunend effect), maar de verklaarde variantie is laag. De zeer kleine aantallen gebruikers zijn hieraan wellicht debet. Een andere verklaring kan het feit betreffen dat de indicatiestelling voor deze relatief nieuwe voorzieningen wellicht nog niet volledig is uitgekristalliseerd, zodat andere dan de in deze studie opgenomen factoren van invloed zijn op de beslissing van dit type 'tussenvoorzieningen' gebruik te maken. Daarbij kan onder meer gedacht worden aan (afspraken over) doorverwijzingen tussen de verschillende organisaties in de ouderenzorg.

16.4. Een verbijzondering: de individuele kostenvariabele

Op basis van de kostprijzen die in de aanbodinventarisatie (deel B van dit proefschrift) afgeleid werden, is een individuele kostenvariabele geconstrueerd waarin allerlei combinaties van zorgverlening in geld zijn uitgedrukt. Ook voor de verzorging in het bejaardenoord is een gedifferentieerde kostprijsberekening gehanteerd uitgaande van zes groepen (drie (I)ADL-klassen, met of zonder psycho-sociale problemen). Met behulp van gewone kleinste kwadraten-schattingen is, analoog aan de analyse van voorzieningengebruik, de verklaring gezocht in de set van determinanten. De verklaaringsgraad is hoog (ongeveer 50% voor de gehele onderzoekspopulatie en 33% voor thuiswonende ouderen) en veelal beter dan de verklaring van afzonderlijke voorzieningen. Ook voor de kosten is de (I)ADL-schaal verreweg de belangrijkste determinant, gevolgd door alleenstaand zijn (positieve invloed), de AMT-score, het bewonen van een speciaal voor ouderen bestemde woning en (met name bij thuiswonende ouderen) alle vormen van informele en particuliere hulp (alle van significant negatieve invloed op de kosten van ouderenzorg). De kostenvariabele bleek nauwelijks gevoelig te zijn voor het al of niet opnemen van de kosten voor huisarts, specialist en fysiotherapie. Deze kosten lopen derhalve parallel aan de kosten voor gezinsverzorging, wijkverpleging en dergelijke. Inhoudelijk verdient de kostenvariabele

tenslotte in het kader van de ontwikkelingen met betrekking tot budgettering en individuele zorgsubsidies zeker verdere (onderzoeks-) aandacht.

16.5. Het MIMIC-model van afhankelijkheid

structuur

In het tweede deel van hoofdstuk 15 is een eerste aanzet gegeven voor een model van voorzieningen voor ouderen. Daarbij is gekozen voor een modellering volgens de methode van Multiple Indicators and Multiple Causes (MIMIC). Het model is empirisch getoetst voor zelfstandig wonende ouderen die al dan niet gebruik maken van gezinsverzorging en/of wijkverpleging en/of een positief advies hebben voor opname in een bejaardenoord.

Het MIMIC-model kan beschouwd worden als een bouwwerk waarin de uit de twee sporen verzamelde inzichten met betrekking tot voorzieningengebruik en -patronen, alsmede de determinanten daarvoor en de kosten ervan, ineen gepast worden. Allereerst is aangetoond dat gezondheidsindicatoren (inclusief (I)ADL-beperkingen) en psychische determinanten indicatoren zijn voor twee latente variabelen, hier aangeduid als lichamelijke en psychische afhankelijkheid. Daarbij werd de hypothese dat de subjectieve gezondheid aspecten weergeeft van zowel het fysieke als het psychische functioneren, niet verworpen; acceptatie van deze hypothese bleek het meetmodel voor de beide afhankelijkheidsdimensies zelfs aanzienlijk te verbeteren. Opmerkelijk daarbij is de veranderende betekenis van de zelf-beoordeling van de gezondheid: naarmate ouderen in een 'zwaarder' zorgarrangement verblijven, neemt de relatieve betekenis van de psychische component af ten koste van de lichamelijke component in het eigen oordeel van de gezondheid.

Een volledig gespecificeerd model met verschillende achtergrondvariabelen ('causes') en indicatoren voor afhankelijkheid, alsmede het gebruik van basisvoorzieningen voor zelfstandig wonende ouderen, is gepresenteerd als model voor de voorzieningen voor ouderen. De resultaten van dit complexe model zijn om verschillende redenen interessant te noemen: afzonderlijke modelvergelijkingen reproduceren bij benadering de eerder gepresenteerde schattingen voor het gedichotomiseerde gebruik van afzonderlijke voorzieningen; de verklaarde variantie per modelvergelijking is eveneens vergelijkbaar met die uit de aparte regressies; alle tekens zijn in de verwachte richting, hoewel niet altijd significant en ook de toets voor het gehele model is acceptabel indien rekening gehouden wordt met de niet-normale verdeling van de variabelen.

effectsimulatie

Op basis van het model zijn simulaties uitgevoerd om de effecten van mogelijke trends op het sociaal-maatschappelijk vlak te berekenen en daarmee uitbreiding te geven aan eerder besproken puur demografische ramingen over het voorzieningengebruik door ouderen in het jaar 2000. Varianten die bezien zijn betreffen een verbetering van de inkomenspositie van ouderen, een versterking van hun sociaal netwerk en een uitbreiding van particuliere betaalde hulp. Rekening houdend met de toename in het aantal ouderen resulteert in de demografische basisraming een stijging in het voorzieningengebruik door deze bevolkingsgroep die voor de bestudeerde voorzieningen varieert van 19 tot 26% voor de gehele periode tot de eeuwwisseling. Indien daarbij het (voor de kans op gebruik negatieve) effect van een zich verbeterende sociaal-economische status verdisconteerd wordt, dan kan het gebruik van gezinsverzorging met ongeveer 6% van de voor deze voorziening berekende demografische druk (24,4%) afnemen en de afgifte van een positief advies voor opname in het bejaardenoord met bijna 9% van die demografische groei (19,1%). Er is op basis van het hier gepresenteerde model geen aanleiding gevonden voor de veronderstelling dat een hoger inkomen zal leiden tot een ander gebruik van wijkverpleging (het gebruik hiervan zal volgens de basisraming toenemen met 26,2% tot het jaar 2000); de wijze van financiering via sociale premies (AWBZ) en lidmaatschapsgelden in plaats van consumptie-gebonden

eigen bijdragen zou hieraan debet kunnen zijn. Een uitbreiding van betaalde particuliere hulp met 10% (hetgeen door een verbeterde inkomenspositie gedeeltelijk vanzelf zal gebeuren) zal bij gezinsverzorging een afname met ruim 8% ten opzichte van de op grond van demografische gronden voorspelde stijging te weeg kunnen brengen. Een dergelijke maatregel zou echter een averechts effect hebben op de toeloop tot het bejaardenoord. Dit effect is in het gepresenteerde model van simultane vergelijkingen (er lopen immers ook invloeden van betaalde hulp via gezinsverzorging naar het afgeven van een positieve indicatie) niet onbeduidend te noemen: aan de toename in de demografische basisraming (19,1%) zou één procentpunt toenemen als de particuliere betaalde hulp met 10% wordt uitgebreid. Er ontstaat als het ware 'vluchtgedrag' naar het bejaardenoord'.

Tenslotte is de invloed van een versterking van het sociaal netwerk met 10% bezien; deze verandering heeft alleen gevolgen voor het gebruik van gezinsverzorging en de toeloop op het bejaardenoord en niet op het gebruik van wijkverpleging.

Per saldo zijn de effecten van de geselecteerde achtergrondvariabelen in vergelijking tot de demografische druk bescheiden te noemen; een voorzichtige benadering luidt dat ongeveer 10 tot 15% daarvan gemitigeerd kan worden door de effecten van een verbetering in de inkomenspositie, uitbreiding van particuliere betaalde hulp en versterking van het uitbreiding van het sociaal netwerk. Deze benadering is gebaseerd op het meest optimistische scenario voor de inkomensontwikkeling bij ouderen; mocht deze tegenvallen, dan wordt een belangrijk deel van de sturingsmogelijkheden die het inkomen lijkt te hebben op het gebruik van gezinsverzorging en opname in het bejaardenoord teniet gedaan. Bij het gebruik van wijkverpleging door ouderen zijn daarentegen geheel geen substantiële effecten aange troffen, zodat voor ramingen hierover volstaan lijkt te kunnen worden met de puur demografische benadering. Benadrukt wordt dat deze simulaties gebaseerd zijn op eerste berekeningen met een model dat zich nog in de ontwikkelingsfase bevindt. Ook dient met nadruk gewezen te worden op de beperkte basis van het empirische model. Er zijn immers kanttekeningen te plaatsen bij de mate van representativiteit van de onderzoekspopulatie, die is voorgeselecteerd op het feit dat men een zekere mate van invaliditeit heeft en/of gebruik maakte van een van de basisvoorzieningen voor ouderen en bij de positief geïndiceerden waarschijnlijk een onderschatting van de psychische problematiek met zich mee brengt (zie paragraaf 13.6). Ook kan in strikte zin geen generalisatie plaats vinden omdat het bestand gebonden is aan de lokale Maastrichtse omstandigheden. Toepassing van het model op andere locaties en andere momenten vereist derhalve hertoetsing van het model. Dat neemt niet weg dat de tendenties in het model in overeenstemming zijn met de literatuurbevindingen en dat de schattingsresultaten over het algemeen bevredigend zijn.

16.6. Suggesties voor vervolgonderzoek

Suggesties voor verder onderzoek richten zich op de dynamisering van veranderingsprocessen, verfijning van relaties via niet-recursieve modellering, specificatie van mogelijk niet-lineaire effecten van bijvoorbeeld het aantal (I)ADL-beperkingen en op het inbrengen van nieuwe 'modules' van determinanten, waarbij gedacht kan worden aan het oordeel van derden, bijvoorbeeld van de centrale verzorg(st)er, maar ook kan gedacht worden aan medisch-diagnostische variabelen.

Tenslotte verdient het aanbeveling om op instellingsniveau een verfijning van kostprijzen aan te brengen in relatie tot de mate van afhankelijkheid van individuele cliënten of homogene cliëntgroepen. Hoewel daarvoor in deze studie voor een aantal sectoren zoals de gezinsverzorging en de bejaardenoord reeds een eerste aanzet is gegeven, kan gesteld worden dat het (vooralsnog) in de ouderenzorg in het algemeen niet of nauwelijks mogelijk

is om op adequate wijze een relatie te leggen tussen enerzijds de productie- en kostengegevens en anderzijds de cliëntkenmerken, waaronder de mate van lichamelijke en psychische afhankelijkheid.

16.7. Relevantie voor beleid

De relevantie van de resultaten van deze studie voor het beleid in de ouderenzorg laat zich op verschillende punten aanduiden. De hoofdvraag van het onderzoek, namelijk of het mogelijk is een model van voorzieningen voor ouderen te ontwikkelen dat kan dienen als instrument voor de voorbereiding en evaluatie van beleidsalternatieven, kan positief beantwoord worden onder de verschillende restricties die daarbij gegeven zijn. Daar ligt een ander belangrijk gegeven achter: het model maakt duidelijk op welke determinanten bij de toewijzing van voorzieningen gelet zou moeten worden. Deze leverden immers een significante bijdrage aan de verklaring van het voorzieningengebruik en volgen in dat opzicht een zo langzamerhand omvangrijke hoeveelheid literatuur. In deze studie worden de volgende determinanten als het meest relevant aangemerkt: het aantal algemene en instrumentele beperkingen in het dagelijks leven (verreweg de belangrijkste), het feit of iemand alleenstaand is, psychische indicatoren (gevalideerde Zung- en AMT-schalen), de subjectieve gezondheidsbeleving, het aantal ziekteperiodes, de aanwezigheid van een chronische ziekte en de informele hulp door partner, huisgenoot, familie, buren en/of vrienden. Hoewel dit de belangrijkste set van variabelen betreft, is het mogelijk dat voor een bepaalde voorziening daarvan een beperktere set volstaat. Door deze variabelen in hun complexe onderlinge samenhang te bezien via het daarvoor geschikte MIMIC-model is het mogelijk gebleken de invloeden van lichamelijke en psychische afhankelijkheid, alsmede van enkele andere belangrijke achtergrondvariabelen (zoals leeftijd, sociaal-economische status en het feit of iemand in een speciale woning voor ouderen woont) kan een goed inzicht gekregen worden in het voorzieningengebruik door ouderen.

Ook is een belangrijke relatie gelegd tussen de verschillende indicatoren voor afhankelijkheid en de kosten van ouderenzorg op individueel niveau. Via kostprijzen werd hierdoor als het ware een koppeling tot stand gebracht tussen de aanbodzijde en de vraagzijde van de ouderenzorg. Tot op heden werden deze altijd afzonderlijk bestudeerd.

De kosten op individueel niveau laten zich eveneens verklaren met behulp van de set van zojuist genoemde determinanten. Omdat de verklaringskracht bijzonder goed is, lijkt hiermee een belangrijke mogelijkheid gevonden te zijn om bij een bepaalde afhankelijkheidsgraad niet zozeer een bepaalde voorziening toe te wijzen, maar om een individueel budget beschikbaar te stellen op grond van de waarden die de verschillende relevante determinanten voor de oudere in kwestie aannemen. De zorgsubsidie is derhalve precies toegesneden op de behoeften; de betreffende oudere zou nu zelf zijn zorg kunnen kopen.

In de grensgebieden tussen thuiszorg en intramurale zorg zou dit interessante mogelijkheden scheppen: de op individuele determinantscores gebaseerde zorgsubsidie zou toereikend kunnen zijn, maar desalniettemin kan de oudere beslissen of hij/zij dit geld toch niet aanwendt om een pakket van zorgfuncties in de thuissituatie te realiseren.

Ook met betrekking tot de aanbodzijde zijn enkele beleidsrelevante onderwerpen behandeld. Naast een verbijzondering van kostprijzen, met name die van het bejaardenoord (waarvoor men tot op heden meestal volstond met ruwe schatters voor een gemiddelde), kan de functionele indeling van ouderenzorg gememoreerd worden. Hierover wordt op beleids- en politiek niveau al enige jaren een vrij indringende discussie gehouden waarvoor nog weinig empirisch materiaal voor handen was. In deze studie is gepoogd om een eerste aanzet te geven voor een verbijzondering van de kostenstructuur van voorzieningen naar de verschillende functies die door hen worden geleverd.

Summary

A simulation model for the care for the elderly

- Background

In 1986 the Steering Group for Research on Ageing of the Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs in the Netherlands granted a research project to the Department of Health Economics of the University of Limburg. Its objective was to develop a simulation model for the care for the elderly, which may help policy makers to test alternative care systems in terms of total costs and the extent to which the needs of the elderly are met. Departing from economic perspectives, we are interested in the question how the needs of elderly can be fulfilled in the most appropriate way, given the financial restrictions confronting the government. To make this possible, the study distinguishes three themes. Firstly, we have to clarify the development of dependency on supporting services in terms of the underlying determinants. Secondly, we have to establish the relationships between these indicators for dependency and the actual use of health care and social services. Finally, we have to establish the costs of this use of service. So, for the development of a model one has to investigate both the supply and demand side of the market for care for the elderly. For each theme this study formulated several research-questions, which are discussed below. The study was conducted in the City of Maastricht in the south of the Netherlands and ended in november 1990.

- Data

In the study three types of data have been used. First national statistics on demographic trends and and consequent use of services by the elderly have been used. These figures can provide us with a global insight in the national 'production' of care for the elderly, both in the community and within intramural settings, and the way in which this is influenced by demographic trends. Assuming that the share of elderly in the total group of clients can be seen as an indicator for the share of elderly in total costs, these statistics can be used to calculate the national costs of care for the elderly. The second type of data comes from individual organisations of care for the elderly in the City of Maastricht. Thirdly, we conducted a secondary analysis on individual data from different groups of elderly in Maastricht (see for more detail the paragraph: determinants of the use etcetera).

- Ageing and health care: global trends

To structure the first theme concerning ageing and the consequent use of health care by the elderly we addressed the following questions:

- (1) which are the most important demographic trends with respect to the absolute and relative number of elderly in the Netherlands?
- (2) what is the consequent current and future use of (social and health care) services for the elderly?

Like most Western European countries the Netherlands are confronted with an increasing number of elderly: in 1945 7.3% of the dutch population was aged 65 or more and in 1990 12.8%. Within this population the share of the very-old (above 85) also increased from 3.4% of all people above 65 in 1945 to 9.3% in 1990. The process of (double) ageing will continue untill the middle of the next century; by then 24% of the population will be above 65. The speed of the ageing process in the next decades will not differ from that of the past decades; only after the year 2010 it will accelerate. By then, people born directly after World War II (i.e. people from the postwar 'baby boom') will reach the age of 65 years. The analysis of demographic trends and the description of the development of the Dutch social and health care system and the role of the Dutch government in these developments can be found in part A of this study.

To analyse the influence of ageing on the use of health care and welfare services, the study examines data at both the national and the local level from health care organizations for the elderly, such as home help services, district nursing, old people's homes and nursing homes. For the local level we have also investigated the use of service centers for elderly in the community and the number of applicants for admittance to old people's homes (in the Netherlands an independent indication-committee has to judge the need for such an admittance). An important figure to reflect the influence of the increasing number of elderly on the use of health care services is the age-specific relative number of users of the services, expressed as the percentage of users in each five year category of the population. Most services reveal figures which increase with every next age category. By means of example we give the relative number of elderly in the old people's homes in 1988: 0.4% for 65-69, 1.8% for 70-74, 5.8% for 75-79, 15.9% for 80-84 and 35.2% for 85 and above. Similar patterns can be found in the different sectors of home care services, but there these figures show a maximum in the category of 80-84 years and bend backwards after that point. Because the national statistics are very rude we conducted a more detailed study in the City of Maastricht (part B of this study), taking both age, sexe and marital status into account. Using demographic projections for the year 2000 (which postulate a national increase in the number of elderly of 1.4% per year) the influence of ageing will result in an increase in clients which varies from at least 20% for home help services to a maximum of 30% for the old people's homes.

- Determinants of the use of health care and social services

With respect to the second theme of this study the next questions have been formulated:

- (3) which characteristics of the life situation of the elderly contribute to the explanation of the use of care and how can we construct reliable scales and variables to reflect these determinants?
- (4) which are the most important relationships between these determinants?
- (5) which combination of determinants yields the best prediction of the utilization of care?
- (6) is it relevant to consider other factors than the selected determinants in the explanation of consumption patterns in health care and social services for the elderly?

The above issues are addressed in part C of this study which is based on individual data for different groups of elderly. By means of fully structured interviews data were collected from (a) elderly living independently in the community but with some degree of functional limitation and with or without home care services, (b) elderly with a positive indication for special old people's homes but still living independently, (c) elderly already living in these homes and (d) applicants for a place in a nursing home (on waiting list or just admitted). In chapter 13 we discussed some conceptual models to structure the determinants in the utilization of care, such as the Andersen model, and the concept of 'need' and 'dependency'.

Based on this review we decided to continue with eighth clusters of indicators for dependency: functional status, other indicators for physical health, mental health, social-economic status, housing, social network and informal caregivers. The literature on determinants of utilization has been explored in chapter 14 with three different purposes: to select the most relevant variables within each cluster, to develop scales with proper statistical features (Rasch-scales) and to investigate the intercorrelations between the different scales within one cluster and between clusters. It is shown that these different kinds of intercorrelations are very important so that one can postulate that 'everything depends with everything'. Examples of such interrelated determinants are: the (I)ADL-scale (a Rasch-scale of eleven items of both instrumental and geneneral activities of daily living; a higher score indicates less limitations) with weeks of sickness in the last year preceeding the interview ($r=0.55$; $p<0.001$), the (I)ADL-scale with mental functioning, expressed by Zung's depressionscale ($r=0.40$; $p<0.001$) and the Abbreviated Mental Test for dementia (the higher the score the better: $r=-0.30$; $p<0.001$). After this selection and construction of determining variables we addressed the fifth research-question in chapter 15. A large part of this empirical analysis is based on logistic regression models.

- A MIMIC-type simulation model

Part C of this study also presents the simulation model which is referred to as a model with Multiple Indicators and Multiple Causes, a so called MIMIC-model. This model departs from the concept of 'dependency' (which has been defined and discussed in chapter 13) and introduces two latent constructs, representing the physical and psychic dimensions of dependency of the elderly. Measurement of dependency involves several conceptual problems (compare Wilkin, 1987). Furthermore, dependency is a rather diffuse concept and its definition is very much a function of the objectives for which it is required. In this study we hypothesized that physical as well as psychic aspects are involved. In our approach of measuring these two dimensions of dependency we have tried to incorporate the empirical findings as reported in the literature (and discussed in chapter 14). Firstly the relations between various individual background variables and the resulting dependency rates is established. In assessing dependency we considered age, sex, marital status, socio-economic status, social network, housing, and a number of indicators for morbidity, impairment and disability and psychic functioning, which variables are interrelated. Our approach has been to specify a measurement and a structural model including these causal variables and these indicators for physical and psychic dependency and to use LISREL to estimate its parameters and to test the goodness-of-fit (see chapter 15). The psychic dimension in the self-assessment of health shows to become more important than the physical dimension when elderly progress in the care continuum. In the resulting MIMIC-model the relation between the two dimensions of dependency and use of services is also being set. In this study the model is limited to elderly living in the community and focuses on the use of family care, district nursing and the positive indication for admittance in an old people's home (but still living independently because of waiting lists etcetera).

In the last part of the study illustrates how the model can be used to calculate the effects of future demographic and other trends on the capacity of services. This simulation of possible effects consists of two consecutive steps. Firstly, supposing that the relative number of users (in percentage of the population divided in age-groups) wil remain constant, it is possible to make a purely demographic prognosis of the number of users in 2000 (reference scenario). Secondly, three different policies are quantified with respect to the income position, the strengthening of social networks and the use of private help. For the improvement of the income position of elderly towards the year 2000 we based ourselves on the prognosis of

The Social and Cultural Planning Bureau formulating three scenarios: zero growth, an increase of 4.9% and a maximum scenario with a total increase of 10% towards the year 2000. Prognosis for the strengthening of the social network and the use of private help lacks reliable sources; we set a scenario with a 10% increase in both variables towards the year 2000. It is shown that the combined effect of these changes in the life situation of the elderly will yield only a moderate mitigation of the increase in use of health care and social services which is expected on purely demographic grounds. The family care yields the most promising possibilities for policy alternatives: the reference scenario for this service predicts an increase of 24.4%, however, (a) the improvement of income following the maximum scenario will lower this with 1.7%, (b) the strengthening of the social network will yield a reduction of 1.1% and (c) the increase of private services will result in a further decrease of 2.1%. Balancing these effects against the demographic trend results in an increase in the use of family care by 19.9%, being almost one fifth less than calculated in the reference scenario. On the other hand, there are almost no effects whatsoever on the use of district nursing. We conclude that improvements in the social and economic situation of the elderly will only have moderate effects in relation to the large effects of ageing so that the total costs of care for the elderly will inevitably rise.

- Achterhuis, H. *De mark van welzijn en geluk*. Baarn, 1980.
- Ajzen I. and M. Fishbein. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- Akpom, C.A., S. Katz and P.M. Densen. Methods of classifying disability and severity of illness in ambulatory care patients. *Medical Care*, vol. 2 (suppl.), p. 125-131, 1973.
- Algemene Rekenkamer. Basisvoorzieningen voor bejaarden. Tweede Kamer der Staten-Generaal, no. 19344. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
- Andersen, R. and J. Newman. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 51, p. 95-124, 1973.
- Andersen, R., J. Kravitz and O.W. Anderson (eds.). *Equity in health services: empirical analysis in social policy*. Cambridge: Baltinger Publishing Company, 1975.
- Anderson, M. *Family structure in nineteenth Century Lancashire*. Cambridge: University Press, 1971.
- Anderson, W.F. and T. Judge (eds.). *Geriatric Medicine*. London: Academic Press, 1974.
- Ankersmit, T. Eenzaamheid onder de oudere bevolking. *Sociaal Cultureel Kwartaal Bericht*, no. 1, p. 8-23, 1979.
- Ankersmit, T. Bezoekcontacten en hulpbetragen tussen ouderen en hun kinderen - de situatie op landelijk niveau. In: Knipscheer, C.P.M. (red.). *Ouder worden, een uitdaging voor het familieverband*. Nijmegen: Nederlands Instituut Gerontologie, p. 84-121, 1984.
- Antonucci, T.C. Social support: theoretical advances, recent finding and pressing issues. In: Sarason, I.G. and B.R. Sarason, *Social Support: theory, research and application*. p. 21-37. Dordrecht/Boston/Lancaster: Martinus Nijhoff, 1985.
- Antonucci, T.C. and J.C. House. Health and social support among the elderly (paper). Detroit: *Annual meetings of the American Sociological Society*, 1983.
- Arts, C.H., A.A.P. Hommel, A.J.A. Felling, C.P.M. Knipscheer. *Ouderen geprofileerd; meetinstrument ten behoeve van het gemeentelijk ouderenbeleid*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1989.
- Atchley, R. Selected social and psychological sex differences in later life. *Journal of Gerontology*, vol. 31, no. 2, p. 204-211, 1976.
- Atchley, R. *The social forces in later life*. California: Wadsworth Publishing Inc., 1977.
- Austrom, D.R. *Psychological issues of contemporary single life in Canada in an overview and an exploratory study*. Toronto: York University, 1981.
- Bakker-Lenderink, A. Ouderen in thuiszorg en de gevolgen van groei en bezuinigingen. *Maandblad Maatschappelijke Gezondheidszorg*, vol. 11, no. 9, p. 8-11, 1983.
- Bass, D.M. and L.S. Noelker. The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: an expanded conceptual framework. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 28, p. 184-196, 1987.
- Becker, H.A. en P.L.J. Hermkens (red.). *Oude naast nieuwe generaties; maatschappelijke positie en waardeoriëntaties van ouderen vergeleken met die van jongeren*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, ISOR, 1989.
- Becker, H.A. Theoretisch kader voor analyses van levenslopen en generaties. In: Beckers, H.A. en P.L. Hermkens (red.). *Oude naast nieuwe generaties; maatschappelijke positie en waardeoriëntaties van ouderen vergeleken met die van jongeren*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, ISOR, 1989.
- Bekkers, P. (red.). *Vergrijzing en lokaal beleid; resultaten van onderzoek en suggesties voor beleid*. Dordrecht: Vereniging van Gemeentelijk en Gewestelijke Bureaus voor Statistiek en Onderzoek, 1986.
- Bengtson, V.L. and J.A. Kuypers. Generational difference and the developmental state. *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 2, p. 249-260, 1971.
- Bengtson, V.L. en J.A. Kuypers. De familie-ondersteuningscyclus: psycho-sociale problemen in een ouder wordende familie. In: Munnichs, J.M.A. en G. Uldriks (red.), *Psycho-gerontologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- Bengtson, V.L. and J. Treas. The changing family context of mental health and aging. In: Birren, J.E. and R.B. Sloane, *Handbook of mental health and aging*, p. 400-428. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1980.
- Berkman, S. Social networks, support and health: taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*, vol. 123, p. 559-562, 1986.
- Birham, N.C. *Multidimensional functional assessment: the OARS-methodology*. Durham: Duke University, 1975.
- Birren, J.E., R.N. Butler, S.W. Greenhouse, L. Sokoloff and M.R. Yarrow (eds.). *Human Aging*. Washington: Government Printing Office, Public Health Service Publication, no. 986, 1963.
- Birren, J.E. and W.R. Cunningham. Research on the psychology of aging. Principles, concepts and theory. In: Birren, J.E. and K.W. Schaie (eds.). *Handbook of the psychology of aging* (second edition). New York: Van Nostrand Reinhold Co., 1985.
- Bisscheroux, P.F.L.A. en C.M.A. Frederiks. Thuiszorgbelemmerende factoren bij ouderen. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, vol. 63, p. 634-635, 1985.

- Bischoeroux, P.F.L.A. en C.M.A. Frederiks. Depressieve klachten en het gebruik van professionele zorg door thuiswonende ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 16, no. 6, p. 223-226, 1986.
- Bischoeroux, P.F.L.A. en C.M.A. Frederiks. Een postenquête ter identificatie van thuiswonende hulpbehoevende ouderen. In: Schroot, J.J.F., A. Bouma, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir en C.J.J. Tempelman (red.). *Gezond zijn is ouder worden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 381-386, 1989.
- Blau, Z.S. *Old age in a changing society*. New York: Franklin Watts, 1973.
- Blazer, D.G. Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, p. 684-694, 1982.
- Blumenthal, M.D. *Measuring depressive symptomatology in a general population*. Archives of General Psychiatry, vol. 32, p. 971-978, 1975.
- Bollen, K.A. *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- Boomsma, A. *On the robustness of LISREL (maximum likelihood estimation) against small sample size and non-normality*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1983.
- Boot J.M. en M.H.J.M. Knapen. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum/Aula-reeks, 2^e druk, 1988.
- Bos, G.A.M. van den. *Zorgen van en voor chronisch zieken* (dissertatie). Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- Bos, G.A.M. van den, J.F. Habbema, P.J. van der Plaats en J. Moors. Chronische aandoeningen en ouder worden. In: Schroot, J.J.F., A. Bouma, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir en C.J.J. Tempelman (red.). *Gezond zijn is ouder worden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 343-348, 1989.
- Bosma, A.A. *De gezondheid van mensen in de derde levensfase; een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten*. Eindhoven: GGD, 1988.
- Boudon, R. *Theories of social change*. Oxford: Polity Press, 1986.
- Boulding, K.E. The concept of need for health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 2, p. 202-223, 1966.
- Braam, G.P.A., J.A.I. Coolen en J. Naafs. *Ouderen in Nederland*. Sociologie van bejaarden, bejaardenzorg en -beleid. Alphen a/d Rijn/Brussel: Samsom, 1981.
- Bradshaw, J. A taxonomy of social need. In: MacLachlan, G. (ed.). *Problems and progress in medical care*. Oxford: University Press, p. 69-82, 1972.
- Branch, L.G. and A.M. Jette. The Framingham Disability Study: I. Social disability among the aging. *American Journal of Public Health*, vol. 71, p. 1202-1210, 1981.
- Branch, L.G. Elders' use of informal care assistance. *The Gerontologist*, vol. 23, p. 51-56, 1983.
- Branch, L.G., S. Katz, K. Knipman and J.A. Papsidero. A prospective study of functional status among community elders. *American Journal of Public Health*, vol. 74, no. 3, p. 266-268, 1984.
- Branch, L.G. Relative risk rates of nonmedical predictors of institutional care among elderly persons. *Comprehensive Therapy*, vol. 10, no. 7, p. 33-40, 1984.
- Breemhaar, B., J.H.M. Keijsers, I.A.M.V. Wouters en A. Ph. Visser. *Gebruik van professionele hulp door zelfstandig wonende ouderen in een plattelandsgeregione*. Verouderingskatern, no. 2, 1989.
- Broadhead, W.E., H. Kaplan, S.A. James, E.H. Wagner, V.J. Schoenman, R. Grimson, S. Heyden, G. Tibblin en S.H. Gehlbach. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, vol. 117, p. 521-537, 1983.
- Brook, R.H. e.a. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance study. *Medical Care*, vol. 17 (suppl.), p. 1-131, 1979.
- Burger, A.K.C. en G.J.P. van Otterloo, *Van hospitiun tot Zorghuis*. 's-Gravenhage: Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging, 1983.
- Cantor, M. and V. Little. Aging and social care. In: Binstock R.H. and E. Shanas (eds.). *Handbook of aging and the social sciences*, p. 745-781. New York: van Nostrand Reinhold, 1985.
- Carmines, E.G. and J.P. Melver. Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariance structures. In: G.W. Bohrnstedt en E.F. Borgatta (eds.). *Social Measurement: Current Issues*. Beverly Hills: Sage University, 1981.
- Catton, W.R. Leisure and social stratification. In: Thielbar, W. and S. Feldman. *Issues in social inequality*. Boston: Little, Brown and Co, 1972.
- CBS. *Bevolking van Nederland naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat 1830-1969*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1970.
- CCB (Centrale Commissie Bejaardenoorden). *Advies (no. 72) naar aanleiding van het vervolgonderzoek verricht in het kader van de studie naar een samenhangend e.g. integraal (financierings)systeem van voorzieningen (mede) voor ouderen bestemd*. Rijswijk, 1989.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistiek van de Bejaardenoorden*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, diverse jaren sinds 1968.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder in 1976*. Deel 1 t/m 6. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, diverse jaren.

- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Clëntenonderzoek gezinsverzorging 1980*. Voorburg/Heerlen, 1983. Ook: *Sociaal-Cultureel Kwartaalbericht*, vol. 5, no. 1-2, 1983.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder in 1982*. Deel 1A en 1B: Kerncijfers. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder -1982*. Deel 2: Extramurale hulpverlening aan zelfstandig wonende personen van 65 jaar en ouder. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistiek bejaardenorden*. Voorlopige cijfers 1987 (interne publikatie), 1987.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Zakboek*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, diverse jaren.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Bevolkingsprognoses voor Nederland. Maandstatistiek van de bevolking*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, diverse jaren.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheidsenquête 1981-1985*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Bevolkingsprognose voor Nederland 1988-2050*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1989.
- Centrale Raad voor de Gezinsverzorging. *Zorg op maat, verslag van een schriftelijke enquête onder alle instellingen voor gezinsverzorging naar aanwezige hulpvormen en samenwerking met andere voorzieningen*. Driebergen, 1987.
- Centrale Raad voor Gezinsverzorging. *Kostprijs als basis voor de tariefstelling binnen de gezinsverzorging*. Driebergen, 1988.
- Centrale Raad voor Gezinsverzorging. *Informatiebulletin* no. 28. Driebergen, 1988.
- Chirkos, T.N. and G. Nestel. Longitudinal analyses of functional disabilities in older men. *Journal of Gerontology*, vol. 40, p. 426-433, 1985.
- Claessens, W.L.M. *Multidisciplinaire observatie van vermeend psychogeriatrische patiënten*. Lisse, 1984.
- Claessens, L. en G.F.M. van Esch. *Jongbejaarden anders? Een profielschets van de ouderen van 65 tot 75 jaar*. Nijmegen: Nederlands Instituut Gerontologie, 1988.
- Cleary, P.D. and R. Angel. The analysis of relationships involving dichotomous dependent variables. *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 25, p. 334-348, 1984.
- Cobb, S. Social support as a moderator of life-stress. *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, no. 5, p. 300-314, 1976.
- Cookerham, W.C., K. Sharp and J. A. Wilcox. Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, vol. 38, no. 3, p. 349-355, 1983.
- Coleman, P.G. *Psychological measure of well-being and predictors of well-being*. Nijmegen: Gerontologisch Centrum, no. 45., 1976.
- Coleman, P.G. Dimensions of subjective well being in the elderly: conclusions from Dutch and English studies. *Comprehensive Gerontology*, vol. 1, p. 8-12, 1987.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Cie. Dekker). *Bereidheid tot verandering*. 's-Gravenhage, 1987.
- Coolen, J.A.I. Samenhang van voorzieningen voor bejaarden. *Sociologische Gids*, vol. 17, p. 47-66, 1980.
- Coolen, J.A.I. *Bejaarden en maatschappelijke dienstverlening: een empirische studie over bereiksinhouden en gevolgen van gezinsverzorging*. Enschede: Technische Universiteit Twente, 1982.
- Coolen, J.A.I. Mogelijke substitutie tussen intramurale en extramurale zorg; een verkenning van een behoeftebenadering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 15, p. 115-124, 1984.
- Coolen, J.A.I. *De integratie van een voorzieningssysteem*. Lochem Gent: De Tijdstroom, 1986.
- Coolen, J.A.I. *Gezamenlijke indicatiestelling: inhoudelijke en organisatorische aspecten van een nieuw instrument voor het toewijzen van zorgvoorzieningen*. Enschede: Universiteit Twente, 1989.
- Coolen, J.A.I. en D. Duipmans. *Behoeftes-naming en de planning van verzorgingsplaatsen. Onderzoek naar vraagvorming, toelating en doortromming met betrekking tot bejaardenorden*. Enschede: Technische Universiteit Twente, 1987.
- Coolen, J.A.I. en J.A. van Pelt. Beheersing van een voorziening via beslissingen over hulpvragen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 16, 1985.
- Coolen, J.A.I. (red). *Verschuivingen in de ouderenzorg*. Lochem Gent: De Tijdstroom, 1985.
- Coolen, J.A.I. en R. Smid. *Wonen en zorg voor ouderen: een verkenning van de samenhang van twee beleidssectoren*. Enschede: Universiteit Twente, 1989.
- Coolen, J.A.I. en W. Toersen. *Patronen van voorzieningengebruik: interimrapport bij de evaluatie van het project "geïntegreerde ouderenzorg"*. Enschede: Universiteit Twente, 1989.
- Cornoni-Huntley, J.C., D.J. Foley, L.R. White, R. Suzman, L.F. Berkman, D.A. Evans, R.B. Wallace. Epidemiology of disability in the oldest old: methodologic issues and preliminary findings. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 63, p. 350-376, 1985.
- Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, vol. 16, p. 297-234, 1951.
- Cumming, E. and W.E. Henry. *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic Books, 1961.
- Daal, H.J. van. *Zuinig met zorg*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.
- Debets P. en E. Brouwer. *MSP, a program for Mokken Scale analysis for polychotomous items*. Groningen: ProGAMMA, 1989.

- Deeg, D.J.H. *The feasibility of predicting longevity in the elderly: conceptual and empirical aspects* (dissertatie). Delft: Eburon, 1989.
- Denis, R. *Model van Voorzieningen voor Ouderen* (scriptie). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- Diesfeldt, H.F.A. Gedragsobservaties, psychologisch onderzoek en overleving na één jaar bij psychogeriatrische patiënten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 11, p. 202-212, 1980.
- Donabedian, A. *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press, Cambridge, 1973.
- Dooghe, G. en L. Vanderleyden. *Bejaarden en hun levensvoldoening*. CBGS-Documenten no. 10. Antwerpen: De Sikkel, 1978.
- Doorlaer, E.K.A. van. *Health, knowledge and the demand for medical care* (dissertatie). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- Dowd, J.J. *Stratification among aged*. Monterey, California: Brooks/Cole Publ. Comp., 1980.
- Drunen, P.H.C. van en A.P.W.P. van Montfort. *Basisonderzoek kostenstructuur verpleeghuizen*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, no. 80.215, 1980.
- Drunen, P.H.C. van en A.P.W.P. van Montfort. Een studie van de kostenstructuur van verpleeghuizen in Nederland. *Gezondheid en Samenleving*, p. 246-261, 1981.
- Dijkstra, P. De zelfbeoordelingschaal voor depressie van Zung. In: Praag H.M. van en H.G.M. Rooymans (red.). *Stemming en onstemming*. Haarlem: De Erven Bohn, 1974.
- Dijkstra, P. Vriendschappen van ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 18, p. 173-178, 1987.
- Edwards, A.L. *Techniques of attitude and scale construction*. New York: Appleton Century Crofts, 1957.
- Eekelen, C.W.J.M. van. *Beleving en gedrag in de geriatrie: overzicht van standaard-meetinstrumenten*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Intervakgroep Sociale Gerontologie, 1978.
- Eekelen, C.W.J.M. van. *De validiteit van de verpleeghuisbewoner*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Intervakgroep Sociale Gerontologie, 1981.
- Emons, P. *Het GOW en de gecoördinatiefunctie*. Rijswijk: Landelijk Platform Welzijnswerk voor Ouderen, 1988.
- Esselink, H. *De toekomst van het GOW in de stad: gegeven een analyse van de mini-enquête*. 1988.
- Evandrou, M., S. Arber, A. Dale and G.N. Gilbert. Who cares for the elderly? Family care provision and receipt of statutory service. In: Phillipson, C., M. Bernard and P. Strang (eds.). *Dependency and interdependency in old age*. Worcester: Billing & Sons Ltd., p. 150-165, 1986.
- Evans, R.L., R.D. Hendricks, K.V. Lawrence and D.S. Bishop. Identifying factors associated with health care use: a hospital-based risk screening index. *Social Science and Medicine*, vol. 27, no. 9, p. 947-954, 1988.
- Evashwick, C., G. Rowe, P. Diehr and L. Branch. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Service Research*, vol. 19, no. 3, p. 357-382, 1984.
- Faasse, J. *De ADL-registratie in verzorgingstehuizen voor bejaarden*. Lochem-Gent: De Tijdstroom, 1977.
- Fennell, G. Structured dependency revised. In: Phillipson, C., M. Bernard and P. Strang (eds.). *Dependency and interdependency in old age*. London: Croom Helm, p. 54-68, 1986.
- Fennis, H.W.J.M. *Medische demografie van bejaarden. Bevolking, sterfte, ziekte en invaliditeit*. Leiden: NIPG/TNO, 1973.
- Fillenbaum, G.G. Social context and self-assessment of health among the elderly. *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 20, p. 45-51, 1979.
- Fillenbaum, G.G., Screening the elderly: a brief instrumental activities of daily living measure. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 33, p. 698-706, 1985.
- Frederiks, C.M.A. en M.J.M. Te Wierik. *De validiteit van thuiswonende ouderen in Maastricht. Een inventarisatie met behulp van een postenquête*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Verouderingsaktern no. 4, 1988.
- Frederiks, C.M.A., J. Hamers en M.J.M. Te Wierik. *De validiteit van verzorgingstehuisbewoners in Maastricht*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Epidemiologie, 1988.
- Frederiks, C.M.A. *Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen* (dissertatie). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- Fuldauer, A. *Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk* (dissertatie). Leiden: Rijksuniversiteit, 1966.
- Fuldauer, A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk; studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, vol. 16, p. 135-147, 1973.
- Fuldauer, A. Het screenen van bejaarden. Vijf jaar multidisciplinair psycho-geriatrisch onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, vol. 3, p. 210-215, 1980.
- Fulpen, H. van. *Volkshuisinvesting in demografisch en economisch perspectief*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociale en Culturele Studies, no. 8, 1985.
- Furer, J.W. en B. Tax (red.). *Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit/Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987.
- Genuchten, H.J.M. van. *Psychogeriatrische problematiek in Amsterdamse huisartsenpraktijken*. Nijmegen: Intervakgroep Sociale Gerontologie, 1983.

- Geurts, R. en E. van den Brakel. Gezondheidsproblemen en medische consumptie bij ouderen. CBS: *Maandbericht Gezondheid*, vol. 10, 1988.
- Godfroi, A.J.A. Interorganisatorische vraagstukken in de welzijnszorg. *Sociologische Gids*, vol. 26, p. 30-47, 1979.
- Godfroi, A.J.A. *Netwerken van organisaties*. 's-Gravenhage: VUGA, 1981.
- Goewie, R. *Gezinsverzorging, een alternatief voor het verzorgingsstelsel?*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.
- Goudriaan, F.G.W. *De mogelijkheden van substitutie in de zorg voor ouderen. Onderzoek en perspectief*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.
- Goudriaan, F.G.W. *Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.
- Goudriaan, R., F. van Tulder, J. Blank, A. van der Torre en B. Kuhry. *Doelmatig dienstverleners*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociale en Culturele Studie no. 11, 1989.
- Greene, V.L. Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. *Medical Care*, vol. 21, p. 609-619, 1983.
- Groot, H. de, H. van der Meer en J.M.M. Ritzen. *Dienstverlening en gezondheidszorg, een modelmatig vooronderzoek*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP-Cahier no. 24, 1981.
- Gurel, L., M.W. Linn en B.S. Linn. Physical and mental impairment of function evaluation in the aged: The PAMIE-scale. *Journal of Gerontology*, vol. 27, p. 83-90, 1972.
- Gurland, B., J. Copeland, J. Kuriansky, M. Kelleher, M. Sharpe and L.C. Deane. *The mood and mind of aging: mental health problems of the community elderly in New York and London*. New York: Haworth Press, 1983.
- Gustafsson, J.E. *PML: A computer program for conditional estimation and testing in the Rasch-model for dichotomous items*. Reports from the Institute of Education: University of Göteborg, no. 85, 1979.
- Guttman, L.A. A basis for analysing test-retest reliability. *Psychometrika*, vol. 10, p. 255-282, 1945.
- Harris, J. and D. Kelly. Community care and elderly people: one way traffic? In: Philipson, C., M. Bernard and P. Strang (eds.). *Dependency and interdependency in old age*. Worcester, Billing and Sons Ltd., p. 140-149, 1986.
- Hattinga Verschure, J.C.M. *Het verschijnsel zorg*. Lochem, 1977.
- Hattinga Verschure, J.C.M. *Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1984.
- Havighurst, R.J. Successful aging. In: Tibbitts C. and W. Donahue (eds.). *Processes of aging*, p. 299-320. New York: Williams, 1963.
- Havighurst, R.J., B.L. Neugarten and S.S. Tobin. Disengagement and patterns of ageing. In: Neugarten B.L. (ed.). *Middle age and ageing*, p. 161-172. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
- Heine, E.J.H. ter. Wat zijn psycho-sociale problemen. *Gezondheid en Samenleving*, vol. 1, p. 119-122, 1983.
- Helmes, E., K.G. Csapo and J.A. Short. Standardization and validation of the multidimensional observation scale for elderly subjects (MOSES). *Journal of Gerontology*, vol. 42, p. 395-405, 1987.
- Herweijer, L.J. *Educatie op leeftijd*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP-cahier, no. 75, 1990.
- Heuman, L. and D. Boldy. *Housing for the elderly*. Kent: Croom-Helm, 1982.
- Heuvel, W.J.A. van den. The Meaning of Dependency. In: Munnichs J.M.A. and W.J.A. van den Heuvel (ed.). *Dependency or Interdependency in Old Age*. The Hague: Martinus Nijhoff, p. 162-173, 1976.
- Heuvel, W.J.A. van den. Balanced health and health care for the elderly. In: Sebroots, J.J.F., J.E. Birren and A. Svanborg (eds.). *Health and Aging: perspectives and prospects*, p. 81-94. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1988.
- Heuvel, W.J.A. van den. Ouderenbeleid als bedreiging. In: Heuvel, W.J.A. van den e.a. *Beleid en planning inzake zorgvoorzieningen voor ouderen. Moderne Gerontologie*, vol. 6, p. 3-12. Lochem, 1989.
- Hochschild, A.R. *The unexpected community*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.
- Hooimeijer P. en M. Linden. *Vergruizing, individualisering en de woningmarkt; het WODY-simulatiemodel* (dissertatie). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
- Hooijmans, E.M. en W.P.M.M. van der Ven. Het gebruik van MIMIC-gezondheidsindex bij de planning van de gezondheidszorg. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, vol. 60, p. 498-503, 1982.
- Hosman, C.M.H. *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1983.
- Houben, P.P.J. *Feiten en visies ouderenhuisvesting*. Delft: Universitaire Pers, 1984.
- Houben, P.P.J., F. Wind en H. Moeskops. *Woonbehoeften van ouderen gepeld: nieuwe peilers voor beleid*. Delft/'s-Gravenhage, 1984.
- Houben, P.P.J. Woonvormen voor ouderen: verscheidenheid en dynamiek in de behoefte. *De Psycholoog*, vol. 11, p. 497-503.
- Hunt, S.M. e.a. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 34, p. 281-286, 1980.
- Huijsman, R. *Clusteringen ten behoeve van het MIMIC-model*. Interne notitie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- Huijsman, R. *De ontwikkeling van een simulatiemodel voor ouderenzorg: eerste resultaten*. EGZ-reeks no. 88-01. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988a.

- Huijsman, R. Twintig jaar statistiek bejaardenoorden: een historische analyse. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 19, no. 2, p. 39-47, 1988b.
- Huijsman, R. Een modelmatige benadering van de afhankelijkheid van ouderen. In: Schroot, J.J.F., A. Bouma, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir en C.J.J. Tempelman (red.). *Gezond zijn is ouder worden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 405-414, 1989a.
- Huijsman, R. Kosten en gebruik van voorzieningen door ouderen in Nederland. In: Huijsman, R. en F.F.H. Rutten. *Economie van de ouderenzorg*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 5-69, 1989b.
- Huijsman, R. *Ouderen en het gebruik van de wijkverpleging: onderzoek in Maastricht over de periode 1984-1988*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, EGZ-reeks no. 89-09, 1989c.
- Huijsman, R. *Het gecoördineerd ouderewerk in Maastricht: een onderzoek naar het bereik van haar functies*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, EGZ-reeks no. 89-01, 1989d.
- Huijsman, R. *Psychosociale problematiek in verzorgingshuizen: literatuurstudie en (voor)onderzoek in verzorgingshuis Molenhof te Maastricht*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, EGZ-reeks no. 89-08, 1989e.
- Huijsman, R. *Intramurale ouderenzorg in de gemeente Maastricht: een onderzoek naar indicatiecommissie (oude stijl), bejaardenoorden en verpleeghuis*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, EGZ-reeks no. 90-02, 1990.
- Huijsman, R. en E.L.J. Dolmans. *Gezinsverzorging in Nederland en Maastricht: analyse van de omvang en de aard van de huisverlening, de kostenontwikkeling en van cliëntkenmerken (1969-1987)*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, EGZ-reeks no. 88-05, 1988.
- Huijsman, R. en E.L.J. Dolmans. Het gebruik van gezinsverzorging door ouderen: verleden, heden en toekomst. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 21, p. 17-25, 1990.
- Huijsman, R. en R. Janssen. *Zorgproducten: kostprijsberekening en tariefstelling*. Lezing ten behoeve van het symposium "Geen Cent te Veel. Eindhoven, 4 oktober 1990.
- Huijsman, R. en M.M.Y. de Klerk. Inzichten uit reeds verricht substitutie-onderzoek. In: ODO, *Demonstratie-projecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid, het onderzoek in de beginfase*. Nijmegen: ITS, p. 29-33, 1989.
- Huijsman, R. en A. Ph. Visser. *Educatief werk voor ouderen*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, EGZ-reeks no. 89-02, 1989.
- Huijsman, R. en A. Ph. Visser (red.). *Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke activiteiten (HHA): onderzoek en beleid*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Verouderingskatern no. 14, 1990.
- Imbos, Tj. en C. van der Vleuten. *Programmaomschrijving van PML voor het Raschmodel*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg (geen jaartal).
- Interdepartementale Werkgroep Vergrijzingsproblematiek WVC. *Kosten van vergrijzing voor WVC*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1986.
- Janssen, T. *Thuiszorg bij oudere mensen: de centrale verzorg(st)er van de invalide en oudere mens en de ondersteuning binnen het sociale netwerk*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.
- Janssen, T. *Thuiszorg: 'n hele zorg*. Nijmegen: ITS, 1988.
- Jette, A.M. and L.G. Branch. The Framingham Disability Study: II. Physical disability among the aging. *American Journal of Public Health*, vol. 71, p. 1211-1216, 1981.
- Jolles, J. en A.Ph. Visser. *Het onderzoeksprogramma "Veroudering" aan de Rijksuniversiteit Limburg*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989.
- Jong, G.A. de (red.). Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, vol. 58/suppl. oktober, 1980.
- Jong-Gierveld, J. de. Operationalisering van het begrip eenzaamheid. *Sociologische Gids*, vol. 25, p. 94-118, 1978.
- Jong-Gierveld, J. de en F. Kamphuis. The development of a Rasch type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, vol. 9, p. 289-299, 1985.
- Jong-Gierveld, J. de en F. Kamphuis. Opname in een verzorgingshuis; een oplossing voor eenzame ouderen? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 17, no. 4, p. 147-156, 1986.
- Jöreskog, K.G. A general method for analysis of covariance structures. *Biometrics*, vol. 57, p. 239-251, 1970.
- Jöreskog, K.G. and A.S. Goldberger. Estimation of a model with multiple indicators and multiple causes of a single latent variable. *Journal of the American Statistical Society*, vol. 70, p. 631-639, 1975.
- Jöreskog, K.G. and D. Sörbom. *LISREL User's guide*. University of Uppsala, 1981.
- Jöreskog, K.G. and D. Sörbom. *LISREL VI Analysis of Linear Structural Relationships by the Method of Maximum Likelihood, User's guide*. Mooresville: Scientific Software, 1983.
- Kam, B. van der, F. Mol en M.F.H.G. Wimmers. *Beoordelingschaal voor oudere patiënten*. Deventer: Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie, 1971.
- Kamphuis, F. *Eenzaam ... hoe bedoelt u? Een onderzoek naar eenzaamheid onder 504 Alkmaarse bejaarden (scriptie)*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1985.
- Kane, R.A. and R.L. Kane. *Assessing the elderly: a practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books, 1981.
- Kaplan, B.H., J.C. Cassel and S. Goto. Social support and health. *Medical Care*, vol. 15, no. 5, p. 47-58, 1977.

- Kaplan, R.M. Social support and social health. In: Sarason I.G. and B.R. Sarason. *Social support: theory research and application*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1985.
- Katz, S., B.A. Jackson, M.W. Jaffe, A.S. Littell and C.E. Turk. Multidisciplinary study of illness in aged persons: VI. Comparison study of rehabilitated and nonrehabilitated patients with fracture of the hip. *Journal of Chronical Diseases*, vol. 15, p. 979-984, 1962.
- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson and M.W. Jaffe. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functioning. *Journal of the American Medical Association*, vol. 185, no. 12, p. 94-99, 1963.
- Katz, S., A.B. Ford, T.D. Downs and M. Adams. Chronic-disease classification in evaluation of medical care programs. *Medical Care*, vol. 7, no. 2, p. 139-143, 1969.
- Katz, S., T.D. Downs, H.R. Cash and R.C. Grotz. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, vol. 10, p. 20-30, 1970.
- Katz, S. and C.A. Akpom. A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, vol. 6, p. 493-507, 1976.
- Katz, S. and C. Akpou. Index of ADL. *Medical Care*, vol. 14, p. 116-118, 1976.
- Katz, S. Assessing selfmaintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 31, p. 721-727, 1983.
- Katz, S., L.G. Branch, M.H. Branson, J.A. Papsidero, J.C. Beck and D.S. Greer. Active Life Expectancy. *The New England Journal of Medicine*, vol. 17, p. 1218-1224, 1983.
- Kempen, G.L.J.M., F.L.P. van Sonderen, Th.P.B.M. Suurmeijer and W.J.A. van den Heuvel. Formele en informele hulpverlening bij ouderen: een onderzoek naar de taakverdeling tussen bejaarden, informele hulpverleners en de gezinsverzorging. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 17, p. 227-232, 1986.
- Kempen, G.L.J.M. and Th.P.B.M. Suurmeijer. Depressieve klachten, invaliditeit en het gebruik van professionele thuiszorg door ouderen; replicatie en nuances. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 20, p. 13-17, 1989.
- Kibbeling, M., R.M.A. Asrafali en A.A. de Rooij. *Zorgprestaties vergoeden*. Houten: Landelijk Samenwerkende Bejaardentehuizen, 1988.
- Kibbeling, M., R.M.A. Asrafali, H. Doornbos, A.A. de Rooij en D.J. van der Net. *Zorgprestaties calculeren en budgetteren*. Houten: Vereniging van Nederlandse Bejaardenorden, 1989.
- Kitchell, M.A., R.F. Barnes, R.C. Veith, J.T. Okimoto and M.A. Rashkind. Screening for depression in hospitalized geriatric medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 30, p. 174-177, 1982.
- Klaassen-Van den Berg Jeths, A. en A. Kraan-Jetten (red.). *Achtergrondstudie Vergrijzing*. Basisanalyse ten behoeve van de scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Utrecht, 1985.
- Klaassen-Van den Berg Jeths, A. *Zorgvoorzieningen voor ouderen*. Determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstige ontwikkeling. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Planning, Organisatie en Beleid, 1989.
- Klein Beernink, M. *Netwerk van informele ondersteunende relaties* (scriptie). Amsterdam: Vrije Universiteit, 1984.
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. *Determinanten van het gebruik van zorgvoorzieningen*, deel 2c in het kader van de evaluatie van het demonstratieproject Totaal Ouderenbeleid Venlo. EGZ-reeks no. 89-10, Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989.
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. *Zorgvoorzieningen voor ouderen in de gemeente Venlo*, deel 4 in het kader van de evaluatie van het demonstratieproject Totaal Ouderenbeleid Venlo. EGZ-reeks no. 90-03, Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- Knapen, M., J. Mensink en C. Ramakers. *Experimenten thuisverpleging*. Eerste interim-rapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987. Nijmegen: ITS, 1988.
- Knipscheer, C.P.M. *Oude mensen en hun sociale omgeving*. 's-Gravenhage: VUGA, 1980.
- Knipscheer, C.P.M. De familie zorg binnen het bejaardenbeleid: stand van zaken en ontwikkelingen. *Gezondheid en Samenleving*, vol. 5, no. 2, p. 80-89, 1984.
- Knipscheer, C.P.M. De inhoud van de ouder-kind relaties op oudere leeftijd en de betekenis daarvan voor het bejaardenbeleid. In: Knipscheer, C.P.M. (red.). *Ouder worden, een uitdaging voor het familieverband*, Nijmegen: Nederlands Instituut Gerontologie, p. 159-190, 1984.
- Knipscheer, C.P.M. Uitzicht op ouder worden: golfbewegingen in de gerontologie. In: Knipscheer, C.P.M., J. Baars en M. Severijns. *Uitzicht op ouder worden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.
- Knipscheer, C.P.M. Het familieverband als context van de levensloop. In: Munnichs, J.M.A. en G. Uildriks. *Psychogerontologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, p. 61-67, 1989.
- Koehler J. en T. van der Pennen. *Wanneer ouderen besluiten het huis uit te gaan*. Leiden: Onderzoekscentrum R.O.V., 1988.
- Koyano, W., H. Shibata, K. Nakazato, H. Haga y Suyana and T. Matsuzaki. Prevalence of disability in instrumental activities of daily living among elderly Japanese. *Journal of Gerontology*, vol. 43, p. S41-45, 1988.
- Krout, J.A. Utilization of Services by the Elderly. *The Social Service Review*, vol. 58, no. 2, p. 281-290, 1984.
- Kruis, A. van der en T. Mandemaker. *Het ouderenbeleid gewogen*. Nijmegen/Tilburg: ITS/IVA, 1986.
- Kuyvenhoven, G. *Mantelzorg voor ouderen in vier West-Europese Landen*. 's-Gravenhage: NFB, 1988.
- Kwekkeboom, M.H. *Ons een zorg? Een verkenning naar de aard en omvang van de informele zorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC, Onderzoek en Perspectief, no. 5, 1985.

- Kwekkeboom, R. *Op de vlucht gejaagd? Een onderzoek naar de effecten van de eigen-bijdrage-regeling in de gezinsverzorging*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1985.
- Langeveld, H.M. *Ouder worden en werk*. Een programmeringsadvies. Soom-werkdocument, no. 2. Nijmegen, 1984.
- Langeveld, H.M. *Binding in vrijheid. Een studie naar toekomstige gezinnen, relaties en hulpverlening*. 's-Gravenhage: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985.
- Larson, R. Thirty years of research on the subjective wellbeing of older Americans. *Journal of Gerontology*, vol. 33, p. 109-125, 1978.
- Lawton, M.P. and E.M. Brody. Assessment of older people: self-maintaining and the instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, vol. 9, p. 179-186, 1969.
- Lawton, M.P., M. Moss, M. Fulcomer and M.H. Kleban. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, vol. 37, p. 91-99, 1982.
- Lawton, M.P., M.H. Kleban and E. diCarlo. Psychological wellbeing in the aged: factorial and conceptual dimensions. *Research on aging*, vol. 1, p. 67-97, 1984.
- Lawton, M.P. Housing and living conditions of older people. In: Binstock R.H. and E. Shanas (red.). *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985.
- Leavy, R. and D. Wilkin. A comparison of two survey measures of health status. *Social Science and Medicine*, vol. 27, no. 3, p. 269-275, 1988.
- Lee, G.R. Kinship in the seventies: a decade review of research and theory. *Journal of marriage and the family*, p. 923-934, 1980.
- Lee, G.R. and E. Ellithorpe. Intergenerational exchange and subjective well-being among elderly. *Journal of marriage and the family*, p. 217-224, 1982.
- Lee, G.R. Social integration and fear of crime among older persons. *Journal of Gerontology*, vol. 28, p. 745-750, 1983.
- Leering, C. *Gestoord menselijk functioneren* (dissertatie). Nijmegen, 1968.
- Leering, C. Structurele opbouw van ADL-scoringen: een onderdeel van de medisch-relevante kennis over de patiënt. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 113, p. 1940-1942, 1969.
- Leering, C., H. Beekman en W. Hageman-Nibbeling. Methodische ADL-scoringen en hun betekenis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 33, p. 1254-1259, 1974.
- Leering, C. De beoordeling van de validiteit in de geriatrie: een klinisch gerontologische bijdrage. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, vol. 3, p. 150-159, 1976.
- Lehr, U. *Psychologie van de ouderdom*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Liang, J., L. Dvorkin, E. Kahana and F. Mazian. Social integration and morale: a re-examination. *Journal of Gerontology*, vol. 35, p. 746-757, 1980.
- Liang, J. Self reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology*, vol. 2, p. 248-260, 1986.
- Linschoten, C.P. van, M. Leemseijer en W.J.A. van den Heuvel. *Behoeften benaderd*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1988.
- Linschoten, C.P. van en W.J.A. van den Heuvel. Patronen van behoefte bij ouderen. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, vol. 67, p. 411-415, 1989.
- Lopez A.D. and K. Hanada. Mortality patterns and trends among the aged in developed countries. *World Health Statistics Quarterly*, vol. 35, no. 3/4, p. 203-224, 1982.
- Loveren-Huyben, C.M.S. van, J.A. van der Bom en P.A.J.M. Bronts. *Handleiding voor de BPS*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.
- Loveren-Huyben, C.M.S. van, R.M. Toonen en J.A. van der Bom. Het verzorgingsstadium: een bron van toenemende zorg (2). Gedragsbeoordeling over tweeënhalve jaar. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 16, p. 135-140, 1985.
- Loveren-Huyben, C.M.S. van, J.A. van der Bom. Het verzorgingsstadium: een bron van toenemende zorg (3). Het effect van organisatieveranderingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 19, p. 201-210, 1988.
- LSB (Fed. Landelijk Samenwerkende Bejaardenorden). *Financiële Statistiek Bejaardenorden*, diverse jaren sinds 1985.
- Maanen, J.M.T. van. *Health as perceived by the aged* (dissertatie). San Francisco: University of California, 1985.
- Maas, P.J. van der. *Lang zullen we leven? Over volksgezondheid, vergrijzing en vervuiling*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1989.
- Mackenbach, J.P. Behoeftte-onderzoek: een relevante bijdrage van de epidemiologie aan gezondheidsbeleid? *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, vol. 60, p. 568-574, 1982.
- Mackenbach, J.P. en P.J. van der Maas. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid; een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen. In: WVC/WRR. *De ongelijke verdeling van gezondheid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, p. 59-96, 1987.
- Maessen, P.J.J. *Bezuinigingen op de gezinsverzorging*. Amersfoort: Acco, 1989.
- Manton, K. and B.J. Soldo. Dynamics of health changes in the oldest old: new perspectives and evidence. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, vol. 63, p. 206-285, 1985.
- Marcoen, A. Eenzaamheid. Een fenomeen met veel gezichten. In: Munnichs, J.M.A. en G. Uildriks. *Psychogerontologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, p. 308-313, 1989.

- Mast, F.A.C. de, P.W.M. Remmerswaal en J.M.A. Munnichs (red.). *Atlas van de ouder wordende bevolking*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1972.
- Mast, R.C. van der, M.W. Hengeveld en M. Bannink. Depressies bij somatisch zieke patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 133, p. 713-716, 1989.
- McIver, J.P. and E.G. Carmines. *Unidimensional scaling*. Beverly Hills: Sage University Papers, no. 24, 1981.
- Mechanic, D. Correlates of Physician Utilization: Why do major multi-variate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 20, p. 387-96, 1979.
- Meijer, A. *Kosten en kwaliteit in balans*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg (scriptie), 1990.
- Merkus, J.W.F.M. *Verpleeghuispatiënten* (dissertatie). Nijmegen, 1974.
- Miklikowski, H.P. Bejaardenprobleem een klasseprobleem. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, vol. 3, 1972.
- Minister van WVC. *Flankerend Bejaardenbeleid*. Rijswijk, 1983.
- Ministerie van WVC. *Mantelzorg*. Rijswijk, 1983.
- Ministerie van WVC. *Kosten van verzorging voor WVC*. Rijswijk, 1986.
- Ministerie van WVC. *Zorg voor later, zorg van nu*. Rijswijk, 1986.
- Minkler, M.A., W.A. Satariano and C. Langhauser. Supportive exchange: an exploration of the relationship between social contacts and perceived health-status in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 2, p. 211-220, 1983.
- Mitchell, S.C. *Social networks in urban situations*. Manchester: University Press, 1969.
- Mokken, R. *Theory and procedure of scale analysis*. 's-Gravenhage: Mouton, 1970.
- Molenaar, I.W. *Mokken scaling revisited*. Kwantitatieve methoden no. 3, p. 145-164, 1982.
- Molenaar, I.W. Een vingeroefening in item response theorie voor drie geordende antwoordcategorieën. In: G.F. Pikkemaat en J.J.A. Moors (eds.). *Liber amicorum, Jaap Muiswijk*. Groningen: Economisch Instituut, 1986.
- Molenaar, I.W. *PML-PC; gebruikers handleiding*. Groningen: ProGAMMA, 1989.
- Mooney, G.H. Planning for balance of care of the elderly. *Scottish Journal of Political Economy*, vol. 25, p. 149-164, 1978.
- Mootz, M. *De patiënt en zijn naasten: de invloed van de houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie* (dissertatie). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
- Mootz, M. Hulpzoekend gedrag. In: Aakster, C.W. en G. Kuiper. *Leerboek medische sociologie*, p. 210-219. Groningen, 1984.
- Mootz, M. en J. Timmermans. *Zorgen voor later*. Desiderata voor een toekomstig ouderbeleid. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP-cahier no. 26, 1981.
- Mootz M., J.M. Timmermans, I.K. Schoenmakers-Salkinoja en J.C. Hessing-Wagner. *Samenhang in de zorg: substitutiemogelijkheden op een viertal terreinen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, Stukwerk no. 35, 1986.
- Munnichs, J.M.A. *Bouwstenen voor een Sociale Gerontologie*. Nijmegen: Dekker & Van der Vegt, 1972.
- Munnichs, J.M.A. Dependency, interdependency and autonomy; an introduction. In: Munnichs, J.M.A. and W.J.A. van den Heuvel (eds.). *Dependency or interdependency in old age*. 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff, p. 3-8, 1976.
- Munnichs, J.M.A. Enige theoretische aspecten bij research naar ouder worden en wonen. In: J.B. Burle (red.). *Wonen en Ouderen*. Nijmegen: SOOM-Werkdocument, no. 1, 1984.
- Naafs, J. Objectieve en subjectieve gezondheid van ouderen: een vergelijking van meetmethode. In: Schroot, J.J.F., A. Bouma, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir en C.J.J. Tempelman (red.). *Gezond zijn is ouder worden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989. , p. 315-321, 1989.
- Nagi, S.Z. An epidemiology of disability among adults in the US. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 54, p. 439-468, 1976.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1986*. Utrecht: NZI-publicatie no. 86.508, 1986.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. *Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Deel II: onderzoeksbevindingen*. Utrecht: NZI-publicatie no. 86.486, 1986.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1988*. Utrecht: NZI-publicatie no. 88.609, 1988.
- Nationale Kruisvereniging. *Kruiswerk in beeld*. Bunnik, 1986.
- Nationale Kruisvereniging. *Kruiswerk, thuis in gezondheid*. Bunnik, 1988.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Discussienota substitutie in de gezondheidszorg*. Zoetermeer, januari 1989.
- Nationale Ziekenhuusraad. *Verschuiving van rijksmiddelen naar premiesector*, uitgave no. 395, 1988.
- Nauta, A.P.N. *Contact en controle tussen burens*. Alphen a/d Rijn: Samson, 1973.
- Neugarten, B.L., e.a. *Personality in middle and late life*. New York: Atherton, 1964.
- Noelker L.S. and D.M. Bass. Home care for elderly persons: linkages between formal and informal care-givers. *Journal of Gerontology*, vol. 44, no. 2, p. S63-70, 1989.
- Nunnally, J.C. *Psychometric theory*. New York, 1978.

- Nuy, M.H.R., J.J. van der Plaats en M. Vernooij. *Dagbehandeling in verpleeghuizen*. deel 1 t/m 3. Nijmegen, 1984.
- Nuyens, M.J.M. *Evaluatie-onderzoek sociale dagopvang voor ouderen in Arnhem*. Nijmegen: KU Intervakgroep Sociale Gerontologie, 1988.
- NVAGG (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg). *Statistisch Zakboekje 1986*. Utrecht, 1988.
- Nijkamp, P., J. Pacolet, H. Spinnewijn, X. Voltering, C. Wilderom and S. Wintern. *Services for the elderly in Europe; a cross national comparative study*. Katholieke Universiteit Leuven/Vrije Universiteit Amsterdam, 1990.
- Ouderenbeleid gewogen. *Evaluatie Ouderenbeleid Kerkade*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Economie van de Gezondheidszorg, diverse delen, 1987 en 1988.
- Overbeek, R. *Opneming verzoekt; een onderzoek naar het indicatiesysteem van het Besluit Opneming in Bejaardenzorg*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1983.
- Pasma, J. en B.J. de Wit. *Psychische en sociale problematiek in het verzorgingshuis 'Bernlef'*, Winsum: onderzoeksrapport, 1985.
- Pennekamp, P.H.B. en L.A.C. Goemans. Ondernemend Ouderenbeleid. In: Huijsman, R. en F.F.H. Rutten. *Economie van de Ouderenzorg*, p. 148-186. Maastricht: Van Gorcum, 1989.
- Pensioenkamer. *Witte vlekken op pensioengebied, een onderzoek naar het ontbreken van aanvullende pensioenvoorzieningen*. 's-Gravenhage: Sociaal Economische Raad, 1987.
- Perenboom, R.J.M., C.J. Lako en E.G. Schouten. Verschillen in gezondheid en medische consumptie tussen ouderen ten plattelande en in de stad. In: Schroot, J.J.F., A. Bouma, G.P.A. Brasm, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir en C.J.J. Tempelman (red.). *Gezond zijn is ouder worden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 323-331, 1989.
- Pfeiffer, R.L., T.T. Kurosaki, C.H. Harrah, J.M. Chance and S. Filos. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, vol. 37, p. 323-329, 1982.
- Pfeiffer, E. Survival in old age. *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 18, p. 273-285, 1970.
- Picault, C. *Moeten, willen, vragen, krijgen. Zorgbehoefte van ouderen onderzoek 1982-1987*. Nijmegen: Nederlands Instituut Gerontologie, 1987.
- Plaats, J. van der. Ongezondheid en invaliditeit als indicaties voor aangepaste woonvormen. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, vol. 3, p. 158-165, 1975.
- Pommer, E. en C. Wiebrens. *Kosten en financiering van bejaardenvoorzieningen 1981-1991*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP-cabier 39, 1984.
- Pommer, E.J., J.M. Timmermans en V. Veldheer. *Integerend project ouderen; voorstel voor een project*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1987.
- Pommer, E.J. *Inkomens op Leefrijd*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP-cabier no. 74, 1990.
- Poppel, F. van. Sociale ongelijkheid voor de dood. *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, p. 231-281, 1982.
- Post, M. en C. Willems. Behoeft-onderzoek, een containerbegrip. *Medisch Contact*, vol. 86, p. 881-883, 1986.
- Priemus, H. Emancipatie in woononderzoek voor ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, vol. 7, p. 228-239, 1976.
- Quereshi K.N. and H.M. Hodkinson. Evaluation of a ten-question mental test in the institutionalized elderly. *Age and Ageing*, vol. 1, p. 152-157, 1974.
- Rekers, A.H.G. en P.L.J. Hermkens. Gemiddelde (toekomstige) pensioenen voor de geboortecohorten 1910 t/m 1940. In: Becker, J.A. en P.L.J. Hermkens (red.). *Oude naast nieuwe generaties*, p. 183-235. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1989.
- Remmen, J.W.M. *Bejaardeneindbewoners of verpleeghuispatiënten?* Hoogezand: Stuber, 1985.
- Riley, M.W., M. Johnson and A. Foner. *Ageing and society: an inventory of research findings*. New York, 1968.
- Rivnyak, M.H., T.H. Wan, M. H. Stegall, M. Jacobs and S. Li. Ambulatory care use among the noninstitutionalized elderly. *Research on Aging*, vol. 11, no. 3, p. 292-311, 1989.
- Rosow, I. and N. Breslau. A Guttman health scale for the aged. *Journal of Gerontology*, vol. 21, p. 556-559, 1966.
- Rosow, I. *Social integration of the Aged*. New York: Free Press, 1967.
- Rowow, I. *Socialization to old Age*. Berkeley: University of California Press, 1974.
- Rowless, Growing old "inside"; aging and attachment to place in an Appalachian Community. In: Data, N. and N. Lohmann. *Transitions of aging*. New York: Academic Press, p. 153-170, 1980.
- Rutten, F.F.H. and R. Huijsman. The evaluation of alternative systems of delivering care for the elderly. In: Boldy, D. and C. Rhys Hearn (eds.). *Systed '87, Proceedings of the International Conference*. Perth, p. 320-325, 1987.
- Rutten, F.F.H. en R. Janssen. Een economische beschouwing over gelijkheid in de gezondheidszorg. In: WVC/WRR. *De ongelijke verdeling van gezondheid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, p. 143-156, 1987.
- Sacket, D., R. Haynes and P. Tugwell. *Clinical epidemiology*. Boston: Little Brown and Co, 1985.
- Santvoort, M.M. van. *Onderzoek naar zorgvoorzieningen voor ouderen. Een review*. SOOM-werkdocumenten no. 3. Nijmegen, 1984.
- Sarason, I.G. and B.R. Sarason (eds.). *Social support: theory, research and application*. Dordrecht/Boston/Lancaster: Martinus Nijhoff, 1985.

- Saris, W. and H. Stronkhorst. *Causal modelling in non-experimental research*. Amsterdam: Sociometric Research Foundation, 1984.
- Schaefer, C., C.J. Coyne and R.S. Lazarus. The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 4, p. 381-406, 1981.
- Schijndel, P.L.W. *Experiment groepsverzorging Mintehof Zeist: eindverslag*. Nijmegen, 1989.
- Schrijvers, A.J.P. *Van alle markten thuis; thuiszorg beproefd*. Utrecht, 1987.
- Seeman T.E. and L.F. Berkman. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Social Sciences and Medicine*, vol. 26, no. 7, p. 737-749, 1988.
- Shanas, E., P. Townsend, D. Wedderburn, H. Friis, P. Milhoj and J. Stehouwer. *Old people in three industrial societies*. London: Routledge & Kegan Paul, 1968.
- Shanas, E. Family-kin networks and aging in cross-cultural perspective. *Journal of marriage and the family*, p. 505-511, 1973.
- Siegel J.S. and S.L. Hoover. Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond. *World Health Statistics Quarterly*, vol. 35, no. 3/4, p. 133-202, 1982.
- Sipsma, D.H. Het wankale evenwicht: een praktisch model ten behoeve van preventie, vroegdiagnostiek en behandeling van geestelijke stoornissen bij bejaarden. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, vol. 4, p. 13-23, 1973.
- Sixma, H. en W. Ultee. Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. *Mens en Maatschappij*, vol. 4, p. 360-382, 1983.
- Sluys, H. van der. *Ordering en sturing in de ouderenzorg*. WRR Voorstudies en achtergronden no. V61. 's-Gravenhage, 1988.
- Smeyer, M.A. The differential usage of services by impaired elderly. *Journal of Gerontology*, vol. 35, no. 2, p. 249-255, 1980.
- Smyer, M.A. and M. Gatz. Aging and mental health: Business as usual? *American Psychologist*, vol. 34, p. 240-246, 1979.
- Snell, M.C. Community care for the elderly: costs and dependency. *Social Science and Medicine*, vol. 20, p. 1313-1318, 1985.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. *Collectieve uitgaven en demografische ontwikkelingen*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport 1986*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport 1988*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport 1990*. 's-Gravenhage: VUGA, 1990.
- Sociaal Economische Raad. *Sociaal-economische aspecten van demografische ontwikkelingen*. SER-publicatienummer 87/22, 1987.
- Sonsbeek, J.L.A. van. *Methodische en lichamelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichamelijke functioneren*. CBS, maandbericht gezondheid, no. 6, 1988.
- SOOM (Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens). *Gebruiksgedrag van ouderen inzake voorzieningen*. Een onderzoeksprogramma. SOOM-Werkdocument, no. 9. Nijmegen, 1986.
- Spector, W.D., S. Katz, J.B. Murphy and J.P. Fulton. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronical Diseases*, vol. 40, p. 481-489, 1987.
- Spreitzer, E. and E. Snijder. Correlates of life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology*, vol. 29, p. 454-458, 1974.
- Staff of the Benjamin Rose Hospital. Multidisciplinary study of illness in aged persons: II. A new classification of functional status in activities of daily living. *Journal of Chronical Diseases*, vol. 9, p. 55-62, 1959.
- Staff of the Benjamin Rose Hospital. Multidisciplinary study of illness in aged persons: III. Prognostic indices in fractures of hips. *Journal of Chronical Diseases*, vol. 11, no. 4, p. 445-455, 1960.
- Steuer J., L. bank, E.J. Olsen and L.F. Jarvik. Depression, physical health and somatic complaints in the elderly: a study of the ZUNG self-rating depression scale. *Journal of Gerontology*, vol. 35, no. 5, p. 683-687, 1980.
- Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg. *SIVIS-jaarboek*. Utrecht, diverse jaren t/m 1988.
- Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg. *LMR-jaarboek*. Utrecht, diverse jaren t/m 1987.
- Steenvoorden, M. Flankerend Ouderenbeleid. *Ontwikkelingen en vernieuwingen*. 's-Gravenhage: NFB, 1988.
- Stikker, A.J. *Varianten van substitutie, hun betekenis, toepassing en opbrengst*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1985.
- Strootman, C. *Coördinatie in het ouderenwerk*. Rijswijk: Landelijk Platform Welzijnswerk voor Ouderen, 1987.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). *Ouder worden in de toekomst, scenario's over gezondheid en vergrijzing*, 1984-2000. Utrecht: Van Arkel, 1985.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). *Ouder worden in de toekomst: Tussenbalans*. Rijswijk, 1987.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). *Ontwikkelingen met betrekking tot het zelfstandig wonen van ouderen*. Ouder worden in de toekomst: Tussenbalans 2. Rijswijk, 1988.
- Swaan, A. de. *Sociologie van de psychotherapie*. Utrecht: Spectrum, 1979.
- Swanborn, P.G. *Schaaltechnieken. Theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures*. Meppel: Boom, 1988.
- Tas, R.F.J. Levensverwachting van vrouwen bereikt 80 jaar. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Maandstatistiek Bevolking*, no. 9, 1988.

- Tax, B., E.C.G. König Zahn and J.M.G. Persoon. Ziekte en ziektegedrag: enkele implicaties voor de schatting van behoefte aan medische zorg. In: Sturmans, F., J. Persoon, R. Morshuis and R. Windhauser (eds.). *Verkenning in de sociale geneeskunde*. Nijmegen, 1981.
- Tempelman, C.J.J. *Welbevinden bij ouderen: constructie van een meetinstrument* (dissertatie). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- Tews, H. *Soziologie des Alters*. Heidelberg: Quelli und Meyer, 1971.
- Thijssen, L.J.M. Sociale relaties en eenzaamheid bij ouderen. *Mens en Maatschappij*, vol. 58, p. 271-284, 1983.
- Thijssen, L.J.M. Leefsituatie-onderzoek Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. *Sociaal Cultureel Kwartaal Bericht*, no. 1, p. 28-34, 1984.
- Thijssen, L.J.M. Het verzorgingshuis lonkt? *Sociaal Cultureel Kwartaal Bericht*, no. 1, p. 22-28, 1985.
- Thijssen, L.J.M. Belangrijke levensgebeurtenissen en welbevinden bij ouderen. *Sociaal Cultureel Kwartaal Bericht*, no. 3, p. 34-41, 1985.
- Thijssen, L.J.M. Sociale Stratificatie onder ouderen. *Sociaal Cultureel Kwartaalbericht*, no. 2, p. 10-26, 1986.
- Timmermans, J.M. *Samenhangen in de zorg voor ouderen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, stukwerk no. 2, 1983.
- Timmermans, J.M. Indiceren: spanning tussen vraag en aanbod. In: Adriaansen, A.C. (red.). *Indicering van zorg aan ouderen*. 's-Gravenhage: ProgrammeringsCollege Maatschappelijke Dienstverlening, 1988.
- Timmermans, J.M. Vernieuwingen in de zorg voor ouderen. In: Heuvel, W.J.A. van den, J.A.L. Coolen, P.P.J. Houben en J. Timmermans. *Beleid en planning inzake zorgvoorzieningen voor ouderen*. Lochem: De Tijdstroom, *Moderne Gerontologie*, vol. 6, p. 65-82, 1989.
- Torgerson, W.S. *Theory and methods of scaling*. New York, 1958.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Volksgezondheid*. Kamerstukken no. 8.462, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1965-1966.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Bejaardenbeleid*. Kamerstukken no. 10.934, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1970-1971.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Structuurnota Gezondheidszorg*. Kamerstukken no. 13.012, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1973-1974.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Bejaardenbeleid*. Kamerstukken no. 13.463, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974-1975.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Scheis van de eerstelijnsgezondheidszorg*. Kamerstukken no. 16.066, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979-1980.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Bouwstenen voor een ouderenbeleid*. Kamerstukken no. 17.393, 1-3. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981-1982.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Beleidsbrief Ouderenbeleid*. Kamerstukken no. 17.393, 4-6. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983-1984a.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen*. Kamerstukken no. 17.393, 4-6. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983-1984b.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Beleidsnota inzake wetgeving WVC*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983-1984c.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Eerstelijnszorg*. Kamerstukken no. 18.180. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983-1984d.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening 1985*. Kamerstukken no. 18.600. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984-1984-1985.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Zorg voor ouderen*. Kamerstukken no. 19.434. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985-1986.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Kamerstukken no. 19.500. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985-1986.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1986*. Kamerstukken no. 19.246. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985-1986.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1987*. Kamerstukken no. 19.703. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986-1987.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1988*. Kamerstukken no. 20.209. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987-1988.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1989*. Kamerstukken no. 20.848. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988-1989.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Ouderenbeleid, Voortgangsrapportage 1982-1988*. Kamerstukken no. 20.539. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1989-1990.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1990*. Kamerstukken no. 21.310. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1989-1990.
- Twijstra en Guddé. *Formatie-onderzoek Bejaardenoorden*. 's-Gravenhage: Ministerie van CRM, Staatsuitgeverij, 1978.
- Twijstra en Guddé. *Aanpassing formatiemodel bejaardenoorden aan psycho-sociale behoefte*, Deventer, 1984.
- Veldkamp Marktonderzoek BV. *De Amsterdamse bejaarden in 1976*. Amsterdam, 1977.

- Ven, W.P.M.M. van de en J. van der Gaag. Health as an unobservable: a MIMIC-model of demand for health care. *Journal of Health Economics*, vol. 1, p. 157-183, 1982.
- Verbaak, P.F.M. e.a. *Behoeftes aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid*. Utrecht, 1985.
- Verzijden, E. en J. Mohrs. *De Amsterdamse Bejaarden in 1976*. Amsterdam: Veldkamp Marktonderzoek, 1977.
- Vis, Th.A.M. *Vergrijzing, monografiën Volkstelling 1971*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
- Visser, A.Ph. *Sociale aspecten van de veroudering overzicht onderzoeksprogramma*. Verouderingskatern no. 1. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- Vliet, R.C.J.A. van en W.P.M.M. van de Ven. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nader onderzocht. *Gezondheid en Samenleving*, vol. 7, no. 2, p. 81-94, 1986.
- Vlist, J.A. van der. Oud en zelfstandig, toepassing van maatschappelijke kosten-batenanalyse op de huisvesting van ouderen. *Economisch Statistische Berichten* 26-9-1984, p. 890-894, 1984.
- Vries, M.J. de. *Het behoud van leven*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985.
- Ward, R.A. Informal networks and well-being in later life: a research agenda. *The Gerontologist*, vol. 25, p. 55-61, 1985.
- Ware, J.E. and A.H. Karmos. *Development and validation of scales to measure perceived health and patient role propensity*. Illinois, 1976.
- Ware, J.E., S.R. Johnston, A. Davies-Avery. *Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study*. Santa Monica: The Rand Incorporation, 1978.
- Wenger, G.C. *The supportive network: coping with old age*. Londen: George Allen & Unwin, 1984.
- Wenger, G.C. What do dependency measures measure? In: Phillipson, C., M. Bernard and P. Strang (eds.). *Dependency and interdependency in old age*. Worcester: Billing & Sons Ltd., p. 69-84, 1986.
- Westerlaak, J.M. van, J.A. Kropman en J.W.M. Collaris. *Beroepenklapper*. Nijmegen: ITS, 1976.
- Wevers, C.W.J., P.G.M. Staats, F.H. Hoek en M. Kastelein. *Ouderen en hulpverlening: verslag van een pilot-study naar de zelfstandigheid, zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen in de eerstelijns gezondheidszorg*. Leiden: NIPG/TNO, 1985.
- Wheaton, G. e.a. Assessing reliability and stability in panel models with multiple indicators. In: D.R. Heise (ed.). *Sociological Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, p. 69-83, 1977.
- WHO. *Constitution of the WHO*; Basic Documents, 1948.
- Wierik, M.J.M. Te. *Verpleeghuisopname; een onderzoek bij op te nemen ouderen*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990 (in druk).
- Wierik, M.J.M. Te en C.M. Frederiks. *De hulpbehoefte van aanvragers van verzorgingstehuisbewoners*. Maastricht: Vakgroep Epidemiologie, Rijksuniversiteit Limburg, Verouderingskatern no. 5, 1989.
- Wierik, M.J.M. Te en C.M. Frederiks. De hulpbehoefte en opnamewens van positief geïndiceerden; een vergelijking met verzorgingstehuisbewoners. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 21, no. 3, p. 115-123, 1990.
- Williams, R. Concepts of health: an analysis of lay logic. *Sociology*, vol. 17, p. 185-205, 1983.
- Willige, G. van de, P. Schreurs, B. Tellegen en F. Zwart. Het meten van 'life events': de Vragenlijst Recent Meegemaakte Gebeurtenissen (VRMG). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, vol. 40, p. 1-19, 1985.
- Wilkin, D. Conceptual problems in dependency research. *Social Science and Medicine*, vol. 24, p. 867-873, 1987.
- Wimmers, M.F.H.G., H.P.J. Buijsen en G.H.M. Mertens. Welbevinden van ouderen na verhuizing: gegevens van een longitudinaal onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, vol. 42, p. 36-44, 1987.
- Woldringh Cl. en M.H.J.M. Knapen. *Vrij en alleen? Een explorerende studie in enkele grotere steden van Nederland naar de situatie van ongehuwden en hun beleving daarvan*. Nijmegen: ITS, 1980.
- Wonnacott, T.H. and R.J. Wonnacott. *Regression: a second course in statistics*. New York: John Wiley and Sons, 1981.
- Wright, K.G., J.A. Cairns and M.C. Snell. *Costing Care: the cost of alternative patterns of care for the elderly*. University of Sheffield, 1981.
- WRR. *Herwaardering van welzijnsbeleid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.
- Zee, J. van der. *De vraag naar diensten van de huisarts* (dissertatie). Utrecht: Ned. Huisartsen Instituut, 1982.
- Zielhuis, R.L. Sociale Geneeskunde en sociale ongelijkheid. In: Jong, G.A. de (red.). *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg*. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, vol. 58/suppl. oktober, 1980.
- Zung, W.W.K. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, vol. 12, p.63-70, 1967.
- Zung, W.W.K. Factors influencing the self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, vol. 16, p. 543-547, 1967.
- Zijde, J. van der. *Waar een wil is, is een wet*. Delft: Eburon, 1985.

Bijlage 1. Tijdbalk ouderenzorg

In deze bijlage worden de belangrijkste ontwikkelingen in en rondom de ouderenzorg in Nederland geïnventariseerd in een zogenaamde 'Tijdbalk van de Ouderenzorg'. Per jaar (sinds 1854) wordt een summatief overzicht gegeven van de volgende onderwerpen:

- A. wetgeving specifiek voor de ouderenzorg:
 - pensioenwetten
 - wetgeving ter regulering van gebruik van voorzieningen zoals in kader van de Wet op de Bejaardenzorg (WBO)
 - bijdrage-regelingen in kader van overheids subsidiering
 - regelingen rond publiek-rechtelijke organen
- B. wetgeving niet-specifiek voor ouderenzorg, maar met een belangrijke invloed daarop:
 - welzijnswetten en sociale verzekeringen
 - ziektekosten- en ziekenfondsverzekeringen
 - (her-)structurering gezondheidszorg
 - regulering voorzieningen gezondheids- en welzijnzorg
 - (volks-)huisvesting, huursubsidieregelingen e.d.
- C. officiële nota's en stukken van:
 - Tweede Kamer der Staten-Generaal
 - Ministeries (CRM/WVC, SoZa, VoMil/VROM etc.)
- D. oprichting oq. stichting van de belangrijkste organisaties:
 - verenigingen van beroepsgroepen
 - federaties, verenigingen etc. van instellingen
 - koepelorganisaties
 - bonden, verenigingen etc. van bejaarden/ouderen
 - (inter-)departementale stuurgroepen e.d.
 - hulp- en dienstverleningsorganisaties
- E. startjaren van belangrijke innovatieve experimenten op het gehele terrein van welzijn van en zorg voor ouderen (bv. startjaar van het eerste Dienstencentrum)

De ontwikkelingen op het terrein van de hierboven genoemde onderwerpen worden hier niet verder beschreven of geanalyseerd, maar slechts opgesomd naar jaar en bron. Veel gebruikte bronnen worden steeds afgekort: Staatsblad (Stb.), Staatscourant (Stcrt.) en de stukken van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (TK).

1854	Wet tot Regeling van het Armenbestuur (Stb. 1854, no. 165)
1865	Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Stb. 1865, no. 60)
	Wet uitoefening geneeskunst (idem)
1878	Wet voorwaarden bevoegdheid geneeskunst (Stb. 1878, no. 222)
1887	Leger des Heils
1895	Eerste Vereniging voor Huisverzorging (Deventer)
1900	Bond voor Staatspensionering
1901	Gezondheidswet (GW; Stb. 1901, no. 157)
1908	Nederlandse Vereniging voor Armenzorg en Weldadigheid
1911	Algemene Groene Kruis
1912	Armenwet (geheel herzien; Stb. 1912, no. 165)
	Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
1913	Invalideitwet (IW; Stb. 1913, no. 205)
1919	Gezondheidswet (herzien en Gezondheidsraad; Stb. 1919, no. 784)
	Ouderdomswet (Stb. 1919, no. 628)
1921	Wet tot bescherming diploma verpleegkundige (Stb. 1921, no. 702)
1922	Pensioenwet (Stb. 1922, no. 240)
1923	Wit-Gele Kruis (Rooms-Katholiek)
1928	Medische Tuchtwet (Stb. 1928, no. 222)
1929	Ziekwet (Stb. 1929, no. 374)
1933	Beschikking vaststelling voorwaarden opleiding en examen wijkverpleging (Stcrt. 1933, no. 221)
1934	Vereniging hoofden van tehuizen voor ouden van dagen
	Vereniging van Directrices van Tehuizen voor Bejaarden in Nederland
1938	Oranje-Groene Kruis (Protestant)
1941	Ziekenfondsbesluit (Stb. 1941, no. 809)
1945	Algemene Bond voor Bejaarden
	Humanitas
1946	Protestants Christelijke Ouderen Bond
	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
	Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk (voorheen ver. uit 1908)
1947	Noodwet Ouderdomsvoorziening/Drees (in plaats van IW; Stb. 1947, no. 155)
	Centrale Raad voor de Gezinsverzorging
	Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (NVG)
	Wet op de Ziekenfondsraad (Stb. 1947, no. 135)
1948	Koningin Juliana Fonds (KJF)
1949	Humanistische Stichting voor Huisvesting van Bejaarden (HSHB)

- 1950 Stichting Nederlandse Centrale voor Huisvesting van Bejaarden (NCHB)
Humanistische Bouwstichting Bejaardenhuisvesting (HBB)
Landelijke Katholieke Bouwcorporatie voor Bejaarden (LKBB)
Landelijk Sociaal Charitatief Centrum
- 1951 Stichting Gereformeerde Bouwcorporatie Bejaarden (SGBB)
- 1952 Unie van Katholieke Bonden voor Ouderen (Unie KBO)
Landelijke Hervormde Bouwstichting voor Bejaarden (LHBB)
Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
Coördinatiewet Sociale Verzekering (Stb. 1953, no. 577)
Protestants-Christelijke Federatie voor langdurig zieken
- 1954 Nederlandse Federatie Bejaardenbeleid (NFB)
Centraal Orgaan Samenwerkende Bejaardenorganisaties (COSBO)
Eerste project Tafeltje-Dek-je (Rotterdam)
- 1956 Centrale Raad voor de Volksgezondheid (GW; Stb. 1956, no. 51)
Algemene Ouderdomswet (AOW, vervangt Noodwet Drees; Stb. 1956, no. 281)
Wet op Ziekenfondsverzekering voor bejaarden (Stb. 1956, no. 634)
Katholieke Vereniging voor Verpleegtehuizen (KVV)
Nederlandse Federatie van Verpleeg- en Verzorgingstehuizen
- 1957 Subdieregeling Gezinsverzorging en gezinshulp 1958 (Stcrt. 1957, no. 250)
Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen (KVB)
Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn
- 1959 Algemene Weduwen en Wezenwet (AWW, Stb. 1959, no. 139 en 156)
Protestantse Vereniging van Instellingen voor Bejaardenzorg (PVIB)
- 1960 Protestantse-Christelijke Ouderenbond (PCOB)
- 1961 Voorlopige Erkenning Verpleegtehuizen (Stb. 1961, no. 248)
Rijksregeling subsidievoorwaarden landelijke en provinciale kruisorganisaties (Stcrt. 1961, no. 222)
Ontwerp Wet op de Bejaardenoorden (TK, 1962/1963, no. 6621)
Nederlandse Vereniging van Geriaters (later Nederlandse Vereniging voor Geriatrie)
- 1962 Vereniging van economen en administrateurs in bejaardentehuizen (Venab)
- 1963 Wet op de Bejaardenoorden (Stb. 1963, no. 18)
Wet op de paramedische beroepen (Stb. 1963, no. 113)
Wet op de ziekenverzorger(ster) (Stb. 1963, no. 289)
- 1964 Eerste Dienstencentra Bejaarden
Ziekenfondswet (Stb. 1964, no. 392)
Algemene Bijstandswet (ABW; Stb. 1964, no. 312)
Algemene Vereniging van Instellingen voor Bejaardenzorg (AVIB)
Federatie van SOS Telefonische Hulpdiensten in Nederland
- 1965 Wet Ziekenhuisarieven (WZT; Stb. 1965, no. 190)
Beschikking voorschriften woningen en verzorgingstehuizen voor bejaarden (Stcrt. 1965, no. 253)
Ministerie van Cultuur, Recreatie en Milieu
Algemene Weduwen- en Wezenwet (Stb. 1965, no. 429)
Besluit geldelijke steun volkshuisvesting (Stb. 1965, no. 589)
- 1966 Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (Stb. 1966, no. 3)
Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO; Stb. 1966, no. 84 en 365)
Besluit statistische gegevens bejaardenoorden (Stb. 1966, no. 550)
Wet Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP; Stb. 1966, no. 6)
Nota Volksgezondheid (TK, 1965/1966, no. 8462)
Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn (NRMW)
- 1967 Wet overgangsregeling arbeidsongeschiktheidsverzekering (Stb. 1967, no. 440)
Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid (ISB, waarin CRM, VRO, SoZa)
Ziektewet (Stb. 1967, no. 473)
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ; Stb. 1967, no. 645)
Voorlopige Rijksbijdrageregeling Dienstencentra Bejaarden (Stcrt. 1967, no. 199)
Tijdelijke Rijksbijdrageregeling gecoördineerd bejaardenwerk (idem)
Contactcommissie Landelijke Organisaties van Bejaardentehuizen
Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO)
Stichting Nationale Ziekenhuisraad (NZR)
- 1968 Besluit verpleging in verpleeginrichtingen Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1968, no. 103)
Vertrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1968, no. 239)
Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid (ISB; Stcrt. 1968, no. 203)
Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI)
Stichting Nederlandse Gezinsraad
Leerstoel Medische Gerontologie RU Utrecht
Stichting Senior Vakantie Plan
- 1969 Eerste provinciale consultants voor bejaardenwerk
Eerste projecten (open) gecoördineerd bejaardenwerk
Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg (NOZ)
- 1970 Eerste Nota Bejaardenbeleid (TK, 1970/1971, 10934)
Tijdelijke rijksgroepregeling bejaarden in bejaardenoorden (via Algemene Bijstandswet; Stb. 1970, no. 14)
Besluit voorwaarden gezinsverpleging Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1970, no. 55)
Nederlandse Vereniging van Bejaardenoorden (NeVeB)
Vereniging van economen en administrateurs in bejaardentehuizen (VEA)
Stichting Landelijke Samenwerking Bejaardentehuizenorganisaties (LSB)

- Vereniging NZR (voorheen St. NZR, 1967)
- 1971 Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV; Stb. 1970, no. 268)
 Besluit Regeling Bijzondere Ziektekostenverzekering (zgn. 1-oktoberbedden bejaardenoorden; Stb. 1971, no. 505)
 Besluit revalidatiedagbehandeling Ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, no. 549)
 Vereniging van Directies van Bejaardentehuizen (VDB)
 Nederlandse Vereniging Dienstencentra
- 1972 Wet op de Bejaardenoorden (indicatie-cie; Stb. 1972, no. 344)
 Wet betr. verplichte deelneming in bedrijfspensioenregeling (Stb. 1972, no. 400)
 Wet fiscale oudedagsreserve voor zelfstandigen (Stb. 1972, no. 612)
 Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuisorganisaties (LSB)
 Landelijke Stichting Opleidingen Bejaardenwerk (LSOB)
 Nederlands Instituut voor Gerontologie (NIG)
 Stichting Centrale Raad voor de Gezinsverzorging (voorheen: zie 1947)
 Interdepartementale Coördinatiecommissie Welzijnsbeleid (ICW)
- 1973 Algemene Bijstandswet (herzien; Stb. 1973, no. 284 en 395)
 Beschikking dagverblijven gehandicapten (Stcrt. 1973, no. 23)
 Landelijke Beroepsorganisatie voor Werkers in de Gezondheidszorg (LBWG)
 Landelijke Stichting Opleidingen Bejaardenwerk (LSOB)
 Federatie Werkgeversverenigingen Welzijnssector
 Centrale Commissie Bejaardenoorden (CCB)
- 1974 Koepelorganisatie Maatschappelijk Werk (JOINT)
 Coördinatiegroep Bejaardenbeleid CRM (Stcrt. 1974, no. 139)
 Structuurnota Gezondheidszorg 1974 (TK, 1973/1974, no. 13012)
 Bijstandsbesluit Landelijke Normering (waarin o.a. bejaardenoordbewoners; Stb. 1974, no. 418)
 Woonruimtebeschikking (niet-economische gebondenheid bejaarden; Stb. 1974, no. 534)
 Rijksgroepregeling vrijlating oudedagsvoorziening bijzondere groepen (vermogen niet in ABW-uitkering; Stb. 1974, no. 825)
 Werkgeversvereniging bejaardentehuizen humanistische en algemene grondslag (WBH)
 Katholiek Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- 1975 Tijdelijke Verstrekkingen Wet Maatschappelijke Dienstverlening (Stb. 1975, no. 157)
 Besluit Centrale Commissie Bejaardenoorden (Stb. 1975, no. 520)
 Pas 65 +
 Tweede Nota Bejaardenbeleid (TK, 1974/1975, no. 13463)
 Besluit toezicht opleidingen gezondheidszorg (Stcrt. 1975, no. 162)
 Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW; Stb. 1975, no. 674)
 Beschikking individuele huursubsidie (Stcrt. 1975, no. 63)
 Nationale Ziekenhuisraad (NZR)
 Nationale Vereniging Verpleeghuisartsen (NVVA)
- 1976 Besluit geldelijke steun volkshuisvesting (Stb. 1976, no. 472)
 Besluit Opnemings Bejaardenoorden (BOB; Stb. 1976, no. 619)
 Landelijk Steunpunt Vrijwilligerswerk
 Stichting Dienstverlening Bejaardentehuizen (SDB)
 Stichting 55+ Reizen
- 1977 Wettelijke regeling indicatiecommissies bejaardenoorden van kracht
 Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (Stb. 1977, no. 492)
 Wet ABP herzien (Stb. 1977, no. 679)
 Ontwerp Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG)
 Harmonisatieraad Welzijnsbeleid
 Oprichting Nationale Kruisvereniging
 Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stb. 1977, no. 444)
 Besluit dagbehandeling verpleeginrichting (Stcrt. 1977, no. 128)
 Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen (Stcrt. 1977, no. 206)
 Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO)
- 1978 Besluit gezinsverzorging en huishoudelijke hulp/AAW (α-hulp; Stcrt. 1978, no. 226)
 Besluit geldelijke steun huurwoningen 1975 (f 2000,- regeling)
 Federatie (voorheen Stichting -zie 1970-) LSB
 Landelijk Overleg Bewonerscommissies Bejaardentehuizen (LOBB)
 Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers (NOW)
- 1979 Besluit aanwijzing inrichtingen WZV (Stb. 1979, no. 465)
 Wet Ziekenhuisvoorzieningen gewijzigd (Stb. 1979, no. 466)
 Regeling vervroegde uittreding (VUT; bij 63 jaar) burgerlijk overheidspersoneel (Stb. 1979, no. 752)
 Voorlopig spreidingsplan dagbehandeling verpleeghuizen (Stcrt. 1979, no. 35)
 Besluit Hulp vanwege een kruisorganisatie Bijzondere Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1979, no. 250)
 Federatie Instellingen Joodse Bejaardenzorg (FJB)
- 1980 Kruiswerk in AWBZ (Stb. 1967, no. 655)
 Nota Vestigingsbeleid
 Tijdelijke Rijksbijdragerregeling Gecoördineerd Bejaardenwerk (Stcrt. 1980, no. 91)
 Ontwerp-besluit Voorlopige Raad voor Ouderen (TK, 1979/1980, no. 15800)
 Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg (TK, 1979/1980, no. 16066)
 Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (wijziging; Stb. 1980, no. 28)
 Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG; Stb. 1980, no. 646)
 Project educatieve voorzieningen ter voorbereiding op de pensionering
 Erkenning specialisme geriatrie
 Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)

- 1981 Programmeringscollege onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening (PCMD)
 Besluit Erkenningnormen Kruisorganisaties (Stb. 1981, no. 107)
 Installatie Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG; Stcrt. 1981, no. 145)
 Besluit hulp Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Bijz. Ziektekostenverzekering (Stcrt. 1981, no. 251)
 Tijdelijke wet normering inkomens vrije-beroepsbeoefenaren (Stb. 1981, no. 423)
 Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening, Fase I (Stb. 1981, no. 679)
 Stichting Crossroads Nederland (voor ondersteuning van mantelzorg)
 Ontwikkelingsproject Prepensioenering (U/m 1983)
- 1982 WVG volledig in werking (Stb. 1982, no. 24 en 25)
 Kaderwet Specifiek Welzijn (Stb. 1982, no. 539; TK, 1980/1981, no. 14493)
 Besluit proefgemeenten (Stb. 1982, no. 497)
 Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG; Stb. 1982, no. 563)
 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (Stb. 1982, no. 622)
 Nota Bouwatenen voor een Ouderenbeleid (TK, 1981/1982, no. 17393)
 Stuurgroep Onderzoek Ouder wordende Mens (SOOM)
 Herooverweging bejaardenbeleid (TK, 1981/1982, no. 16625, no. 54)
 Stichting Landelijk Platform Welzijnswerk voor Ouderen (LPWvO)
 Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening
 Besluit eigen bijdrageregeling bijzondere ziektekostenverzekering 1983 (Stcrt. 1982, no. 215; wijkfuncties bejaardenorden)
- 1983 Beleidsbrief Ouderenbeleid (TK, 1983/1984, no. 17393, no. 4-6)
 Nota AOW-plus-problematiek bejaardenverzekering (TK, 1982/83, no. 17989)
 Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen (TK, 1983/1984, no. 18108)
 Interimwet Bejaardenorden (TK, 1982/83, no. 18171; Stb. 1983, no. 687)
 Nota Eerstelijnszorg (TK, 1983/1984, no. 18180)
 Totstandkoming Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
 Beleidsnota inzake wetgeving WVC (o.a. GOW naar gemeente per 1-1-1985)
 Nota Flankerend Bejaardenbeleid (Ministerie van WVC, Rijswijk)
 Wet op de Pensioenkamer (Stb. 1983, no. 259)
 Budgettering Algemene Ziekenhuizen (via WZV; Stb. 1983, no. 328)
 Landelijke Vereniging Groepswonen voor Ouderen (LVGO)
- 1984 Wet op de Bejaardenorden (TK, 1984/85, no. 18179; Stb. 1984, no. 656)
 Wijziging Besluit Opname Bejaardenorden (Stb. 1984, no. 674)
 Besluit persoonlijke gegevens bejaardenorden (Stb. 1984, no. 675)
 Bijdragebesluit Bewoners Bejaardenorden (Stb. 1984, no. 677)
 Reikwijdtebesluit WBO (Stb. 1984, no. 678)
 Besluit persoonlijke uitgaven bewoners bejaardenorden (Stcrt. 1984, no. 36)
 Nota Geestelijke Volksgezondheid (TK, 1983/1984, no. 18463)
 Nota inzake bouwbeleid, beddenreductie en financiering (TK, 1983/1984, no. 18279)
 Nota Woonruimtevoorzieningen (TK, 1984/1985, no. 18888)
 Besluit eisen voor erkenning ziekenhuizen (Stcrt. 1985, no. 234)
 Eerste Gilde-project van Ouderen (Amsterdam)
- 1985 Besluit intrekking tijdelijke rijksbijdrageregeling gecoördineerd bejaardenwerk (Stcrt. 1985, no. 5)
 Besluit aanwijzing bejaardenorden met een bijzondere functie (Stcrt. 1985, no. 14)
 Subsidieregeling exploitatiekosten bejaardenorden met een bijzondere functie (Stcrt. 1985, no. 14)
 Rijkssubsidiereregeling Gezinsverzorging (budgettering; Stcrt. 1985, no. 29)
 Wet op de Bejaardenorden e.a. in werking
 Stichting Nederlandse Gehandicaptenraad
 Regelen t.a.v. beleidsvorming, uitvoering en bekostiging van voorzieningen van maatschappelijke en sociaal-culturele welzijn (TK, 1984/1985, no. 18957)
 Nota Woonruimtevoorzieningen (TK, 1984/1985, no. 18888)
 Algemene Ouderdomswet (Stb. 1985, no. 180)
 Regeling geldelijke steun voor verbetering en bouw van verzorgingstehuizen 1985 (Stcrt. 1985, no. 160)
 Voorschrijven nieuwe woningen en woongebouwen/bejaardenorden (Stcrt. 1985, no. 204)
 Kaderwet Volwasseneneducatie (Stb. 1985, no. 532)
 Experiment Studiekringen Ouderen (Bond van Nederlandse VolksUniversiteiten, BNVU)
- 1986 Interimbesluit Woonruimtevoorzieningen (Stcrt. 1986, no. 20)
 Intrekking Ontwerpwet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (TK, 1985/1986, no. 18957, no. 13)
 Basisvoorzieningen voor Bejaarden (TK, 1985/1986, no. 19344)
 Nota Zorg voor Ouderen (TK, 1985/1986, no. 19434)
 Nota 2000 (TK, 1985/1986, no. 19500)
 Kwaliteitsregeling bejaardenorden bijzondere functie (Stcrt. 1986, no. 48)
 Subsidieregeling exploitatiekosten bejaardenorden met een bijzondere functie (Stcrt. 1986, no. 77)
 Subsidieregeling kosten flankerend beleid (Stcrt. 1986, no. 77)
 idem voor bejaardenorden met een bijzondere functie (Stcrt. 1986, no. 77)
 Beschikking geldelijke steun ouderen bij verhuizing (Stcrt. 1986, no. 127)
 Stichting Aanvullende Thuiszorg
 Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ; Stb. 1986, no. 117)
 Wet Individuele Huursubsidie (Stb. 1986, no. 265)
 Rijksbijdrageregeling Basiseducatie (Stb. 1986, no. 433)
 Wet stelselherziening sociale zekerheid (Stb. 1986, no. 567)
 WVG in werking (Stb. 1986, no. 710)
 Nota Zorg voor later, zorg voor nu (Min. van WVC)
 Nota Kosten van Vergrijzing voor WVC (Min. van WVC)

- Vereniging Algemene Thuiszorg in Samenwerking (ATIS)
'Ouderejaars' (Platform stimulerend vormings- en ontwikkelingswerk voor ouderen)
Landelijk Platform GVO/Preventie Ouderen (LPGO)
- 1987 Wijz. Besluit Verpleging in Verpleeginrichtingen Bijz. Ziektekostenverz. (consultatie vph-arts in oord; Stert. 1986, no. 103)
Wetzijswet (Stb. 1987, no. 73)
Voorontwerp-Besluit Advisering Hulpverlening Ouderen (Min. van WVC)
Rapport Bereidheid tot verandering (Cie. Dekker-Structuur en financiering gezondheidszorg)
Interdepartementale Stuurgroep Ouderenbeleid (ISO; Stert. 1987, no. 87)
Subsidieregeling ouderenzorg, gehandicaptenzorg en algemeen maatschappelijke hulpverlening (Stert. 1987, no. 252)
Studie- en Informatiecentrum Ouderenbeleid NFB (voorheen NFB, 1954)
- 1988 Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (Stb. 1988, no. 28)
Wijziging artikel X Wet Bejaardenoorde (Stb. 1988, no. 77)
Wijziging leeftijdsgrens bejaardenoorde naar 75 jaar
Nota Ouderenbeleid, Voortgangsrapportage 1982-1988 (TK, 1987/1988, no. 20539)
Besluit indicatie-advisering bejaardenoorde en verpleeghuizen (Stb. 1988, no. 456)
Harmonisatie eigen bijdrageregeling verpleeghuizen/bejaardenoorde
Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek (NESTOR)
- 1989 Nationaal Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)
Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorde (VNB; voorheen LSB)
Regeling subsidiëring gezinsverzorging 1989 (gezinsverzorging in AWBZ; Stert. 1989, no. 16)
Landelijk Overleg Gecoördineerd Ouderenwerk (LOGO; voorheen LPWvO)

Bijlage 2: Instellingsenquête

I INSTELLINGSGEGEVENS

In het eerste deel van de enquête worden enkele algemene vragen gesteld omtrent de instelling als zodanig en over de personen die (delen van) de enquête hebben ingevuld.

01	Naam van de instelling:	
02	Adres en telefoon instelling:
(Zie Toelichting)	
	telefoon: <u>077</u> -	
03	Oprichtingsdatum:	
04	Datum voltooiing van de laatste
ingrijpende verbouwing:
betreffende (zie Toelichting):
.....
.....	
05	De grondslag van de instelling is:
De code(s) achter het (de) antwoord(en) omcirkelen	
	roomskatholiek	1
	protestants-christelijk	2
	humanistisch	3
	algemeen	4
	overig	5
06	De houd(st)er van de instelling/voorziening is een:
De code(s) achter het(de) antwoord(en) omcirkelen
(Zie Toelichting)	
	vereniging	1
	stichting	2
	kerkenootschap	3
	coöperatieve vereniging	4
	naamloze vennootschap of firma	5
	besloten vennootschap	6
	particulier persoon	7
	gemeente	8
	burgerlijke instelling (art 2.a Rompwet)	9
	anders nl.:	10

07 **Geografisch verzorgingsgebied van de instelling**
 De code(s) achter het(de) antwoord(en) omcirkelen
 (Zie Toelichting)

provincie Limburg	1
regio Zuid Limburg	2
gemeente Maastricht	3
aantal wijken van Maastricht	4
één specifieke wijk of buurt van Maastricht	5
nl.:	
ander gebied	6
nl.:	

08 **Naam en functie respondent(en):**
 (Zie Toelichting)

1. dhr/mw :
 functie :
 betreffende welke vragen :
 datum van invulling :
 toestelnummer :

2. dhr/mw :
 functie :
 betreffende welke vragen :
 datum van invulling :
 toestelnummer :

3. dhr/mw :
 functie :
 betreffende welke vragen :
 datum van invulling :
 toestelnummer :

4. dhr/mw :
 functie :
 betreffende welke vragen :
 datum van invulling :
 toestelnummer :

II ORGANISATIE

In dit gedeelte van de enquête worden een aantal vragen gesteld over de organisatie van de instelling cq. voorziening. Het betreffen vragen over de organisatie van de instelling als geheel, over de communicatie tussen personeelsleden van verschillende niveaus en over de tot standkoming van beslissingen en de betrokkenheid van diverse personen daarbij.

- 09 Wat is de formele organisatiestructuur van de instelling?**
Wilt u hiervan een copie bijvoegen; als deze niet beschikbaar is kunt u in het onderstaande kader een schets van de structuur geven (Zie Toelichting).
Wilt u voor iedere afdeling/sectie e.d. de naam van het hoofd geven en aangeven hoeveel mensen tot de betreffende afdeling/sectie e.d. behoren.

Ruimte voor formele organisatiestructuur

- 10 Bestaan er buiten de beïnvloedingskanalen zoals die uit de formele organisatiestructuur blijken, nog andere (informele) wegen waarlangs personen van een bepaalde eenheid invloed uit kunnen oefenen op personen van een andere eenheid of op een ander niveau? (Zie Toelichting voor voorbeelden)**

ja	1
nec	2
onbekend of onduidelijk	3

Zo ja, kunt u deze d.m.v. stippellijnen in het schema aangeven?

- 11 Hoe vaak vindt overleg plaats tussen de personeelsleden van diverse niveaus:**
De code(s) onder het(de) antwoord(en) omcirkelen
(Zie Toelichting)

	dage- lijks	weke- lijks	maande lijks	4jaar lijks	jaar- lijks	minder	geen nvt
bestuurs- en directieleden	1	2	3	4	5	6	7
directieleden en afdelingshoofden	1	2	3	4	5	6	7
afdelingshoofden onderling	1	2	3	4	5	6	7
afdelingshoofden en uitv. personeel	1	2	3	4	5	6	7
overig, n.l.:(invullen)							
.....	1	2	3	4	5	6	7
.....	1	2	3	4	5	6	7

- 12** Wordt voor de allocatie van financiële middelen gebruik gemaakt van een budgetteringssysteem waarbij delen van het budget toegewezen worden aan eenheden (personen of afdelingen) binnen de organisatie?

ja	1
nee	2
onbekend of onduidelijk	3

- 13a** Indien een dergelijk budgetteringssysteem gehanteerd wordt, kunt u dan aangeven hoeveel budgethouders er zijn?

minder dan 4	1
4 tot en met 7	2
8 tot en met 11	3
12 of meer	4
niet van toepassing	5

- 13b** Kunt u aangeven hoeveel vrijheid afdelingshoofden genieten bij de besteding van het budget?

De code(s) achter het (de) antwoord(en) omcirkelen

geheel vrije besteding	1
vrijwel geheel vrij	2
ongeveer voor de helft vrij	3
vrijwel niet vrij	4
verantwoording voor iedere besteding	5
vrij tot bepaald max, nl. Fl. _____	6
niet van toepassing	7

- 14** Maakt het verplegen van patiënten onderdeel uit van het takenpakket van de instelling?

De code(s) achter het (de) antwoord(en) omcirkelen

ja	1
nee	2

- 15** Indien de voorgaande vraag bevestigend beantwoord is, van welk(e) verpleegsyste(e)m(en) maakt de instelling dan gebruik? (zie toelichting voor genoemde systemen)
Meerdere antwoorden mogelijk. De code(s) achter het (de) antwoord(en) omcirkelen.

functionele verpleging	1
teamverpleging	2
primary nursing	3
methodisch werksysteem	4

- 16 Kent de instelling een georganiseerde vorm van werknemersoverleg/-inspraak? (zie toelichting)**
Ondernemingsraad	1
Participatieve besluitvorming	2
Andere vorm, nl.:	3
Nee	4
- 17 Zijn patiënten c.q. cliënten of andere niet-professioneel betrokkenen in het bestuur van de instelling vertegenwoordigd? De code(s) achter het (de) antwoord(en) omcirkelen**
alleen patiënten	1
alleen niet rechtstreeks betrokkenen	2
beide groepen	3
niet van toepassing	4
- 18 Bestaat naast een eventuele vertegenwoordiging in het bestuur nog een andere weg waarlangs niet-professionele leden uit de samenleving bij de instelling betrokken zijn? De code(s) achter het (de) antwoord(en) omcirkelen.**
Kontaktraad	1
Instellingsraad	2
Adviescommissie	3
Wijkraad, buurtbewonerscommissie	4
Anders, nl.	5
Niet van toepassing	6
- 19 Op welke wijze zijn de patiënten/cliënten van uw instelling georganiseerd?**
<i>In patiënten/cliëntenoverleg/bewonerscommissie</i>	1
In belangenbehartigingsvereniging	2
Op andere wijze, nl.	3
Niet van toepassing	4
- 20 Hoe vaak vindt overleg tussen de instelling en de georganiseerde patiënten/cliënten plaats?**
Wekelijks	1
Twee maal per maand	2
Maandelijks	3
Drie-maandelijks	4
Half-jaarlijks	5
Jaarlijks	6
Minder dan jaarlijks	7
Niet van toepassing	8

III PERSONEEL

21 Totale omvang van het personeel per 31 december 19.... naar omvang dagtaak, totaal in full-time equivalent (f.t.e.) en niet in loondienst (zowel abs. aantal als in f.t.e.).
(Zie Toelichting voor omschrijving personeelsrubrieken)

	Aantal met volle dag- taak	aantal met ge- deeltelijke taak	totaal aantal in f.t.e.	niet in loondienst abs. fte
directie				
medisch:				
geriater				
(verpleeg-)huisarts				
overige specialisten				
para-medisch pers.				
direct uitvoerend:				
verplegend pers.				
verzorgend pers.				
ondersteunend:				
huishoudelijk				
keuken				
technisch				
agrarisch				
administratie				
staf (niet med.)				
overig personeel:				
in opleiding				
stagiaires				
overig (zelf invullen)				
nl. a:.....				
b:.....				
c:.....				
Totaal				

22 Uitvoerend personeel in loondienst per 31 december 19... naar omvang dagtaak, totaal aantal en gemiddelde salarislast per 1 f.t.e., uitgesplitst naar opleiding (gediplomeerd: dp; in opleiding: i.o.)
(Zie Toelichting)

	aantal met volle dag- taak	aantal met ge- deeltelijke dagtaak	totaal aantal in f.t.e.	gem.salaris- last per 1 f.t.e.
bejaardenverzorgend				
dp				
io				
bejaardenhulpen				
dp				
io				
verzorgingsassist				
dp				
io				
alpha-hulpen				
dp				
io				
verpleegkundigen A				
dp				
io				
verpleegkundigen B				
dp				
io				
verpleegkundigen Z				
dp				
io				
verpleegkundigen W				
dp				
io				
verpleegkundigen				
dp				
io				
ziekenverzorgenden				
dp				
io				
zwakzinnigen-zorg assistenten				
dp				
io				
opvoedkundigen				
dp				
io				
fysiotherapeuten				
dp				
io				
bezigheids- en crea- tieve therapeuten				
dp				
io				
geestelijke verzorg.				
dp				
io				
maatsch. werk(st)er				
dp				
io				
Subtotaal				

	aantal met volle dag- taak	aantal met ge- deeltelijke dagtaak	totaal aantal in f.t.e.	gem.salaris- lant per 1 f.t.e.
Subtotaal vorige pag.				
para-medisch personeel				
dp				
io				
overig verplegend pers.				
dp				
io				
overig verzorgend pers.				
dp				
io				
Totaal				

23 In onderstaande tabel wordt gevraagd om het uitvoerend personeel (in totaal beschikbare f.t.e.'s uit kolom 3 van vraag 19) uit te splitsen naar de activiteiten die zij verrichten. Indien noodzakelijk kan volstaan worden met een schatting van deze verdeling. In de Toelichting wordt uitgelegd welke tien groepen van activiteiten onderscheiden worden en wat hieronder verstaan wordt.

	Totaal f.t.e. (kol. 3 van 19)	1	waarvan t.b.v. functie in %									
			2	3	4	5	6	7	8	9	10	
bej. verzorgenden		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
bej. hulpen		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
verz. assistenten		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ziekenverz.		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
alphahulpen		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
verpleegkundigen A		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
verpleegkundigen B		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
verpleegkundigen Z		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
verpleegkundigen		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
zwakzinn.-zorg ass.		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
opvoedkundigen		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
fysiotherapeuten		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
b & o therapeuten		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
geestelijke verz.		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
maatsch. werker		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
param. personeel		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
overig verplegend		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
overig verzorgend		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Totaal		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

24 Worden er in uw organisatie vrijwilligers ingeschakeld bij activiteiten ten behoeve van patiënten of cliënten:

ja
nee

1
2

25 Alleen bij positieve beantwoording van voorgaande vraag wordt u verzocht onderstaande vragen in te vullen.
(Zie Toelichting bij vraag 23 voor functie-omschrijvingen)

Aantal vrijwilligers per 1 jan 19... :
Aantal vertrokken vrijwilligers in jaar :
Aantal bijgekomen vrijwilligers in jaar :
Aantal vrijwilligers per 31 dec 19... :
Totaal aantal f.t.e. per 31 dec 19... :

waarvan (in % van totaal f.t.e. per 31 dec 19...) ten behoeve van

functie	1	:	.....
functie	2	:	.....
functie	3	:	.....
functie	4	:	.....
functie	5	:	.....
functie	6	:	.....
functie	7	:	.....
functie	8	:	.....
functie	9	:	.....
functie	10	:	.....

IV CAPACITEIT

In dit deel van de enquête worden vragen gesteld over de faciliteiten die bij uw instelling voorhanden zijn en het aantal patiënten cq. cliënten dat daarvan gebruik maakt (kan maken). Voorts wordt gevraagd naar enkele kenmerken van de cliënt- of patiëntpopulatie die van uw instelling gebruik maakt.

26 Aantal bedden (Zie Toelichting):

bedden voor verzorgden	:	.....
erkend door AWBZ	:	.....
beschikbaar aantal bedden	:	.....
feitelijk aantal bezette bedden (gemiddeld)	:	.....
bedden voor personeel en logeerbedden	:	.....
niet van toepassing	:	.....

27 Beschikt de instelling over de volgende faciliteiten, en zo ja wat is de behandelingscapaciteit
(Zie Toelichting voor omschrijving van aantal faciliteiten)

Faciliteit	ja	nee	aantal	aantal patiënten per dag	
				capaciteit	gemiddeld
Polikliniek	1	2	...	.....	.....
Eerste hulppost	1	2	...	.....	.....
Fysiotherapie/revalid.	1	2	...	.....	.....
Wetzaal (uitsluitend zo)	1	2	...	.....	.....
Recreatiezaal	1	2	...	.....	.....
Kamers voor verzorgden					
eenpersoons kamers	1	2	...	.....	.....
tweepersoons "	1	2	...	.....	.....
driepersoons "	1	2	...	.....	.....
vierpersoons "	1	2	...	.....	.....
vijfpersoons of meer	1	2	...	.....	.....
Kamers voor verpleegden					
eenpersoons kamers	1	2	...	.....	.....
tweepersoons "	1	2	...	.....	.....
driepersoons "	1	2	...	.....	.....
vierpersoons "	1	2	...	.....	.....
vijf of meer personen	1	2	...	.....	.....
Aanleunwoningen/paviljoen					
een-kamer units	1	2	...	.....	.....
twee-kamer units	1	2	...	.....	.....
drie-kamer units	1	2	...	.....	.....
meer-kamer units	1	2	...	.....	.....
Warme-maaltijdvoorziening					
intern op zaal	1	2	...	.....	.....
intern op kamer	1	2	...	.....	.....
intern op zaal of kamer	1	2	...	.....	.....
extern	1	2	...	.....	.....
Psychiatrische dagbehand.	1	2	...	.....	.....
Geriatrische dagbehand.	1	2	...	.....	.....
Groepsbehandeling	1	2	...	.....	.....
Slaapwacht	1	2	...	.....	.....
Telefonische opvang of alarmering	1	2	...	.....	.....
24-uurs hulpverl./opvang	1	2	...	.....	.....
spec. apparatuur of hulpmiddelen	1	2	...	.....	.....
cursussen voor verzorgden	1	2	...	.....	.....
voorlichting	1	2	...	.....	.....

28 Zijn er vanwege de instelling speciale toelatingseisen om voor dienstverlening in aanmerking te komen ten aanzien van (meerdere antwoorden zijn mogelijk; omcirkelen):

geslacht	alleen vrouwen	1
	alleen mannen	2
	niet van toepassing	3
leeftijd	minimum leeftijd	4
	maximum leeftijd	5
	niet van toepassing	6
medisch	ter beoordeling door interne deskundige	7
	ter beoordeling door externe deskundige	8
	ter beoordeling door indicatiecommissie	9
	niet van toepassing	10
psychisch	ter beoordeling door interne deskundige	11
	ter beoordeling door externe deskundige	12
	ter beoordeling door indicatiecommissie	13
	niet van toepassing	14
sociale en maatschappelijke omstandigheden	ter beoordeling door interne deskundige	15
	ter beoordeeld door externe deskundige	16
	ter beoordeling door indicatiecommissie	17
	niet van toepassing	18
lidmaatschap van een bepaald kerkgenootschap cq. het aanhangen van een bepaalde levensbeschouwing	rooms-katholiek	19
	hervormd	20
	gereformeerd	21
	humanistisch	22
	overig, nl.:	23
	niet van toepassing	24
woonomgeving binnen het werkgebied van de instelling dan wel het hebben van familie binnen dat werkgebied	wel van toepassing	25
	niet van toepassing	26
andere statutaire voorwaarden		27
geen toelatingseisen		28

29 Totaal aantal ingeschreven patiënten cq. cliënten per 1 januari 19... naar leeftijdscategorie en geslacht:

	mannen	vrouwen
jonger dan 55 jaar		
55 tot en met 59 jaar		
60 " " " 64 "		
65 " " " 69 "		
70 " " " 74 "		
75 " " " 79 "		
80 " " " 84 "		
85 " " " 89 "		
90 jaar of ouder		
Totaal		

30 Aantal nieuw ingeschreven patiënten cq. cliënten gedurende het jaar 19... per leeftijdscategorie en geslacht:

	mannen	vrouwen
jonger dan 55 jaar		
55 tot en met 59 jaar		
60 " " " 64 "		
65 " " " 69 "		
70 " " " 74 "		
75 " " " 79 "		
80 " " " 84 "		
85 " " " 89 "		
90 jaar of ouder		
Totaal		

31 Aantal uitgeschreven patiënten cq. cliënten gedurende het jaar 19... per leeftijdscategorie en geslacht:

	mannen	vrouwen
jonger dan 55 jaar		
55 tot en met 59 jaar		
60 " " " 64 "		
65 " " " 69 "		
70 " " " 74 "		
75 " " " 79 "		
80 " " " 84 "		
85 " " " 89 "		
90 jaar of ouder		
Totaal		

32 Totaal aantal ingeschreven patiënten cq. cliënten per 31 december 19... per leeftijdscategorie en geslacht:

	mannen	vrouwen
jonger dan 55 jaar		
55 tot en met 59 jaar		
60 " " " 64 "		
65 " " " 69 "		
70 " " " 74 "		
75 " " " 79 "		
80 " " " 84 "		
85 " " " 89 "		
90 jaar of ouder		
Totaal		

33 Dienstverlening aan alle patiënten cq. cliënten volgens een aantal maatstaven naar leeftijd en geslacht van de patiënten cq. cliënten (Gaarne schatting indien niet precies bekend):

a) totaal aantal uren dienstverlening voor alle patiënten cq. cliënten in 19...:

	mannen	vrouwen
jonger dan 55 jaar		
55 tot en met 59 jaar		
60 " " " 64 "		
65 " " " 69 "		
70 " " " 74 "		
75 " " " 79 "		
80 " " " 84 "		
85 " " " 89 "		
90 jaar of ouder		
Totaal		

b) totaal aantal contacten met alle patiënten cq. cliënten in 19...:

	mannen	vrouwen
jonger dan 55 jaar		
55 tot en met 59 jaar		
60 " " " 64 "		
65 " " " 69 "		
70 " " " 74 "		
75 " " " 79 "		
80 " " " 84 "		
85 " " " 89 "		
90 jaar of ouder		
Totaal		

34 Kunt u aangeven hoeveel van de in 19... nieuw ingeschreven patiënten/cliënten vóór inschrijving de hieronder genoemde omgevingen als verblijfplaats hadden?

Eigen omgeving (eigen woning, inwonend bij familie e.d.)	.....
waarvan zonder hulp	.....
waarvan met wijkverpleging	.....
waarvan met gezinszorg	.....
waarvan met wijkverpleging én gezinszorg	.....
waarvan met dagopvang, gecoörd. ouderenwerk	.....
waarvan met gebruik ambulante g.g.z.	.....
waarvan verder niets bekend	.....
Aanleunwoning	.....
Bejaardenoord of niet-erkend verpleeghuis	.....
Ziekenhuis	.....
Erkend verpleeghuis of verpleegafdeling	.....
somatisch	.....
psycho-geriatrisch	.....
onbekend	.....
Psychiatrische inrichting	.....
Revalidatie-inrichting	.....
Onbekend	.....
Overig (nl.:.....)	.....
Totaal	.....

35 Aantal nieuw ingeschreven patiënten/cliënten waarbij de onderstaande personen/instanties in 19... het initiatief tot opname/inschrijving namen:

Geestelijke verzorging	.....
Soc. cult./opbouwwerk	.....
Algemeen Maatschappelijk Werk	.....
Gezinsverzorging	.....
Tel. hulpdienst	.....
Bejaardenoord of niet-erkend verpleeghuis	.....
gecoördineerd of open ouderenwerk	.....
Wijkverpleging	.....
Huisarts	.....
Medisch specialist	.....
Polikliniek Algemeen Ziekenhuis	.....
RIAGG	.....
Psychiater (zelfstandig of in ziekenh.)	.....
PAAZ	.....
psychiatrisch ziekenhuis	.....
erkend verpleeghuis	.....
zwakzinnigeninrichting	.....
semi-murale instelling GGZ	.....
dagziekenhuis	.....
crisiscentrum	.....
polikliniek psychiatrisch ziekenhuis	.....
volledig eigen initiatief	.....
familie, vrienden, bureu	.....
onbekend	.....
Totaal	.....

36 De in 19... uit de instelling vertrokken/uitgeschreven personen naar bestemming of overlijden:

Eigen omgeving (eigen woning, inwonend bij familie e.d.)	.....
waarvan zonder hulp	.....
waarvan met wijkverpleging	.....
waarvan met gezinszorg	.....
waarvan met wijkverpleging én gezinszorg	.....
waarvan met dagopvang, gecoör. ouderenwerk	.....
waarvan met gebruik ambulante g.g.z.	.....
waarvan verder niets bekend	.....
Aanleunwoning	.....
Bejaardenoord of niet erkend verpleeghuis	.....
Ziekenhuis (blijvend)	.....
Erkend verpleeghuis of verpleegafdeling	.....
somatisch	.....
psycho-geriatrisch	.....
onbekend	.....
Psychiatrische inrichting	.....
Revalidatie-inrichting	.....
Onbekend	.....
Overleden	.....
Overig (nl.: .....)	.....
Totaal	.....

V KOSTEN

Invullen in hele guldens (afgerond indien nodig)

37 Personeelskosten naar omvang van de dagtaak

	volledige dagtaak	gedeelt. dagtaak	totaal
lonen en salarissen	f	f	f
sociale lasten	f	f	f
pensioensbijdragen	f	f	f
overige pers.kosten	f	f	f
totaal	f	f	f

38 Huisvesting

huur en leasing	f
onderhoud	f
energie	f
overige huisvestingskosten	f

39 Levensonderhoud

voeding verzorgden	f
voeding personeel	f
overig	f

40 Kapitaalkosten (voor zover op lopende rekening)

investeringen	f
afschrijvingen	f
interest	f
 Totaal	 f

41 Hulpmiddelen

geneesmiddelen	f
kunstmiddelen	f
hulpmiddelen	f
overig	f
 Totaal	 f

42 Overige kosten (voor zover geen personeelskosten)

administratie	f
onderzoek	f
vervoer	f
opleiding en bijscholing personeel	f
huishoudelijk	f
bewaking	f
vrijwilligers: opleiding	f
vrijwilligers: overige kosten	f
overige niet genoemde kosten	f
(nl.:)	
 Totaal	 f

43 Kostenverbijzondering

Indien naast de traditionele jaarrekening een of ander functioneel rekeningsschema gehanteerd wordt door de instelling, wordt u vriendelijk verzocht hiervan een afschrift/copie toe te voegen aan dit enqueteformulier.

Onderstaande vragen dienen ter bepaling van de aard van het door uw instelling gehanteerde functionele rekeningsschema.

Hoe zijn de kosten verbijzonderd?

Kosten toegedeeld naar afdeling	1
Kosten toegedeeld naar patiëntengroepen	2
Kosten toegedeeld naar type zorgverlening	3
Kosten op andere manier toegedeeld	4
nl.:	
Niet van toepassing	5

VI FINANCIERING

Invullen in hele guldens (afgerond indien nodig)

44 Financiering naar betalende instantie

overheid: rijk	f
overheid: provincie	f
overheid: gemeente	f
ziekenfondsen	f
IZA/IZR	f
particuliere verzekeraars	f
AWBZ	f
AAW	f
eigen bijdrage/retributies	f
andere gezondheidszorg instellingen	f
bedrijven buiten gezondheidszorg	f
overig (nl.:	f
Totaal	f

45 Baten van een aantal activiteiten

verpleging en verzorging	f
medische-spec. hulp afz. in rek.	f
diagn. verrichtingen afz. in rek.	f
therap. verrichtingen afz. in rek.	f
genees-, kunst- en hulpmiddelen	f
levensonderhoud	f
huur en pension	f
voorzichting	f
cursussen	f
kantine e.d.	f
overig (nl.:	f
Totaal	f

Bijlage 3. Berekening van de kosten van indicatie-stelling

De totale kosten per uitgebracht advies zijn globaal te benaderen op basis van enkele aannames voor personeels- en overige kosten. Zoals in paragraaf 3.2. is uiteengezet, bestaat de indicatiecommissie uit twee maatschappelijk werkenden (á f 55.000,- per jaar), een secretaris (0,8 fte á f 50.000,-) en een arts (geschat op 0,1 fte á f 10.000,-). De totale personeelslasten bedragen dan bij benadering f 170.000,- op jaarbasis, waarbij nog eens ongeveer f 10.000,- bureaunkosten komen (schatting door de - voormalige - secretaris van de indicatiecommissie). De indicatiecommissie bracht in 1988 in totaal 587 adviezen uit voor opname in een bejaardenoord, aansluiting op alarmsysteem en tijdelijk wonen in een bejaardenoord. Omdat de verschillende soorten adviezen niet even tijdsintensief zijn, worden voor de berekening van de kosten per advies verschillende gewichten toegekend aan een opname-advies (in totaal 358 maal; gewicht = 1), een alarmeringsadvies (in totaal 144 maal; gewicht = 0,6) en een advies voor tijdelijk wonen (85 maal; gewicht = 0,9). Met de voorgaande assumpties wordt een 'kostprijs' per uitgebracht advies berekend van ongeveer f 350,-.

Bijlage 4. Ruwe tellingen uit de peilingen van individuele meerzorg

Individuele meerzorghandelingen	normtijd in min.	aantal bewoners		
		lekenoorden	cat.oorden	totaal
1. Hulp nodig bij eten en drinken				
a. nooit	0	446	97	543
b. een beetje hulp	10	237	58	295
c. gedeeltelijk bij een maaltijd	30	130	8	138
d. volledig bij elke maaltijd	45	124	-	124
2. Hulp bij lopen, zitten en/of opstaan				
a. nooit	0	513	79	592
b. regelmatig een beetje	5,5	220	56	276
c. volledige hulp	14,5	204	28	232
3. Hulp bij aan- en/of uitkleden				
a. nooit	0	441	98	539
b. enige hulp bij aan- of uitkleden	2,5	85	1	86
c. enige hulp bij beide	5	268	32	300
d. volledige hulp bij beide	10	143	32	175
4. Hulp op toezicht bij toilet gaan				
a. nooit	0	629	103	732
b. regelmatig een beetje	8,5	141	41	182
c. volledig hulp bij elke gang	19,5	167	19	186
5. Hulp i.v.m. incontinentie urine/faeces				
a. nooit	0	582	125	707
b. regelmatig	8,5	190	26	216
c. dagelijks of catheter	28,5	165	12	177
6. Behandeling/voorkoming decubitus				
a. nooit	0	772	146	918
b. behandeling ter voorkoming	15	131	14	145
c. behandeling aanwezige decubitus	60	34	3	37
7. Heeft extra aandacht van personeel nodig				
a. nooit	0	113	93	206
b. niet dagelijks	3	272	28	300
c. dagelijkse extra aandacht	10	240	22	262
d. dagelijkse veel extra aandacht	20	312	20	332
8. Hulp bij verpleegkundige handelingen:				
a. druppelen ogen en/of neus	2	102	15	117
b. druppelen ogen en/of oren	2	8	1	9
c. zwerftelen	4,5	69	9	78
d. aanbrengen hulpmiddelen	4,5	170	19	189
e. verbinden eenvoudige verwondingen	4,5	88	8	96
f. injecties geven	6	47	9	56
g. lichaamsdelen wrijven/in smeren	6	314	29	343
h. klisma geven (incl. microlax)	6	27	1	28
i. urine/bloedcontrole	1	56	7	63
j. blaasspoelen	6	10	1	11
k. tensie/temperatuur/wegen	2	105	2	107
l. O.P./A.P. verzorgen	8	13	1	14
m. overige handelingen	-	33	67	100
Totaal aantal bewoners*		937	163	1100

* (excl. mensen die elders verblijven door bv. opname in ziekenhuis)

Bijlage 5. Ruwe scores bij Beoordeling Psycho-sociale problematiek in verzorgingstehuizen*

no. vraag uit BPS-lijst	nooit	zelden	soms	zeer vaak	vaak
1. Is gekritiseerd en mopperig	280/ 84	101/11	256/40	166/20	129/ 8
2. Is in zichzelf gekeerd	347/ 95	67/14	152/25	214/20	152/ 9
3. Is ontevreden over de verzorging	477/ 91	120/18	187/34	89/15	59/ 5
4. Verzet zich als iets gevraagd wordt	537/119	88/17	113/ 9	101/10	93/ 8
5. Is onsaamhangend als hij/sij praat	562/122	65/10	92/13	91/13	122/ 5
6. Werkt niet mee/niet bereid samen te werken	550/114	83/16	118/14	85/11	96/ 8
7. Negeert wat om hem heen gebeurt	559/118	88/12	90/15	71/10	124/ 8
8. Kan in huis de weg niet vinden	678/122	46/ 8	43/15	45/10	120/ 8
9. Geeft anderen de schuld van moeilijkheden	574/126	68/ 8	119/17	94/ 8	77/ 4
10. Jammert en klaagt	338/ 92	102/21	202/21	137/21	153/ 8
11. Is neerslachtig of gedeprimeerd	283/ 99	104/10	224/34	179/12	142/ 8
12. Is nergens in geïnteresseerd	541/116	85/12	93/16	92/ 9	121/10
13. Is wantrouwend en achterdochtig	480/ 99	82/15	155/31	102/11	113/ 7
14. Moet in de gaten gehouden worden	625/130	41/ 1	44/11	72/12	150/ 9
15. Ziet er slordig uit	642/113	61/15	105/12	58/19	66/ 4
16. Dwaalt van onderwerp af bij praten	553/121	62/ 9	112/14	86/13	119/ 6
17. Heeft moeite te onthouden	451/108	78/14	96/14	98/16	209/11
18. Is snel overstuur als kleine dingen fout	305/ 79	80/18	164/30	161/24	222/12
19. Begrijpt niet wat je duidelijk wilt maken	528/119	74/ 5	140/20	66/ 8	124/11
20. Is veeleisend	468/ 80	81/18	126/30	114/19	143/16
21. Is verward	559/118	63/ 9	120/16	59/12	131/ 8
22. Heeft moeite met beslissingen nemen	470/ 96	90/18	142/22	95/15	135/12
23. Zit overdag te suffen	523/117	72/ 8	127/21	111/ 9	99/ 8
24. Is 's nachts onrustig	682/122	82/11	68/13	43/12	57/ 5
25. Is dingen kwijt	580/120	87/12	97/13	64/10	104/ 8
26. Moet aangemoedigd worden tot act.deelname	406/ 93	47/ 9	83/20	118/12	278/29
27. Trekt zich terug op kamer	309/ 90	50/12	122/22	151/14	300/25
28. Is eenzaam	372/108	59/13	135/19	136/17	230/ 6
29. Heeft weinig interesse in omgeving	516/109	65/15	100/15	88/12	163/12
30. Dwaalt (doelloos) door het huis	761/140	32/ 6	42/ 7	22/ 5	75/ 5
31. Maakt seksueel getinte gebaren/opmerkingen	849/150	18/ 6	42/ 5	12/ 1	11/ 1
32. Laat merken eind aan leven te willen maken	786/152	40/ 3	64/ 5	26/ 2	16/ 1
33. Is agressief t.o.p. van anderen (in daden)	804/152	27/ 1	52/ 5	26/ 2	16/ 3
34. Uit zich door schelden, vloeken etc.	653/132	54/ 6	103/14	69/ 4	53/ 7
35. Tekenen overmatig gebruik alcohol/medic.	842/157	26/ 3	29/ 2	14/ 1	21/ -
36. Contactfuncties					
- horen (met gehoorapparaat)	659/120	101/25	128/14	41/ 4	13/ -
- zien (met bril)	603/ 95	144/20	123/11	42/23	20/11
- spreken	796/150	53/ 9	37/ 3	28/ -	18/ -

* Links de lekenoorden/rechts de bijzondere oorden voor kloosterlingen en blinden/slechtzienden

Bijlage 6. Correlatie-matrix tussen de verschillende (I)ADL-items

	DWEILEN	WASDOEN	TRAPPEN	INKOPEN	KOKEN	ADMIN	BEDMAAK	STOFFEN	ZELFWAS
DWEILEN	1.0000								
WASDOEN	.3658	1.0000							
TRAPPEN	.3815	.2504	1.0000						
INKOPEN	.4018	.3496	.5041	1.0000					
KOKEN	.2194	.4569	.2868	.3471	1.0000				
ADMIN	.2417	.2937	.3018	.4329	.3557	1.0000			
BEDMAAK	.3368	.3992	.4510	.5181	.4812	.3660	1.0000		
STOFFEN	.3578	.4314	.3978	.4839	.5056	.3511	.5782	1.0000	
ZELFWAS	.3104	.3766	.5123	.5415	.5004	.4324	.5692	.5628	1.0000
BEDSTAP	.2548	.2908	.5109	.4498	.3924	.3429	.4729	.4619	.7074
KLEDEN	.2516	.3307	.4764	.4811	.4674	.3912	.5540	.5429	.7796
LOPEN	.2642	.3171	.5431	.4814	.4524	.3797	.4971	.5420	.6324
LEZEN	.1635	.2294	.2926	.3114	.3389	.3695	.3228	.3379	.4045
TOILET	.2043	.2690	.3710	.3998	.4110	.3701	.4892	.4952	.6029
STOKEN	.1750	.2445	.2731	.3415	.4132	.4023	.4319	.4330	.4647
BROOD	.1788	.2628	.2813	.3652	.4630	.4073	.4874	.4983	.4958
ETEN	.1373	.1821	.2568	.2460	.3216	.3104	.3354	.3363	.3903

	BEDSTAP	KLEDEN	LOPEN	LEZEN	TOILET	STOKEN	BROOD	ETEN
BEDSTAP	1.0000							
KLEDEN	.7529	1.0000						
LOPEN	.6469	.6569	1.0000					
LEZEN	.3587	.4350	.4134	1.0000				
TOILET	.6357	.7087	.6251	.4378	1.0000			
STOKEN	.4258	.5072	.4324	.4656	.6211	1.0000		
BROOD	.4653	.5659	.4580	.4542	.6464	.7397	1.0000	
ETEN	.4242	.4471	.4507	.4269	.5892	.5484	.5561	1.0000

Curriculum Vitae

Robbert Huijsman werd op 26 januari 1962 in Rotterdam geboren. Hij bezocht van 1974 tot 1980 het Gymnasium Erasmianum te Rotterdam, waar in juni 1980 het eindexamen Gymnasium Beta behaald werd. Van 1980 tot 1986 studeerde hij aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, eerst in de studierichting econometrie, doch vanaf 1981 in de algemene en macro-economie. Naast verschillende functies bij de studentenvereniging SSR vervulde hij tijdens de laatste twee jaar van zijn studie de functie van student-assistent bij prof.dr.ir. J.M.M. Ritzen, in die tijd hoogleraar in de Economie van de Publieke Sector, en deed in dat kader binnen het project 'Menselijk kapitaal en conjunctuurbewegingen' onderzoek naar de invloed van onderwijs op de economische groei.

Sinds mei 1986 werkte hij, als toegevoegd onderzoeker bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg, in belangrijke mate aan het in dit proefschrift beschreven onderzoek. Daarnaast leverde hij een bescheiden bijdrage aan het onderwijs en fungeerde sinds januari 1988 tevens als projectcoördinator ten behoeve van de evaluatie van het door het ministerie van WVC geëntameerde demonstratie-project Totaal Ouderenbeleid Venlo. In november 1989 organiseerden prof.dr. F.F.H. Rutten en hij het congres 'Economie van de Ouderenzorg', ter gelegenheid waarvan tevens een boek werd uitgegeven met dezelfde titel. Buiten zijn werkkring vervulde hij enkele adviseursfuncties bij organisaties in en buiten de ouderenzorg en bij de uitgeverij VUGA.

Vanaf 1 december 1990 is Robbert Huijsman verbonden aan het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Daar zal hij de komende vijf jaar, met steun van het ministerie van WVC, het onderzoeksprogramma 'Economische aspecten van de ouderenzorg' tot ontwikkeling gaan brengen.