

Preventieve Gezondheidszorg Voor Ouderen PGVO

PGVO-Onderzoek



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TO

Leiden

504 uyl uy

uyk
5493)

Preventieve Gezondheidszorg Voor Ouderen PGVO

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

IBIS STAMBOECK NUTTER : 1572/000

PGVO-Onderzoek

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

mei 1987

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56
Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC LEIDEN

Telefoon: 071-178888

Sector Preventieve Gezondheidszorg voor Ouderen (PGVO)
Coördinator sector PGVO: Dr. J.J.F. Schroots

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 6,- (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG/TNO onder vermelding van bestelnummer 87019.

© 1987 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
TNO
Publicatienummer 87019

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.
Voorwoord	1
Inleiding	2
Preventieve Gezondheidszorg Voor Ouderen	5
Programmalijnen	8
I. Grondslagenonderzoek	8
II. Epidemiologie	9
III. Gezondheidsonderzoek	11
IV. Gezondheidszorgonderzoek	13
Onderwerpen	15
Projecten	18



Voorwoord

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

Tot de taak van de sector PGVO behoort het verrichten van preventief gezondheids(zorg) onderzoek op het gebied van de gerontologie in levensloopperspectief. Dit onderzoek wordt mede verricht in samenwerking met universiteiten, overheid, basisgezondheidsdiensten, instellingen voor gezondheidszorg en internationale instellingen (EG). Doel van het onderzoek is de verbetering van de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven bij de oudere mens. Financiering vindt plaats via een basissubsidie van TNO, externe subsidies en contracten.

Gedetailleerde uitgewerkte projectonderwerpen of projectvoorstellen vallen buiten het bestek van deze brochure. Het gaat allereerst om het verschaffen van informatie over de grote lijnen van onderzoek en de accenten die daarin gelegd worden. Ter illustratie zijn de samenvattingen van twee lopende projecten en een vrijwel afgesloten project toegevoegd aan het programma-overzicht. We stellen het op prijs om zowel zakelijk als informatief met de lezer van deze PGVO/NIPG brochure in contact te komen.

Dr. J.J.F. Schroots
Sectorcoördinator PGVO

Inleiding

De fundamenteën van PGVO-onderzoek liggen primair op het gebied van de gerontologie, en secundair op dat van de menselijke, dierlijke of plantaardige ontogenese, ook wel aangeduid met ontwikkelingsleer. Over beide wetenschappelijke disciplines bestaat nogal wat misverstand, vandaar dat een zinvolle uiteenzetting van doel, omschrijving, plaats en uitwerking van PGVO een beknopte inleiding behoeft.

Gerontologie zou men - heel globaal - kunnen omschrijven als de studie van het ouder worden vanuit een biologisch, psychologisch en sociaal perspectief. Als zodanig maakt de gerontologie deel uit van de ontwikkelingsleer die naast aspecten van ouder worden ook aspecten van groei en differentiatie bestudeert over de levensduur van een organisme of verzameling organismen. Vanuit psychologisch perspectief wordt de studie van beide aspecten ook wel aangeduid met ontogenetische psychologie. Op soortgelijke wijze zou men van een ontogenetische biologie, en zelfs sociologie kunnen spreken.

Over het object van de gerontologie ontstaat bij voortduring allerlei misverstand. Zo realiseert menigeen zich niet dat het onderscheid tussen ouder worden, ouderdom en veroudering nogal wat implicaties heeft voor het type gerontologisch onderzoek dat verricht wordt. Zo zal een bioloog geneigd zijn om het proces van veroudering te bestuderen; dat wil zeggen, het verval en/of de natuurlijke vermindering van lichamelijke functies. Sociologen daarentegen spreken niet zozeer over veroudering als wel over veranderingen die zich bij een bepaalde leeftijdsgroep voltrek-

ken, in dit geval de bejaarden. Een tamelijk willekeurige leeftijdsgrens is dan het criterium, en de kenmerken en/of problemen van de ouderdom het onderzoeksobject. Psychologen bewegen zich meestal op beide terreinen van onderzoek voorzover het om psychische functies gaat, en spreken nu eens van veroudering, dan weer van ouderdom. Ouder worden, tenslotte, is nog de meest neutrale term en wordt door zowel biologen, psychologen als sociologen gebruikt, waarschijnlijk omdat iedere discipline hierin haar eigen opvatting over gerontologie kan projecteren: biologen zien ouder worden dan ook als een kwestie van veroudering, sociologen vatten het op als een verandering (van een cohort) en psychologen spreken over beide, omdat verandering niet alleen entropie en verval maar ook (compenserende) groei en differentiatie impliceert.

Vooraf dit laatste is belangrijk, omdat recente, nonequilibrium-systeemtheoretische opvattingen suggereren dat toenemende entropie gepaard kan gaan met of resulteert in een hernieuwde ordening, ook al moet het organisme op den duur zijn transformaties met de dood bekopen. In overeenstemming met deze moderne opvatting kan ouder worden dan ook beschouwd worden als de eindige serie transformaties van een organisme, welke gepaard gaat met een toenemende individuatie, waarbij iedere transformatie de potentiële levensduur moduleert, met de dood als uiteindelijk resultaat. Vrij vertaald betekent dit dat het autonome verouderingsproces - gegeven een maximale levensduur - vertraagd dan wel bespoedigd kan worden onder invloed van endogene en exogene factoren, en dat dit proces gepaard gaat met een steeds grotere uniciteit van het

organisme door de toenemende variabiliteit met de leeftijd.

Terugkerend naar het fundament van PGVO onderzoek, de gerontologie, is de consequentie van het bovenstaande dat de potentiële levensduur - eerder dan de levensduur als zodanig - het oriëntatiepunt binnen de gerontologie vormt, en dat factoren van fysische, biologische, psychologische en/of sociale aard (onafhankelijke variabelen) die deze potentiële levensduur (afhankelijke variabele) moduleren, het object van onderzoek vormen. In deze zin nu dient het begrip Ouder worden, evenals de term Ouderen uit de afkorting PGVO verstaan te worden.

Preventieve gezondheidszorg voor ouderen

De implicaties van bovenstaande opvatting voor PGVO-onderzoek zijn tweeledig: enerzijds is dit type onderzoek niet principieel gebonden aan een bepaalde leeftijdscategorie (bijvoorbeeld 55- of 65-plussers) maar daarentegen gericht op de gehele menselijke levensloop, anderzijds ligt het accent in onderzoek op het ouder worden van volwassenen vanwege de toenemende variabiliteit met de leeftijd, ook wel aangeduid met toenemende heterogeniteit of intra- en interindividuele variabiliteit.

Vooraf dit laatste aspect is van bijzondere betekenis voor het onderscheid tussen normale veroudering en ziekteprocessen, c.q. tussen gezond ouder worden en leeftijdsgebonden ziekten. Immers, toenemende variabiliteit met de leeftijd uit zich niet alleen in een grotere spreiding van normale, gezonde functies en kenmerken over verloop van tijd, waardoor de begrippen 'gezond' en 'gezondheid' automatisch aan zorgvuldig gedefinieerde betekenis verliezen, maar óók in het ontstaan van meervoudige pathologie, waardoor de grens tussen gezond ouder worden en pathologisch functioneren steeds moeilijker te trekken valt. Met andere woorden: naarmate mensen ouder worden, zullen zich steeds meer problemen voordoen op het gebied van de diagnostiek - onder andere misclassificaties - met alle gevolgen voor de therapie en bijbehorende zorg vanden.

Zijn er objectieve gronden aanwijsbaar voor een relativering van het begrip 'gezondheid' over de tijd van de levensloop, ook subjectieve factoren spelen een rol in het proces van betekenisrelativering. Ouderen

hechten bijvoorbeeld een andere betekenis aan ziekte en gezondheid dan jongeren, zodat de situatie beslist niet uitgesloten is dat er een zeer vertekend beeld bestaat van de algemene gezondheidstoestand van ouderen. Deze situatie wordt extra gecompliceerd door de algemeen gedeelde opvatting van gezondheid als een proces van ontwikkelingen gericht op het behoud van evenwicht tussen exogene (omgevings-) en endogene (biologische, genetische en persoonlijkheids)factoren, door alle fasen van het leven heen. Zo geformuleerd is deze omschrijving in strijd met eerder genoemde, moderne systeemtheoretische opvattingen welke dynamische stabiliteit en toenemende complexiteit benadrukken in plaats van behoud van evenwicht en homeostase. Geconcludeerd mag daarom worden dat gezondheidsonderzoek in het kader van PGVO zowel de objectieve als de subjectieve, relatieve en dynamische aspecten van het moderne gezondheidsconcept in zijn theoretische en empirische activiteiten dient te betrekken. Ceteris paribus geldt deze conclusie ook voor gezondheidszorgonderzoek.

Het gezondheids(zorg)onderzoek heeft zich in ons land tot nu toe vooral in medisch-pathologische richting ontwikkeld. In het verlengde van deze ontwikkeling ligt het accent op de curatieve gezondheidszorg en het onderzoek naar gezondheidszorgvoorzieningen. Gegeven de toenemende vergrijzing van de bevolking en het daarmee gepaard gaande verschijnsel van meervoudige, chronische en ongeneselijke ziekte op latere leeftijd, lijkt een accentverschuiving van curatieve naar preventieve gezondheidszorg en gezondheidsonderzoek met betrekking tot biologische, gedrags- en omgevingsfactoren, niet meer dan logisch.

Onderzoek onder de noemer van preventieve gezondheidszorg zou men - heel globaal - kunnen omschrijven als de studie van die factoren en activiteiten, welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen. Uitgaande van deze omschrijving en al hetgeen hiervoor is gesteld, kan PGVO-onderzoek nu kortweg gedefinieerd worden als de studie van die factoren en activiteiten, welke strekken om vermijdbare sterfte, ziekte of afwijkingen bij ouderen te voorkomen of hun gezondheid te bevorderen. Praktisch gesproken betekent dit dat PGVO gericht is op verbetering van de gezondheidstoestand door daling van de sterfte enerzijds, en op verbetering van de kwaliteit van het leven door vergroting van de zelfstandigheid, c.q. vermindering van de afhankelijkheid van voorzieningen, anderzijds.

Programmaliijnen

Anders dan bij de curatieve gezondheidszorg, waarop voortdurend een beroep wordt gedaan door individuen met klachten of ziekten, mag men voor PGVO geen autonome zorgvraag vanuit de bevolking verwachten. PGVO zal door de overheid moeten worden aangeboden vanuit haar inzicht in en verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid in het algemeen, en die van ouderen in het bijzonder. Door het vrijwel ontbreken van een koopkrachtige vraag naar gerontologisch onderzoek, geldt de bijzondere verantwoordelijkheid van de overheid voor PGVO-onderzoek des te meer.

Tot nu toe is onderzoek onder het thema 'Gezondheid en Ouder worden' slechts met mondjesmaat verricht. In dit licht bezien verkeert PGVO onderzoek nog in statu nascendi. Gelet op de complexe aard van dit type onderzoek is het allerminst eenvoudig om een evenwichtig onderzoeksprogramma samen te stellen; te veel onbekenden spelen hun storende rol. Desondanks biedt het voorafgaande voldoende aanknopingspunten voor het uitzetten van enkele hoofdlijnen van onderzoek. In dit programma van PGVO-onderzoek kunnen de volgende vier programmaliijnen onderscheiden worden.

I. Grondslagenonderzoek

PGVO-onderzoek is een zeer jonge loot aan de stam van het preventieve gezondheidszorgonderzoek. Voorzover PGVO-activiteiten in de praktijk ontwikkeld worden, valt een leeftijdscategorale benadering te constateren: PGVO wordt opgevat als een soort jeugdgezondheidszorg, maar dan voor ouderen. Een voorlopige verkenning van de basisconcepten die aan PGVO ten grond-

slag liggen, wijst echter uit dat fundamentele bezinning op de eigen aard van PGVO noodzakelijk is.

Zo neemt bijvoorbeeld het belang van een indeling naar leeftijd af naarmate mensen ouder worden, terwijl tegelijkertijd de behoefte aan andere temporele (indelings)criteria toeneemt. Op soortgelijke wijze verliezen begrippen als homeostase en behoud van evenwicht hun betekenis over verloop van tijd, en neemt daarentegen het belang van nonequilibrium-systeemtheoretische opvattingen over dynamische stabiliteit en kwetsbaarheid toe met de leeftijd. Met het ouder worden van het individu doen zich voorts fenomenen voor als toenemende variabiliteit, differentiatie, individuatie en complexiteit, waarbij niet alleen causaal-mechanische, maar ook doel- en vormverklaringen van de transformaties zich opdringen.

De implicaties van het bovenstaande voor PGVO-onderzoek, evenals de basisconcepten en fenomenen zelf, zijn theoretisch nog maar nauwelijks doordacht. Via grondslagenonderzoek wordt een theoretisch fundament verschaft voor het PGVO-werkprogramma op middellange en lange termijn.

II. Epidemiologie

Naarmate de gemiddelde levensverwachting van mensen toeneemt, zal het verschijnsel van meervoudige, chronische en ongeneselijke ziekte op latere leeftijd steeds dramatischer proporties krijgen; tenminste, als men doorgaat op de oude, vertrouwde voet van curatieve gezondheidszorg. Toekomstige medisch-curatieve ontwikkelingen zijn immers gericht op vermindering van de mortaliteit, waardoor de morbiditeit bij de aldus verlengde levensduur automatisch toeneemt met

het klimmen der jaren. Eerder dan levensverlenging - waaraan trouwens toch een genetisch bepaalde grens is gesteld - moet daarom duurverkorting van levensduurgebonden ziekten of afwijkingen bij ouderen het accent krijgen in PGVO-onderzoek. Positief geformuleerd betekent dit PGVO zich onder meer richt op de verlenging van het gemiddeld aantal jaren dat iemand vrij van aandoeningen is.

Over de spreiding van mortaliteit en morbiditeit naar leeftijd, geslacht, sociaal-economisch niveau, urbanisatiegraad en/of ethnische achtergrond is nog maar weinig bekend. Over het optreden van latente en manifeste morbiditeit over de tijd van de volwassen levensloop per betrokken deelpopulatie is zo mogelijk nog minder bekend. Over de interactie tussen de snelheid van veroudering enerzijds en het optreden en verloop van morbiditeit onder invloed van endogene en exogene factoren anderzijds, is helemaal niets bekend. Om te voorzien in het geconstateerde gebrek aan informatie moet epidemiologisch onderzoek verricht worden. Via de epidemiologie wordt het theoretisch en empirisch fundament gelegd van een gerichte preventieve gezondheidszorg voor ouderen op lange termijn. Zowel de primaire analyse van nieuw verworven informatie, als de primaire en secundaire analyse van reeds bestaande gegevensbestanden inzake morbiditeit en mortaliteit, maken deel uit van het PGVO-werkprogramma op middellange en lange termijn. Door middel van modelvorming vindt tenslotte terugkoppeling plaats vanuit de epidemiologie naar het grondslagenonderzoek.

III. Gezondheidsonderzoek

Met het ouder worden van het individu vervagen de grenzen tussen ziekte, gezondheid en ouderdom. Het is onder meer de taak van PGVO-onderzoek om het onderscheid tussen ouder worden, ziekte en gezondheid te verhelderen, zodat contaminatie van deze drie fundamenteel verschillende aandachtsgebieden binnen het volksgezondheidsbeleid vermeden wordt. In preventief gezondheidsonderzoek ten behoeve van ouderen wordt daartoe in de eerste plaats het accent gelegd op gezond ouder worden, en ten tweede op het voorkómen van omstandigheden, leefwijzen, verwerkingsmethoden e.d. die de gezondheidstoestand met het ouder worden negatief beïnvloeden. Minder pathogenetisch onderzoek dus en meer salutogenetisch onderzoek in het PGVO-werkprogramma.

Onderzoek naar gezond ouder worden, dat wil zeggen, onderzoek naar biologische, psychologische en sociologische kenmerken van ouderen die tot op hoge leeftijd gezond blijven, is nog nauwelijks verricht. In feite is bijzonder weinig bekend over de endogene en exogene factoren die de gezondheidstoestand van het individu in interactie met het normale verouderingsproces beïnvloeden, ook al is algemeen bekend dat de vitaliteit afneemt met de leeftijd en de kwetsbaarheid juist toeneemt.

Een vruchtbare onderzoeksbenadering voor dit probleem wordt mogelijk geboden door de moderne nonequilibrium-systeemtheorie, welke de transformaties beschrijft van een organisme of systeem dat in wankel evenwicht verkeert en waarvan de transformaties elkaar sneller of langzamer zullen opvolgen, afhankelijk van velerlei factoren. Dit type onderzoek wordt geïnspireerd

door overwegingen van morfogenetische, topologische en temporele aard en biedt concrete aanknopingspunten met onderwerpen als leefstijl, verwerkingsmethoden, algemeen dagelijkse levensverrichtingen, mobiliteit, biometrisch en psychometrisch functioneren, (formele) vormveranderingen etcetera over de tijd van de levensloop. Als zodanig vraagt dit programma-onderdeel om zowel transversaal als longitudinaal onderzoek, bij voorkeur gekombineerd in een sequentiële cohortstudie van de wieg tot het graf, omdat nu al duidelijk is dat leefwijzen op jonge leeftijd gerelateerd zijn aan de gezondheidstoestand op oudere leeftijd. Gezondheidsonderzoek dat gericht is op het voorkómen van omstandigheden, leefwijzen, verwerkingsmethoden e.d. die de gezondheidstoestand negatief beïnvloeden, krijgt vaak het epitheton 'preventief'. In het PGVO-werkprogramma wordt onderscheid gemaakt tussen primaire preventie, dit is het voorkomen van gezondheidsaandoeningen, en secundaire preventie, die zich richt op het vroegtijdig opsporen van aandoeningen, zodat interventie in een zo vroeg mogelijk stadium mogelijk is. Een voorbeeld van primaire preventie bij ouderen is het onderzoek naar infectieziekten als griep. Secundaire preventie bij ouderen heeft bijvoorbeeld betrekking op de vroegdiagnostiek van het dementieel syndroom. Zowel onderzoek naar gezond ouder worden als onderzoek naar primaire en secundaire preventie bij ouderen maken deel uit van het PGVO-werkprogramma op middellange en lange termijn. De resultaten van dit onderzoek zijn medebepalend voor het preventieve gezondheidszorgonderzoek bij ouderen.

IV. Gezondheidszorgonderzoek

In het overheidsbeleid op het gebied van de volksgezondheid kan men momenteel een belangrijke accentverschuiving constateren van onderzoek, gericht op gezondheidszorgvoorzieningen, naar onderzoek, gericht op de gezondheid en gezondheidszorg zelf. Parallel aan deze ontwikkeling vindt een verschuiving plaats van curatieve naar preventieve gezondheidszorgactiviteiten en -maatregelen. Gegeven de toenemende vergrijzing van de bevolking en het daarmee gepaard gaande verschijnsel van meervoudige, chronische en ongeneselijke ziekte op latere leeftijd, lijkt het voorts gewenst PGVO-onderzoek te richten op het gedrag en de omgeving van ouderen in plaats van op de traditionele medisch-biologische aangrijpingspunten. Uitgaande van het gedrag en de omgeving als aangrijpingspunt voor preventief gezondheidszorgonderzoek, dient in het PGVO-werkprogramma allereerst aandacht besteed te worden aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), met name ten aanzien van de leefwijze van het individu. Aangezien GVO-onderzoek, gericht op ouderen, nog maar nauwelijks verricht is, lijkt de ontwikkeling van een GVO-programma - uiteraard in nauwe samenhang met het epidemiologisch en gezondheidsonderzoek - alleszins de moeite waard.

Verbetering van de kwaliteit van het leven door vergroting van de zelfstandigheid in combinatie met een vermindering van de afhankelijkheid van voorzieningen, is één van de doelen van PGVO-onderzoek. In de praktijk tracht men dit doel ondermeer te bereiken door versterking van de thuiszorg. Hieronder moet niet alleen de huisartsenzorg, de wijkverpleging en de gezinszorg worden begrepen, maar ook zelfzorg en

mantelzorg. Preventieve activiteiten en maatregelen binnen de thuiszorg vallen onder de noemer van basisgezondheidszorg. Vanuit het standpunt van preventieve zorg dient in het PGVO-werkprogramma dan ook in de tweede plaats aandacht besteed te worden aan preventieve activiteiten en maatregelen binnen de basisgezondheidszorg, zoals deze gericht zijn op ouderen en zoals deze deels onder de noemer van 'sociale geriatrie' (maar beter ware de term 'ouderengezondheidszorg') samengevat worden. Modelvorming, taakstelling, programmering en implementatie van PGVO in de basisgezondheidszorg, - bijvoorbeeld via basisgezondheidsdiensten - verdient daarbij de onderzoeksvoorkeur, terwijl gegevens van grondslagen-, epidemiologisch-, gezondheids-, en GVO-onderzoek zo mogelijk het uitgangspunt vormen.

Onderwerpen

In het onderstaande wordt een schematisch overzicht gegeven van voorgenomen, uit te voeren en/of uitgevoerd PGVO-onderzoek, verdeeld naar programmaliijnen en onderwerpen.

Programmaliijn	Onderwerp
I Grondslagen	- theoretische gerontologie - grondslagen van PGVO
II Epidemiologie	- veroudering en moribiditeit (mortaliteit) over de levensloop - modelvorming PGVO
III Gezondheid	- gezond ouder worden - primaire en secundaire preventie
IV Gezondheidszorg	- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding - ouderengezondheidszorg

In dit overzicht worden per programmaliijn twee onderwerpen aangeduid. Door middel van een voorbeeld of enkele steekwoorden zal ieder onderwerp in het nu volgende kort worden toegelicht.

I. Grondslagen

- theoretische gerontologie: theorievorming op het gebied van de gerontologie, onderzoek naar de aard van het verouderingsproces, sleutelbegrippen (informatie, entropie, differentiatie, individuatie, complexiteit, fractals, transformaties, non-equilibriumssysteemtheorie, doel- en vormoorzaken)

- grondslagen van PGVO: theoretisch onderzoek naar enkele fundamentele concepten van PGVO, inventarisatie van relevante parameters, exploratie van concepten uit de jeugdgezondheidszorg ten behoeve van PGVO, formalisering van begrippen en parameters in een theoretisch model, sleutelbegrippen (variabiliteit, synchronie, diachronie).

II. Epidemiologie

- veroudering en morbiditeit (mortaliteit) over de levensloop: onderzoek naar de relatie veroudering - morbiditeit/mortaliteit over de levensloop, ontwikkeling en verloop van morbiditeit, Fries-model, sleutelbegrippen ('age of onset', latent/ manifest, objectieve en subjectieve sterftekans, potentiële levensduur, Gompertz-curve, 'rectangularization')
- modelvorming PGVO: scenario-ontwikkeling vergrijzingsproblematiek, primaire en secundaire analyse van epidemiologische gegevens, sleutelbegrippen (preventieprofielen, veroudering en morbiditeit/ mortaliteit, terugkoppeling naar grondslagenonderzoek).

III. Gezondheid

- gezond ouder worden: onderzoek naar het verloop van lichamelijke en geestelijke functies over de tijd van de levensloop, chronogerontologie, sleutelbegrippen (salutogenese, leefwijzen, verwerkingsmethoden, algemeen dagelijkse levensverrichtingen, biometrische en psychometrische functies, stress, vitaliteit, kwetsbaarheid, morfogenese, mobiliteit, transformaties, biorit-

- men, vertraagde/versnelde veroudering, sequentiële cohort-studie, auditieve onderstimulering)
- primaire en secundaire preventie: infectieziekten, vroegdiagnostiek, sleutelbegrippen (vaccinatie, dementie, depressie, instrument- en methode-ontwikkeling).

IV. Gezondheidszorg

- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: onderzoek naar leefwijzen over de tijd van de levensloop in relatie tot de gezondheidstoestand op oudere leeftijd, ontwikkeling van een GVO-programma, sleutelbegrippen (ongevallen, voeding, 'coping styles', 'critical life events', informatieverstrekking met betrekking tot gezond ouder worden, levenseinde, zingeving)
- ouderengezondheidszorg: onderzoek naar de leefsituatie van ouderen, voorzieningenonderzoek, ontwikkeling van een modellenmodel (taak, functie) voor ouderengezondheidszorg in de praktijk, sleutelbegrippen (basisgezondheidszorg, thuiszorg, sociale geriatrie, woonomgeving, 'pathways and blockages').

Projecten

Illustratieve selectie uit het NIPG/TNO Jaarverslag 1986.

titel: Vroegdiagnostiek van het dementieel syndroom

projectnummer: 567

projectleider: J.J.F. Schroots

Het NIPG/TNO is een samenwerkingsverband aangegaan met de vakgroepen Huisartsengeneeskunde en Psychiatrie van de Vrije Universiteit Amsterdam ten behoeve van een meerjarig onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het onderzoek is gericht op de vroege opsporing van bejaarde patiënten met een beginnende of lichte vorm van dementie in een normale huisartsenpraktijk, opdat zogenaamde 'overdiagnostiek' en 'overtherapie' wordt voorkomen (veel bejaarden worden ten onrechte als dement beschouwd) en de huisarts tijdig zijn maatregelen kan treffen. Te dien einde zullen een zogenaamde doelgroep (verdacht van dementie) en een normale groep van respectievelijk 240 en 100 bejaarden samengesteld worden met behulp van een vragenlijst, welke eerder is afgenomen bij alle 69-80-jarige patiënten uit vijf verschillende huisartsenpraktijken. Beide groepen zullen hierna twee jaar worden gevolgd en in die periode driemaal onderzocht worden met behulp van (neuro-)psychiatrische en -psychologische interviews en tests.

Na afloop van het onderzoek zal niet alleen een antwoord worden gegeven op de vraag naar het nog relatief onbekende beloop van een beginnende of lichte

vorm van dementie, maar ook op de vraag naar de criteria die de huisarts kan aanleggen bij de vroegdiagnostiek van dementie.

In het verslagjaar 1986 is in eendrachtige samenwerking met de VU Amsterdam een voorstel tot vooronderzoek voorbereid en ter subsidiëring ingediend bij het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid. Nog in hetzelfde jaar werden de benodigde gelden toegekend, zodat het vooronderzoek begin 1987 van start kan gaan.

titel: Zorgvoorzieningen voor ouderen, onderzoek
naar het dagelijks functioneren (Care delivery systems for the elderly, Pathways and Blockages, subproject 2)

projectnummer: 349

projectleider: Maarten Kastelein

onderzoeker(s): Kees Wevers, Patricia Staats

In het voorjaar van 1986 is een aanvang gemaakt met de uitwerking van een Nederlandse bijdrage aan het EG-onderzoeksprogramma, deelproject 2. In overleg met medewerkers van de Vakgroep Medische Sociologie, RUG werd een eerste onderzoeksopzet ontwikkeld. Dit voorstel werd besproken met de internationale coördinator en enkele nationale representanten. Hierna vond een verdere praktische uitwerking plaats, waarbij werd nagegaan in hoeverre protocollen zouden kunnen worden gebruikt in het onderzoek, alsmede in hoeverre secundaire analyse van interviews met ouderen nadere aanknopingspunten kan bieden voor de uitvoering.

Eind oktober werd deelgenomen aan een internationale bijeenkomst in Frankrijk ter afstemming van de verschillende nationale onderzoeksopzetten. Hiervoor werd een artikel en een voordracht voorbereid. Op grond van de bijeenkomst werd besloten tot enkele ingrijpende wijzigingen in de opzet.

Naast een beschrijving van de definitieve onderzoeksopzet is een voortgangsverslag gepubliceerd.

titel: Policies and Services (Care delivery systems
for the elderly, subproject 3)

projectnummer: 389

projectleider: Maarten Kastelein

onderzoeker(s): Chris Schouten

In het voorjaar van 1986 is een concept publicatie afgerond. Deze werd voor commentaar toegezonden aan de internationale coördinator van het EG-onderzoek, alsmede aan verschillende onderzoekers en aan het Ministerie van WVC. Van verschillende zijden is inmiddels commentaar ontvangen. Tevens hebben enkele besprekingen plaatsgevonden. Eind 1986 is een aanvang gemaakt met de verwerking hiervan. Publicatie in Nederland zal naar verwachting in de loop van 1987 plaatsvinden. Tevens wordt opname in een serie over internationaal vergelijkend onderzoek overwogen in Bath (UK).

Door één van de onderzoekers werd deelgenomen aan een internationale workshop in Engeland, voortvloeiend uit deelname aan het EG-project. Hiervoor werd een inleiding verzorgd.

