UYN(492)
K 22

M. Kastelein
P. Staats

STRUCTUUR EN FUNCTIONEREN VAN HET REGIONAAL STELSEL VAN VOORZIENINGEN VOOR OUDEREN IN 'S-GRAVENHAGE

Resultaten van een onderzoek naar het functioneren van het stelsel van voorzieningen voor ouderen

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSTAMBOEKNUMMER
6379/000

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO
Leiden
november 1989

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC LEIDEN

Telefoon: 071-17 88 88

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 26,50 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 89106.

© 1989 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 89106

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

		blz.
1.	INLEIDING EN VERANTWOORDING	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Het Age Care Research Europe programma	1
1.3	De opzet van deze rapportage	2
2.	DOELSTELLING, VRAAGSTELLING EN GLOBALE OPZET	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Doelstelling	3
2.3	Vraagstelling in het onderzoek	4
2.4	Globale opzet van het onderzoek als geheel	5
3.	HET ONDERZOEKSMODEL	7
3.1	Inleiding	7
3.2	Bestaande verklaringsmodellen	7
3.3	Een geïntegreerd model	9
3.4	Structurele condities op regioniveau	9
4.	OPERATIONALISERING EN METHODEN	12
4.1	Inleiding	12
4.2	Indicatoren voor de vraag	12
4.3	Het aanbod van informele zorg	13
4.4	Het aanbod van zorgvoorzieningen	14
4.5	Verwacht en feitelijk gebruik van voorzieningen	14
4.6	Patiëntenstromen tussen voorzieningen	15
5.	BEVOLKINGSKENMERKEN 'S-GRAVENHAGE	17
5.1	Leeftijdsopbouw en samenstelling ouderenpopulatie	17
5.2	Sexe-ratio	19
5.3	Burgerlijke staat en huiselijke situatie	20
5.4	Indicatoren voor de gezondheidstoestand	21
5.5	Sociaal-economische indicatoren	21
5.6	Overige demografisch structurele aspecten	23
5.7	Conclusies ten aanzien van de bevolking	24

blz.

6. REGIONAAL AANBOD VAN VOORZIENINGEN 26

6.1 Inleiding 26
6.2 De thuiszorg voor ouderen 26

6.2.1 Mantelzorg 26
6.2.2 Woonvoorzieningen 27
6.2.3 Flankerend beleid 28

6.3 Zorgvoorzieningen voor ouderen 28

6.3.1 Gezinsverzorging 28
6.3.2 Wijkverpleging 29
6.3.3 Huisartsen 30
6.3.4 Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg voor ouderen 30

6.4 Beschikbare capaciteit in de intramurale zorg 31

6.4.1 Verzorgingstehuizen 31
6.4.2 Algemene ziekenhuizen 32
6.4.3 Psychiatrische ziekenhuizen 33
6.4.4 Aanbod van Somatische Verpleeghuizen 33
6.4.5 Aanbod van Psychogeriatrische verpleeghuizen 34

6.5 Samenvatting van het aanbod van voorzieningen per regio 35
6.6 Verwachte effecten van regionale aanbodkenmerken 35

7. VERWACHT EN FEITELIJKE GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN 37

7.1 Inleiding 37
7.2 Gebruik van extramurale zorg 38

7.2.1 De Gezinsverzorging 38
7.2.2 De wijkverpleging 39
7.2.3 De overige vormen van extramurale zorg 40
7.2.4 Sociaal Psychogeriatrische Dienst 40

7.3 Intramurale zorg voor ouderen 41

7.3.1 Gebruik van verzorgingstehuizen 41
7.3.2 Algemene ziekenhuizen 44
7.3.3 Psychiatrische ziekenhuizen 46
7.3.4 Somatische Verpleeghuizen 46
7.3.5 Psychogeriatrische verpleeghuizen 48

7.4 Samenvatting 50

blz.

8. PATIËNTENSTROMEN 52

8.1 Inleiding 52
8.2 Herkomst en bestemming van ouderen in algemene ziekenhuizen 52
8.3 Herkomst en bestemming van ouderen in verzorgingstehuizen 53
8.4 Herkomst en bestemming van patiënten in somatische verpleeghuizen 55
8.5 Herkomst en bestemming van SPGD-cliënten 57
8.6 Herkomst en bestemming in psychogeriatrische verpleeghuizen 59
8.7 Samenvatting 62

9. SAMENVATTING EN CONCLUSIES 63

9.1 Inleiding 63
9.2 Regionaal vraagprofiel 63
9.3 Gestandaardiseerd regionaal aanbodprofiel 64
9.4 Regionaal zorgconsumptieprofiel 68
9.5 Verwachte effecten van regiokenmerken op de besluitvorming 70

LITERATUUR 73

1. INLEIDING EN VERANTWOORDING

1.1 Inleiding

Onderhavig rapport vormt het resultaat van een onderzoek naar de structuur en het functioneren van voorzieningen voor ouderen in 's-Gravenhage. Samen met een tweede onderzoeksverslag over een onderzoek naar de besluitvorming over zorgverlening in de dagelijkse praktijk vormt het de onderzoeksmatige onderbouwing van het eindrapport. Een vergelijkbare studie met betrekking tot de ouderenzorg in Oost-Friesland is gedaan door de Rijksuniversiteit Groningen (Gerritsen & Van den Heuvel, 1988). Te zamen vormen de vier rapporten de neerslag van een onderzoek naar het dagelijks functioneren van voorzieningen voor ouderen dat door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG/TNO), in samenwerking met de vakgroep Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit van Groningen, werd verricht in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Het onderzoek vond plaats in het kader van een programma gericht op internationale vergelijking tussen negen EEG-landen en werd in Nederland uitgevoerd van 1986 tot 1988.
Het eindrapport vormt een afzonderlijke publicatie, waarin de theoretische achtergronden, de belangrijkste resultaten, de conclusies en een aantal hieruit voortvloeiende aanbevelingen worden weergegeven. Dit rapport beperkt zich tot de onderzoeksmatige uitwerking van de beschrijving van een aantal structuurkenmerken van de ouderenzorg in 's-Gravenhage. Elk van de rapporten is zodanig opgebouwd dat het onafhankelijk van de andere rapporten kan worden gelezen.

1.2 Het Age Care Research Europe programma

Het onderzoek naar 'het dagelijks functioneren van voorzieningen voor ouderen' vond plaats in het kader van het zogenaamde Age Care Research Europe (ACRE) programma. Dit programma betreft een drietal deelprojecten die worden uitgevoerd in een negental EEG-landen als 'concerted action'(COMAC-HSR, 1984). Het programma werd ontworpen door Prof. R. Illsley (Bath, UK) en Dr. R. van Zonneveld (Nederland). De internationale coördinatie van de uitvoering vindt plaats door Prof. R. Illsley, bijgestaan door een project-management groep met vertegenwoordigers uit elk deelnemend land. Coördinator voor het Nederlandse deel was Dr. A. Dijkstra, waarnemend directeur van het NIPG/TNO. Het programma als geheel heeft tot doel om materiaal bijeen te brengen voor een internationale vergelijking van de zorg voor ouderen in negen EEG-landen.
Het eerste ACRE-deelproject betreft een onderzoek naar de gezondheid en het welbevinden en het contact met het voorzieningenstelsel van ouderen in elk

deelnemend land door middel van een bevolkingssurvey. Dit project wordt niet uitgevoerd in Nederland.
Het tweede ACRE-deelproject, 'Pathways and blockages in care for the elderly', richt zich op het dagelijks functioneren van zorgvoorzieningen voor ouderen in de praktijk. Dit onderzoek vindt plaats door middel van een case-studie benadering. Deze beide deelprojecten zouden in gebieden uitgevoerd moeten worden die verschillen in urbanisatiegraad. Onderhavig onderzoek beoogt bij te dragen aan dit tweede ACRE-deelproject.
Het derde deelproject 'Policies and Services in care for the elderly', tenslotte, beoogt een beschrijving te geven van de formele structuur en het beleid ten aanzien van de ouderenzorg in elk land. Een rapportage met betrekking tot de Nederlandse 'Policies and Services' is in de zomer van 1989 afgerond (Kastelein et al., 1989).

1.3 De opzet van deze rapportage

Dit onderzoeksrapport over 's-Gravenhage geeft gedetailleerd de achtergronden en resultaten weer van structuurkenmerken van de ouderenzorg in de gemeente 's-Gravenhage. Het betreft gegevens omtrent de oudere bevolking, het aanbod van voorzieningen voor ouderen en een aantal kenmerken van het gebruik van deze voorzieningen in de gemeente 's-Gravenhage.
In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de doelstelling van het onderzoek, de hieruit afgeleide vraagstelling en de globale opzet van het project. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 een conceptueel model ontwikkeld. Dit model vormde de basis voor de onderzoeksopzet en voor beschrijving en analyse van de ouderenzorg in beide regio's.
Vervolgens wordt het model eerst verder uitgewerkt ten aanzien van structuurkenmerken op regioniveau. De regionale verhouding tussen potentiële vraag vanuit de bevolking en beschikbare capaciteit in het voorzieningenstelsel wordt beschouwd als begrenzende conditie waarbinnen beslissingen over zorgverlening plaatsvinden. Vervolgens worden de belangrijkste onderzoeksresultaten samengevat ten aanzien van bevolkingskenmerken, capaciteit van voorzieningen en gebruik van voorzieningen. Verondersteld wordt dat deze kenmerken van invloed zijn op de omstandigheden waaronder de hulpverlening opereert.
Het rapport wordt besloten met een hoofdstuk waarin conclusies worden getrokken.

2. DOELSTELLING, VRAAGSTELLING EN GLOBALE OPZET

2.1 Inleiding

Directe aanleiding voor onderhavig onderzoek was de deelname aan een onderzoeksproject in EG-verband, het zogenaamde ACRE-project. Dit onderzoek beoogt om de ouderenzorg in een negental EG-landen te vergelijken. In dit geval betreft het de uitvoering van het tweede deelproject, dat de titel draagt 'Pathways and Blockages in care provision for the elderly'. Het onderzoek richt zich op het functioneren van de zorgverlening in de dagelijkse praktijk. Vermoed wordt dat er een zekere discrepantie bestaat tussen de formele taakstellingen en criteria van zorgverlening enerzijds, en datgene wat zich in de praktijk van alledag voordoet. Dit betekent dat het onderzoek zich zou moeten richten op de feitelijke besluitvorming over toewijzing van hulp in het contact tussen ouderen en de betreffende hulpverleners.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op het doel en de vraagstelling van het onderzoek naar het dagelijks functioneren van voorzieningen voor ouderen. Vervolgens wordt ingegaan op de globale opzet van het onderzoek.

2.2 Doelstelling

In het werkprogramma van de sector Preventieve Gezondheidszorg voor Ouderen van het NIPG staat het begrip preventie centraal. Gepoogd wordt om door middel van onderzoek bij te dragen aan de kwaliteit van het leven en aan het voorkomen van onnodige afhankelijkheid van ouderen ten opzichte van voorzieningen. Uitgangspunt hierbij is, dat onafhankelijkheid van een individu te verkiezen is boven (noodgedwongen) afhankelijkheid.
Demografische ontwikkelingen laten een zekere vergrijzing en ontgroening van de bevolking zien. Aangenomen wordt dat hiermee de vraag naar zorg zal toenemen. Tegelijkertijd vindt een politiek/maatschappelijke ontwikkeling plaats, waarin de welzijns- en gezondheidszorg in toenemende mate als belastend worden gezien. De combinatie van vergrijzing en een stagnerende groei van mogelijkheden tot intensieve zorg benadrukken de wenselijkheid om onnodige afhankelijkheid te voorkomen nog eens temeer. Een goede organisatie van de zorg door voorzieningen, 'zorg op maat', kan hieraan bijdragen.
Als inhoudelijk doel van dit onderzoek wordt beoogd bij te dragen aan verbetering van omstandigheden die voor ouderen een zo onafhankelijk mogelijke handhaving in de eigen situatie op een bevredigende wijze mogelijk maken.

Het onderzoek naar het dagelijks functioneren van voorzieningen voor ouderen heeft een tweeledige functie:

- verschaffen van inzicht in de zorg voor ouderen in twee sterk verschillende regio's, als een systematisch onderbouwd 'antwoord' op de vraagstelling van het internationaal vergelijkende onderzoek, het zogenaamde ACRE-project;
- het aandragen van beleidsrelevante inhoudelijke informatie aan de rijksoverheid ten aanzien van factoren die van invloed zijn op de beslissing tot het aanvragen van plaatsing in een verzorgingstehuis of opneming in een verpleeghuis van ouderen.

Opgemerkt kan worden dat een zekere strijdigheid tussen beide doelen bestaat. Immers, met het oog op internationale vergelijking zou het accent dienen te liggen op een beschrijving van de 'gangbare situatie' en een vergelijking tussen beide onderzoeksregio's en de Nederlandse situatie. De vraag om 'beleidsrelevante informatie' daarentegen verwijst naar de wens nieuwe inzichten te verwerven. In het laatste geval is 'verklaring' van dit functioneren van groter belang.

2.3 Vraagstelling in het onderzoek

In de praktijk van onderzoek naar de zorg voor ouderen blijkt dat in sommige gevallen ouderen thuis blijven wonen, ondanks een noodzaak tot intensieve zorg. Anderzijds komt het ook voor, dat ouderen in relatief zorgintensieve voorzieningen verblijven, voor wie deze zorgintensiteit niet noodzakelijk lijkt te zijn. Aldus rijst het vermoeden dat naast de zorgbehoevendheid van de betrokken ouderen, ook andere factoren een rol spelen in de beslissing om plaatsing of opneming aan te vragen. De beschikbare capaciteit van een gegeven voorziening is bepalend voor de mate waarin aanvragen kunnen worden gehonoreerd. Tegelijk kan de beschikbaarheid van die voorziening effecten hebben voor andere voorzieningen. Immers, wanneer aanvragen voor de betreffende voorziening niet kunnen worden gehonoreerd, dan zal de vraag naar hulp in een aantal gevallen worden verlegd naar andersoortige voorzieningen. Misschien oefent de beschikbaarheid ook indirect invloed uit op de beslissing om een aanvrage te doen.
Het is dan de vraag of de omstandigheden - die blijkbaar niet uitsluitend voortvloeien uit de zorgbehoevendheid van de betrokken ouderen zelf - zodanig kunnen worden verbeterd, dat een zelfstandig bestaan gehandhaafd kan blijven.
Tenslotte, in de besluitvorming over aanmelding spelen de omstandigheden van de betrokkene, de familie en bestaande hulpverleners vermoedelijk eveneens een rol. Een nadere studie van dit besluitvormingsproces vond plaats door middel van case-studies in zorgnetwerken. De opzet, uitvoering en resultaten van dat deelonderzoek worden gepresenteerd in het tweede onderzoeksverslag.

De navolgende vraagstelling werd in de onderzoeksopzet geformuleerd:

'Hoe functioneert de zorg voor ouderen met een zekere hulpbehoevendheid in de praktijk, dat wil zeggen, wat zijn de handelingsstrategieën van hulpverleners, cliënten/patiënten en hun omgeving, met be-

hulp waarvan een oplossing wordt gezocht voor problemen die het gevolg zijn van een wankel evenwicht in gezondheid of welzijn van ouderen boven 75 jaar.'

In het licht van de doelstelling van het onderzoek valt deze vraagstelling uiteen in twee delen:.

a. Wat zijn **de omstandigheden** waaronder de hulpverlening aan zorgbehoevende ouderen en eventuele beslissingen over verandering plaatsvinden?

   N.B.: Hierbij staan regionale structuurkenmerken ten aanzien van de ouderenzorg, zoals de vraag naar zorg, mantelzorg, het hulpverleningsaanbod en het gebruik van voorzieningen in de onderzoeksregio's centraal. De gegevens van de onderzoeksregio's kunnen worden vergeleken met landelijke gegevens als referentiewaarden.

b. Hoe vindt de afweging en **besluitvorming** over verandering van zorg plaats en welke rol spelen de eerder genoemde omstandigheden in dit proces?

   N.B.: Hierbij staat een analyse van afzonderlijke besluitvormingssituaties centraal, van de betrokkenen hierbij, hun kenmerken, omstandigheden en hun rol in het beslissingsproces.

Centraal staan in dit rapport de structurele condities waaronder de besluitvorming over eventuele intensieve(re) zorg in de onderzoeksregio plaatsvinden.

Tenslotte kan worden opgemerkt dat een nadere studie van het functioneren van de zorg voor ouderen in de regio 's-Gravenhage een bijzondere relevantie heeft. Immers, gegeven het feit dat de demografische ontwikkeling in 's-Gravenhage als het ware enkele decennia 'vooruitloopt' op de verwachte landelijke demografische ontwikkelingen, zou de Haagse situatie een voorbeeldfunctie kunnen vervullen. Nadere studie zou bijvoorbeeld meer inzicht kunnen verschaffen van - in de toekomst te verwachten - ontwikkelingen, knelpunten en mogelijkheden in een verder vergrijsde landelijke situatie. Ook zou 's-Gravenhage een bijzondere proeftuin kunnen worden om experimentele vormen van ouderenzorg voor een sterk vergrijsde populatie op hun effecten te onderzoeken.

2.4 Globale opzet van het onderzoek als geheel

Het deelonderzoek naar de omstandigheden waaronder de toewijzing van zorg plaatsvindt, betreft een kwantitatieve beschrijving van structurele kenmerken. Het gaat daarbij om kenmerken van de oudere bevolking, van het voorzieningenstelsel en van het gebruik daarvan door ouderen. De betreffende gegevens worden zoveel mogelijk ontleend aan bestaande databestanden, registraties en bronnen. De beschrijving van regiokenmerken onderbouwt tevens de relevantie van de keuze van bepaalde cases die in het tweede onderzoek naar de besluitvorming in de praktijk werden gemaakt. In het Nederlandse onderzoek werd besloten om in deze case-studies de aandacht te concentreren op situaties waarin de beslissing over aanvragen van (intensievere) zorg expliciet aan de orde is. Het duidelijkst is dit het geval bij ouderen die 'op de grens verkeren' tussen thuis

blijven wonen, dan wel plaatsing of opneming in een intramurale voorziening aan te vragen.

3. HET ONDERZOEKSMODEL

3.1 Inleiding

In de beginfase van het onderzoek is geprobeerd om voor beschrijving en analyse een conceptueel model te formuleren waarin de vermoede relaties worden beschreven. In feite betreft het een poging om verschillende visies die in de literatuur worden aangetroffen te verenigen in een model. Dit model wordt hier uitgewerkt op het niveau van het regionaal voorzieningenstelsel. In het andere onderzoeksverslag wordt hetzelfde model nader uitgewerkt op het niveau van de besluitvorming rond individuele situaties. In de ontwikkeling van dit conceptuele model bleken de verschillende visies in beide onderzoeksinstituten elkaar aan te vullen.

3.2 Bestaande verklaringsmodellen

In de 'klassieke' gedachtengang wordt (simpel gesteld) verondersteld, dat een direct oorzakelijk verband bestaat tussen een 'probleem' dat leidt tot de vraag om hulp, waarop de zorgverlening antwoordt met een passend zorgaanbod, waarvan gebruik wordt gemaakt om het probleem 'op te lossen' (zie figuur 3.1).

Figuur 3.1 Verondersteld verband tussen behoeften en zorgverlening

Probleem ⟶ Zorgvraag ⟶ Zorgaanbod ⟶ Oplossing = Gebruik

Door verschillende onderzoekers werd dit oorzakelijke model als te simplistisch van de hand gewezen. De bezwaren komen voort uit de twijfel over de eenduidigheid van problemen en vraag, alsmede tussen die tussen de vraag en een 'passende' oplossing (Freidson, 1974). In de praktijk blijkt het regionale aanbod van voorzieningen in belangrijke mate het gebruik daarvan te bepalen (de zogenaamde 'supplier induced demand' hypothese: Roemer & Schain, 1956; Feltstein, 1981).
Toch verklaart een dergelijke benadering niet, waarom onder gelijke 'aanbodomstandigheden' de ene oudere wél en de andere oudere níet tot aanvrage van plaatsing of opneming besluit. Een model zal daarom naast aanbodfactoren op macro-niveau ook rekening dienen te houden met variabelen op het micro-niveau.

a. Structuurbenadering
   Op regioniveau kan het verband tussen het zorgsysteem en consumptie worden weergegeven in een structuralistisch model in figuur 3.2.

Figuur 3.2 'Framework for viewing health services utilization' (Andersen & Newman, 1973)

N.B.: Ook het ACRE-project als geheel kan worden beschreven in termen van dit model, waarbij het deelproject 1 'Population Health Survey' gericht is op het verband tussen individuele determinanten en voorzieningengebruik, het deelproject 2 de 'Pathways and Blockages Study' zich richt op het verband tussen het zorgsysteem en gebruik en deelproject 3 de 'Policies and Services Study' zich richt op de 'Societal Determinants'.

Bij het model van Andersen en Newman zijn echter enkele kanttekeningen te maken:

- het model is te abstract om zonder meer voor het doel van ons onderzoek vruchtbaar gebruikt te kunnen worden;
- in het model wordt geen aandacht geschonken aan terugkoppelingsrelaties (bijvoorbeeld het gebruik vermindert feitelijke beschikbaarheid van voorzieningen voor anderen);
- de verklaring van 'utilization of services' wordt naar onze mening te zeer toegeschreven aan 'individual determinants' van de gebruikers. Daardoor wordt niet alleen weinig inzicht verkregen in het besluitvormingsproces in de praktijk, maar wordt bovendien onvoldoende rekening gehouden met factoren die van buitenaf op gebruikers inwerken, zoals de 'zuigkracht van voorzieningen', de rol van familie en die van beroepsmatige hulpverleners.

b. Procesbenadering

In een kritiek op gangbare benaderingen in de analyse van het functioneren van het zorgsysteem (vanuit het gezondheidsperspectief en vanuit het zorgsysteemperspectief) bepleit Rosenberg (1988) aanvulling door een benadering alsof het gaat om 'politieke besluitvorming' in een 'partijenmodel' (Rosenberg, 1988: pp. 179-86). Op individueel niveau betreft het de interactie tussen het individu, diens gezin en hulpverlener. Het besluitvormingsproces vindt plaats onder condities op het meso-niveau (respectievelijk het familieverband en hulpverleningsinstellingen), welke op zich weer bepaald worden door condities op het macro-niveau.

3.3 Een geïntegreerd model

Wanneer de besluitvorming over zorgverlening opgevat wordt als een proces op micro-niveau, dat zich afspeelt binnen de condities van een meer of minder problematische omgeving op regioniveau, lijken de hiervoor kort omschreven benaderingen elkaar goed aan te vullen.
Integratie van beide benaderingen resulteert dan in een model dat twee niveaus omvat: op regioniveau betreft het structurele kenmerken die de algemene grenzen definiëren waarbinnen de zorgverlening opereert. Dit betekent een afbakening van de grenzen voor de mogelijke keuzen die gemaakt kunnen worden. Omgekeerd worden de feitelijke keuzen binnen deze grenzen bepaald vanuit de individuele determinanten, door afwegingen in het besluitvormingsproces. Anders gesteld: macro-condities determineren geaggregeerde gebruiks-, c.q. gebruikerskenmerken, terwijl micro-condities de differentiatie tussen keuzen in concrete situaties determineren.

3.4 Structurele condities op regioniveau

De structurele condities op regioniveau betreffen kenmerken van de ouderenpopulatie, de jongere generaties van mogelijke mantelzorgverleners en het voorzieningenstelsel. Deze worden beschouwd als geaggregeerde 'partijen' van zorgvragers, informele hulpverleners en professionele hulpverleners. De structurele kenmerken bepalen voor elk van de partijen de situationele condities waarbinnen een probleem geïnterpreteerd wordt en waarbinnen naar - voor de betrokken partijen optimale - oplossingen wordt gestreefd. Dergelijke oplossingen betreffen bijvoorbeeld de toewijzing van zorg of de verwijzing naar andere voorzieningen. Het model voor de benadering op regio-niveau wordt weergegeven in figuur 3.3.

Figuur 3.3 Operationalisering van het geïntegreerde model op regioniveau: verband tussen geaggregeerde populatiekenmerken, zorgsysteem en voorzieningengebruik

N.B.: In bovenstaand model zijn voor de overzichtelijkheid de terugkoppelingsrelaties niet weergegeven. Toch geldt dat het gebruik van een voorziening het aanbod vermindert en daardoor van invloed is op de toewijzing aan nieuwe aanvragers.

Op het regionaal geaggregeerd niveau staan in het model een viertal condities centraal die het dagelijks functioneren, belemmeringen hierin en patiëntenstromen tussen voorzieningen verondersteld worden te verklaren.

1. **Vraagfactoren**: hiermee wordt gedoeld op variabelen die van betekenis worden geacht voor de vraag naar zorg, in het bijzonder de omvang en samenstelling van de bevolking, alsmede beïnvloedende variabelen zoals weergegeven in het model.
2. **Mantelzorg**: de beschikbaarheid van mantelzorg kan ertoe bijdragen dat voorkomen wordt dat een beroep op het officiële voorzieningenstelsel wordt gedaan. Een indicatie wordt ontworpen voor de beschikbaarheid van mantelzorg.
3. **Voorzieningenaanbod**: hierbij gaat het om de samenstelling en beschikbaarheid van - voor de ouderenpopulatie relevante soorten - zorgvoorzieningen.
4. **Gebruik van voorzieningen**: de verhouding tussen de vraag naar zorg, het voorzieningenaanbod en het bestaande gebruik geven een indicatie van de mate waarin een voorziening over mogelijkheden beschikt om - wanneer nodig - intensievere zorg te verlenen of nieuwe aanvragers de nodige zorg te bieden.

De beschrijving van deze regionale vraag, aanbod en gebruikskenmerken wordt vergeleken met gegevens over landelijke gemiddelden, waarbij gestandaardiseerd wordt voor de leeftijdsopbouw van de bevolking (Sturmans, 1975). De reden om de bevindingen systematisch te relateren aan landelijke gemiddelden is de overweging dat het landelijk 'gemiddelde' aanbod van voorzieningen kan worden

opgevat als het feitelijk gerealiseerde beleid ten behoeve van de gehele bevolking, waarover - kennelijk - een zekere politieke overeenstemming is bereikt. De afwijking ten opzichte van het landelijk gemiddelde geeft weer in welke mate de regionale condities afwijken van de 'gangbare situatie'. Hiermee wordt enig inzicht verkregen in de condities waaronder de hulpverlening in de onderzoeksregio in de praktijk functioneert en de verwachte knelpunten daarin.
Het ligt in de rede om in het aanbod van voorzieningen met lokale afwijkingen ten opzicht van de landelijk gemiddelde leeftijdsopbouw rekening te houden. Zo ligt het niet voor de hand om in een sterk vergrijsd gebied het landelijk gemiddeld aantal kleuterschool-klasssen te plannen. Evenmin is het zinvol om in een gebied met een relatief jonge populatie het landelijk gemiddelde aantal ouderenvoorzieningen te realiseren. 'Zorg op maat' vraagt een voorzieningenaanbod dat toegesneden is op de lokaal te verwachten vraag.

patiëntenstromen
Tenslotte wordt aandacht besteed aan patiëntenstromen tussen voorzieningen. Tussen de vraag naar zorg en het relatieve aanbod wordt door voorzieningen een zeker (dynamisch) evenwicht nagestreefd. Dit evenwicht omvat aan de ene kant een zekere werkbelasting ('workload') in de vorm van het feitelijke gebruikspatroon. Als tegenhanger van deze werkbelasting gelden de mogelijkheden om oplossingen daarvoor te creëren. Naarmate de werkbelasting zwaarder is en minder mogelijkheden binnen de eigen organisatie worden gevonden om deze te verlichten, wordt de kans groter dat een knelpunt ontstaat. Twee strategieën zijn te onderscheiden om de werkbelasting te verminderen:
- in de eerste plaats kan de vraag naar zorg beïnvloed worden door scherpere selectie van patiënten;
- in de tweede plaats kan gepoogd worden om aanvragers 'over te hevelen' naar een andere voorziening, bijvoorbeeld via verwijzing van patiënten.

Beide strategieën resulteren in patiëntenstromen tussen voorzieningen. In het eerste geval namelijk kunnen 'weggeselecteerde' patiënten zelf pogen op andere manieren hulp te vinden. In het tweede geval wordt daarin via de verwijzing voorzien. In zoverre patiënten niet de adequate zorg krijgen die zij behoeven, doch op wachtlijsten voorkomen of aangewezen zijn op andere - niet daarvoor bestemde - voorzieningen, kan dit zichtbaar zijn in patiëntkenmerken van de betrokken voorzieningen. Daarbij kan worden opgemerkt dat een dergelijke situatie ook van invloed kan zijn op de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de betrokken oudere (voorbeelden zijn 'verkeerd-bed-problematiek', decompenserende en gehospitaliseerde patiënten).
Op basis van de beschrijving van de regiokenmerken lijkt het mogelijk om globale uitspraken te doen over verwachte knelpunten en patiëntenstromen in de zorg voor ouderen. Deze condities in de dagelijkse praktijk en de patiëntenstromen worden vervolgens meer gedetailleerd onderzocht in de case-studies.

4. OPERATIONALISERING EN METHODEN

4.1 Inleiding

De vraagstelling ten aanzien van de regiobeschrijving luidt 'wat zijn de omstandigheden waaronder de hulpverlening aan zorgbehoevende ouderen (...) plaatsvindt?' Hierbij staan regionale structuurkenmerken centraal. Deze gegevens van de onderzoeksregio's kunnen worden vergeleken met landelijke gegevens als referentiewaarden. Een dergelijke vergelijking kan een indicatie geven van 'afwijkingen' van wat in Nederland als 'gewone' of 'aanvaardbare omstandigheden' wordt gezien (deze 'gemiddelde situatie' vormt immers het 'gerealiseerde beleid').

N.B.: Ter illustratie kan worden gedacht aan de beschikbaarheid van een bepaald type voorzieningen, bijvoorbeeld aan somatische verpleeghuisbedden. Wanneer in een regio een relatieve geringe capaciteit van zulke bedden bestaat, kan worden verwacht dat de geringe mogelijkheden tot verpleeghuisopneming leiden tot lange wachtlijsten. Dit zal ertoe leiden dat ziekenhuisbedden door verpleeghuispatiënten bezet blijven, dat de wijkverpleging overbelast wordt en daardoor ook andere leeftijdscategorieën problemen hebben om de gewenste zorg te krijgen. Op de besluitvorming in een concrete situatie kan dit ertoe leiden dat - ongeacht of de gesteldheid van de betrokken oudere een verpleeghuisopneming rechtvaardigt, of niet - afgezien wordt van de aanvrage (die heeft immers weinig zin).

De variabelen in ons model betreffen elementen die de verhouding weerspiegelen tussen de vraag van ouderen naar zorg en het hiervoor beschikbare aanbod van informele en relevante professionele zorgverleners. De keuze van de betrokken voorzieningen heeft plaatsgevonden op basis van statistische gegevens en van literatuur.

De analyse van de condities op het macro-niveau betreft (per regio) aan nationale data gerelateerde gegevens omtrent de vraag naar zorg, het aanbod van informele zorg, het aanbod van professionele zorg en het te verwachten en feitelijke gebruik van voorzieningen. De data worden hierna beschreven.

4.2 Indicatoren voor de vraag

De omvang en samenstelling van de ouderenpopulatie vormt de meest gangbare indicator voor de te verwachten vraag naar zorg door ouderen. Hierbij geldt als - overigens arbitraire - grens de leeftijd van 65 jaar. De populatiekenmerken betreffen allereerst de omvang van de populatie. Daarbinnen wordt gedifferentieerd naar leeftijdsopbouw (vijfjaren-klassen) en samenstelling naar geslacht en burgerlijke staat. De reden hiervoor is dat in hogere leeftijdscategorieën een relatief hoge zorgconsumptie wordt aangetroffen. Er bestaat een verband tussen leeftijd, het risico zorgbehoevend te worden en hiermee samenhangend gebruik van voorzieningen (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1988/7: pp. 4-20). Gesteld wordt dat vrouwen een hogere zorgconsumptie laten zien. Daarom wordt de samenstelling naar geslacht weergegeven, uitgedrukt in een sexe-ratio welke

wordt berekend als de verhouding van het aantal vrouwen op mannen per leeftijdscategorie.
Bovendien wordt aangenomen dat burgerlijke staat van belang is. Alleenstaanden vormen een risicogroep voor een beroep op professionele zorg door het ontbreken van een partner. Gehuwden hebben bovendien een hogere levensverwachting welke tot 2.5 jaar kan oplopen (CBS, Maandstatistiek Bevolking 88/6: p. 4). Een verband wordt eveneens gevonden tussen burgerlijke staat en bijvoorbeeld contact met de huisarts en fysiotherapeut (CBS, Mndber. G.St. 1988/7: p. 7). Deze samenstelling naar burgerlijke staat wordt uitgedrukt in het percentage gehuwden per leeftijdscategorie.
Een aantal andere indicatoren, zoals gezondheidstoestand van de bevolking en sociaal-economische status (SES), worden kort weergegeven, doch zijn in de verdere berekeningen niet betrokken. De overweging daartoe is uitsluitend een praktische: het ontbreken van vergelijkbare data.

In zoverre dat mogelijk was, vindt vergelijking met landelijke gegevens plaats door het gebruik van indexwaarden voor onderscheiden leeftijdscategorieën. Deze worden berekend door de regionale bevolkingsomvang per leeftijdsklasse te relateren aan de nationale populatie per leeftijdsklasse. Basis hiervoor vormen gegevens van het CBS per 1/1/1986 (CBS, Maandstatistiek van de bevolking, november 1986) en van de gemeente Den Haag (31/12/1985).

4.3 Het aanbod van informele zorg

Als tweede relevante populatiekenmerk geldt de relatieve omvang van de 'overige bevolkingscategorieën'. Deze leeftijdscategorieën vormen immers degenen die mogelijk informele zorg verlenen. In het overheidsbeleid worden grote verwachtingen gekoesterd ten aanzien van de rol van de informele hulp. De potentiële beschikbaarheid van informele zorg is vooral afhankelijk van het aantal inwoners jonger dan 65 jaar per oudere in de populatie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de feitelijke beschikbaarheid van informele zorg aanzienlijk kleiner zal zijn dan op het eerste gezicht lijkt. In de eerste plaats blijkt dat het hoofdzakelijk de (schoon)dochters zijn die informele hulp verlenen, hetgeen de beschikbare populatie met tenminste de helft reduceert. Bovendien moet worden verwacht dat bepaalde leeftijdscategorieën minder waarschijnlijk zijn als informele hulpverleners: in het bijzonder jongeren en jonge gezinnen. Ook hierdoor vindt een belangrijke reductie in beschikbaarheid van informele hulp plaats. Op grond van deze overwegingen wordt als aanbodindicator voor informele zorg de populatie gekozen van vrouwen in de leeftijdscategorie van 40-64 jaar in verhouding tot de omvang van de ouderenpopulatie.

4.4 Het aanbod van zorgvoorzieningen

De beschikbaarheid van voorzieningen wordt gezien als belangrijke factor voor gebruik (zogenaamd 'supplier induced demand'). Hierbij gaat het enerzijds om de omvang per soort voorziening (per inwonertal), anderzijds gaat het ook om de samenstelling van het voorzieningenstelsel als geheel. De beschikbaarheid wordt uitgedrukt in standaard eenheden, zoals bedden, plaatsen of hulpverleners (in full-time-equivalenten) in verhouding tot de te verzorgen populatie.
De data betreffende de beschikbare voorzieningen worden zoveel mogelijk ontleend aan officiële bronnen (NZI, NIVEL, Provinciale Kruisvereniging, enz.). De kenmerken van de beide voorzieningenstelsels worden afgemeten aan data betreffende de landelijk 'gemiddelde omvang van voorzieningen in verhouding tot de bevolkingsomvang' om vergelijking mogelijk te maken. Ook hiervoor wordt gebruik gemaakt van officiële bronnen zoals hiervoor gemeld.
Een complicatie wordt overigens veroorzaakt doordat verschillende officiële registrerende instanties hun eigen - vaak incompatibele - databestand hanteren.

4.5 Verwacht en feitelijk gebruik van voorzieningen

Wanneer een regio relatief veel inwoners heeft in de leeftijdscategorieën met een hoge zorgbehoefte, zal de vraag naar voorzieningen hoger zijn. Om deze reden dient rekening te worden gehouden met het leeftijdsspecifiek gebruik per type voorziening. Daarom zal per soort voorziening gestandaardiseerd worden in de vorm van een berekende 'te verwachten vraag'. De te verwachten vraag naar een bepaalde voorziening kan worden uitgedrukt in twee soorten kengetallen:

1. de gemiddelde gebruiksfrequentie per leeftijdsklasse (bijvoorbeeld het aantal opnemingen);
2. de gemiddelde intensiteit per gebruiker in een leeftijdsklasse (bijvoorbeeld gemiddeld aantal verpleegdagen).

De getotaliseerde leeftijdsspecifieke consumptie kan ook worden opgevat als een indicatie van de werkdruk op een gegeven voorziening. Om deze werkdruk op te lossen zijn voor een zorgverlenende instelling in principe een aantal strategieën denkbaar:

1. intern-organisatorische oplossingen:
   a. verhoging van de doelmatigheid van de eigen organisatie door vergroting van de interne flexibiliteit en vermindering van organisatorische problemen;
   b. 'afwenteling' op de uitvoerende hulpverleners door van deze een hogere produktie te vergen (verwacht moet worden dat de hieruit voortvloeiende problemen van invloed zijn op de zorgverlening aan cliënten);
2. externe oplossingen aan de aanvragerskant:
   a. scherpere selectie van aanvragers door bepaalde aanvragen niet (meer) in zorg te nemen, bijvoorbeeld minder zorg voor jongeren, de introduc-

tie van wachtlijsten of verscherping van indicatiecriteria (verwacht kan worden dat een deel van de niet gehonoreerde aanvragen elders in het voorzieningenstelsel opnieuw zullen opduiken, zodat spontaan een onbeheerste patiëntenstroom naar andere voorzieningen ontstaat);

b. afwenteling op de patiënten in zorg, door de intensiteit van de hulp per oudere in zorg te verminderen (ook hier kan spontaan een patiëntenstroom ontstaan);

3. externe oplossingen aan de voorzieningenkant:
   a. samenwerking met centrale verzorger(s) en met andere voorzieningen waardoor de doelmatigheid van geboden zorg bevorderd wordt;
   b. afwenteling van de werkdruk op de eigen instelling naar andere voorzieningen door verwijzing van de betrokken patiënten naar deze voorzieningen.

Anders gesteld: een hoge werkdruk kan leiden tot een beperktere toewijzing van zorg aan aanvragers. Dit kan bijvoorbeeld tot uitdrukking komen in het ontstaan (c.q. de groei) van wachtlijsten en lange wachtduur voor aanvragers en in afwijkende kenmerken van verzorgde ouderen. Dit kan zichtbaar worden in geregistreerde instellingsgegevens.

In de praktijk zal het 'hulpverlenings- of opnamebeleid' van een instelling met een relatief hoge werkdruk uit een samenstel van zulke keuzen bestaan. De werkdruk geeft echter ook een indicatie van de condities waaronder uitvoerende professionele hulpverleners werken.
Op basis van officiële gegevens van de voorzieningen in de beide regio's wordt het feitelijke leeftijdsspecifieke gebruik van voorzieningen beschreven. Een vergelijking kan worden gemaakt met het te verwachten gebruik zoals eerder werd berekend. Als er relatief weinig voorzieningen zijn, kan deze werkdruk zich uiten in de vorm van wachtlijsten, 'spontane substitutie', of het 'oneigenlijk gebruik' van een voorziening (zogenaamde 'verkeerd-bed problematiek').
Naast de beschrijvingsfunctie van bovengenoemde gegevens biedt dit deel een kwantitatieve indicatie van de omvang en relevantie van de problematiek die in de case-studie benadering verder uitgediept wordt.
De werkdruk op de betreffende voorzieningen kan worden uitgedrukt door de berekening van de bevolkingsomvang welke volgens de landelijk gemiddelden opgebouwd is, de zogenaamde **'equivalente standaardbevolking'**. Voor planningsdoelen zou een dergelijke equivalente bevolking als maatstaf voor 'planning op maat' kunnen worden gebruikt.

4.6 Patiëntenstromen tussen voorzieningen

Als oplossing voor een hoge werkbelasting kunnen hulpverleners en instellingen besluiten scherper te selecteren of een actiever verwijzingsbeleid naar andere voorzieningen voeren. Gesteld werd dat dit een verandering in patiëntenstromen

teweeg kan brengen. Voor voorzieningen met een relatieve overcapaciteit kan een tegenovergesteld effect worden verwacht.
Op basis van in- en uitstroomkenmerken van patiënten van verschillende soorten voorzieningen zal gepoogd worden om enig inzicht te bieden in de bestaande patiëntenstromen. Door herberekening worden deze gegevens steeds gerelateerd aan de (equivalente standaard-) bevolking en - waar mogelijk - vergeleken met landelijke gegevens.

Op basis van de resultaten van de hiervoor aangegeven beschrijving, tenslotte, kunnen een aantal hypothesen of verwachtingen worden geformuleerd. Deze hebben betrekking op de condities waaronder de betreffende hulpverleners werken. Naar verondersteld wordt, zijn deze condities van invloed op de praktische mogelijkheden om - onder verslechterende omstandigheden - zelf meer hulp te bieden, dan wel om te pogen elders een oplossing voor de betrokken oudere te realiseren. Dit geldt zowel voor informele hulp (mantelzorg), alsook voor beroepsmatige hulpverleners.

5. BEVOLKINGSKENMERKEN 'S-GRAVENHAGE

5.1 Leeftijdsopbouw en samenstelling ouderenpopulatie

Op het regioniveau wordt de omvang en samenstelling van de bevolking beschouwd als de belangrijkste indicator voor de vraag naar voorzieningen. In dit rapport gaat het dan met name om de ouderenpopulatie van 65 jaar en ouder.
In tabel 5.1 wordt de leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland en die in 's-Gravenhage weergegeven. Binnen de gemeente 's-Gravenhage worden aanzienlijke verschillen geconstateerd tussen de stadswijken (Post et al., 1988). Voor onze analyse zijn deze verschillen echter van ondergeschikt belang. De data betreffen de jaarwisseling van 1985/1986, het gekozen jaar voor analyse. Ter vergelijking zijn tevens data voor geheel Friesland weergegeven, waarvan het oostelijk deel het tweede onderzoeksgebied vormt.

Tabel 5.1 Bevolkingsopbouw in Nederland en 's-Gravenhage en Friesland naar sexe en ouderenpopulatie in vijfjaren-klassen (absolute aantallen), 1-1-1986

	Nederland			's-Gravenhage			Friesland		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
0-64	6474686	6285556	12760242	179887	178893	358780	264119	254658	518777
65+	709852	1059336	1769188	30500	54121	84621	32977	46060	76037
65-69	250463	304848	555311	10208	14263	24471	10488	12771	23259
70-74	198860	273728	472588	8769	13811	22580	9065	11719	20784
75-79	135787	223110	358897	6267	11801	18068	6548	9654	16202
80-84	78027	151260	229287	3300	8136	11436	4185	6810	10995
85-89	33552	75577	109129	1389	4245	5634			
90-94	10895	25572	36467	469	1534	2003	2691	5106	7797
95+	2268	5241	7509	98	331	429			
totale popul.	7184538	7344892	14529336	210387	233014	443851	297096	300718	597814

* CBS. Maandstatistiek van de bevolking 1/1/86, nov. 1986
** Statistiek gemeente 's-Gravenhage d.d. 31/12/1985

Er bestaat een verband tussen leeftijd, het risico zorgbehoevend te worden en hiermee samenhangend gebruik van voorzieningen (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1988/7: p. 4-20).
De bevolking van de gemeente 's-Gravenhage vertoont een leeftijdsopbouw en samenstelling die duidelijk afwijkt van de gemiddelden in Nederland. In 's-Gravenhage is de vergrijzing (of ontgroening) verder voortgeschreden dan in Nederland als geheel. Dit wordt duidelijk uit de leeftijdsverdeling in percentages over vijfjaren-klassen die weergegeven worden in tabel 5.2.

Tabel 5.2 Bevolking in Nederland, 's-Gravenhage en Friesland naar opbouw en sexe in de populatie per leeftijdsklasse (percentages van de totale populatie)

	Nederland			's-Gravenhage			Friesland		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
0-64	44.56	44.26	87.82	40.63	40.35	80.99	44.18	42.60	86.77
65+	4.89	7.29	12.10	6.87	12.19	19.07	5.52	7.70	14.22
65-69	1.72	2.10	3.82	2.30	4.21	5.51	1.75	2.14	4.89
70-74	1.37	1.88	3.25	1.98	3.11	5.09	1.52	1.96	4.48
75-79	0.93	1.54	2.47	1.41	2.66	4.07	1.10	1.61	2.71
80-84	0.54	1.04	1.58	0.74	1.83	2.58	0.70	1.14	1.84
85-89	0.23	0.52	0.75	0.31	0.96	1.27			
90-94	0.07	0.18	0.25	0.11	0.35	0.45	0.45	0.85	1.30
95+	0.02	0.04	0.00	0.02	0.07	0.10			
totale pop.	49.45	50.55	100.00	47.52	52.48	100.00	49.70	50.30	100.00

* CBS. Maandstatistiek van de bevolking 1/1/86, nov. 1986
** Statistiek gemeente 's-Gravenhage d.d. 31/12/1985
*** CBS. Regionaal vademecum gezondheidsstatistiek 1985

Uit deze tabel blijkt dat Den Haag een ongeveer anderhalf maal zo hoog aandeel ouderen in de gemeentelijke bevolking heeft. Op basis van deze vergelijking kan worden verwacht dat de leeftijdgebonden vraag naar zorg in Den Haag groot zal zijn. Dit geldt vooral voor voorzieningen die gepland worden op basis van de omvang van de totale populatie, maar van belang zijn voor ouderen (voorbeelden zijn Huisartsen, Wijkverpleging en Algemene Ziekenhuizen). Verondersteld wordt dat hier een grotere werkdruk zal ontstaan. De verschillen in bevolkingssamenstelling worden in indexwaarden uitgedrukt in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Leeftijdsopbouw en samenstelling in 's-Gravenhage vergeleken met de Nederlandse bevolking in indexwaarden (Nederland=100), 1986

	mannen	vrouwen	totaal
0-64	94.85	89.68	92.16
65-69	134.42	154.16	144.23
70-74	144.35	165.16	156.40
75-79	151.08	174.14	164.80
80-84	138.45	176.07	164.27
85-89	135.52	184.86	168.00
90-94	140.91	196.37	179.80
95+	141.45	206.74	187.02
totaal 65+	140.65	167.24	156.57

* CBS. Maandstatistiek van de bevolking 1/1/86, nov. 1986
** Statistiek gemeente 's-Gravenhage d.d. 31/12/1985

N.B.: De index wordt berekend door de omvang per leeftijds-/geslachtscategorie in 's-Gravenhage te delen door de totale bevolking en dit te delen door het relatieve aandeel van de leeftijds-/geslachtscategorie in de Nederlandse bevolking.

Uit deze tabel blijkt hoezeer 's-Gravenhage afwijkt van het landelijk gemiddelde:

a. de omvang van de leeftijdscategorieën tot 65 jaar is relatief kleiner, terwijl de relatieve omvang van de 65+ categorieën beduidend groter is;
b. de leeftijdsverdeling (in vijfjaren-klassen) wijkt duidelijk af, waarbij in 's-Gravenhage de sterkste oververtegenwoordiging wordt gevonden in de leeftijdsklassen vanaf 75 jaar;
c. de oververtegenwoordiging van vrouwen is aanzienlijk in Den Haag.

Hierbij kan nog worden aangetekend dat uit de cijfers kan worden afgeleid dat op een vrij korte termijn het absolute aantal ouderen kan afnemen, terwijl het aandeel hoogbejaarden nog blijft toenemen.

5.2 Sexe-ratio

Uit statistische gegevens komt naar voren dat vrouwen een groter beroep doen op voorzieningen dan mannen. Dit is vooral het gevolg van het relatieve overschot van vrouwen in de bevolking door de hogere levensverwachting. Om deze reden is in het onderhavige onderzoek niet afzonderlijk gecorrigeerd voor de samenstelling van de bevolking naar sexe.
In tabel 5.4. wordt de verdeling van de bevolking over beide sexen weergegeven in de zogenoemde sexe-ratio (aantal vrouwen/aantal mannen per leeftijdscategorie).

Tabel 5.4 Sexe-ratio (v/m) in de ouderenpopulatie in Nederland en in 's-Gravenhage in vijfjaren-klassen: vrouwen/mannen, 1986

	Nederland			's-Gravenhage		
	mannen	vrouwen	vr/m	mannen	vrouwen	vr/m
0-64	6474686	6285556	0.97			
65-69	250463	304848	1.22	10208	14263	1.40
70-74	198860	273728	1.38	8769	13811	1.57
75-79	135787	223110	1.64	6267	11801	1.88
80-84	78027	151260	1.94	3300	8136	2.47
85-89	33552	75577	2.25	1389	4245	3.06
90-94	10895	25572	2.35	469	1534	3.27
95+	2268	5241	2.31	98	331	3.38
totaal 65+	709852	1059336	1.49	30500	54121	1.77

* CBS. Maandstatistiek van de bevolking 1/1/86, nov. 1986
** Statistiek gemeente 's-Gravenhage d.d. 31/12/1985

N.B.: De sexe-ratio wordt ook vaak weergegeven als aantal mannen/vrouwen. De sexe-ratio van de gehele bevolking in Oost-Friesland bedroeg 1.34.

De sexe-ratio per leeftijdsklasse vertoont een duidelijk afwijkend patroon in 's-Gravenhage, waarbij in de hoogste leeftijdsklassen de oververtegenwoordiging van vrouwen toeneemt tot 1.5 maal het landelijk gemiddelde. Deze oververtegenwoordiging kan **niet** worden verklaard uit de afwijkende leeftijdsopbouw.

5.3 Burgerlijke staat en huiselijke situatie

Gehuwden hebben een hogere levensverwachting welke tot 2.5 jaar kan oplopen (CBS, Maandstatistiek Bevolking 88/6: p. 4). Een verband wordt eveneens gevonden tussen burgerlijke staat en bijvoorbeeld contact met de huisarts en fysiotherapeut (CBS, Mndber. G.St. 1988/7: p. 7).
In tabel 5.5 wordt weergegeven welk aandeel van de ouderenpopulatie gehuwd is. Opgemerkt moet worden dat het aandeel gehuwden eigenlijk niet gelijk kan worden gesteld aan het aandeel ouderen dat met een partner samenleeft. Aan de ene kant zijn er ouderen die - ongehuwd - samenleven, aan de andere kant zijn er gehuwde ouderen waarvan één van de partners niet langer thuis woont (bijvoorbeeld ten gevolge van duurzame opneming).

Tabel 5.5 Oudere bevolking in Nederland en 's-Gravenhage naar geslacht: aantal gehuwden als percentage per vijfjaren-klasse, 1/1/1986

	Nederland percentage gehuwden		's-Gravenhage percentage gehuwden	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
65-69	84.1	58.1	78.6	50.5
70-74	79.6	45.2	74.8	38.6
75-79	72.2	31.3	69.6	27.2
80-84	60.8	18.8	58.0	16.3
85-89	44.3	9.7	44.4	8.3
90-94	28.6	4.3	29.4	4.6
95+	16.0	2.3	24.9	0.9
gehuwden 65+ (%)	75.0	38.5	70.8	32.4
populatie 65+ (abs.)	709852	1769188	31479	85294

* CBS. Maandstatistiek van de bevolking 1/1/86, nov. 1986
** Statistiek gemeente 's-Gravenhage d.d. 31/12/1985

Het merendeel van de oudere mannen is gehuwd, het merendeel van de oudere vrouwen is ongehuwd. In Den Haag liggen de percentages gehuwden per leeftijdsklasse lager dan in Nederland. De achtergrond van de niet (meer) gehuwden in 's-Gravenhage laat een iets afwijkend beeld zien ten opzichte van landelijke cijfers, namelijk een twee maal zo hoog percentage gescheiden mannen en vrouwen, alsmede een iets hoger percentage ongehuwde vrouwen. Dit beeld blijkt overeenkomstig dat van andere grote steden (CBS, MStBev 88/4: pp. 4-5).
De gezinsstructuur blijkt in de grote steden af te wijken van het landelijke beeld door een groter aandeel niet in gezinsverband levende personen (CBS, MStBev 88/7: pp. 10-11). In 's-Gravenhage loopt dit percentage voor ouderen op tot 51.6% alleenstaanden (Nederland 21%: CBS Maandbericht Gezondheid 88/7: p. 5), tegenover 45.3% samenlevend met een echtgeno(o)t(e). Dit beeld wordt waarschijnlijk mede verklaard door het relatief grote vrouwenoverschot in 's-Gravenhage.

5.4 Indicatoren voor de gezondheidstoestand

Uit een secundaire analyse van epidemiologische gegevens met betrekking tot gezondheidsverschillen blijkt dat zich tussen diverse regio's en gemeenten aanzienlijke verschillen voordoen (Davidse & Van de Water, 1988). Na standaardisatie voor de bevolkingssamenstelling blijkt dat de regio Den Haag afwijkt van landelijke gegevens door een relatief wat hogere sterfte ten gevolge van 'CVA, ziekten van de ademhalingswegen' en van 'ongevallen en vergiftigingen' onder mannen. Ook op het punt van de hospitalisatie blijkt dan in Den Haag relatief meer mannen worden opgenomen voor 'CVA', maar relatief weinig voor 'Ongevallen en vergiftigingen' en 'Ziekten van het bewegingsstelsel'. Voor vrouwen in Den Haag geldt een hogere opnameratio voor 'Nieuwvormingen' (Davidse & Van de Water, 1988).
Uit statistische data verzameld door het CBS in onder andere de Continue Gezondheidsenquête kunnen enkele grove vergelijkingen worden gemaakt tussen de Haagse bevolking (alle leeftijdsklassen) en landelijke data, overigens gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. In tabel 5.6. worden enkele gegevens samengevat die ontleend zijn aan het Regionaal Vademecum Gezondheidsstatistiek 1985 (CBS, 1987).

Tabel 5.6 CBS-enquêtegegevens omtrent ervaren gezondheid, personen met een activiteitenbeperking, personen met contacten met een huisarts, fysiotherapeut en specialist, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht in Nederland, in 's-Gravenhage en in Friesland in 1985

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
% personen met gezondheid 'minder dan goed'	18.6	17.4	15.9
% personen met activiteitenbeperking in twee weken	10.6	10.6	9.6
% personen met contact met huisarts	70.9	69.4	69.5
aantal contacten met huisarts per persoon	4.5	4.1	4.3
% personen met contact met fysiotherapeut	8.1	6.4	7.2
% personen met contact met specialist	37.3	37.3	32.3
aantal contacten met specialist per persoon	18.6	17.4	15.9

Bron: CBS, Regionaal Vademecum Gezondheidsstatistiek 1987: tabel 4.5, 5.7 en 5.8

Uit de vergelijking tussen deze gegevens komen geen grote verschillen naar voren ten opzichte van landelijke gemiddelden. Gemiddeld is het percentage in 's-Gravenhage 0.8% en in Friesland 2% gunstiger. Tussen verschillende leeftijdsklassen worden overigens wel duidelijke verschillen aangetroffen, zo blijkt uit landelijke data (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1988/7: p. 4-20).

5.5 Sociaal-economische indicatoren

Er bestaat een samenhang tussen sociaal-economische kenmerken (bijvoorbeeld inkomen, opleiding, beroepsbevolking), gezondheid en het gebruik van bijvoorbeeld de wijkverpleging (CBS, Mndber. GSt. 1988/7: p. 7). Uit het regionaal Sta-

tistisch Zakboek zijn gegevens beschikbaar over het gemiddeld totaal-inkomen in 1978 per economisch-geografisch gebied (CBS, p. 424-426), welke zijn weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7 Gemiddeld totaal-inkomen (guldens) per inkomenstrekker en per inwoner in Nederland, in 's-Gravenhage en in Friesland in 1978

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
per inkomenstrekker(huishouden)	28.420	28.260	25.898
per inwoner	10.961	15.436	14.074

Bron: CBS, Regionaal Statistisch Zakboek, 1984: p. 424-6

Het gemiddeld inkomen per inkomenstrekker lag in 1978 in 's-Gravenhage dicht tegen het landelijk gemiddelde aan. In Friesland lag het inkomen duidelijk lager. Het gemiddeld inkomen per inwoner ligt in Den Haag echter beduidend boven het landelijk gemiddelde (dit hangt samen het het hoge percentage alleenstaanden). Overigens moet worden opgemerkt dat ten aanzien van deze grove indicator geldt, dat het regionale aggregatieniveau onvoldoende rekening houdt met de verdeling over inkomensklassen en over deelgebieden, c.q. wijken.
Uit gegevens van de gemeente 's-Gravenhage omtrent de Haagse bevolking blijkt dat het gemiddelde inkomen van ouderen in 's-Gravenhage in 1982 hoger was dan landelijk (respectievelijk *f* 2500,- tegen *f* 2350,- landelijk). Hierbij wordt geconstateerd dat zich tussen de verschillende stadswijken aanzienlijke verschillen voordoen (Gemeente 's-Gravenhage, 1987: Nota Nieuw voor Oud dl. 2). Vergelijkende gegevens met betrekking tot de Haagse, Friese en Nederlandse ouderen ontbreken.
Het Regionaal Statistisch Zakboek 1984 verschaft ook enig inzicht in de samenstelling van de bevolking naar opleidingsniveau (zie tabel 5.8).

Tabel 5.8 Bevolkingssamenstelling in percentages per geslacht, naar niveau van het hoogst behaalde onderwijsdiploma voor de agglomeratie 's-Gravenhage en voor Zuid-Oost Friesland in 1981

	's-Gravenhage			Oost Friesland		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
A. t/m 1e niveau	17.8	23.2	20.6	19.7	24.2	21.9
B. 2e niveau (a)	22.9	27.8	25.3	31.9	34.1	32.9
C. 2e niveau (b)	27.9	23.7	25.8	26.8	22.4	24.5
D. 3e niveau	15.2	9.1	12.1	8.6	5.2	6.8
onbekend	16.2	16.2	16.2	13.0	14.1	13.9
totaal	100	100	100	100	100	100
bevolking absoluut * 1000	222.7	227.3	450.0	56.8	55.7	112.5
waarvan % beroepsbevolking	79.3	44.7	61.9	79.6	33.8	56.9

N.B.: A. is Lager Onderwijs; B. Voortgezet Onderwijs eerste helft; C. idem, tweede helft; D. hoger onderwijs. De percentage zijn berekend van data uit CBS Regionaal Statistisch Zakboek, 1984: p. 272-4.

Uit deze tabel kan worden afgeleid dat er vrij grote verschillen bestaan tussen beide onderzoeksgebieden. In 's-Gravenhage ligt het opleidingsniveau hoger, zowel bij mannen als bij vrouwen.

5.6 Overige demografisch structurele aspecten

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk werd aangegeven is de vergrijzing in 's-Gravenhage hoger dan landelijk gemiddeld. Omgekeerd geldt ook dat de relatieve omvang van de bevolking jonger dan 65 jaar kleiner is. Voor dit deel van de bevolking geldt een klein overschot aan mannen. In tabel 5.9 worden de inwonertallen jonger dan 65 jaar in drie leeftijdscategorieën in percentages weergegeven.

Tabel 5.9 Bevolking van Nederland, 's-Gravenhage en Friesland in drie leeftijdsklassen onder 65 jaar als percentages van de totale bevolking, gemiddeld in 1985

	Nederland			's-Gravenhage			Friesland		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
0-19	14.18	14.56	27.74	10.95	10.54	21.49	15.87	15.05	30.91
20-39	17.07	16.34	34.41	16.92	15.94	32.86	15.79	14.98	30.78
40-64	14.33	14.37	26.70	12.77	14.87	26.64	12.52	12.57	25.09
0-64	44.58	44.28	87.86	40.63	40.35	80.99	44.18	42.60	86.77
tot. pop. (abs.*1000)	7167	7325	14492	211	233	444	297	301	598

Data: CBS, Regionaal Vademecum Gezondheidsstatistiek, 1987

De relatief geringere bevolkingsomvang in 's-Gravenhage doet zich in alle leeftijdscategorieën onder 65 jaar voor, maar het sterkst in de jongste. Tevens is opvallend dat zich in 's-Gravenhage al in de categorie 40-64 jaar een vrouwenoverschot aftekent. In Friesland doet zich in de leeftijdsopbouw een omgekeerd beeld voor en is de jongste leeftijdscategorie de omvangrijkste.
Deze leeftijdsopbouw is ook van belang omdat hiermee een indicatie van de omvang van het sociale netwerk van ouderen in het gebied is gegeven. De beperkte omvang van de jongere bevolkingscategorieën betekent dat ouderen gemiddeld weinig mensen van een jongere generatie in hun buurt hebben wonen. Voor 's-Gravenhage geldt dat in de zeventiger en tachtiger jaren een aanzienlijke migratie van jongere generaties Hagenaars naar de forensengemeenten (in het bijzonder Zoetermeer) op gang is gebracht. Bovendien hebben grootschalige stadsvernieuwingsprojecten in de oude stadswijken ingrijpende gevolgen gehad voor de sociale structuur in deze wijken.
Ook voor de arbeidsmarkt geldt, dat de grenzen van de beschikbare arbeidskracht beïnvloed worden door de omvang van de populatie jonger dan 65 jaar. Dit is in het bijzonder van belang voor de verzorgende beroepen, die hoofdzakelijk door vrouwen worden uitgeoefend. In de verzorgende beroepen geldt dat

vooral de leeftijdscategorieën van 20-64 jaar van belang zijn. De verdeling over beide sexen hangt samen met het soort beroep. Op basis van de leeftijdsverdeling in 's-Gravenhage geldt overigens ook hier, dat het arbeidspotentieel per oudere wat lager ligt dan landelijk gemiddeld het geval is. In Friesland ligt dit aandeel zelfs beduidend lager.
Aangenomen moet worden dat veel mantelzorgers ook een werkkring hebben. Het is niet bekend hoe groot de invloed is van een werkkring op het verlenen van mantelzorg. Het lijkt echter aannemelijk dat de combinatie van een werkkring en het verlenen van mantelzorg een relatief zware belasting zal vormen.

5.7 Conclusies ten aanzien van de bevolking

In de vergelijking op regioniveau tussen kenmerken van de bevolking in Nederland (gemiddeld) en in 's-Gravenhage en Friesland komt een aantal belangrijke verschillen naar.

a. De relatieve omvang van de ouderenpopulatie, afgemeten aan de totale populatie in 's-Gravenhage, blijkt ruim anderhalf maal zo groot te zijn als landelijk het geval is. Ook in Friesland is de vergrijzing overigens verder voortgeschreden dan landelijk. De vraag naar zorg van ouderen zal dan ook relatief groot zijn in beide gebieden.
b. De leeftijdsopbouw binnen de ouderenpopulatie vertoont in 's-Gravenhage een aanzienlijke oververtegenwoordiging van hoogbejaarden, welke bovendien in de komende jaren nog verder zal toenemen, terwijl de 'jong-bejaarden' in relatief en absoluut aandeel zullen afnemen. De leeftijdsspecifieke vraag naar zorg zal vermoedelijk hoger liggen.
c. De sexe-ratio in 's-Gravenhage vertoont een aanzienlijke oververtegenwoordiging van vrouwen welke niet alleen verklaard kan worden door de afwijkende leeftijdsopbouw.
d. De burgerlijke staat vertoont in 's-Gravenhage een overeenkomstig patroon als in andere grote steden, en is iets afwijkend ten opzichte van landelijke gemiddelden door een wat hoger percentage echtelijk gescheiden ouderen en ongehuwde vrouwen. Waarschijnlijk hiermee samenhangend blijkt dat in 's-Gravenhage ook relatief veel alleenstaanden voorkomen. In zoverre de vraag naar verzorging samenhangt met de burgerlijke staat of gezinssamenstelling, zal in 's-Gravenhage sprake zijn van een relatief hogere vraag.
e. Epidemiologische vergelijking tussen 's-Gravenhage en landelijke gegevens laten een iets verhoogde sterfte zien voor enkele ziektecategorieën evenals een verhoogde opnameratio voor (deels) andere aandoeningen.
   Indicatoren voor de ervaren gezondheid van de bevolking (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) blijken in 's-Gravenhage en Friesland nauwelijks af te wijken van landelijke gemiddelden.
f. Sociaal-economische indicatoren ten aanzien van opleidingsniveau van de beroepsbevolking en inkomen betroffen tamelijk oude en - naar leeftijd -

ongedifferentieerde gegevens. 's-Gravenhage laat een relatief gunstiger beeld zien dan Friesland voor wat betreft het opleidingsniveau van de beroepsbevolking en het gemiddelde inkomensniveau van ouderen.

g. In 's-Gravenhage is de omvang van de jongere generaties in de gemeente relatief kleiner dan in Friesland en landelijk het geval is.

h. Het arbeidspotentieel ten behoeve van verzorgende beroepen werd op soortgelijke wijze geschat, waarbij echter het potentieel bestaat uit de leeftijdscategorieën tussen 20 jaar en 65 jaar. Voor de verzorgende beroepen geldt overigens dat deze overwegend door vrouwen worden uitgeoefend. Zowel voor beide sexen als voor vrouwen geldt dat het potentieel vooral in Friesland en in mindere mate in 's-Gravenhage lager ligt dan landelijk gemiddeld. In verhouding tot de te verzorgen ouderenpopulatie is in 's-Gravenhage het relatieve arbeidspotentieel aanzienlijk geringer dan landelijk het geval is. Verwacht wordt dat in de verplegende en verzorgende beroepen een relatieve schaarste aan arbeidskrachten in de lokale bevolking zal bestaan.

Geconcludeerd kan worden dat vergeleken met landelijke gegevens over kenmerken, die van invloed worden geacht te zijn op de vraag naar zorg, in 's-Gravenhage zowel als in Friesland de ouderenpopulatie ongunstiger kenmerken vertoont dan landelijk gemiddeld.

6. REGIONAAL AANBOD VAN VOORZIENINGEN

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de capaciteit beschreven van een aantal voorzieningen die voor de ouderenzorg van belang zijn. Daarbij wordt de beschikbaarheid in de vorm van full-time functies, beschikbare uren of beschikbare plaatsen (bedden) uitgedrukt in verhouding tot de totale populatie en/of in verhouding tot de ouderenpopulatie.
Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt tussen gegevens in beide onderzoeksgebieden 's-Gravenhage en Friesland en met landelijke gegevens. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de thuiszorg met inbegrip van de mantelzorg, op de eerstelijnsvoorzieningen en op de intramurale voorzieningen.

6.2 De thuiszorg voor ouderen

6.2.1 Mantelzorg

Uit literatuur blijkt dat dochters en schoondochters in het algemeen de mantelzorg aan ouderen voor hun rekening nemen. Daarom is de omvang en samenstelling van de bevolking in de leeftijdscategorieën jonger dan 65 jaar van belang. Hiermee kan een (overigens grove) indicatie worden verkregen voor het potentieel aan mantelzorg aan ouderen vanuit de lokale bevolking. Voor mantelzorg aan ouderen lijken de jongste leeftijdsklassen van minder betekenis omdat het kinderen betreft, respectievelijk volwassenen in de fase van een eventueel opgroeiend gezin, waarbij de ouders bovendien niet vaak ouder dan 65 jaar zullen zijn. Het potentieel aan mantelzorg voor ouderen kan daarom grofweg worden geïndiceerd door het aantal vrouwen in de leeftijdscategorie 40-64 jaar in verhouding tot het aantal ouderen (65+). In tabel 6.1 wordt deze indicatieve berekening weergegeven voor het landelijk gemiddelde, voor 's-Gravenhage en voor Friesland. Hoewel lang niet alle ouderen mantelzorg nodig hebben, kan uit de berekening worden geconcludeerd dat in 's-Gravenhage een relatief gering potentieel aan mantelzorg per oudere beschikbaar is. In deze schatting is bovendien geen rekening gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw binnen de ouderencategorie en de betekenis daarvan voor de omvang van de vraag naar en intensiteit van mantelzorg.

Tabel 6.1 Indicatieve schatting van de regionale beschikbaarheid van mantelzorg uitgedrukt in het aantal vrouwen van 40-64 jaar in verhouding tot het aantal ouderen, 1986

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
a. vrouwen 40-64	1.935.199	61.547	75.133
b. ouderen 65+	1.769.188	84.355	76.037
c. mantelzorg/oudere	1.1	0.7	1.0

N.B.: De praktijk laat zien dat mantelzorg (met name burenhulp en sociale activiteiten) ook door ouderen (in het bijzonder vrouwen boven de 65 jaar) wordt verricht.

In Den Haag kan worden verwacht dat de vraag naar ondersteuning door het relatief grote aantal hoogbejaarden verhoudingsgewijs aanzienlijk groter zal zijn dan in Friesland of landelijk het geval is.
Tenslotte, het is niet bekend hoe groot de invloed is van een werkkring op het verlenen van mantelzorg. Het lijkt echter aannemelijk dat de combinatie van een werkkring en het verlenen van mantelzorg een relatief zware belasting zal vormen.

6.2.2 Woonvoorzieningen

Om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen is voor ouderen de geschiktheid van de woning van groot belang. De meeste ouderen wonen in een normale eengezinswoning (CBS, 1984). Landelijk wordt een aanzienlijk tekort aan aangepaste woningen gesignaleerd (STG, 1986). In plattelandsgebieden is de woonsituatie wellicht wat minder problematisch dan in de (grote) steden. In 's-Gravenhage heeft in de zeventiger jaren omvangrijke stadsvernieuwing plaatsgevonden in de oude stadswijken. In tabel 6.2 worden officiële gegevens omtrent de bejaardenwoningen weergegeven.

Tabel 6.2 Bejaardenwoningen inclusief serviceflats in 's-Gravenhage, Oost-Friesland en Nederland (schatting), 1984

	Nederland	's-Gravenhage	Oost-Friesland
aantal bejaardenwoningen	110.000	3.629	2.728
bejaardenwoningen per 100 inwoners 65+	6.2	4.3	4.5

Bron: Rongen & Houben, 1984
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1987

Uit de vergelijking blijkt dat in beide onderzoeksgebieden het aantal specifieke bejaardenwoningen aanzienlijk lager ligt dan landelijke data aangeven.

6.2.3 Flankerend beleid

In de tachtiger jaren zijn een aantal bestaande en nieuwe activiteiten ter ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen onder de noemer gebracht van het zogenaamde 'Flankerend bejaardenbeleid'. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde 'wijkfuncties' (onder gemeentelijk beleid) en opvangfuncties van intramurale zorgvoorzieningen, zoals dagopvang en nachtopneming (deze vallen onder provinciaal beleid). In tabel 6.3 wordt een samenvatting gegeven van de verdeling van het budget over de meest voorkomende wijkgerichte activiteiten in Nederland, in 's-Gravenhage en in Friesland.

Tabel 6.3 Projecten gesubsidieerd in het kader van het flankerend beleid naar doel: Nederland, 's-Gravenhage en in Friesland, 1984

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
absoluut budget (* ƒ 1000,-)	ƒ 38.774,--	ƒ 2.294,--	ƒ 2.600,--
budget (per 1000 inwoners 65+)	ƒ 21,11	ƒ 27,11	ƒ 34,19
- % van het budget besteed aan:			
- alarmering	24.7%	25.4%	49.1%
- warme maaltijd	11.5%	7.9%	4.7%
- wijkfunctie bejaardenoord	32.6%	42.2%	34.2%
- onderzoek	2.0%	6.1%	-
- woonprojecten	4.0%	4.1%	-
- ouderenbonden	0.8%	0.3%	-
- ondersteuning vrijwilligers	0.4%	1.5%	0.3%

Bron: NFB, Flankerend Bejaardenbeleid, 1987: p. 88

's-Gravenhage en vooral Friesland blijken over een ruimer budget per oudere inwoner te beschikken dan landelijk het geval is. Overigens blijkt dat in Friesland slechts een deel van het budget daadwerkelijk wordt besteed.

6.3 Zorgvoorzieningen voor ouderen

6.3.1 Gezinsverzorging

De Gezinsverzorging verleent overwegend huishoudelijke en verzorgende hulp (onder andere hygiëne) en bemiddelt daarnaast voor de alpha-hulp. Vooral voor ouderen op hogere leeftijd, voor wie de zwaardere huishoudelijke taken een (te) zware belasting vormen, is de gezinsverzorging van groot belang. In 's-Gravenhage werd ten tijde van het onderzoek de Gezinsverzorging uitgevoerd door een vijftal instellingen. De eigen zorgregistraties verschilden onderling sterk. Sedert december 1988 zijn deze instellingen gebundeld in één stichting. Enkele gegevens omtrent de beschikbaarheid van gezinsverzorging worden weergegeven in tabel 6.4.

Tabel 6.4 Gezinsverzorging, verzorgingsuren, aantal cliënten en percentage oudere cliënten in Nederland, 's-Gravenhage en Friesland

	Nederland*	's-Gravenhage**	(schatting 1988)	Friesland***
alpha-hulp uren	8.467.312	620.9.5	370.000	188.870
traditionele hulp (uren)	45.864.980	2.525.850	1.800.000	2.144.496
totaal uren hulp	53.858.467	3.146.755	2.170.000	2.333.366
uren per inwoner 65+	30.44	37.19	25.64	30.69

* WVC, FOGM, 1987: p. 229
** Gemeente Den Haag, Ontwerpplan Bejaardenoorden, 1985; schatting 1988: Stichting Thuiszorg
*** Provincie Friesland, 1980

N.B.: De vergelijking tussen de data heeft slechts een illustratieve functie.

In 's-Gravenhage lijkt op grond van deze gegevens een relatief grotere capaciteit in de gezinsverzorging te bestaan dan landelijk het geval is. De alpha-hulp blijkt in de totale verzorging in 's-Gravenhage een groter aandeel te hebben (19.7%) dan landelijk gemiddeld (15.7%) tegenover het kleine aandeel in Friesland. Dit kan echter ook een gevolg zijn van de verscherping van de normering in de betreffende jaren, waardoor in latere jaren vaker toewijzing van alpha-hulp plaats vindt in plaats van traditionele gezinsverzorging. Recent werden enkele gebruiksgegevens verkregen van een deel van de gezinsverzorging omtrent 1988. Deze cijfers komen aanmerkelijk lager uit. Ook Gerritsen en Van den Heuvel maken melding van lagere aanbodcijfers (1988: tabel 7, p.20). Daarom wordt elders verder uitgegaan van deze latere cijfers.

6.3.2 Wijkverpleging

De kruisverenigingen richten zich op het verlenen van ambulante verpleegkundige zorg. Thuiszorg voor chronisch zieken en nazorg voor recent uit het ziekenhuis ontslagen patiënten nemen daarbij een belangrijke plaats in. In 1988 gingen in 's-Gravenhage de twee voorheen autonome kruisverenigingen samen. Gegevens over de wijkverpleging werden verkregen van de provinciale kruisvereniging. Als vergelijkingsmateriaal worden data gepresenteerd afkomstig uit een onderzoek in zeven 'peilstations' over de WAS-registratie (gegevens zie tabel 6.5.).

Tabel 6.5 Aanbod van wijkverpleging in aantallen full-time hulpverleners in 's-Gravenhage, in Friesland en in Nederland

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
hoofd-wijkverpleegkundigen	4.934	8.2	--
wijkverpleegkundigen		124.3	177
wijkziekenverzorgers	1.291	30.2	38
totaal functionarissen	6.225	161.7	215
inwoners per functionaris	2.334	2.745	2.781
waarvan ouderen 65+	289	523	354

Bronnen: Nationale Kruisvereniging, 1986; Provinciale Kruisvereniging Friesland, 1984

Uit de tabel blijkt dat de beide onderzoeksgebieden over een relatief gering aanbod van wijkverpleegkundige zorg beschikken. In 's-Gravenhage geldt bovendien dat in de te verzorgen populatie een bijna twee maal zo groot aantal ouderen wordt aangetroffen. Voor de thuiszorg (onder andere voor nazorg) kan dit een knelpunt vormen.

6.3.3 Huisartsen

Voor thuiswonende ouderen neemt de huisarts een belangrijke plaats in. Ook is de huisarts meestal de hulpverlener die beoordeelt of thuiswonen nog mogelijk is, dan wel of verwijzing naar een andere - vaak intramurale - voorziening nodig is. Vanuit het gezichtspunt van de huisarts zijn ouderen een 'veeleisend' deel van de patiëntenpopulatie. Relatief veel ouderen doen een regelmatig beroep op de huisarts voor controle en in verband met chronische aandoeningen. Bovendien vraagt het contact met, en huisbezoek aan ouderen meer tijd. Om deze reden is naast de omvang van de huisartsenpraktijk het aandeel ouderen daarin van belang voor een indicatie van de werkdruk op de huisarts. Tabel 6.6 toont het aantal inwoners en het aantal ouderen per huisarts.

Tabel 6.6 Aanbod van huisartsen, gemiddelde praktijkomvang en ouderen per praktijk in 's-Gravenhage en Friesland en in Nederland

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
aantal huisartsen	5.904	197	256
inwoners/huisartsen	2.461	2.253	2.335
ouderen 65+/huisarts	300	430	297

Uit deze tabel blijkt dat in beide onderzoeksgebieden de gemiddelde praktijkomvang kleiner is dan landelijk het geval is. Echter, in 's-Gravenhage blijkt het aantal ouderen per huisarts aanzienlijk hoger te liggen terwijl dit in Friesland nauwelijks afwijkt. In 's-Gravenhage kan dan ook een hogere werkdruk op de huisarts verwacht worden.

6.3.4 Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg voor ouderen

De oorspronkelijk versnipperde ambulante geestelijk gezondheidszorg is in het begin van de tachtiger jaren door de overheid ondergebracht in de RIAGG's. Voor onderhavig onderzoek is vooral de functie voor ouderen van betekenis. Deze is grotendeels geconcentreerd in de 'Sociaal (Psycho)Geriatrische Diensten in de RIAGG. Deze dienst richt zich op ondersteuning van en hulpverlening (diagnostiek, therapie en bemiddeling) aan ouderen met psychiatrische en/of psychogeriatrische problematiek en hun omgeving. De sociale psychogeriatrie vormt de centrale ingang voor opneming in psychogeriatrische verpleeghuizen.

Uit een vergelijkend evaluatie-onderzoek blijken belangrijke verschillen tussen beide regio's (Wolffensperger et al., 1986). Ten tijde van het betreffende onderzoek bleek dat de al geruime tijd in Friesland bestaande Sociaal Geriatrische Dienst zich een brede taakstelling had gekozen. In 's-Gravenhage verkeerden daarentegen de RIAGG's in 1986 nog in een ontwikkelingsstadium. De nog jonge Sociaal Psychogeriatrische Dienst hier richtte zich specifiek op de psychogeriatrie welke al een aantal jaren als belangrijk knelpunt in 's-Gravenhage werd ervaren. In tabel 6.7 worden illustratieve data gepresenteerd ten aanzien van de personeelssterkte in 1984.

Tabel 6.7 Aanbod van de Sociaal (Psycho)Geriatrische Dienst van de RIAGG in personeelssterkte, per 1000 ouderen en als ouderen per functionaris in 's-Gravenhage, Friesland en Nederland in 1984

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
full-time personeel	281.5	10.33	16.15
per 1000 65+	0.159	0.122	0.212
ouderen per functionaris	6285	8192	4708

Bron: Wolffensperger, 1986

Geconstateerd kan worden dat het aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg in 's-Gravenhage relatief laag is, terwijl in Friesland over een relatief ruime capaciteit wordt beschikt. Voor de begeleiding van psychogeriatrische patiënten en hun verzorgenden kan hier een knelpunt liggen in 's-Gravenhage.

6.4 Beschikbare capaciteit in de intramurale zorg

6.4.1 Verzorgingstehuizen

Verzorgingstehuizen bieden een leefomgeving en verzorging voor ouderen die niet langer in staat zijn om zelfstandig thuis te blijven wonen, doch geen (intensieve) verpleging behoeven. De richtinggevende norm voor de beschikbare capaciteit is enkele jaren geleden verlaagd van 8 naar 7% van de totale ouderenpopulatie. In tabel 6.8 worden de feitelijk beschikbare plaatsen in verzorgingstehuizen in 's-Gravenhage, Friesland en in Nederland weergegeven.

Tabel 6.8 Aanbod van plaatsen in verzorgingstehuizen per 100 inwoners van 65 jaar en ouder in Nederland, 's-Gravenhage en in Friesland in 1986

	Nederland*	's-Gravenhage**		Friesland
aantal tehuizen	1594	43		84
aantal plaatsen	146000	5768	(5693)**	6572
per 100 inwoners 65+	8.25	6.9	(6.6)	7.8

* CBS, Statistisch Zakboek, 1987
** Gemeente Den Haag, Plan Bejaardenoorden, 1986; Nota Nieuw voor Oud, 1987

N.B.: Uit gemeentelijk informatie over de financiering in 1986 blijkt dat daarbij met iets afwijkende aantallen tehuizen en plaatsen wordt gerekend (respectievelijk 46 en 5605: IFO, 1987).

Uit de vergelijking blijkt dat de beschikbaarheid in 's-Gravenhage onder de landelijke norm, en ruim onder de feitelijke landelijke gemiddelde capaciteit ligt. Geconcludeerd moet worden dat ook op het punt van de mogelijkheid tot plaatsing in een verzorgingstehuis in 's-Gravenhage een knelpunt kan worden verwacht. Voor de komende jaren wordt verwacht dat dit knelpunt nog in belang zal toenemen, wanneer de ouderenpopulatie afneemt (en daarmee ook de toegestane capaciteit), terwijl het aandeel hoogbejaarden (met een grote zorgbehoevendheid) nog sterk zal toenemen.

6.4.2 Algemene ziekenhuizen

Algemene ziekenhuizen in Nederland richten zich (meer uitgesproken dan in sommige andere landen) op kortdurende/acute opnemingen en hebben een functie voor de gehele bevolking. Toch vergt de ziekenhuiszorg voor ouderen landelijk gezien bijna een derde deel van de beschikbare beddencapaciteit. Opgemerkt moet worden dat enkele ziekenhuizen in 's-Gravenhage een regionale functie hebben. In tabel 6.9 wordt het aanbod van bedden in algemene ziekenhuizen weergegeven.

Tabel 6.9 Aantal bedden in algemene ziekenhuizen, bedden per 1000 inwoners en per 1000 ouderen in Nederland, 's-Gravenhage, Friesland en in Oost-Friesland, 1986

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland	Oost-Friesland
capaciteit (bedden)	54 564	2 465	2 302	315
bedden per 1000 inwoners	4.76	5.55	4.85	3.92
bedden per 1000 65+	30.84	29.13	30.27	20.01

Bron: NZI: landelijk, Den Haag en Friesland

Uit deze tabel komt naar voren dat in 's-Gravenhage de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden, afgemeten aan de totale bevolking, relatief groot is. Afgemeten aan het aantal ouderen echter ligt de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden juist onder het landelijk gemiddelde.

6.4.3 Psychiatrische ziekenhuizen

Psychiatrische ziekenhuizen vervullen zowel een rol in de acute psychiatrie alsook voor chronisch zieken. Ten aanzien van de acute opnamen wordt overigens ook een rol gespeeld door het specialisme psychiatrie in algemene ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (Davidse et al., 1987). In tabel 6.10 wordt het aanbod van bedden in psychiatrische ziekenhuizen weergegeven voor 's-Gravenhage, Friesland en Nederland in 1986.

Tabel 6.10 Beschikbare bedden in psychiatrische ziekenhuizen, absoluut aantal, per 1000 inwoners/ouderen in 's-Gravenhage, Friesland, Oost-Friesland en in Nederland, 1/1/1986

	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
capaciteit	24262	1285	600
bedden per 1000 inwoners	1.7	2.9	1.0
bedden per 1000 65+	14.7	15.2	7.9

Bron: NZI, 1986

Het aanbod van bedden in psychiatrische ziekenhuizen is in 's-Gravenhage relatief groot, zelfs indien afgemeten aan de ouderenpopulatie. In Friesland is daarentegen sprake van een zeer beperkte capaciteit.

6.4.4 Aanbod van Somatische Verpleeghuizen

Somatische verpleeghuizen bieden - veelal langdurige - verpleegkundige en therapeutische zorg (zogenaamde CLSM zorg) aan patiënten die geen continue medisch specialistische zorg behoeven. Hoewel deze verpleeghuizen in principe bestemd zijn voor alle leeftijdscategorieën, blijkt dat landelijk circa 90% van de patiënten ouder is dan 65 (SIG-SIVIS, 1987).
In de planning wordt uitgegaan van een capaciteit van 1.2% bedden per 100 ouderen, aangevuld met 0.35 bedden per hoofd van de gehele bevolking. In de grote steden is een verhoogde capaciteit toegestaan.
In tabel 6.11 wordt de beschikbare capaciteit in somatische verpleeghuizen in 's-Gravenhage en in Oost-Friesland vergeleken met landelijk gemiddelde capaciteit.

Tabel 6.11 Aanbod van somatische capaciteit van verpleeghuizen in absoluut aantal en per 100 ouderen (bedden, dagbehandelingsplaatsen) in Nederland, in 's-Gravenhage en in Oost-Friesland

	Nederland	's-Gravenhage	Oost-Friesland
somatische bedden absoluut	27842	1581	216
somatische bedden/100 inwoners 65+	1.57	1.60	1.70
somatische dagbehandeling absoluut	1460	83	9
dagbehandeling 1000 65+	0.825	0.981	

Bron: NZI, Basisgegevens, 1/1/1986

Uit de tabel blijkt dat de capaciteit in somatische verpleeghuizen in beide onderzoeksgebieden iets boven het landelijk gemiddelde ligt. In zoverre er een taakoverlapping bestaat, zou in 's-Gravenhage een deel van de schaarste aan plaatsen in verzorgingstehuizen opgevangen kunnen worden door opnemingen in somatische verpleeghuizen.

6.4.5 Aanbod van Psychogeriatrische verpleeghuizen

Psychogeriatrische verpleeghuizen bieden diagnostische en therapeutische zorg en een leefomgeving aan patiënten met specifiek psychogeriatrische problematiek. Vrijwel 100% van de patiënten is ouder dan 65 jaar. In de planning wordt uitgegaan van een capaciteit van 1.25% bedden per 100 ouderen. In de grote steden is een verhoogde capaciteit toegestaan. In tabel 6.12 wordt de beschikbare capaciteit in psychogeriatrische verpleeghuizen in 's-Gravenhage en in Oost-Friesland vergeleken met landelijk gemiddelde capaciteit.

Tabel 6.12 Aanbod van psychogeriatrische capaciteit van verpleeghuizen in absoluut aantal en per 100 ouderen (bedden, dagbehandelingsplaatsen) in Nederland, in 's-Gravenhage en in Oost-Friesland, 1986

	Nederland	's-Gravenhage	Oost-Friesland
psychogeriatrische bedden absoluut	21773	1408	368
psychogeriatrische bedden/100 inwoners 65+	1.11	1.57	1.23
psychogeriatrische dagbehandeling	1071	79	8
psychogeriatrische dagbehandeling/100 inwoners 65+	0.06	0.09	

Bron: NZI, Basisgegevens, 1/1/1986

In psychogeriatrische verpleeghuizen in 's-Gravenhage - en in mindere mate in Friesland - blijkt een relatief ruime capaciteit te bestaan. Deze ligt ook hoger dan de landelijke capaciteitsnorm. Ook in dit geval geldt dat tegenover de relatieve schaarste aan ambulante zorg een relatief ruime capaciteit in de intramurale zorg staat. In absolute aantallen van mogelijk te verzorgen patiënten overigens weegt de overcapaciteit in intramurale voorzieningen niet op tegen de relatieve schaarste in extramurale zorg en verzorgingstehuisplaatsen.

6.5 Samenvatting van het aanbod van voorzieningen per regio

In de voorgaande paragrafen is ingegaan op de feitelijke beschikbaarheid van een aantal voorzieningen die voor ouderen van belang kunnen zijn. Centraal staat hier het functioneren van deze voorzieningen voor ouderen. In het vorige hoofdstuk werd geconstateerd dat vooral 's-Gravenhage (en in mindere mate Friesland) een afwijkende leeftijdsopbouw en samenstelling van de bevolking kent. Daarom werd het voorzieningenaanbod zowel afgemeten aan de totale bevolking, alsook afgemeten aan de omvang van de oudere bevolking.

Allereerst kan worden geconstateerd dat de omvang van de potentiële mantelzorg in 's-Gravenhage relatief aanzienlijk lager ligt dan landelijk het geval is. Afgemeten aan de totale omvang van de bevolking lijkt in 's-Gravenhage op het eerste gezicht voor de meeste officiële voorzieningen sprake te zijn van een relatief omvangrijk aanbod. Uitzonderingen in vergelijking tot gegevens over Nederland als geheel zijn alleen de wijkverpleging en verzorgingstehuizen (en wellicht, gezien recenter data, de gezinsverzorging).
Afgemeten aan de ouderenpopulatie echter verschuift dit beeld. Het relatieve aanbod van voorzieningen voor ouderen blijkt dan voor een aantal voorzieningen onder het landelijk gemiddelde te liggen. Dit betreft met name de thuiszorg in aangepaste woonvoorzieningen, de wijkverpleging, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de verzorgingstehuizen (alsmede de algemene ziekenhuizen, die echter een brede functie vervullen). Afgezien nog van de vraag of dat wenselijk is, is het twijfelachtig of de relatieve schaarste in deze voorzieningen in absolute aantallen 'zorgeenheden' gecompenseerd kan worden door het relatief grotere aanbod in de psychiatrische ziekenhuizen en in de (voornamelijk psychogeriatrische) verpleeghuizen.

In contrast met de Haagse situatie blijkt in Friesland het relatieve aanbod in de meeste voorzieningen dicht tegen landelijk gemiddelden aan te liggen. Het aanbod van wijkverpleging en het aantal plaatsen in verzorgingstehuizen liggen iets onder landelijke gemiddelden.

6.6 Verwachte effecten van regionale aanbodkenmerken

Op basis van de geconstateerde verschillen tussen beide onderzoeksregio's en landelijke gemiddelde beschikbaarheid van voorzieningen kan een globaal verwachtingspatroon over knelpunten en mogelijke substituerende patiëntenstromen in 's-Gravenhage worden geformuleerd.
De relatieve schaarste aan mantelzorg en aan bejaardenwoningen zal voor (licht) zorgbehoevende ouderen nadelige invloed hebben op de mogelijkheden om zonder professionele thuis te blijven wonen. Dit betekent dat relatief snel een beroep

op de gezinsverzorging en op de Indicatiecommissie voor de Bejaardenoorden voor plaatsing in een verzorgingstehuis zal worden gedaan.
Ook de extramurale medische, (wijk)verpleegkundige en ambulante psychogeriatrische capaciteit zijn beperkt. Verwacht wordt dat daardoor de begeleiding van psychogeriatrische patiënten als extra zware belasting wordt ervaren. Bovendien zal deze schaarste zowel bijdragen tot een verhoging van de druk op opnemingen in algemene ziekenhuizen, als tot een sterke beperking van de mogelijkheden tot ontslag uit het ziekenhuis of ontslag uit een verpleeghuis naar de eigen omgeving of naar een verzorgingstehuis, met name wanneer nazorg geboden moet worden. In algemene ziekenhuizen kan dit leiden tot verlenging van de verpleegduur van oudere patiënten en grotere druk op opneming in somatische verpleeghuizen. Ook hier kunnen dan langere wachtlijsten ontstaan. Het is mogelijk dat in zeer problematische situaties verpleeghuisopneming via ziekenhuisopneming plaats vindt. Binnen somatische verpleeghuizen zal de tolerantie ten opzichte van (licht) psychogeriatrische problematiek gering zijn. Ook hierdoor neemt de te verwachten druk op opneming in psychogeriatrische verpleeghuizen toe. Als psychogeriatrische patiënten relatief eerder worden opgenomen zal de gemiddelde verpleegduur van psychogeriatrische patiënten toenemen. Ondanks de relatief ruime capaciteit in de intramurale psychiatrie en in de verpleeghuizen, moet verwacht worden dat deze relatieve overcapaciteit tamelijk snel zal 'dichtslibben'.

7. VERWACHT EN FEITELIJK GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN

7.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd het voorzieningenaanbod in beide onderzoeksgebieden vergeleken met landelijk gemiddelde aanbodgegevens. Geconstateerd werd dat afgemeten aan de totale bevolking in 's-Gravenhage sprake is van een relatief ruimer aanbod in de meeste voorzieningen dan landelijk het geval is. Afgemeten aan de ouderenpopulatie echter wijzigt dit beeld zich en lijken de extramurale voorzieningen en verzorgingstehuizen schaarser. Friesland bleek over een relatief voorzieningenaanbod te beschikken dat dichter tegen het landelijk gemiddelde ligt.
In dit hoofdstuk wordt het gebruik besproken van een aantal voorzieningen, met name met betrekking tot de ouderenpopulatie. In het kader van dit onderzoek wordt iets uitvoeriger stil gestaan bij aanvragen en plaatsingen in verzorgings- en verpleeghuizen. Het gebruik van voorzieningen verschilt per leeftijdscategorie:

- in hogere leeftijdsklassen is de gebruiksfrequentie soms hoog;
- in hogere leeftijdsklassen is de gemiddelde intensiteit (bijvoorbeeld de duur) van de zorg per gebruiker soms hoog.

Bij een gegeven capaciteit van een voorziening geldt dat een relatief omvangrijke vraag naar een bepaald soort voorziening leidt tot een grotere werkdruk op deze voorziening. Daarom wordt het verwachte gebruik per leeftijdsklasse berekend op basis van landelijke data, in zoverre deze beschikbaar waren. Deze verwachtingscijfers kunnen worden vergeleken met het feitelijk gebruik. Voorts kan vanuit de verwachtingscijfers een indicatie worden berekend van de relatieve werkdruk in vergelijking tot landelijk gemiddelde werkdruk. Dit gebeurt door het verwachte gebruik om te rekenen naar een hierbij behorende equivalente standaardbevolking (dat is het vergelijkbare aantal inwoners met een leeftijdsopbouw die overeenkomt met de landelijk gemiddelden).
In intramurale voorzieningen kan een onderscheid worden gemaakt naar gebruik in aantallen opnemingen en gebruik in termen van duur. In zoverre beschikbaar is dit steeds gebeurd.
De gegevens zijn voor het grootste deel afkomstig uit bestaande registratiesystemen en officiële bronnen. Het gebruik van bestaande data betekent, dat deze niet voor alle voorzieningen beschikbaar zijn en soms maar ten dele aansluiten bij de eigenlijke bedoeling. Zo zijn voor de extramurale zorg slechts enkele gegevens beschikbaar over het gebruik van gezinsverzorging en wijkverpleging.

7.2 Gebruik van extramurale zorg

7.2.1 De Gezinsverzorging

Voor de gezinsverzorging geldt dat het gebruik de beschikbaarheid weerspiegelt. Opgemerkt kan worden dat in 's-Gravenhage werd gesteld dat het feitelijk aantal geïndiceerden (op de wachtlijst) ongeveer 15 hoger is dan de ingezette hulp. In tabel 7.1 worden enkele gegevens omtrent het gebruik van de gezinsverzorging door ouderen vergeleken. De vergelijking tussen de data heeft slechts een illustratieve functie, omdat de data verschillende jaren betreffen.

Tabel 7.1 Gezinsverzorging, verzorgingsuren, totaal en percentage oudere cliënten in Nederland, 's-Gravenhage en Friesland

	Nederland*	's-Gravenhage**		Friesland***
totaal uren hulp	53.858.467	3.146.755	(2.170.000)	2.333.366
percentage alpha-hulp	15.7%	19.7%	17.1%	8.1%
percentage uren t.b.v. ouderen	41.2%	50.3%	51.2%	40.3%
hulpverlening aan oudere cliënten	62.7%	74.9%	81%	64.0%

* WVC, FOGM, 1987: p. 229
** Gemeente Den Haag, Ontwerpplan Bejaardenoorden, 1985. Deze data betroffen 1984 en lijken inmiddels sterk verouderd. Voor recenter data zijn slechts schattingen over data voor een deel van 's-Gravenhage in 1988 beschikbaar (zie hierna)
*** Provincie Friesland, 1980

In 's-Gravenhage lijkt een relatief ruim percentage van de hulpverlening door de Gezinsverzorging aan ouderen besteed te worden. Volgens data uit 1984 betrof het 12.4% van de ouderenpopulatie, in 1988 naar schatting 14% ouderen (informatie afkomstig van de Stichting Thuishulp). Het gemiddeld aantal uren per cliënt betrof 151 per jaar in 1984. De alpha-hulp blijkt in de totale verzorging in 's-Gravenhage in beide jaren een relatief groter aandeel te hebben dan in Friesland of landelijk.
In Friesland waren in 1980 ongeveer 7.400 ouderen in zorg, dat wil zeggen eveneens ongeveer 12.4% van de oudere bevolking, echter met een gemiddeld aantal uren van 127 per cliënt.
De berekeningen met betrekking tot het gebruik laten zien dat in 's-Gravenhage het (vermoedelijk) hoge aantal aanvragen opgelost wordt door een relatief hoog aantal hulpverleningen aan ouderen te besteden, en per oudere meer zorguren te besteden.
Wanneer aangenomen wordt dat de relatieve verzwaring van de werkdruk over de leeftijdscategorieën vergelijkbaar is met die in andere voorzieningen, dan neemt de relatieve overcapaciteit in 's-Gravenhage af. Helaas kon alleen over recente schattingen (1988) van één instelling worden beschikt, welke ongeveer éénderde van de hulpverlening in 's-Gravenhage betreffen, waarin ouderen iets oververtegenwoordigd en hiervoor geïndiceerde uren iets hoger zouden zijn.

Deze cijfers worden weergegeven in tabel 7.2, ter illustratie van de werkdruk in verschillende leeftijdscategorieën.

Tabel 7.2 Illustratieve data betreffende de verdeling van cliënten van de gezinsverzorging over verschillende leeftijdscategorieën en het gemiddeld aantal geïndiceerde uren per week in één grote instelling voor de gezinsverzorging in 's-Gravenhage in 1988

Leeftijd	% cliënten	uren/week
44 jaar	8%	12.5
45-54 jaar	4%	8.1
55-64 jaar	8%	7.0
65-74 jaar	26%	6.2
75 jaar en ouder	55%	6.4
totaal	100%	10.0 uren/week/cliënt
absoluut	4 100 cliënten	41 731 uren per week

Data: Stichting thuishulp, 's-Gravenhage, 1989

Hoewel minder zekerheid bestaat over de betrouwbaarheid van deze gegevens, lijken deze data een aanwijzing voor een relatief lager gebruik in 1988 dan he geval was in 1984. In het licht van de hogere vergrijzing zou sprake zijn van relatief lager gebruik dan op basis van landelijke cijfers zou worden verwacht.

7.2.2 De wijkverpleging

Gegevens over de wijkverpleging werden verkregen van de provinciale kruisvereniging. Als landelijk vergelijkingsmateriaal worden data gepresenteerd afkomstig uit een onderzoek bij zeven regionale kruisverenigingen ('peilstations') over de WAS-registratie (WAS = Wijk-Administratie-Systeem; Nationale Kruisvereniging, 1986). De gegevens worden gepresenteerd in tabel 7.3. Hierin wordt het theoretisch te verwachten leeftijdsspecifieke gebruik van wijkverpleegkundige zorg berekend en vergeleken met de gegevens van de WAS-registratie in 's-Gravenhage.

Tabel 7.3 Zorguren van wijkverpleegkundigen in Nederland en in 's-Gravenhage: verwacht en feitelijk per leeftijdscategorie, 1986

leeftijdscategorie	gemiddeld gebruik Nederland in uren	's-Gravenhage verwacht gebruik	's-Gravenhage feitelijk geregistreerd
0-69 jaar	0.11	58744	53592
70-79 jaar	2.10	68034	72346
> 80 jaar	4.20	83311	88163
totaal	0.32	210089	214101

Data: Nationale Kruisvereniging, 1986
Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, WAS-registratie

Uit deze tabel kan worden afgeleid dat in 's-Gravenhage het totale gebruik van wijkverpleegkundige zorg in uren nauwelijks afwijkt (circa 2%) van het aantal

uren dat theoretisch verwacht werd. In de verdeling van het gebruik over de leeftijdsklassen blijkt echter, dat in 's-Gravenhage de jongere leeftijdscategorieën iets minder en de oudere iets meer uren zorg gebruiken dan verwacht werd op basis van het peilstationonderzoek.

N.B.: Wellicht wordt een deel van de werkdruk in de wijkverpleging opgevangen door de zorg voor jongere leeftijdscategorieën te beperken. Dit zou dan kunnen betekenen dat de nazorg voor ziekenhuispatiënten problematisch is.

De werkdruk van de wijkverpleging in 's-Gravenhage kan worden geschat door het totale te verwachten gebruik in 's-Gravenhage te vertalen naar gebruik door een equivalente standaard Nederlandse bevolking. De werkdruk op de wijkverpleging is aldus vergelijkbaar met een equivalente standaard populatie van 656.528 inwoners.

Opgemerkt kan worden dat volgens de gehanteerde landelijke maatstaven (2.945 inwoners per wijkverpleegkundige en 11.250 inwoners per wijkziekenverzorgende = 2.334 inwoners) hiervoor 281 full-time plaatsen nodig zouden zijn, in plaats van de bestaande 215 functionarissen thans.

7.2.3 De overige vormen van extramurale zorg

Over het gebruik van extramurale voorzieningen, zoals gebruik van voorzieningen uit het flankerend beleid en huisartsenbezoek door thuis wonende ouderen in verschillende leeftijdscategorieën, zijn weinig vergelijkbare gegevens bekend. Aangenomen lijkt te mogen worden dat voor deze voorzieningen eveneens geldt, dat het gebruik van deze voorzieningen in hogere leeftijdsklassen relatief hoger zal zijn dan in lagere leeftijdsklassen. Hier staat tegenover dat de omvang van het aandeel ouderen dat thuis woont kleiner is in de hoogste leeftijdsklassen.

7.2.4 Sociaal Psychogeriatrische Dienst

Psychogeriatrische problematiek komt relatief vaker voor in hogere leeftijdklassen. Op basis van prevalentiecijfers met betrekking tot dementie, als een belangrijke categorie, kan enige indicatie worden gegeven van de te verwachten effecten van de specifieke leeftijdsopbouw in 's-Gravenhage. Kay en Bergman (1980: p. 43) komen tot de volgende prevalentiecijfers: 65-69 2.1%, 70-74 4.3%; 75-79 8.0% en 80+ 17.7% van de ouderenpopulatie. Projectie van deze data op de bevolking in 's-Gravenhage en Friesland leidt dan tot de volgende verwachte absolute aantallen ouderen en aantal per SPGD-functionaris:

- Nederland: aantal 113.151 demente ouderen, dat wil zeggen 401 per functionaris;
- 's-Gravenhage: aantal 6.332 patiënten, dat wil zeggen 612 per functionaris;
- Friesland: 5.832 patiënten, dat wil zeggen 361 per functionaris.

Overigens worden in de literatuur nogal uiteenlopende percentages genoemd.

Uit een cliëntenregistratie bij vier regionale SPGD-en (Wolffensperger et al., 1986) worden ten aanzien van aanmeldingen in 's-Gravenhage en Friesland de volgende gegevens gepresenteerd:

Tabel 7.4 Aantal aanmeldingen van cliënten bij de SPGD per leeftijdscategorie in 's-Gravenhage en in Friesland, absoluut en in percentages in 1984*

	's-Gravenhage		Friesland	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage
65-69 jaar	45	5.7	101	7.2
70-74 jaar	86	11.0	180	12.8
75-79 jaar	170	21.7	307	12.5
80-84 jaar	205	26.1	340	24.2
> 80 jaar	278	35.5	477	34.0
als percentage van de 65+ populatie	0.93%		1.95%	

* Berekend op basis van Wolffensperger et al., 1986: p. 17

Opvallend is het verschil in percentage aanmeldingen afgemeten aan de ouderenpopulatie, dat in Friesland twee maal zo hoog ligt. Een mogelijke verklaring is dat ten tijde van het onderzoek de SPGD in Friesland al lang bestond, terwijl deze in 's-Gravenhage nog in een ontwikkelingsstadium verkeerde. Bovendien wordt in Friesland een minder scherpe scheiding gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische cliënten.
Op basis van deze aantallen cijfers is het aantal aanmeldingen per functionaris berekend: in 's-Gravenhage bedraagt dit 77.8 tegenover 91.9 in Friesland.

7.3 Intramurale zorg voor ouderen

7.3.1 Gebruik van verzorgingstehuizen

De werkdruk op verzorgingstehuizen valt in de eerste plaats af te leiden uit het aantal aanvragen tot plaatsing. De gegevens hierover zijn afkomstig van de gemeentelijke Indicatie Commissie in 's-Gravenhage. In 1987 werd in 's-Gravenhage door 2.2% van alle ouderen een aanvrage voor indicatiestelling ingediend. Het betrof vijf maal zoveel vrouwen als mannen. In tabel 7.5 wordt de verdeling van de aanvragers over de verschillende leeftijdscategorieën weergegeven.

Tabel 7.5 Aanvragen voor indicatiestelling en plaatsing in verzorgingstehuizen in 's-Gravenhage naar leeftijd, absoluut en in percentages, 1986

leeftijd	populatie 65+	aanvragen 65+	% aanvragen	% populatie 65+
65-69 jaar	24471	86	4.1	0.35
70-74 jaar	22580	259	9.4	1.15
75-79 jaar	18068	748	27.1	4.14
80-84 jaar	11436	929	34.8	8.12
85-89 jaar	5634	546	20.4	9.69
90 jaar en ouder	2432	172	6.2	7.07
totaal	84621	2758	100.0	4.26

Duidelijk is dat tot de leeftijdsklasse 90+ een relatieve toename optreedt van het percentage ouderen dat plaatsing aanvraagt. Van de aanvragers is 60% ouder dan 80 jaar en 3% jonger dan 70 jaar. Van de aanvragen werden 117 ingetrokken (144 ouderen) en werden 59 aanvragers verwezen naar een verpleeghuis.
De totale wachtlijst omvatte per 31-12-1986 in totaal 3.075 positief geïndiceerden (4.6% van de populatie). De gemiddelde wachtduur is uit de gegevens niet af te leiden, maar loopt op blijkens het jaarverslag van de Indicatie Commissie, vanaf 'meer dan 4 jaar' (1.4%), naar 'meer dan 1 jaar' (22.9%), tot 'in het betreffende jaar 1987' (55%).
Van de ouderen op de wachtlijst is bekend dat in afwachting van de plaatsing andere voorzieningen aanwezig zijn. Gemiddeld betreft het 1.4 voorziening.

- Bij 53% van de aanvragers op de wachtlijst is een centrale verzorger aanwezig en bij 12% een vrijwilligersorganisatie,
- bij 42% is Gezinsverzorging aanwezig,
- bij 12% is hulp van de Wijkverpleging aanwezig en
- in 7% is sprake van zorg door een ziekenhuis of verpleeghuis.

In 1986 werden blijkens het jaarverslag 999 personen van de bestaande wachtlijst van geïndiceerden afgevoerd. In tabel 7.6 wordt een overzicht gegeven van het verloop van de wachtenden per urgentiecategorie.

Tabel 7.6 Geplaatste ouderen van wachtlijst in 's-Gravenhage naar urgentie-categorie als percentage van de wachtlijst in 1986

urgentie	1	2	3	4	5	6	7	totaal
wachtlijst	5.71	12.45	21.38	0.59	1.09	24.73	0.43	65.38
geplaatst	1.71	4.79	8.16	0.14	0.31	9.25	0.33	24.15
overleden	0.43	0.88	2.37	0.02	0.07	2.66	0.05	6.48
verpleeghuis	0.59	0.36	0.97	0.07	0.33	2.13	0.00	4.45
totaal	8.44	17.47	32.88	0.83	1.80	37.77	0.81	100.00

Data: Jaarverslag 1987, Gemeentelijke Indicatie Commissie 's-Gravenhage, 1987

Uit de tabel komt naar voren dat ongeveer een kwart van de ouderen op de wachtlijst, in een verzorgingstehuis werd geplaatst in 1986. Tien procent van de ouderen bleek opgenomen in een verpleeghuis of overleden in het betreffende jaar.

Het gemiddelde gebruik, uitgedrukt in verzorgingsdagen in tehuizen door verschillende leeftijdscategorieën, is weergegeven in tabel 7.7. De data hiervoor worden ontleend aan respectievelijk landelijke statistieken en berekend op basis van de Jaaroverzichten van de gemeentelijke Inspektie Financiering Ouderenzorg.

Tabel 7.7 Verzorgingsdagen in verzorgingstehuizen in Nederland en in 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk per leeftijdscategorie, 1986

	Landelijk gemiddeld gebruikspercentage	berekend in dagen/capita	in 's-Gravenhage verwacht aantal dagen	feitelijk geregist.
0-64 jaar	1.00	0.04	13698	
65-69 jaar	2.40	2.10	51458*	
70-74 jaar	8.00	8.24	185977*	
75-79 jaar	18.50	25.08	453147*	
80-84 jaar	29.70	64.02	720740*	
85-89 jaar	25.60	114.14	643049*	
90-94 jaar 95 jaar en ouder	14.70	162.64	395542*	
totaal	4.35		2475701**	2038094***

* Het gebruik van verzorgingstehuizen in 's-Gravenhage is niet uitgeplist naar leeftijd
** De bezettingsgraad in 1986 wordt geschat op 99.5%; Data Nederland: CBS, Statistisch Zakboek, 1987
*** Data berekend op basis van financiering Bejaardenoorden in 1986, afd. IFO, gemeente 's-Gravenhage over 1986 (kleine afwijkingen ten opzichte van onze data zijn het gevolg van het gemeentelijke informatiesysteem dat gebaseerd is op financiële regelingen)

Uit de tabel blijkt landelijk een toenemend relatief gebruik door het percentage ouderen tot de leeftijdscategorie 85+. Het geschatte aantal verzorgingsdagen ligt in 's-Gravenhage 17.3% lager dan het op basis van landelijke gemiddelden verwachte aantal dagen. Verwacht moet dan ook worden dat in 's-Gravenhage verzorgingstehuizen een knelpunt vormen, zowel voor thuiswonende zorgbehoevenden als bij ontslag vanuit ziekenhuizen.

In 's-Gravenhage blijkt een relatief geringe capaciteit in verzorgingstehuizen te bestaan. Uit de verhouding tussen het verwachte gebruik en het feitelijk gebruik van verzorgingstehuizen per leeftijdsklasse in 's-Gravenhage blijkt, dat de werkdruk vergelijkbaar is met een equivalente standaardbevolking van 735.406 inwoners, waarvan 88.984 ouderen. In Friesland is de werkdruk vergelijkbaar met een bevolking van 725.876 inwoners, waarvan 87.831 ouderen.
In dit verband kan nog worden opgemerkt dat landelijk een geleidelijke stijging van de gemiddelde leeftijd bij plaatsing van de bewoners in verzorgingstehuizen wordt geconstateerd (FOGM, 1988). Hiermee samenhangend wordt ook gesignaleerd dat ouderen pas als zij in een slechtere conditie zijn, alvorens zij in aanmerking komen plaatsing in verzorgingstehuizen. Hierdoor stijgt de zorgbehoevendheid van de bewonerspopulatie (CBS, 1986). In toenemende mate verblijven verplegingbehoevende en psychogeriatrische patiënten in verzorgingstehuizen. Ook deze factoren dragen bij tot een hoge werkdruk op verzorgingstehuizen.

7.3.2 Algemene ziekenhuizen

In het vorige hoofdstuk bleek dat in algemene ziekenhuizen sprake is van een aanzienlijke overcapaciteit afgemeten aan de totale bevolking. Deze relatieve overcapaciteit kan bijdragen tot een relatief hoger aantal opnemingen, tot een relatief langere verpleegduur en/of tot een relatief lage bezettingsgraad. In tabel 7.8 worden de opnemingen per leeftijdsklasse vergeleken.

Tabel 7.8 Opnemingen in algemene ziekenhuizen in Nederland en 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk per leeftijdscategorie, 1986

leeftijds-categorie	gemiddeld aantal opnemingen Nederland	's-Gravenhage verwachte opnemingen	's-Gravenhage feitelijk	verhouding
0-64 jaar	0.089	32048	35413	1.10
65 jaar en ouder		19572	18905	0.97
65-69 jaar	0.187	4580	4277	0.93
70-74 jaar	0.223	5034	4836	0.96
75-79 jaar	0.257	4639	4305	0.93
80-84 jaar	0.279	3185	3165	0.99
85-89 jaar	0.278	1569	1693	1.08
90-94 jaar	0.243	486	531	1.09
95 jaar en ouder	0.184	79	98	1.24
totaal	0.106	51620	54318	

Bron: SIG-LMR-registratie, 1986

N.B.: Opgemerkt kan worden, dat het hier berekende verwachtingscijfer 839 opnemingen lager blijkt te zijn dan de uitkomst van de door de LMR gehanteerde standaardisatie voor leeftijd en geslacht blijkens het LMR-jaarboek 1986.

Uit de vergelijking tussen het leeftijdsspecifiek verwacht opnamepatroon en de feitelijk geregistreerde opnemingen in 's-Gravenhage blijkt dat in de oudere populatie als geheel nauwelijks sprake is van overconsumptie. Alleen in de hoogste leeftijdsklassen vindt een hoger aantal opnemingen plaats dan werd verwacht. Opvallend is dat daarentegen in de jongere leeftijdscategorieën onder 65 jaar een aanzienlijke hoger gebruik lijkt op te treden dan zou worden verwacht. Overcapaciteit kan bovendien leiden tot een relatief lange ligduur. In tabel 7.9 wordt een vergelijking tussen te verwachten gebruik en het feitelijk gebruik in verpleegdagen gepresenteerd.

Tabel 7.9 Verpleegdagen in algemene ziekenhuizen in Nederland en in 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk aantal per leeftijdscategorie, 1986

leeftijds-categorie	gemiddeld aantal verpl.dagen Nederland	's-Gravenhage verwachte verpleegdagen	's-Gravenhage feitelijk aant.	verhouding
0-64 jaar	0.85	305597	(387794)	(1.27)
65 jaar en ouder	4.15	357724	376646	1.05
65-69 jaar	2.88	70543	72704	1.03
70-74 jaar	4.82	86267	88989	1.03
75-79 jaar	4.91	88647	88018	0.99
80-84 jaar	5.81	66423	72854	1.10
85-89 jaar	6.04	34008	39751	1.17
90-94 jaar	5.12	10260	12260	1.19
95 jaar en ouder	4.67	1576	2070	1.31
totaal	1.25	663321	(764440)	(1.15)

Bron: SIG-LMR-registratie, 1986

Uit de vergelijking tussen het leeftijdsspecifiek verwacht opnamepatroon en de feitelijk geregistreerde opnemingen in 's-Gravenhage blijkt dat in de oudere populatie als geheel nauwelijks sprake is van overconsumptie. Echter in de hoogste leeftijdsklassen vindt wel een iets hoger aantal opnemingen plaats dan werd verwacht. Opvallend is ook hier dat in de jongere leeftijdscategorieën onder 65 jaar een aanzienlijke overconsumptie lijkt op te treden. Deze is zelfs hoger dan de overconsumptie in aantal opnemingen. Een uitzondering blijkt gevormd te worden door de hoogste leeftijdscategorieën. De wat hogere aantallen verpleegdagen bij deze ouderen worden voor een belangrijk deel verklaard uit het eerder genoemde hogere aantal opnemingen. Het iets hogere aantal verpleegdagen dan verwacht werd in verhouding tot opnemingen in deze leeftijdsklassen, zou een aanwijzing kunnen zijn voor problemen bij ontslag uit het ziekenhuis.
De bezettingsgraad in de betrokken ziekenhuizen in 's-Gravenhage varieert tussen 80% en 90% met een gemiddelde van 84.96%, tegenover 76.7% landelijk, ondanks het relatief omvangrijke aanbod. Ook deze constatering zou een indicatie kunnen zijn voor problemen bij ontslag uit de betrokken ziekenhuizen. In dat geval echter zouden zulke problemen ook gelden voor het ontslag van de leeftijdscategorieën tot 65 jaar. Gezien de eerder geconstateerde schaarste aan wijkverpleegkundigen zou een verklaring kunnen liggen in geringere mogelijkheden tot wijkverpleegkundige nazorg. Vermoed wordt dan ook dat 'noodsituaties' soms worden opgelost door ziekenhuisverblijf, zonder dat daarvoor specifiek medisch specialistische noodzaak bestaat. Dit betreft enerzijds spoedopnemingen, anderzijds noodgedwongen landurige hospitalisering door het ontbreken van ontslagmogelijkheden (naar huis of naar andere intramurale voorzieningen). Een relatief tekort aan ontslagmogelijkheden in een regio kan bijdragen tot een afwijkend opname-/verpleegduur-/ontslagpatroon bij algemene ziekenhuizen. Met uitzondering van verwijzingen naar andere ziekenhuizen, lijken ouderen in 's-Gravenhage relatief iets vaker naar een andere intramurale voorziening te worden ontslagen dan landelijk het geval is. De verschillen zijn echter klein.

Omgerekend naar een equivalente standaard bevolking is de opnamedruk uit de gemeente 's-Gravenhage vergelijkbaar met een populatie van 486.972 inwoners. De hogere beddencapaciteit kan (aldus gecorrigeerd) worden vergeleken met 5.0 bedden per 1000 standaardinwoners. In Friesland is de standaardbevolking vergelijkbaar met 608.047 inwoners, waarvoor dan een capaciteit van 4.7 bedden per 1000 inwoners beschikbaar is. Omgerekend naar een equivalente standaardbevolking is de werkdruk in verpleegdagen op algemene ziekenhuizen in 's-Gravenhage vergelijkbaar met een populatie van 530.656 inwoners. De hogere beddencapaciteit resulteert dan in een gecorrigeerd aantal aanwezige bedden van 4.59 per 1000 standaard inwoners. In Friesland wordt de equivalente standaardbevolking op deze wijze berekend als 620.798 inwoners, waarvoor dan een capaciteit beschikbaar is van 4.7 bedden per 1000 inwoners.

7.3.3 Psychiatrische ziekenhuizen

In 's-Gravenhage bestaat een aanzienlijke overcapaciteit van psychiatrische bedden. Uit een secundaire analyse van opnamestatistieken van psychiatrische ziekenhuizen (Van der Laar et al., 1986) wordt geconstateerd dat in 's-Gravenhage ook een relatief groot gebruik van psychiatrische ziekenhuizen plaatsvindt. Dit betreft vooral het aantal opnemingen (4.5 per 1000 inwoners tegenover 1.76 landelijk). Geconstateerd wordt in het rapport dat verhoudingsgewijs veel langdurig verblijvende chronische patiënten worden aangetroffen. Het relatief omvangrijke gebruik wordt slechts ten dele verklaard door de afwijkende bevolkingopbouw. Vermoed wordt, dat het relatief omvangrijke gebruik ten dele verklaard wordt door migratie van de bevolking vanuit 's-Gravenhage naar de randgemeenten in de afgelopen decennia, terwijl chronisch zieken in de betreffende ziekenhuizen zijn achtergebleven. Voorts wordt opgemerkt dat - blijkens de diagnosestatistiek - relatief veel demente patiënten in deze ziekenhuizen worden aangetroffen. Eerder werd geconstateerd dat de ambulante psychiatrische ouderenzorg in 's-Gravenhage een relatief bescheiden omvang heeft. Het is mogelijk dat de genoemde schaarste opgevangen wordt door de intramurale voorzieningen en - omgekeerd - dat bij gebrek aan ambulante zorg, het hoge gebruik van intramurale zorg in stand blijft.

7.3.4 Somatische Verpleeghuizen

In het vorig hoofdstuk werd geconstateerd dat afgemeten aan de bevolking in 's-Gravenhage een iets grotere capaciteit in somatische verpleeghuizen beschikbaar is dan landelijk het geval is. Daarbij werd overigens geen rekening gehouden met de leeftijdsopbouw.
In 's-Gravenhage is sinds 1985 een regionaal aanmeldingspunt (het BVGO) gevestigd. In 1986 vonden in de regio Den Haag in totaal (dat wil zeggen met inbe-

grip van aanvragen voor heropnamen) 2621 aanmeldingen plaats voor opneming in somatische verpleeghuizen, dat wil zeggen 0.3% van de totale regionale ouderenpopulatie.

N.B.: De regio omvat naast de gemeente 's-Gravenhage ook een aantal randgemeenten. Gegevens omtrent deze randgemeenten zijn in dit rapport buiten beschouwing gebleven.

De verhouding tussen het aantal wachtenden en het aantal plaatsingen bedroeg in 1986 gemiddeld 0.77 met een gemiddelde wachttijd van drie weken. Van de patiënten wachtend op opneming bevond zich 12% thuis, 12% in een verzorgingstehuis en ruim 70% in een algemeen ziekenhuis. Over het jaar bleken elke maand gemiddeld 29 patiënten langer dan twee weken in een algemeen ziekenhuis te wachten op opneming in een somatisch verpleeghuis, tegen gemiddeld 49 patiënten in 1985 (BVGO, jaarverslag 1986). Het aantal opnemingen in somatische verpleeghuizen in de regio bedroeg in 1986 in totaal 2064, waarvan 11% acuut geplaatsten (dat wil zeggen zonder wachttijd) via de huisarts en 5% acuut geplaatsten vanuit algemene ziekenhuizen.
In tabel 7.10 wordt de feitelijk verdeling van de gerealiseerde eerste opnemingen over de hogere leeftijdsklassen in somatische verpleeghuizen in de gemeente 's-Gravenhage vergeleken met de verwachting volgens landelijke gemiddelden.

Tabel 7.10 Opnemingen in somatische verpleeghuizen in Nederland en in 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk per leeftijdscategorie, 1986

leeftijds-categorie	landelijk aantal opnemingen	verwacht aantal opnemingen	SIVIS-registratie 's-Gravenhage	verhouding
0-64 jaar	0.00015	53	(53)	
65 jaar en ouder	0.01079	952	1182	1.24
65-69 jaar	0.00293	72	88	1.23
70-74 jaar	0.00640	144	146	1.01
75-79 jaar	0.01276	231	252	1.09
80-84 jaar	0.02170	248	305	1.22
85-89 jaar	0.03032	171	244	1.42
90-94 jaar	0.03494	70	115	1.64
95 jaar en ouder	0.03915	17	32	1.90
totaal	0.00144	1006	(1235)	

Data: SIG-SIVIS registratie, 1986

Uit de berekeningen blijkt dat het feitelijke aantal opnemingen hoger ligt dan zou worden verwacht, en dit in toenemende mate in hogere leeftijdsklassen. De gemiddelde leeftijd bij opneming is ruim een jaar hoger dan landelijk.
Wanneer de gegevens omtrent herkomst bij opneming voor somatische verpleeghuizen worden bezien, dan blijkt dat wat meer ouderen afkomstig zijn vanuit de eigen omgeving (24%) en het algemeen ziekenhuis (66%) dan landelijk. Het relatief grotere aantal opnemingen dan verwacht, bij een hogere leeftijd en gegeven de herkomst, kan gezien worden als een aanwijzing voor een wisselwerking met het relatief tekort aan mogelijkheden voor thuiszorg. In tabel 7.11 wordt het gebruik van verpleeghuizen in dagen weergegeven per leeftijdscategorie.

Tabel 7.11 Verpleegdagen in somatische verpleeghuizen in Nederland en in 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk naar leeftijd, 1986

leeftijds-categorie	gemiddeld aantal verpl.dagen Nederland	in 's-Gravenhage verwachte verpl.dagen	's-Gravenhage SIVIS-registr.	verhouding
0-64 jaar	0.06	23052		
65 jaar en ouder	4.89	376510	531898	1.41
65-69 jaar	0.74	18066	25774	1.43
70-74 jaar	1.51	34104	59168	1.73
75-79 jaar	4.46	62482	73947	1.18
80-84 jaar	7.24	82820	89869	1.09
85-89 jaar	15.82	89140	111737	1.25
90-94 jaar	31.03	62152	108357	1.74
95 jaar en ouder	64.68	27746	63046	2.27
totaal	0.56	399562		

Bron: SIG-SIVIS registratie, 1986

Uit de vergelijking tussen verwachte en feitelijk geregistreerde verpleegdagen in de somatische verpleeghuizen in 's-Gravenhage blijkt eveneens relatieve overconsumptie op te treden, met name in de jongere en in de hoogste leeftijdscategorieën, welke ten dele wordt verklaard door het hoger aantal opnemingen. Bovendien blijkt de gemiddelde verpleegduur 10% langer. Ontslag vindt vaker plaats naar een andere intramurale voorziening en door overlijden dan landelijk.
Het berekende aantal te verwachten opnemingen per leeftijdsklasse in 's-Gravenhage resulteert in een totaal van 1.006 opnemingen. De aldus berekende werkdruk is vergelijkbaar met een equivalente standaardbevolking met een omvang van 698.611 inwoners. Overigens blijft ook in dat geval sprake van enige overcapaciteit ten opzichte van de landelijke planningsnorm. In Friesland is de berekende equivalente standaardbevolking 704.167 inwoners.
Het hogere gebruik in hogere leeftijdscategorieën lijkt eveneens van invloed te zijn op de werkdruk afgemeten aan het aantal verpleegdagen. De werkdruk op de verpleeghuizen in 's-Gravenhage is vergelijkbaar met een equivalente standaardbevolking met een omvang van 713.504 inwoners. Ook dan, overigens, blijft de overcapaciteit ten opzichte van de landelijke norm bestaan. In Friesland is de equivalente standaardbevolking 732.698.

7.3.5 Psychogeriatrische verpleeghuizen

In de regio Den Haag werden in 1986 in totaal 847 patiënten aangemeld voor opneming in een psychogeriatrisch verpleeghuis, dat wil zeggen 0.1% van de regionale ouderenpopulatie. Het gemiddeld aantal aanmeldingen per maand bedraagt 71 patiënten, terwijl per maand 35 wachtlijstpatiënten worden geplaatst, alsmede 9 acute opnemingen plaatsvinden, hoofdzakelijk afkomstig uit de thuissituatie. De patiënten op de wachtlijst verblijven thuis (19%), in verzorgingstehuizen (25%), in een somatisch verpleeghuis (12.8%), in een psychiatrisch ziekenhuis

(31.6%) of in een algemeen ziekenhuis (11.8%). In tabel 7.12 wordt voor 's-Gravenhage het verwachte en het feitelijk aantal opnemingen weergegeven.

Tabel 7.12 Opnemingen in psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland en in 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk aantal per leeftijdscategorie, 1986

leeftijds-categorie	gemiddeld aantal opnemingen Nederland	in 's-Grav. verwacht aantal opnemingen	SIVIS-registratie 's-Gravenhage	verhouding
0-64 jaar	0.000001	0		
65 jaar en ouder	0.004191	379	427	1.13
65-69 jaar	0.000397	10	13	1.33
70-74 jaar	0.001193	27	33	1.22
75-79 jaar	0.003599	65	63	0.97
80-84 jaar	0.008731	100	100	1.00
85-89 jaar	0.018464	104	116	1.12
90-94 jaar	0.028464	57	81	1.42
95 jaar en ouder	0.037688	16	21	1.30
totaal	0.000511	379		

Data: SIG-SIVIS registratie, 1986

Uit deze gegevens blijkt dat het het aantal opnemingen in hogere leeftijdsklassen aanzienlijk hoger is. De gemiddelde leeftijd bij opneming ligt in 's-Gravenhage een jaar hoger dan landelijk. Relatief veel patiënten blijken opgenomen te worden vanuit algemene ziekenhuizen, terwijl opnemingen vanuit verzorgingstehuizen en uit psychiatrische ziekenhuizen relatief weinig voorkomen. De wachtduur wisselt sterk, maar bedroeg gemiddeld meer dan een half jaar. In ongeveer 10% van de gevallen blijkt de betrokkene te overlijden voor de opneming.
De geregistreerde opnamegegevens van de psychogeriatrische verpleeghuizen laten zien dat zowel in de jongere als in de hoogste leeftijdscategorieën een relatief hoge consumptie plaatsvindt. De absolute aantallen zijn overigens laag. In tabel 7.13 vindt dezelfde berekening plaats ten aanzien van verpleegdagen.

Tabel 7.13 Verpleegdagen in psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland en in 's-Gravenhage, verwacht en feitelijk, 1986

leeftijds-categorie	gemiddeld aantal verpl.dagen Ned.	verwacht aantal verpl.dagen	SIVIS-registratie 's-Gravenhage	verhouding
0-64 jaar	0.00054	193	193	
65 jaar en ouder	4.61679	352176	501674	1.42
65-69 jaar	0.29001	7098	8596	1.21
70-74 jaar	0.82807	18698	32386	1.73
75-79 jaar	2.53267	45760	53517	1.17
80-84 jaar	7.62483	87198	123085	1.41
85-89 jaar	18.03984	101636	141666	1.39
90-94 jaar	34.46765	67036	103126	1.54
95 jaar en ouder	57.69223	24750	39298	1.59
totaal	0.47071	352369		

Data: SIG-SIVIS registratie, 1986

Ook het aantal verpleegdagen blijkt hoger te zijn in de hogere leeftijdscategorieën. Uit de geregistreerde verpleegdagen van de psychogeriatrische verpleeghuizen in 's-Gravenhage blijkt eveneens relatieve overconsumptie op te treden welke ten dele wordt verklaard door het hoger aantal opnemingen. Bovendien is de verpleegduur tot definitief ontslag gemiddeld 3 maanden langer.
In het hogere consumptiepatroon in de psychogeriatrische zorg kan sprake zijn van historische oorzaken en van een wisselwerking met tekorten in andere voorzieningen.
Wanneer naar de herkomst bij opneming wordt gekeken valt op, dat de patiënten op een aanzienlijk hogere gemiddelde leeftijd relatief vaak afkomstig zijn uit de eigen omgeving of via het algemeen ziekenhuis worden opgenomen. Daarentegen komt opneming vanuit verzorgingstehuizen of dagbehandeling weinig voor. Dit hangt samen met het 'urgentie-beleid' waarin aan ouderen in de eigen omgeving en in algemene ziekenhuizen prioriteit wordt toegekend. Gezien het relatieve tekort aan plaatsen in verzorgingstehuizen is het hoge percentage ouderen dat naar deze voorzieningen wordt ontslagen opmerkelijk.
Uit de gebruiksgegevens blijkt dat het het aantal opnemingen in hogere leeftijdsklassen aanzienlijk hoger is. Het berekende aantal te verwachten opnemingen per leeftijdsklasse resulteert in een totaal van 1.006 opnemingen. De aldus berekende werkdruk is vergelijkbaar met een equivalente standaardbevolking met een omvang van 742.093 inwoners. Overigens blijft ook in dat geval sprake van enige overcapaciteit ten opzichte van de landelijke planningsnorm.
Het hogere gebruik in hogere leeftijdscategorieën bleek ook van invloed te zijn op het aantal verpleegdagen, dat hoger blijkt te zijn in de hogere leeftijdscategorieën. De werkdruk in verpleegdagen is vergelijkbaar met een equivalente standaardbevolking met een omvang van 748.130 inwoners. Overigens blijft ook na correctie voor de leeftijdsopbouw enige overcapaciteit ten opzichte van de landelijke norm overigens bestaan.

7.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk werden feitelijke gebruiksgegevens per leeftijdscategorie voor verschillende voorzieningen gepresenteerd. Tevens werd - in zoverre gegevens beschikbaar waren - het feitelijk gebruik vergeleken met berekend verwacht gebruik op basis van landelijke gemiddelden per leeftijdscategorie. Op basis daarvan werd een indicatie gegeven van de te verwachten werkdruk op elk van de voorzieningen.

het gebruik van extramurale voorzieningen
Over extramurale zorg zijn betrekkelijk weinig gegevens voor handen ten aanzien van het leeftijdsspecifiek gebruik. Uit de gepresenteerde gegevens van extramurale voorzieningen voor ouderen blijkt dat ongeveer een even groot percentage ouderen in 's-Gravenhage in zorg is als landelijk. Bij de gezinsverzor-

ging leek in 1984 het aantal uren zorg per cliënt hoger te liggen, recenter schattingen bevestigen dit beeld echter niet. Bij de toch al schaarse wijkverpleging in 's-Gravenhage lijkt de zorg voor ouderen 'ten koste te gaan' van de zorg voor jongere leeftijdscategorieën.

het gebruik van intramurale voorzieningen
Bij de verzorgingstehuizen bleek het aanbod lager dan landelijk. Ook het feitelijk gebruik blijkt aanzienlijk lager dan op grond van landelijke cijfers zou worden verwacht. De zorgbehoevendheid van de aanvragers is alleen indirect af te leiden uit de hulp in de situatie voor de plaatsing. Uit registratiegegevens blijkt dat bij iets meer dan de helft van deze ouderen een centrale verzorger hulp verleent, terwijl ook de gezinsverzorging vaak is ingeschakeld.
Het gebruik van algemene ziekenhuizen door opnemingen van ouderen blijkt lager dan werd verwacht, met uitzondering van de hoogste leeftijdscategorieën. Daarentegen blijkt het gebruik van verpleegdagen hoger. Beredeneerd werd dat hierin aanwijzingen kunnen liggen voor een tekort aan extramurale nazorg.
Het gebruik van psychiatrische ziekenhuisbedden door ouderen blijkt hoger dan werd verwacht. Vermoed wordt dat de schaarste van ambulante geestelijke gezondheidszorg hierin een rol speelt. Bovendien lijkt sprake te zijn van een overlap ten aanzien van psychogeriatrische patiënten.
Het gebruik van het relatief ruime aanbod aan somatische verpleeghuisbedden door ouderen resulteert in een hoger aantal opnemingen dan verwacht, overwegend vanuit algemene ziekenhuizen. Bovendien blijkt een langere gemiddelde duur en een hoger aantal verpleegdagen voor ouderen te worden gevonden. Ontslag naar intramurale voorzieningen en door overlijden komt vaker voor. Ook hier lijken aanwijzingen te bestaan voor het ontbreken van voldoende thuiszorg.
Het gebruik van psychogeriatrische verpleeghuisbedden is hoger dan op grond van landelijke gemiddelden werd verwacht. Het merendeel (81%) van de patiënten voor wie opneming wordt aangevraagd blijkt al in een intramurale voorziening te verblijven. Opmerkelijk is tenslotte, dat voor de intramurale voorzieningen blijkt dat, ondanks een hogere gemiddelde leeftijd bij opname, de gemiddelde verpleegduur bij ontslag toch hoger blijkt te zijn.
Uit de vergelijking tussen het verwachte en feitelijke gebruik van voorzieningen blijkt, dat ouderen in 's-Gravenhage over het geheel genomen niet meer zorg gebruiken dan verwacht zou worden op basis van landelijk gemiddelde cijfers per leeftijdscategorie.
In Friesland zijn bejaardenwoningen, wijkverpleging en psychiatrische ziekenhuisbedden relatief schaarser dan landelijk, terwijl de overige voorzieningen dicht tegen het gemiddelde liggen. Tegenover de schaarste aan wijkverpleegkundige zorg staat een relatief ruime beschikbaarheid van extramurale medische zorg door huisartsen. De relatief ruime capaciteit in de Sociaal Geriatrische Dienst draagt wellicht bij aan het compenseren van een eventueel tekort aan capaciteit voor begeleiding van psychogeriatrische problematiek door wijkverpleging en in verzorgingstehuizen.

8. PATIËNTENSTROMEN

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op gegevens die enig inzicht geven in patiëntenstromen tussen verschillende soorten voorzieningen. Over patiëntenstromen in de extramurale zorg is weinig bekend. Enige indicatie voor zulke stromen kan worden ontleend aan specialistische verwijskaarten (afgegeven door huisartsen aan ziekenfondsverzekerden: LISZ), enkele gegevens over de SPGD en indirecte gegevens (ontslaggegevens van intramurale voorzieningen van de SIG). Wel zijn enige gegevens beschikbaar betreffende herkomst en bestemming van oudere patiënten in een aantal intramurale voorzieningen. Het betreft hier gegevens over algemene ziekenhuizen, betreffende verzorgingtehuizen, somatische verpleeghuizen, enige gegevens van de SPGD van de RIAGG, en van psychogeriatrische verpleeghuizen.
De data zijn afkomstig uit de officiële landelijke registraties (voornamelijk SIG) en data betreffende de gemeente 's-Gravenhage over de herkomst en bestemmingscategorieën die bij de betreffende instellingen worden gehanteerd. Deze betreffen de herkomst bij (eerste) contact of opneming en de bestemming bij beëindiging van het contact of bij definitief ontslag uit de betreffende soort voorziening.

N.B.: Meestal worden dit soort gegevens uitgedrukt in percentageverdelingen over alle patiënten in de betreffende voorziening naar herkomst- en bestemmingscategorieën. In dit rapport wordt - waar mogelijk - ook aangegeven welk deel van de totale ouderenpopulatie het betreft, uitgedrukt per 1000 ouderen. Voor de vergelijkbaarheid van deze populaties is steeds gewerkt met de - voor verschillen in leeftijdsopbouw gecorrigeerde - berekende standaard equivalente bevolkingsomvang voor de betreffende voorziening (zie hoofdstuk 7).

Met deze gegevens wordt een aanduiding verkregen van ouderen in de patiëntenstromen tussen voorzieningen. De patiëntenstromen worden weergegeven door middel van figuren. De data en berekeningen die daaraan ten grondslag liggen worden weergegeven in tabellen.

8.2 Herkomst en bestemming van ouderen in algemene ziekenhuizen

Uit de registratie van gegevens van de ziekenfondsen blijkt dat 's-Gravenhage een relatief hoog aantal verwijskaarten per 1000 verzekerden wordt afgegeven. Deze gegevens zijn echter niet naar leeftijdsklasse beschikbaar.
In tabel 8.1 worden alleen gegevens over de bestemming bij ontslag uit de Landelijke Medische Registratie van algemene ziekenhuizen weergegeven voor wat betreft data over ouderen. De herkomstcategorieën uit deze registratie bleken niet goed bruikbaar voor ons doel.

Tabel 8.1 Bestemming bij ontslag uit algemene ziekenhuizen naar andere voorzieningen in percentages van alle ouderen, in 's-Gravenhage en in Nederland, 1986

	Nederland			's-Gravenhage
bestemming 65+	% 65+/alle patiënten	alle patiënten (percentages)	ouderen (percentages)	ouderen (percentages)
huis	23.7	93.1	84.0	83.8
ander ziekenhuis	29.9	1.7	1.9	0.8
psychiatrisch ziekenhuis	33.3	0.2	0.2	0.5
revalidatie inrichting	40.7	0.2	0.4	0.2
verpleeghuis	82.4	1.3	4.1	5.1
andere inrichting	52.8	0.2	0.4	0.4
tot. leven	24.7	96.8	91.	90.8
overleden	75.0	3.2	9.0	0.2
totaal	26.3	100	100	100

Data: SIG-SIVIS, 1986

Uit de tabel komen ten aanzien van de oudere patiënten slechts zeer geringe verschillen in ontslagpatroon vanuit algemene ziekenhuizen in 's-Gravenhage vergeleken met landelijke cijfers naar voren. Overigens laten de landelijke cijfers zien dat ouderen in 's-Gravenhage relatief vaker vanuit het ziekenhuis worden verwezen naar verschillende andere intramurale voorzieningen en wat vaker komen te overlijden dan landelijk het geval is.

Figuur 8.1 Herkomst en bestemming van patiënten in algemene ziekenhuizen in 's-Gravenhage en Nederland in aantallen per 1000 ouderen, 1985

Ondanks het relatieve tekort aan plaatsen in verzorgingstehuizen blijken relatief meer ouderen vanuit het ziekenhuis geplaatst te worden.

8.3 Herkomst en bestemming van ouderen in verzorgingstehuizen

In 1987 werden 999 personen afgevoerd van de bestaande wachtlijst van geïndiceerden voor plaatsing in een verzorgingstehuis. In tabel 8.2 wordt een overzicht gegeven waarin per urgentiecategorie het verloop van de wachtenden is weergegeven.

Tabel 8.2 In de regio en elders in verzorgingstehuis geplaatste ouderen van wachtlijst in 's-Gravenhage naar urgentie-categorie, als percentage van de wachtlijst in 1986

aanvragers 's-Gravenhage	urgentie 1	2	3	4	5	6	onbekend	totaal
wachtlijst	5.71	12.45	21.38	0.59	1.09	23.73	0.43	65.38
geplaatst	1.71	3.79	8.16	0.14	0.31	9.25	0.33	23.15
overleden	0.43	0.88	2.37	0.02	0.07	2.66	0.05	6.48
naar verpleeghuis	0.59	0.36	0.97	0.07	0.33	2.13	0.00	4.45
totaal	8.44	17.47	32.88	0.83	1.80	37.77	0.81	100%

Data: Gemeentelijke Indicatie Commissie 's-Gravenhage, Jaarverslag 1987, 1987

Uit de tabel blijkt dat minder dan een kwart van de ouderen op de wachtlijst daadwerkelijk werd geplaatst. Tien procent werd van de wachtlijst afgevoerd omdat de betrokkene overleed of definitief in een verpleeghuis werd opgenomen. Ook zijn enkele gegevens berekend op basis van de ontslaggegevens vanuit intramurale voorzieningen naar verzorgingstehuizen.

Tabel 8.3 In een verzorgingstehuis geplaatste ouderen, afkomstig vanuit intramurale voorzieningen als % van alle plaatsingen, Nederland (1985) en 's-Gravenhage (1986)

	Nederland* percentage van plaatsingen	's-Gravenhage percentage van plaatsingen
eigen omgeving	86.6%	68.6%
ander bejaardenoord	3.3%	
algemeen ziekenhuis	3.3%	6.8%
psychiatrisch ziekenhuis	0.8%	
somatisch verpleeghuis		12.3%
psychogeriatrisch verpleeghuis	5.0%	
totaal afkomstig uit intramurale voorzieningen: 314 van 999 plaatsingen = 31%		

* Bron: FOGM, 1987: p. 177
** Gemeentelijke Indicatie Commissie 's-Gravenhage, Jaarverslag 1986, 1987

N.B.: Het aantal plaatsingen in 's-Gravenhage is 11.8 promille van de ouderenpopulatie.

Wanneer deze herkomstgegevens van de Haagse ouderen worden vergeleken met landelijke gegevens, dan valt daarin op dat ouderen in 's-Gravenhage relatief weinig uit de eigen omgeving komen. Daarentegen blijken zij vaak afkomstig zijn vanuit intramurale voorzieningen, in het bijzonder vanuit verpleeghuizen. Opvallend is het relatief hoge percentage ouderen, afkomstig uit psychogeriatrische verpleeghuizen. Tenslotte bleek over 1986 de gemiddelde leeftijd bij plaatsing in 's-Gravenhage 85 jaar, en daarmee ruim een jaar hoger dan landelijk.
Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de verwachting dat de intramurale zorg in 's-Gravenhage een buffer vormt voor ouderen die niet langer in staat zijn thuis te blijven wonen. Omgekeerd lijkt dit tevens een bevestiging voor de verwachting dat voor intramurale voorzieningen de ontslagmogelijkheden naar huis zowel als naar een andere voorziening een knelpunt vormen.

Gegevens over de bestemming bij beëindiging van de zorg in bejaardenoorden over 's-Gravenhage ontbreken. Ter illustratie worden landelijke cijfers weergegeven in tabel 8.4.

Tabel 8.4 Oorzaken van beëindiging van de verzorging in een bejaardenoord in Nederland, 1981 en 1985

	1981	1985
Vertrek naar een ander bejaardenoord	3.6	4.1
Opname in psychiatrische inrichting	1.6	1.3
Opname in verpleeghuis	12.7	13.7
Overlijden	78.9	78.0
'Overige' (waaronder naar eigen woning)	3.2	2.9

Bron: FOGM, 1987: p. 178

De zorg wordt in de meeste gevallen beëindigd ten gevolge van het overlijden van de betrokken ouderen. Opname in een andere intramurale voorziening, met name in verpleeghuizen, komt vrij vaak voor. Ook is duidelijk dat slechts weinig ouderen vanuit het verzorgingstehuis weer naar hun eigen omgeving terugkeren.

8.4 Herkomst en bestemming van patiënten in somatische verpleeghuizen

In tabel 8.5 worden registratiegegevens omtrent de herkomst bij eerste opneming van oudere patiënten in somatische verpleeghuizen in 's-Gravenhage vergeleken met landelijk gemiddelde cijfers, afkomstig van de SIG.

Tabel 8.5 Herkomst bij eerste opname van patiënten in somatische verpleeghuizen als promillage van de gecorrigeerde populatie en van alle opnemingen in Nederland en in 's-Gravenhage, 1986

	Nederland			's-Gravenhage		
herkomst	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd
eigen omgeving	2.1	19.2	82 jaar	3.2	23.4	86 jaar
eigen omgeving en dagbehandeling	0.3	2.5	76 jaar	0.2	1.2	78 jaar
verzorgingstehuis	0.1	7.5	83 jaar	0.9	6.5	83 jaar
ziekenhuis	6.5	59.9	81 jaar	9.0	65.6	82 jaar
verpleeghuis	0.2	1.4	82 jaar	0.4	2.6	78 jaar
overig	1.0	9.4	81 jaar	0.1	0.6	77 jaar
totaal	10.8	100		13.7	100	

N.B.: De absolute aantallen zijn betreffende Nederland 19.081 en 's-Gravenhage 1.182, en een gemiddelde leeftijd bij opname van respectievelijk 79.9 jaar en 81.0 jaar. Een correctie is gemaakt, gebaseerd op berekende equivalente standaardpopulatie voor somatische verpleeghuizen. Data zijn berekend op basis van de SIG-SIVIS registratie.

Uit de tabel blijkt dat de instroom in somatische verpleeghuizen vooral afkomstig is uit het ziekenhuis en - in mindere mate - vanuit de eigen omgeving. In 's-Gravenhage is dit nog sterker het geval dan landelijk. De gemiddelde leeftijd bij opneming ligt aanzienlijk hoger, met uitzondering van patiënten afkomstig van andere verpleeghuizen.
In tabel 8.6 worden gegevens omtrent de bestemming bij definitief ontslag van oudere patiënten in somatische verpleeghuizen in 's-Gravenhage vergeleken met landelijk gemiddelde cijfers, afkomstig van de SIG.

Tabel 8.6 Overledenen en bestemming bij definitief ontslag uit somatische verpleeghuizen als promillage van alle ouderen en percentage van alle opnamen en mediane leeftijd in Nederland en in 's-Gravenhage, 1986

	Nederland			's-Gravenhage		
herkomst	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd
eigen omgeving	2.3	21.5	83 jaar	3.2	22.7	78 jaar
eigen omgeving en dagbehandeling	0.3	2.8	78 jaar	0.2	1.1	78 jaar
verzorgingstehuis	1.2	10.9	84 jaar	1.4	10.1	85 jaar
ziekenhuis	0.7	6.5	84 jaar	1.3	8.8	80 jaar
verpleeghuis	0.2	2.2	83 jaar	0.7	4.6	81 jaar
overige voorzieningen	1.0	9.7	84 jaar	0.1	0.5	77 jaar
overleden	5.0	46.4	85 jaar	7.4	52.2	86 jaar
totaal	10.7	100		14.2	100	

N.B.: Absolute aantallen bedragen voor Nederland 18.856 patiënten en voor 's-Gravenhage 1.224 patiënten. De gemiddelde verpleegduur bedroeg respectievelijk 390.8 dagen en 434.6 dagen.

De geregistreerde gegevens omtrent de bestemming bij definitief ontslag uit somatische verpleeghuizen laat zien dat sprake is van een hoger percentage overledenen, een hoger percentage opnemingen in algemene ziekenhuizen en een laag percentage bestemming 'overige voorzieningen'. De gemiddelde verpleegduur blijkt in 's-Gravenhage ruim 10% langer te zijn dan landelijk gemiddeld, ondanks de al eerder geconstateerde hogere gemiddelde leeftijd bij opneming.
In figuur 8.2 worden deze herkomst en bestemmingscijfers nogmaals samengevat.

Figuur 8.2 Herkomst en bestemming van cliënten van somatische verpleeghuizen in 's-Gravenhage en Nederland in aantallen per 1000 ouderen, 1986

Uit de figuur wordt zichtbaar dat ouderen in 's-Gravenhage frequenter vanuit voorzieningen worden opgenomen en weer ontslagen worden naar huis zowel als naar andere voorzieningen of overlijden, dan landelijk het geval is. Dit lijkt in overeenstemming te zijn met eerdere verwachtingen op grond van de werkdruk.

8.5 Herkomst en bestemming van SPGD-cliënten

De data betreffende de SPGD worden ontleend aan een onderzoek dat, in opdracht van de NVAGG, in 1986 werd uitgevoerd in vier regio's, waaronder 's-Gravenhage en Friesland (Wolffensperger et al., 1986). Landelijke data over de SPGD in 1986 ontbraken.

Tabel 8.7 Cliënten naar leefsituatie bij aanmelding in percentages van alle aanmeldingen en als promillage van de ouderenpopulatie berekend over een jaar in 's-Gravenhage en in Friesland*

	's-Gravenhage		Friesland	
	percentage van aanmelding	promillage populatie	percentage van aanmelding	promillage populatie
thuis wonend	63.8	12.2	75.7	29.6
- waarvan allen wonend	(35.9)	(6.8)	(34.6)	(13.6)
in verzorgingstehuis of pension	19.9	3.8	23.0	9.0
in intramurale voorziening**	16.9	3.2	2.4	1.0
totaal gemiddelde van 65+	19.0		39.0	

Absoluut over 6 maanden in 's-Gravenhage: 805 cliënten; in Friesland: 1484 cliënten.
* Data berekend uit Wolffensperger et al., 1986: tabel 11
** Intramurale instellingen: cliënten die 3 maanden of langer opgenomen zijn

Het merendeel van de cliënten dat bij de SPGD wordt aangemeld, betreft thuiswonende ouderen. In de helft van deze gevallen zijn het alleenstaanden. In Friesland blijkt een relatief groter percentage ouderen bij de SPGD te worden aangemeld dan in 's-Gravenhage. Bovendien betreft het relatief meer aanmeldingen van ouderen in de eigen omgeving en in een verzorgingstehuis of pension. Echter, in Friesland wordt een kleiner percentage ouderen aangemeld bij een verblijf van langer dan drie maanden in een intramurale voorziening, dan in 's-Gravenhage. Gedeeltelijk kan dit een afspiegeling zijn van de regionale verschillen in beschikbaarheid van verzorgingstehuizen (in 's-Gravenhage wat kleiner) en andere intramurale voorzieningen (in 's-Gravenhage relatief wat groter). Bovendien kan met name het wat hogere promillage ouderen dat bij een verblijf van meer dan drie maanden in een intramurale voorziening wordt aangemeld, een aanwijzing zijn voor een knelpunt in de ontslagmogelijkheden vanuit deze intramurale voorzieningen.
In tabel 8.8 wordt een overzicht gegeven van de (eventuele) verwijzing naar voorzieningen bij de beëindiging van het contact met de SPGD.

Tabel 8.8 Verwijzing bij afsluiting van het contact in percentages van alle afgesloten contacten van de SPGD en als promillage van de ouderenpopulatie berekend over een jaar in 's-Gravenhage en in Friesland*

	's-Gravenhage		Friesland	
	percentage van contacten	promillage populatie	percentage van contacten	promillage populatie
geen verwijzing	24.6	2.0	27.6	5.6
dagbehandeling	5.3	0.4	9.4	1.9
verzorgingstehuis	4.7	0.4	8.4	1.7
algemeen ziekenhuis	2.6	0.2	1.9	0.4
psychiatrisch ziekenhuis	7.9	0.6	2.3	0.5
somatisch verpleeghuis	3.5	0.3	31.1	6.3
psychogeriatrisch verpleeghuis	37.5	3.0	18.0	3.6
overig/onbekend	13.9	1.1	0.9	0.2
totaal		8.1		20.3

Aantal en percentage van populatie voor 's-Gravenhage: n = 341 over 6 maanden; Friesland: n = 772 over 6 maanden.
* Berekend op basis van data van Wolffensperger et al., 1986: p. 48.

N.B.: In Friesland wordt beleidsmatig geen scherp onderscheid tussen somatische en psychogeriatrische patiënten gemaakt.

Bij de beëindiging van het contact met de SPGD blijkt meer dan de helft van de betreffende ouderen naar een intramurale voorziening te worden verwezen. In een kwart van de gevallen vindt daarentegen geen verwijzing plaats. Opvallend is in Friesland het relatief hoge percentage contacten dat resulteert in verwijzingen naar somatische verpleeghuizen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de specifieke visie van de betreffende dienst. In 's-Gravenhage leiden veel contacten tot verwijzing naar pschogeriatrische en naar psychiatrische voorzieningen. Gezien het grote verschil tussen de aantallen nieuwe cliënten en de

beëindigde contacten (bijna de helft van de aanmeldingen), kan worden vermoed dat de cliëntenpopulatie van de SPGD relatief sterk groeit.
In figuur 8.3 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de verblijfssituatie van de cliënt bij het eerste contact en de (eventuele) verwijzing naar voorzieningen bij de beëindiging van het contact met de SPGD.

Figuur 8.3 Herkomst en bestemming van cliënten van de SPGD in 's-Gravenhage en Friesland per 1000 ouderen (abs.), 1985

De figuur maakt de grotere rol van de SGD voor de ouderenpopulatie in Friesland duidelijk zichtbaar. In 's-Gravenhage blijken relatief minder ouderen verwezen te worden naar de eigen omgeving of het verzorgingstehuis en relatief iets meer naar intramurale voorzieningen dan in Friesland. Het verschil tussen de instroom en uitstroom bedraagt in 's-Gravenhage en Friesland 13 respectievelijk 16 promille van de oudere populatie.

8.6 Herkomst en bestemming in psychogeriatrische verpleeghuizen

In tabel 8.9 worden registratiegegevens omtrent de herkomst bij eerste opneming van oudere patiënten in 's-Gravenhage vergeleken met landelijk gemiddelde cijfers, afkomstig van de SIG.

Tabel 8.9 Herkomst bij eerste opname van patiënten in psychogeriatrische verpleeghuizen als promillage van de 65+ populatie en percentages van alle opnemingen en mediane leeftijd in Nederland en in 's-Gravenhage, 1986

	Nederland			's-Gravenhage		
herkomst	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd
eigen omgeving	1.1	25.7	81 jaar	1.4	29.6	81 jaar
eigen omgeving en dagbehandeling	0.5	11.	79 jaar	0.4	7.8	79 jaar
verzorgingstehuis	0.8	19.9	86 jaar	0.8	15.9	86 jaar
ziekenhuis	1.2	28.3	82 jaar	1.8	37.9	83 jaar
verpleeghuis	0.2	5.4	83 jaar	0.4	8.3	83 jaar
overige	0.4	9.7	82 jaar	0.0	0.5	85 jaar
totaal	4.1	100.		4.7	100	

Absolute aantallen: Nederland 7.326 patiënten, 's-Gravenhage 422 patiënten; gemiddelde leeftijd bij opname 80.1 jaar, respectievelijk 81.2 jaar. Correctie gebaseerd op equivalente standaardpopulatie voor psychiatrische verpleeghuizen.
Data: SIG-SIVIS registratie, 1986

In vergelijk met landelijke cijfers valt op dat in 's-Gravenhage relatief veel ouderen in psychogeriatrische verpleeghuizen worden opgenomen vanuit algemene ziekenhuizen, andere (somatische?) verpleeghuizen en vanuit de eigen omgeving. Ook is - net als in geval van de somatische verpleeghuizen - de gemiddelde leeftijd bij eerste opneming hoger.
In tabel 8.10 worden gegevens omtrent de bestemming bij definitief ontslag van oudere patiënten in somatische verpleeghuizen in 's-Gravenhage vergeleken met landelijk gemiddelde cijfers, afkomstig van de SIG.

Tabel 8.10 Bestemming bij definitief ontslag uit psychogeriatrische verpleeghuizen als promillage van ouderen en percentage van alle opnamen en mediane leeftijd in Nederland en in 's-Gravenhage, 1986

	Nederland			's-Gravenhage		
bestemming	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd	% van pop. 65+	% van opneming	mediane leeftijd
eigen omgeving	0.1	2.9	82 jaar	0.2	2.6	80 jaar
eigen omgeving en dagbehandeling	0.7	2.2	81 jaar	0.1	1.5	80 jaar
verzorgingstehuis	0.0	0.9	83 jaar	1.4	22.4	85 jaar
ziekenhuis	0.2	4.8	82 jaar	0.3	4.7	81 jaar
verpleeghuis	0.2	4.1	82 jaar	0.1	2.2	82 jaar
overige voorzieningen	0.4	8.8	85 jaar	0.0	0.4	--
overleden	3.2	76.3	87 jaar	4.1	66.4	86 jaar
totaal	4.2	100		6.1	100	

Absolute aantallen: Nederland 7.145 patiënten, 's-Gravenhage 550 patiënten; de gemiddelde verpleegduur bedroeg 540.6 dagen respectievelijk 626.0 dagen. Een correctie is gemaakt, gebaseerd op berekende equivalente standaardpopulatie voor psychogeriatrische verpleeghuizen.
Berekend op basis van SIG-SIVIS registratie, 1986.

In de vergelijking valt op dat in 's-Gravenhage een relatief hoog percentage ouderen wordt ontslagen met als bestemming een verzorgingstehuis, terwijl ook een lager percentage in het psychogeriatrisch verpleeghuis overlijdt. De absolute aantallen zijn overigens gering. De gemiddelde verpleegduur is wat langer dan landelijk het geval is.
De herkomst en bestemmingspercentages worden samengevat in figuur 8.4.

Figuur 8.4 Herkomst en bestemming van cliënten van psychogeriatrische verpleeghuizen in 's-Gravenhage en Nederland in aantallen per 1000 ouderen, 1985

Uit deze figuur blijkt dat de instroom in psychogeriatrische verpleeghuizen iets hoger is vanuit algemene ziekenhuizen en eigen omgeving. De uitstroom ten gevolge van overlijden en die naar verzorgingstehuizen lijken beduidend hoger, dit laatste vooral in het licht van de relatieve ondercapaciteit in verzorgingstehuizen.

8.7 Samenvatting

Wanneer de gegevens over de herkomst bij opneming van de Haagse ouderen worden vergeleken met landelijke gegevens, dan valt daarin vooral een wat hogere frequentie van opnemingen en ontslag op, dat wil zeggen relatief uitgebreider patiëntenstromen. Daarbij blijkt dat ouderen in 's-Gravenhage relatief wat vaker afkomstig zijn vanuit intramurale voorzieningen, in het bijzonder vanuit algemene ziekenhuizen. Bovendien is de gemiddelde leeftijd bij aanmelding en/of plaatsing in de specifieke ouderenvoorzieningen een jaar hoger dan landelijk het geval is.

Uit de registratie van de bestemming bij defintief ontslag in 's-Gravenhage blijkt dat ontslag naar huis vanuit intramurale voorzieningen (algemene ziekenhuizen en somatische verpleeghuizen) minder vaak voor komt dan in Nederland en in Friesland. Daarentegen blijken ouderen relatief vaker naar (andere) intramurale voorzieningen te worden ontslagen of te overlijden. Een uitzondering wordt gevormd door de Haagse psychogeriatrische verpleeghuizen, waar een iets lager percentage ouderen komt te overlijden dan landelijk het geval is. De gemiddelde verpleegduur in een aantal intramurale voorzieningen blijkt - ondanks de hogere gemiddelde leeftijd bij opneming - boven het landelijk gemiddelde te liggen. Hieruit zou wellicht afgeleid kunnen worden dat in een deel van deze patiënten de oorzaak van opneming niet een acute aandoening was, doch veeleer een algehele zorgbehoevendheid, samenhangend met de hoge leeftijd.

Deze bevindingen lijken in overeenstemming te zijn met de verwachting dat de intramurale zorg in 's-Gravenhage een buffer vormt voor ouderen, in het bijzonder hoogbejaarden, die niet langer in staat zijn thuis te blijven wonen en vaak via een voorziening terecht komen in een verzorgingstehuis. Tegelijk betekent dit ook een bevestiging voor de verwachting dat voor intramurale voorzieningen de ontslagmogelijkheden naar huis een knelpunt vormen. Tenslotte kan op grond hiervan worden vermoed dat plaatsing vanuit de eigen omgeving in een verzorgingstehuis relatief moeilijk is en daardoor in 's-Gravenhage relatief vaker via een opneming in een andere voorziening plaats vindt. Wellicht is een gevolg hiervan ook een frequenter 'verkeerd bed' probleem. Hierin zou dan tevens een verklaring kunnen liggen voor de ervaren omvangrijke psychogeriatrische problematiek in 's-Gravenhage, ondanks de relatief ruime capaciteit in intramurale psychogeriatrische en psychiatrische voorzieningen.

9. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

9.1 Inleiding

In het inleidend gedeelte werd geconstateerd dat 's-Gravenhage een voorbeeldfunctie zou kunnen vervullen voor te verwachten ontwikkelingen, gegeven het feit dat de demografische ontwikkeling hier enkele decennia vóór loopt op de landelijke ontwikkeling.
In dit hoofdstuk worden eerst de bevindingen omtrent vraag, aanbod en gebruik van voorzieningen uit de voorgaande hoofdstukken samengevat in de vorm van zogenaamde 'profielen'. Deze profielen bevatten berekende indexwaarden voor bepaalde kenmerken per regio, waarbij het landelijk gemiddelde op 100 is gesteld. Aldus geeft het regionale indexcijfer de afwijking aan in percentages ten opzichte van landelijke gemiddelden.
In de eerste plaats worden enkele demografische kenmerken weergegeven in een regionaal 'vraagprofiel'. Vervolgens wordt (op basis van de gegevens omtrent het aanboden indirect gestandaardiseerd naar leeftijd) een 'regionaal voorzieningenprofiel' gepresenteerd en - in aansluiting hierop - een 'regionaal consumptieprofiel'.
In hoofdstuk 4 werden een aantal mogelijke 'oplossingen' beredeneerd om de werkdruk binnen een gegeven voorziening te verminderen. Op basis van de resultaten wordt nagegaan in hoeverre deze beredeneerde 'oplossingen' ook zichtbaar zijn in de gepresenteerde resultaten. Vervolgens worden een aantal verwachtingen uitgesproken ten aanzien van de condities waarbinnen zich op micro-niveau de besluitvorming voor de respectievelijke participanten afspeelt. Tenslotte worden op grond van de bevindingen en conclusies een aantal aanbevelingen geformuleerd.

9.2 Regionaal vraagprofiel

De gegevens met betrekking tot de potentiële vraag naar zorg, met name demografische kenmerken kunnen worden samengevat in een profiel, waarin per regio de afwijking ten opzichte van landelijk gemiddelde gegevens wordt aangegeven in indexwaarden. In tabel 9.1 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de vraagkenmerken van 's-Gravenhage en Friesland, op basis van hoofdstuk 5.
Uit deze tabel blijkt dat in beide regio's sprake is van een groot aantal bevolkingskenmerken die verondersteld worden de vraag te verhogen. Beide onderzoeksgebieden vertonen een profiel dat op een overeenkomstige wijze 'ongunstig' afwijkt van landelijke gemiddelden, met uitzondering van de ervaren gezondheid.

Tabel 9.1 Samenvattend profiel van kenmerken die verwacht worden de vraag te verhogen, 's-Gravenhage en Friesland (indexwaarden: Nederlands gemiddelde = 100)*

	's-Gravenhage	Friesland
- jongere leeftijdscategorie tot 65 jaar	92	99
- bevolking totaal 65+	157	109
- percentage 80+ van populatie van 65+	171	122
- sexeratio totaal 65+	119	90
- percentage alleenstaande vrouwen 65+	110	107
- gezondheidsenquete percentage 65+ met problemen	101	102
- inkomen per inkomenstrekker (alle inwoners)	101	109

* Hoe hoger de index, hoe ongunstiger de verwachte vraag naar zorg.

Hierbij zijn de belangrijkste kenmerken het percentage ouderen en het percentage hoogbejaarden (80+), tegenover de jongere leeftijdscategorieën. De afwijking ten opzichte van het landelijk gemiddelde is in 's-Gravenhage meer uitgesproken dan in Friesland. Geconcludeerd kan daarom worden dat in beide regio's, maar sterker in 's-Gravenhage, een hogere vraag naar zorg door ouderen moet worden verwacht dan het aantal inwoners op zich doet verwachten.

In de komende jaren vindt in 's-Gravenhage bovendien een opmerkelijke verdere ontwikkeling plaats: het aantal ouderen neemt geleidelijk af, maar binnen de ouderenpopulatie neemt het aandeel hoogbejaarden nog verder toe. Daardoor kan worden verwacht dat de zorgvraag die samenhangt met een hoge leeftijd (hulp in verband met afnemende validiteit, verzorgingstehuisplaatsing en verpleeghuisopneming), in absolute zin nog verder zal toenemen, ondanks een slinkende ouderenpopulatie. Een ongedifferentieerde planning, dat wil zeggen zonder rekening te houden met een afwijkende leeftijdopbouw, zal daarom niet goed bruikbaar zijn als indicator voor de te verwachten vraag naar zorg.

9.3 Gestandaardiseerd regionaal aanbodprofiel

In onderhavig onderzoek werd ook de mantelzorg opgevat alsof het een 'voorziening' betreft. Uit de berekeningen met betrekking tot het aanbod van mantelzorg, moet worden afgeleid dat er - onder de condities van verdere vergrijzing - weinig grond lijkt te zijn voor hoopvolle verwachtingen over de rol die de 'mantelzorg' kan spelen als substituut voor beroepsmatige zorgverlening aan ouderen, in het bijzonder aan hoogbejaarden. Immers, wanneer verondersteld wordt dat in de praktijk mantelzorg vooral wordt verleend door bepaalde leeftijdscategorieën (en vermoedelijk ook overwegend vrouwen betreft), dan is de betreffende populatie beperkt in omvang. Wanneer mantelzorg vooral voorkomt binnen familierelaties, dan geldt voor hoogbejaarden, dat hun kinderen zelf al een aanzienlijke leeftijd hebben kunnen bereikt. Duidelijk is dat de beschikbaarheid van mantelzorg in 's-Gravenhage beperkter is dan landelijk het geval is. Bovendien kan worden vermoed dat met de beperkter jongere populatie ook nau-

were grenzen zijn aan het werven van arbeidskrachten in de verzorgende sector. Tenslotte zou bovendien de combinatie van een arbeidsplaats en mantelzorg problematisch kunnen zijn. Deze kanttekeningen zijn van belang, omdat zij de mogelijkheid relativeren dat een schaarste aan beroepsmatige zorg wordt opgevangen door mantelzorg. In 's-Gravenhage is die kans kleiner dan landelijk nu nog het geval is.
Het bestaande aanbod van beroepsmatige voorzieningen kan tot op zekere hoogte worden opgevat als het feitelijke resultaat van voorgaande voorzieningenplanning en beleid. Voor veel voorzieningen geldt dat zij een functie hebben voor verschillende leeftijdscategorieën. Toch blijken veel voorzieningen van uitzonderlijk belang voor bepaalde leeftijdscategorieën (vooral zuigelingen, jeugd en ouderen). In het beleid en de planning wordt met lokale bevolkingskenmerken slechts zeer ten dele rekening gehouden (met name leeftijd en geslacht, maar ook andere invloedsfactoren zijn denkbaar, zoals percentage werkeloosheid en allochtonen).
Op het eerste gezicht lijkt het aanbod van voorzieningen in 's-Gravenhage - afgemeten aan de totale bevolking - tamelijk ruim. Zoals in het vorige hoofdstuk werd getoond blijkt dat het gebruik van voorzieningen verschilt in onderscheiden leeftijdscategorieën. Voor een beleid, gericht op het realiseren van 'zorg op maat', is het dan ook wenselijk te corrigeren voor het leeftijdsspecifiek gebruik van voorzieningen. Daartoe werd een berekeningsmethode ontworpen. Hierin wordt, op basis van het landelijk gemiddelde gebruik per leeftijdscategorie, de te verwachten werkdruk op voorzieningen geschat. Door deze te herleiden tot gebruik van een 'gemiddelde Nederlandse bevolking' in de vorm van een equivalente standaardbevolking, kan een basis worden gecreëerd voor vergelijking tussen beide regio's en landelijk gemiddelde vraag-, aanbod- en gebruikscijfers. De uitkomsten worden gepresenteerd in tabel 9.2.

Tabel 9.2 Samenvattend overzicht van de beschikbare voorzieningen in verhouding tot de equivalente standaardbevolking (indexwaarden) 's-Gravenhage en Friesland, 1986

beschikbaar per oudere	's-Gravenhage	Friesland
leeftijd 0-64 jaar in populatie	92	99
leeftijd 65+ in totale bevolking	157	109
potentiële mantelzorg vrouwen 40-64 jaar	67	90
bejaardenwoningen	69	56
flankerend beleid	124	156
gezinsverzorging	85* [122**]	101
wijkverpleging	54	80
huisartsen	70	100
SPGD	77	133
verzorgingsplaatsen	84	91
ziekenhuisbedden	94	98
psychiatrische bedden	111	58
somatische verpleeghuizen	102	108
psychogeriatrische verpleeghuizen	141	111

Data: zie hoofdstuk 6
* Data berekend op basis van recente gegevens van de Stichting Thuiszorg
** Data berekend op basis van gegevens over 1984 van de Provinciale Raad ZH.

Wanneer rekening wordt gehouden met de effecten van de verschillen in de regionale leeftijdsopbouw in 's-Gravenhage, dan blijkt een aanvankelijk beeld van een relatief omvangrijk aanbod zich drastisch te wijzigen. Voor de meeste voorzieningen geldt dat (op grond van het te verwachten gebruik), in 's-Gravenhage de beschikbaarheid van de meeste soorten voorzieningen als relatief ongunstiger dan landelijk gemiddeld moet worden beoordeeld. Psychiatrische en psychogeriatrische intramurale voorzieningen hebben een wat ruimer aanbod dan landelijk het geval is. Overigens gaat het daarbij om een vrij klein absoluut aantal plaatsen.
Ook Friesland blijkt, aldus berekend, wat minder aanbod in een aantal voorzieningen te kennen dan landelijk het geval is. Voor een aantal voorzieningen geldt echter dat het gecorrigeerde aanbod van voorzieningen iets gunstiger is dan in 's-Gravenhage. Bij deze berekeningen is alleen gestandaardiseerd voor de leeftijdsopbouw. Geen rekening is gehouden met de samenstelling naar geslacht en de beschreven vraagbevorderende bevolkingskenmerken', daar hun relatieve gewicht niet bekend is. Evenmin is hierbij rekening gehouden met het gegeven dat voorzieningen sterk verschillen in hun 'bereik', dat wil zeggen het aantal ouderen dat per 'produktie-eenheid' kan worden geholpen. Zo geldt dat een bed in een verpleeghuis slechts door een persoon tegelijk wordt bezet. Daarentegen blijkt een wijkverpleegkundige gemiddeld circa 14 ouderen gelijktijdig in zorg heeft. Dit betekent, dat een schaarste aan wijkverpleegkundigen voor meer patiënten direct van invloed is op de zorg dan een schaarste aan verpleeghuisbedden. Omgekeerd geldt dat de zorg voor sommige patiënten tamelijk intensief dient te zijn. Een groot bereik betekent een relatief geringere intensiteit van zorg aan een patiënt. Een schatting van het bereik (als aantal ouderen in zorg per bed, plaats of functionaris) wordt gegeven in tabel 9.3.

Tabel 9.3 Schatting van het gemiddeld aantal bereikte ouderen per full-time functionaris, plaats/bed per jaar, voor extramurale en intramurale voorzieningen (Nederland)

mantelzorg ten aanzien van thuiszorg (veronderstelling)	1.3 ouderen*
gezinsverzorging	2.5 ouderen
wijkverpleging	13.6 ouderen**
verzorgingstehuis	1.0 oudere
algemeen ziekenhuis	1.0 oudere
psychiatrisch ziekenhuis	1.0 oudere
somatisch verpleeghuis	1.0 oudere
psychogeriatrisch verpleeghuis	1.0 oudere

* Aangenomen is, dat voor de thuiszorg geldt, dat een mantelzorger niet meer dan één oudere-situatie verzorgt. Bij de gegeven verdeling naar burgerlijke staat betekent dit gemiddeld 1.3 ouderen.
** In het peilstationproject van de Nat. Kruisvereniging (1986) worden door 197 functionarissen 2435 ouderen in zorg gerapporteerd, hetgeen neerkomt op 13.6 ouderen.

Uit de tabel blijkt dat de extramurale zorg per functionaris een groter aantal ouderen bereikt dan de intramurale zorg. Een relatief tekort van één gezinsverzorgende zou dus ertoe kunnen leiden dat voor gelijkblijvende zorg 2.5 ouderen een verzorgingstehuisplaats behoeven. Zelfs wanneer slechts een beperkt deel

van de patiënten die een tekort aan zorg ervaren een beroep doet op substituerende intramurale voorzieningen, betreft dit in absolute aantallen al een veelvoud van de relatieve overcapaciteit in de psychiatrische en psychogeriatrische voorzieningen. In het licht van het geschatte bereik geldt dat in 's-Gravenhage de relatieve schaarste aan mantelzorg, wijkverpleging en ook gezinsverzorging een belangrijke verhoging van de druk op intramurale voorzieningen tot effect zullen hebben.
Doordat huisartsen ook relatief veel ouderen in hun praktijk hebben en vooral de wijkverpleging een belangrijk bereik heeft, zal deze druk zich waarschijnlijk het sterkst uiten in de richting van medisch-verpleegkundige intramurale voorzieningen, c.q. het ziekenhuis en de verpleeghuizen. Omgekeerd geldt dat uitbreiding van extramurale zorg een relatief hoog rendement heeft, vergeleken bij uitbreiding van de intramurale zorg.

Tussen voorzieningen kunnen vormen van spontane substitutie van zorg optreden, welke een relatief tekort (of een ruim aanbod) kunnen compenseren. Daarnaast geldt dat de verschillende voorzieningen ook belangrijk verschillen in kosten per gebruiker. Door rekening te houden met de gemiddelde kosten per hoofd van de bevolking ontstaat een maatstaf voor vergelijking van het regionale voorzieningenstelsel als geheel. Tevens geeft zo'n benadering inzicht in eventuele substitutiemogelijkheden bij gelijkblijvende kosten per oudere. Het relatieve totaal-aanbod per 'gestandaardiseerde inwoner' wordt weergegeven in tabel 9.4.

Tabel 9.4 Relatieve kosten van het voorzieningenaanbod voor ouderen in 's-Gravenhage en Friesland, uitgedrukt als aanbodindex (x) nationale rekening per voorziening*

kosten voorziening per oudere (in M.*f*)	nationale rekening	gestandaardiseerd kosten per stand. inwoner	
	Nederland	's-Gravenhage	Friesland
a. bejaardenwoningen	5	3	2
b. huursubsidie	250	310	390
c. gezinsverzorging	700	595	707
d. wijkverpleging	200	108	160
e. huisartsen	200	140	280
f. ambulante geestelijke gezondheidszorg			
g. verzorgingshuisplaatsen	2000	1680	1813
h. ziekenhuisbedden	2300	2162	2254
i. verpleeghuizen	2200	2244	2376
totaal thuiszorg (a-e)	1355	1156	1539
totaal intramuraal (f-h)	6500	6086	6443
totaal	7855	7242	7982
index thuiszorg (a-e)	(100)	(85)	(114)
index intramurale zorg (f-h)	(100)	(94)	(99)
index totaal	(100)	(92)	(102)

* Bron: FOGM, 1987

Uit deze overigens grove indicator van het regionale voorzieningenaanbod vanuit kostenperspectief, blijkt dat in 's-Gravenhage sprake is van een relatief kleiner

totaal-aanbod van het voorzieningenstelsel dan landelijk het geval is. De relatieve capaciteit geeft over vrijwel de gehele linie relatief een ongunstiger beeld. Alleen de individuele huursubsidie en de verpleeghuissector vormen hierop een uitzondering. Daarentegen blijkt in Friesland relatief een iets omvangrijker voorzieningenstelsel te bestaan dan landelijk gemiddeld het geval is.

De bevindingen staan in een scherp contrast met sommige beleidsvoornemens en plannen. De noodzaak om - vooral ten aanzien van kostbare intramurale voorzieningen - een anticiperend lange termijn beleid en planning te maken op basis van te grove demografische indicatoren zou ertoe kunnen leiden dat op relatief korte termijn een aanzienlijke afname van capaciteit in deze voorzieningen noodzakelijk is, ongeacht de te verwachten verdere stijging van een reële vraag naar zorg (afgemeten aan landelijke gemiddelde consumptiematen) van hoogbejaarden. Eveneens is duidelijk dat noch in de mantelzorg, noch in adequate huisvesting, noch in de extramurale zorgvoorzieningen de middelen aanwezig zijn om zo'n ontwikkeling op te vangen. Immers, met uitzondering van de huursubsidie, bleken vrijwel al deze sectoren te kampen met een relatieve ondercapaciteit.

9.4 Regionaal zorgconsumptieprofiel

Tenslotte kan op dezelfde wijze een profiel worden weergegeven voor de zorgconsumptie. Aangezien vergelijkbare gegevens over Friesland (nog) niet beschikbaar waren is naast de indexwaarde uit de hier berekende gegevens gebruik gemaakt van data uit eerder vergelijkend onderzoek in 1984, waarin eveneens een vergelijking werd gemaakt tussen Friesland en 's-Gravenhage. De gebruiksgegevens worden in indexwaarden weergegeven in tabel 9.5.

Tabel 9.5 Regionaal zorgconsumptieprofiel: indexwaarden in 's-Gravenhage en Friesland volgens voorgaande berekeningen en NVAGG-onderzoek in 1984*

	Nederland	's-Gravenhage**		Friesland**	
gezinsverzorging uren 65+	100	85	(99)	98	(113)
wijkverpleging 65+	100	102			
verzorgingstehuizen	100	80	(93)		(113)
SPGD	100		(138)		(186)
algemene ziekenhuizen opnamen 65+	100	96	(84)		(90)
algemene ziekenhuizen in dagen	100	105			
somatische verpleeghuizen opnamen 65+	100	124	(85)		(106)
somatische verpleeghuizen in dagen	100	141			
psychoger. verpleeghuizen opnamen 65+	100	113	(202)		(38)
psychoger. verpleeghuizen in dagen	100	142			

* Zie voor de berekeningen hoofdstuk 7
** Tussen haakjes: Gerritsen & Van den Heuvel, 1989

Het meest opvallend in deze gegevens is het contrast tussen de in dit rapport berekende relatieve schaarste aan voorzieningen en de overconsumptie in verge-

lijking tot de verwachting. Het betreft met name het tijdsbeslag (in verpleegdagen) in vrijwel alle voorzieningen in 's-Gravenhage, welke de relatieve overconsumptie in opnemingen overstijgt. Een verklaring hiervoor kan worden gezocht in de beredeneerde 'oplossingen' voor een hoge werkdruk. Deze betroffen:

1. verhoging van de intern-organisatorische flexibiliteit en produktiviteit:

   het hoge aantal extramuraal verzorgde ouderen en hoge aantal opnemingen in intramurale voorzieningen, ondanks een relatief tekort aan capaciteit lijken een indicatie voor een relatief hoge 'productiviteit' per productieeenheid;

2. scherpere selectie van patiënten en vermindering van zorg per oudere:

   uit de data ontstond de indruk dat de relatieve schaarste in de extramurale zorg in 's-Gravenhage wordt opgelost door selectie (namelijk beperking van de zorg aan jongere leeftijdscategorieën). Voorts lijkt sprake te zijn van een relatief gering aantal uren per cliënt. Gegeven de geringe betrouwbaarheid van deze data echter, moeten deze resultaten met voorzichtigheid bezien worden. De algemene ziekenhuizen lijken relatief weinig ouderen en relatief meer jongere inwoners op te nemen. Ook hier zou sprake kunnen zijn van een scherpere selectie. Een aanwijzing daarvoor is de relatief grote patiëntenstroom vanuit algemene ziekenhuizen naar andere voorzieningen. In Friesland zou de relatief ruime capaciteit van de SGD verzorgingstehuizen en somatische verpleeghuizen bij kunnen dragen aan het specifieke (en minder selectieve) zorgbeleid;

3. de 'afwenteling' door andere hulpverleners in te schakelen of door de verwijzing van de betrokkene naar een andere voorziening:

   over het aantal verwijzingen van de ene naar een andere voorziening hebben wij vrij weinig vergelijkende gegevens, doordat in opname cijfers slechts een tot opneming leidende verwijzing besloten ligt. Uit het aantal aanvragen tot indicatiestelling en plaatsing in een verzorgingstehuis, SPGD-zorg en de patiëntenstromen rond ziekenhuiszorg en verpleeghuizen lijkt een relatief hoge 'verwijsdruk' afgeleid te kunnen worden. De hoge gemiddelde leeftijd bij opneming en de gemiddeld langere verpleegduur in de intramurale zorg doen vermoeden dat een deel van de hoogbejaarden in een intramurale voorziening terecht komt door een algehele zorgbehoevendheid. Geconcludeerd werd dan ook dat de patiëntenstromen in 's-Gravenhage een bevestiging lijken te geven van de geformuleerde verwachtingen.

Samenvattend kan worden gesteld dat er overeenstemming lijkt te bestaan tussen de aanvankelijk beredeneerde 'oplossingen' voor voorzieningen om met een hoge werkdruk om te gaan, en een aantal gevonden kenmerken van vraag, aanbod en gebruik van zorgvoorzieningen in 's-Gravenhage (en enigszins in Friesland).

Hierbij dient opgemerkt te worden dat in 's-Gravenhage over vrijwel de gehele linie sprake is van een relatief hoge werkdruk en relatief lage capaciteit. Dit zal ertoe kunnen leiden dat het stelsel van voorzieningen als geheel onder hoge druk staat. Bovendien lijkt het aannemelijk dat zo'n stelsel via een kettingreactie intern nog extra 'druk genereert'. Dit wordt veroorzaakt doordat een verwijzing van de ene naar een andere voorziening (die eveneens onder druk staat), kan leiden tot een nieuwe verwijzing aldaar, enzovoorts. Een aanwijzing hiervoor zou inderdaad kunnen liggen in de patiëntenstromen ván en náár verschillende voorzieningen in 's-Gravenhage. Bovendien zal de schaarste kunnen leiden tot problemen zoals onvoldoende adequate zorg, uitstel en lange wachttijden, verwijzing naar of via een 'verkeerd bed' en langdurig verblijf in een 'verkeerd bed'. De bevindingen op het punt van lange verblijfsduur intramurale voorzieningen zou hiervoor een aanwijzing kunnen zijn, maar biedt geen defini-

tief uitsluitsel. Dergelijke verschijnselen worden overigens wel in het veld gesignaleerd. Dergelijke knelpunten kunnen resulteren in een verhoogd risico van decompensatie en hospitalisering van de meest kwetsbare ouderen.

9.5 Verwachte effecten van regiokenmerken op de besluitvorming

In het inleidende deel werd op grond van een theoretische beschouwing geconcludeerd dat regionale kenmerken opgevat zouden moeten worden als begrenzende conditie waarbinnen beslissingen over zorgverlening op micro-niveau plaats vinden. In de eerste plaats werd opgemerkt dat de beschikbare capaciteit van voorzieningen direct bepalend is voor de mate waarin aanvragen kunnen worden gehonoreerd. Wellicht echter oefent deze beschikbaarheid ook indirect invloed uit op de beslissing om aanvragen te doen. Enerzijds zouden potentiële aanvragers kunnen afzien van een daadwerkelijke aanvrage, omdat zij menen, gegeven de schaarste, toch niet in aanmerking te komen. Anderzijds zouden ouderen ook op de schaarste kunnen anticiperen en kunnen besluiten om zich 'voor alle zekerheid' alvast 'in te schrijven' voor een relatief aantrekkelijke voorziening.
In de tweede plaats werd verwacht dat in een situatie waarin ouderen, mantelzorgers en hulpverleners betrokken zijn onder ongunstiger regionale condities, een zekere geneigdheid zal bestaan om oplossingen te zoeken buiten het eigen zorgnetwerk. Ook hier kunnen beide mechanismen zich voordoen: afzien of uitstel van aanvragen, tegenover relatief vroegtijdige 'aanvrage uit voorzorg'.

In voorgaande paragrafen werd geconcludeerd dat in 's-Gravenhage sprake is van een combinatie van relatief ongunstige condities.

a. Er is sprake van een relatief grote te verwachten vraag naar zorg.
b. De bevolkingssamenstelling doet een relatief beperkte beschikbaarheid van mantelzorg verwachten.
c. Tegenover deze kenmerken staat een relatieve schaarste in vrijwel alle soorten voorzieningen, waarbij aangetekend moet worden, dat deze in de extramurale zorg gevolgen heeft voor een groter deel van de populatie.

Op grond van deze bevindingen kan verwacht worden dat een deel van de effecten die deze condities op de 'besluitvorming in het algemeen' hebben, van invloed zullen zijn op de besluitvorming in de onderzochte soort situaties welke beoogd werden met de case-studies. [Dit betekent overigens nog niet vanzelfsprekend dat zij in elke concrete praktijksituatie als zodanig aangetroffen zullen worden.]

- Vooral in 's-Gravenhage zal het vaker voorkomen dat ouderen onvoldoende een beroep kunnen doen op mantelzorg, omdat deze overbelast wordt of geheel ontbreekt. Hierdoor zullen ouderen ook vaker - en wellicht in minder ernstige situaties - een beroep doen op extramurale zorg.

- In de extramurale zorg zal bij ouderen die een relatief hoge intensiteit van de zorg behoeven relatief meer geneigdheid bestaan om te pleiten voor een intramurale oplossing in plaats van uitbreiding van extramurale zorg.
- Vooral in 's-Gravenhage zal de relatief hoge werkdruk vanuit de ouderenpopulatie, vooral op extramurale medisch/verpleegkundige hulpverleners, leiden tot een relatief grotere bereidheid om opneming in een verpleeghuis te bepleiten (eventueel naar aanleiding van een ziekenhuisopneming) in plaats van intensivering van extramurale zorg (of eventuele nazorg na opneming).

De resulterende druk op opnemingen leidt wellicht tot méér opnemingen ín en vía algemene ziekenhuizen. Ziekenhuizen, op hun beurt, zullen meer problemen ervaren om ouderen na behandeling uit het ziekenhuis te ontslaan, hetgeen leidt tot langere verpleegduren, meer druk op verzorgingstehuizen en op de wijkverpleging voor nazorg en op opneming in verpleeghuizen. In verpleeghuizen zullen relatief meer opnemingen vanuit het algemeen ziekenhuis plaatsvinden van ouderen met het oog op revalidatie/reactivering. Hiervan kan een deel van de verpleeghuispatiënten later naar de eigen omgeving worden ontslagen wanneer thuiszorg kan worden georganiseerd. Een ander deel blijft vermoedelijk opgenomen, als gevolg van hospitaliserings- en décompensatieverschijnselen of het ontbreken van thuiszorg, ondanks een relatief gunstiger gesteldheid. Als gevolg hiervan zal ook de gemiddelde verpleegduur in verpleeghuizen relatief lang zijn.
Voor wat betreft de case-studies wordt verwacht dat mantelzorg relatief vaak een probleem zal vormen waardoor ook een groter beroep op de extramurale zorg zal worden gedaan. Een deel van de ouderen in deze situatie zal anticiperend relatief vroeg 'plaatsing in een verzorgingstehuis aanvragen'.
Bij de extramurale zorg zal de geneigdheid bestaan om 'plaatsing of opneming' sneller in overweging te nemen dan uitbreiding van de eigen zorg, in het bijzonder wanneer behoefte aan uitbreiding van medische en/of verpleegkundige zorg bestaat. Als gevolg van de relatief beperkte capaciteit in verzorgingstehuizen zal een relatief lange termijn bestaan gedurende welke deze ouderen geïndiceerd zijn.
Verwacht kan worden dat mantelzorg en beroepsmatige hulpverleners in de besluitvorming ook wat vaker invloed zullen pogen uit te oefenen in de richting van een intramurale oplossing. In een dergelijke situatie zullen de verschillende partijen relatief vaak het gevoel hebben 'weinig invloed op de besluitvorming' uit te kunnen oefenen, aangezien de schaarse capaciteit leidt tot een lange wachtduur voordat een aanvrage wordt gehonoreerd.

Samenvattend wordt verwacht dat effecten van de eerder beschreven regiokenmerken gedeeltelijk weerspiegeld zullen worden in de bevindingen in de casestudy benadering.

LITERATUUR

ANDERSEN, R. & J.F. NEWMAN. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem.Fund Quart. 51 (1973) 1 95-124

BEMIDDELINGSBUREAU VERPLEEGHUIZEN IN 's-GRAVENHAGE EN OMSTREKEN. Jaarverslag 1986. 's-Gravenhage, 1987.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Woningbehoeftenonderzoek 1981. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1982.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Statistiek van de Bejaardenoorden 1979-1980. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Regionaal Statistisch Zakboek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Gezondheidsequete 1985. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Regionaal vademecum gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Maandstatistiek van de bevolking, november 1986.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Statistisch zakboek 1987. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Maandstatistiek van de Bevolking, november 1988.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Maandstatistiek van de Bevolking. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988/6.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Maandbericht Gezondheidstatistiek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988/7.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Prognose van de bevolking tot 2010. In: Maandstatistiek van de bevolking, 's Gravenhage, februari 1989.

CBS & WVC (Centraal Bureau voor de Statistiek & Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Vademecum gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986.

DAVIDSE, W. & H.P.A. VAN DE WATER. Gebruik van intramurale psychiatrische voorzieningen in de grote steden van Zuid-Holland; Aanvulling. Leiden, NIPG/TNO, 1987.

DAVIDSE, W. & H.P.A. VAN DE WATER. Regionale gezondheidsverschillen in Zuid-Holland -analyse van sterfte en ziekenhuisopnamen-. Leiden, NIPG/TNO, 1988.

FELDSTEIN, P.J. Health care economics. New York enz., Wiley & Sons, 1983.

FOGM: zie TWEEDE KAMER

FREIDSON, E. Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge. New York, Dodd, Mead & Company, 1970.

GEMEENTE 's-GRAVENHAGE. Ontwerpplan Bejaardenoorden. Gemeente 's-Gravenhage, 1985.

GEMEENTE 's-GRAVENHAGE. Plan Bejaardenoorden. Gemeente 's-Gravenhage, 1986.

GEMEENTE 's-GRAVENHAGE. IFO. Data jaarverslag mbt. Financiering Bejaardenoorden in 1986. Gemeente 's-Gravenhage, 1987.

GEMEENTE 'S-GRAVENHAGE. Nota Nieuw voor Oud. Gemeente 's-Gravenhage, 1987.

GEMEENTE 'S-GRAVENHAGE. Statistiek gemeente 's-Gravenhage d.d. 31/12/1985. (Ongepubliceerd)

GEMEENTELIJKE INDICATIE COMMISSIE 'S-GRAVENHAGE. Jaarverslag Gemeentelijke Indicatie Commissie, 1986. Gemeente 's-Gravenhage, 1987.

GEMEENTELIJKE INDICATIE COMMISSIE 'S-GRAVENHAGE. Jaarverslag Gemeentelijke Indicatie Commissie, 1987. Gemeente 's-Gravenhage, 1988. (Ongepubliceerd)

GERRITSEN, J.C. & W.J.A. VAN DEN HEUVEL. Decision-making in care for the elderly. Groningen, RUG, 1989. (Draft version)

GOEWIE, R. Gezinsverzorging, een alternatief voor het verzorgingstehuis? 's-Gravenhage, NIMAWO, 1988.

HUNTER, D.J., N. McKEGANEY & I.A. McPHERSON. Care of the elderly, policy and practice. Aberdeen, Aberdeen University Press, 1988.

KASTELEIN, M., C.C. SCHOUTEN & A. DIJKSTRA. Care of the elderly in the Netherlands, review of policies and services 1950-1990. Leiden, NIPG/TNO, 1989.

KASTELEIN, M. & P. STAATS. Besluitvorming over thuiszorg of aanmelding: tussen wens en werkelijkheid. Leiden, NIPG/TNO, 1989.

KUN-CBA (Katholieke Universiteit Nijmegen & Centrum voor Beleidsanalyse en Advies). Ouderen geprofileerd, verslag van een onderzoek naar de leefsituatie van ouderen in twee haagse gebieden. Nijmegen, KUN, 1987.

LINDSCHOTEN, C.P. VAN, M. LEEMEIJER & W.J.A. VAN DEN HEUVEL. Ouderen geholpen? Deelrapport in het kader van het onderzoek 'samenwerking in de zorg voor ouderen'. Groningen, RUG, 1988.

NATIONALE KRUISVERENIGING. Een blik op de wijkverpleging: septemberpeiling 1985. Bunnik, dienst Informatieverzorging, maart 1986.

NEI (Nederlands Economisch Instituut). Oud en zelfstandig: een onderzoek naar de voorzieningen voor ouderen in Zeeland. Rotterdam, NEI, 1984.

NZI (Nationaal Ziekenhuis Instituut). Instellingen van intramurale gezondheidszorg; Deel 1: basisgegevens per 1-1-1986. Utrecht, NZI, 1987.

POST, M.W.M., J.M.A NIEUWENHUIS & A.J.M. THEUNISSE. Ouderenonderzoek Den Haag; Deel 4: Zorgbehoeften van ouderen met een positieve indicatie voor het verzorgingstehuis. Utrecht, RUU, 1989.

PROVINCIALE KRUISVERENIGING ZUID-HOLLAND. Data betreffende de WAS-registratie in 's-Gravenhage, 1986. (Unpublished)

PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Ontwerp plan bejaardenoorden. 's-Gravenhage, Provinciale Raad Zuid-Holland, 1986.

ROEMER, I.M. & M. SCHAIN. Hospital costs relate to the supply of beds. Modern Hospital April (1959)

ROSENBERG, M.W. Linking the geographical, themedical and the political in analysing health care delivery systems. Soc.Sci.Med. 26 (1988) 179-86

SIG (Stichting Informatie Gezondheidszorg). LMR en SIVIS-registratiegegevens betreffende het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen en verpleeghuizen door de inwoners van de gemeente 's-Gravenhage in 1986. Tabel A42. (Ongepubliceerd)

SIG (Stichting Informatie Gezondheidszorg). LMR-Jaarboek 1986. Utrecht, SIG, 1987.

SIG (Stichting Informatie Gezondheidszorg). Sivis jaarboek 1986. Utrecht, SIG, 1987.

STICHTING THUISHULP. Data afkomstig van de Stichting Thuishulp 's-Gravenhage, schatting 1988. (Ongepubliceerd)

STURMANS, J. Epidemiologie en medische statistiek. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1975.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Ouder worden in de toekomst. Leidschendam, STG, 1986.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM) 1988. Rijswijk, Staatsuitgeverij, 1987-1988.

WOLFFENSPERGER, E.W., W.J.A. VAN DEN HEUVEL & J.C. GERRITSEN. Versterking van de sociale psychogeriatrie. Groningen, RUG, Vakgroep Med.Sociol., 1987.