UYN (492)
K 22

M. Kastelein
P. Staats
A. Dijkstra

ZORG VOOR OUDEREN: THUIS OF TEHUIS

Eindrapport van een onderzoek naar het dagelijks functioneren van de zorg voor ouderen in 's-Gravenhage en vergelijking met Oost-Friesland

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

IBISSTAMBOEKNUMMER
6377/000

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO
Leiden
December 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* 15,90 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 89105.

© 1989 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 89105

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 de rapportage	2
2.	DOELSTELLING, VRAAGSTELLING EN GLOBALE OPZET	3
2.1	Inleiding	3
2.2	Doelstelling	3
2.3	Vraagstelling	4
2.4	Globale opzet van het onderzoek	5
3.	HET ONDERZOEKSMODEL	7
3.1	Inleiding	7
3.2	Bestaande verklaringen van zorgconsumptie	7
3.3	Een geïntegreerd model	9
3.4	Structurele condities op regioniveau	10
3.5	Het dagelijks functioneren op micro-niveau	12
4.	STRUCTUURVARIABELEN OP REGIONIVEAU	14
4.1	Inleiding	14
4.2	Variabelen	14
5.	HET REGIONALE VOORZIENINGENSTELSEL VOOR OUDEREN	16
5.1	Inleiding	16
5.2	Regionaal vraagprofiel	16
5.3	Gestandaardiseerd regionaal aanbodprofiel	17
5.4	Regionaal zorgconsumptieprofiel	20
5.5	Verwachte effecten van regiokenmerken op de besluitvorming	22
6.	ONDERZOEK DOOR CASE-STUDIES OVER BESLUITVORMING	24
6.1	Inleiding	24
6.2	De vraagstelling in de case-studies	24
6.3	De variabelen in de case-studies	25
6.4	De onderzoekspopulatie	26
6.5	De uitvoering van de case-studies	27

blz.

7. RESULTATEN VAN DE CASE-STUDIES 29

7.1 Inleiding 29
7.2 De respons en belangrijkste kenmerken uit de case-studies 29
7.3 Vergelijking tussen cases met thuiszorg en geïndiceerden 31
7.4 Interpretatie 32
7.5 Samenvatting en conclusies 33

8. VERGELIJKING VAN RESULTATEN UIT BEIDE REGIO'S 34

8.1 Inleiding 34
8.2 Vergelijking van regionale structuurkenmerken 34
8.3 Verschillen tussen de onderzoekspopulaties in beide regio's 37
8.4 Overeenkomsten in de resultaten tussen beide regio's 39
8.5 Discussie en poging tot integratie 40
8.6 Conclusies 42

9. AANBEVELINGEN 44

9.1 Inleiding 44
9.2 De vraag naar zorg 44
9.3 Het aanbod van zorg 46

LITERATUUR 51

BIJLAGEN 53

1. INLEIDING EN VERANTWOORDING

1.1 Inleiding

Dit rapport vormt het resultaat van een onderzoek naar het dagelijks functioneren van voorzieningen voor ouderen in 's-Gravenhage. Het bevat een inleidend gedeelte waarin de achtergronden en opzet van het onderzoek zijn weergegeven, een gecomprimeerde beschrijving van de opzet en uitvoering en de belangrijkste resultaten, conclusies en aanbevelingen waartoe het onderzoek aanleiding geeft. In het onderzoeksrapport 'Structuur en functioneren van het voorzieningenstelsel in 's-Gravenhage' (Kastelein & Staats, 1989a) wordt de beschikbaarheid van voorzieningen voor ouderen (en het gebruik daarvan) in vergelijking tot de landelijke situatie geanalyseerd. Het tweede onderzoeksrapport 'Beslissingen over de zorg: tussen wens en werkelijkheid' (Kastelein & Staats, 1989b) beschrijft een nader onderzoek naar de besluitvorming over de zorg door middel van casestudies in 's-Gravenhage. In deze onderzoeksrapporten, welke afzonderlijk gelezen kunnen worden, wordt dieper ingegaan op de theoretische overwegingen, op de uitvoering en op de resultaten.
Samen met het rapport met betrekking tot een overeenkomstig onderzoek naar de ouderenzorg in Oost-Friesland (Gerritsen & Van den Heuvel, 1989) vormt het rapport over 's-Gravenhage de neerslag van een onderzoek dat door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG/ TNO), in samenwerking met de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit van Groningen, van 1986 tot 1988 werd verricht in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC).

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. Het programma heeft tot doel om materiaal bijeen te brengen voor een internationale vergelijking van de zorg voor ouderen in negen EEG-landen. 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 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. 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 de rapportage

Het eindrapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 zal eerst ingegaan worden 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 twee onderzoeksregio's.
Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 het model eerst verder uitgewerkt ten aanzien van structuurkenmerken op regioniveau. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste onderzoeksresultaten samengevat ten aanzien van bevolkingskenmerken, capaciteit van voorzieningen en gebruik van voorzieningen.
Hierna wordt in hoofdstuk 6 aan de hand van het oorspronkelijke model nader ingegaan op de opzet en uitvoering van een aantal case-studies naar de besluitvorming in concrete situaties in de zorg rond ouderen op micro-niveau. De belangrijkste bevindingen van deze case-studie benadering worden in hoofdstuk 7 beschreven. In hoofdstuk 8 worden de resultaten van het onderzoek in 's-Gravenhage vergeleken met de resultaten in Oost-Friesland. Gepoogd wordt de resultaten te integreren en op basis hiervan conclusies te formuleren. Het rapport wordt besloten met hoofdstuk 9, waarin getracht is om aan de conclusies tevens praktische aanbevelingen voor instellingen en overheid te verbinden.

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 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 wordt 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.
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 en ilustratief '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 spanning 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 de 'verklaring' van dit functioneren van groter belang.

2.3 Vraagstelling

In de praktijk van 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. In de besluitvorming over aanmelding spelen de omstandigheden van de betrokkene, de familie en bestaande hulpverleners vermoedelijk een rol. 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. Bedacht moet worden dat bovendien de beschikbare capaciteit van voorzieningen bepalend is voor de mate waarin aanvragen kunnen worden gehonoreerd. Misschien oefent deze beschikbaarheid ook indirect invloed uit op de beslissing om aanvragen te doen.

De navolgende vraagstelling werd in de onderzoeksopzet geformuleerd:

> *'Hoe functioneert de besluitvorming over 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 behulp waarvan een oplossing wordt gezocht voor problemen die het gevolg zijn van een wankel evenwicht in gezondheid of welzijn van ouderen boven 75 jaar.'*

Centraal hierin staat de besluitvorming over eventuele intensieve(re) zorg, als resultaat van 'onderhandelingen van partijen' die bij (de zorg rond) een oudere betrokken zijn, en de condities die hierop van invloed zijn.

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.

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, vervult de Haagse situatie een voorbeeldfunctie. Nadere studie kan bijvoorbeeld meer inzicht 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

In de onderzoeksopzet is ervoor gekozen om - tegen de achtergrond van een beschrijving van structuurkenmerken van de regio - een beperkt aantal casestudies te verrichten. Deze case-studies zouden betrekking moeten hebben op cruciale punten - zogenoemde 'sleutelposities' - in het voorzieningenstelsel. Deze benadering zou vooral 'kwalitatief' van aard zijn en vloeit voort uit de overweging dat geaggregeerde statistische data vaak onvoldoende inzicht bieden in 'de praktijk van alledag'.

N.B.: Deze keuze sluit nauw aan bij de afspraken in het ACRE-programma. Ook hier is voor de 'Pathways and Blockages studie' gekozen voor het verrichten van case-studies. Deze zouden geplaatst moeten worden tegen de achtergrond van een beschrijving van het lokale voorzieningenstelsel.

Eerst zal van beide regio's een kwantitatieve beschrijving van structuurkenmerken plaatsvinden. Deze betreft de kenmerken van de oudere bevolking, van het voorzieningenstelsel en van het gebruik daarvan door ouderen. De betreffende gegevens worden zoveel mogelijk ontleend aan bestaande data-bestanden, registraties en bronnen.

In het licht van de vraagstelling in het Nederlandse onderzoek werd besloten om in de 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. Op basis van de voorgaande overwegingen werd hiertoe een viertal zogenaamde 'sleutelposities' gekozen:

- zorgbehoevende ouderen met intensieve thuiszorg (wijkverpleging en gezinsverzorging);
- thuiswonende ouderen die plaatsing in een verzorgingstehuis hebben aangevraagd en een positieve indicatie hebben gekregen;
- thuiswonende ouderen die geïndiceerd zijn voor opneming in een somatisch verpleeghuis;
- langdurig in een algemeen ziekenhuis opgenomen somatisch zieke ouderen bij wie ontslag of verwijzing wellicht problematisch is.

De case-studies richten zich op de vraag welke factoren van invloed zijn op de besluitvorming, hoe een dergelijk beslissingsproces verloopt, welke rol hulpverleners hierbij spelen, en wat de uitkomst van dit proces is. De gegevens worden ontleend aan interviews met ouderen en betrokken mantelzorg en beroepsmatige hulpverleners in daartoe geselecteerde hulpverleningssituaties. De case-studies vormen een illustratieve beschrijving van kenmerken van het dagelijks functioneren van voorzieningen in de praktijk. De beschrijving van regiokenmerken onderbouwt tevens de relevantie van de gekozen zorgvoorzieningen.

Het onderzoek is op identieke wijze opgezet in twee regio's die sterk verschillen in urbanisatiegraad: in de gemeente 's-Gravenhage als grootstedelijk gebied en in Oost-Friesland als plattelandsregio. In 's-Gravenhage werd het onderzoek verricht door het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO te Leiden. In Oost-Friesland werd het onderzoek verricht door de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit te Groningen.

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 uitgewerkt op het niveau van het regionaal voorzieningenstelsel en 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 verklaringen van zorgconsumptie

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 (onder andere vanuit de professionaliseringsthese: Freidson, 1974). De bezwaren komen voort uit de twijfel over de eenduidigheid van problemen en vraag, alsmede het verband tussen de vraag en een 'passende' oplossing. 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 volgens een structuralistisch model worden weergegeven (figuur 3.2 ontleend aan Andersen & Newman, 1973: p. 98).

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 tezeer 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 de gebruiker inwerken, zoals de 'zuigkracht van voorzieningen', de rol van familie en die van beroepsmatige hulpverleners.

b. Proces-benadering

In een kritiek op gangbare benaderingen in de analyse van het functioneren van het zorgsysteem (vanuit het gezondheidsperspectief en vanuit het zorgsysteemperspectief) bepleit Rosenberg aanvulling door een benadering alsof het gaat om 'politieke besluitvorming' in een 'partijenmodel' (Rosenberg, 1988: p. 179-186). 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. Ook in interactionalistische benaderingen wordt de manifeste vraag om zorg opgevat als resultante van een

soort 'onderhandelingsproces', waarbij de bestaande hulpbronnen ('resources') en de mogelijke oplossingen het kader vormen, waarbinnen een 'probleem' gedefinieerd wordt als feitelijke vraag. Het is dit onderhandelingsproces dat centraal staat in ons onderzoek.

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, vullen de hiervoor kort omschreven benaderingen elkaar goed aan.

Verondersteld wordt dat in de besluitvorming over de zorg rond een oudere drie soorten 'partijen' kunnen worden onderscheiden: de betrokken ouderen, eventuele informele zorgverleners (bijvoorbeeld de partner, familie) en de betrokken professionele zorgverleners.
De beslissing om intensieve zorg aan te vragen in een situatie rond een oudere, wordt opgevat als 'resultante' van een achterliggend onderhandelings- en besluitvormingsproces tussen de verschillende 'partijen'. Elk van deze partijen verkeert in een bepaalde situatie, van waaruit het gestelde probleem wordt geïnterpreteerd en naar een - voor de betrokken partij - 'optimale oplossing' voor het door hen ervaren probleem wordt gestreefd. Elk van deze partijen tracht dan ook, in het licht van de eigen situatie zowel de definitie van het probleem alsook uitkomst van het besluitvormingsproces te beïnvloeden. Een analyse van het besluitvormingsproces zou daarom rekening moeten houden met de specifieke situatie - die mede door factoren op regioniveau is bepaald - van waaruit elk van de betrokken partijen het probleem interpreteert en zoekt naar optimalisering van de uitkomst van de besluitvorming.
Aldus ontstaat een model met trekken van een systeembenadering, meer in het bijzonder van een 'contingency-benadering', waarin het zwaartepunt ligt in de strategieën gericht op het realiseren van een optimaal evenwicht tussen het sociale systeem (het zorgnetwerk) en de omgeving.

Integratie van beide benaderingen resulteert aldus 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 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 regioniveau 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 staat in het model een viertal condities centraal die het dagelijks functioneren, de 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, die later verder worden uitgewerkt.
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 en deze worden weergegeven in de vorm van indexwaarden. Hierbij wordt het gemiddelde in Nederland op 100 gesteld. De gevonden regionale waarden worden omgerekend op basis van deze gegevens, waarbij indirect gestandaardiseerd wordt voor de leeftijdsopbouw van de bevolking (Sturmans, 1977). 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 dat de uitkomst vormt van een achterliggend politiek proces. 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.

patiëntenstromen

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.

De condities in de dagelijkse praktijk en de patiëntenstromen worden vervolgens meer gedetailleerd onderzocht in de case-studies op 'sleutelposities'.

3.5 Het dagelijks functioneren op micro-niveau

Op micro-niveau worden de bovenstaande regiokenmerken (inclusief eventuele knelpunten en patiëntenstromen) geïnterpreteerd als randvoorwaarden, waarbinnen zich op micro-niveau de interactie afspeelt tussen ouderen, mantelzorg en hulpverleners/zorgvoorzieningen. Eventuele knelpunten in het zorgstelsel beïnvloeden hier de beslissing tot het al dan niet bepleiten om een andere vorm van zorg (plaatsing of opneming) aan te vragen. Dit is tevens het proces dat op dit niveau van invloed is op het ontstaan van een gegeven patiëntenstroom. Het besluitvormingsmodel op micro-niveau wordt weergegeven in figuur 3.4.

Figuur 3.4 Operationalisering van het geïntegreerde model op micro-niveau: het verband tussen individuele determinanten bij ouderen, informele en beroepsmatige hulpverleners en uitkomsten van de besluitvorming over aanvragen voor intensieve zorg

N.B.: In feite betreft het voor de verschillende partijen die onder verschillende condities functioneren verschillende problemen. Immers, voor de oudere gaat het om het probleem 'hoe zo zelfstandig mogelijk te blijven'. Voor de betrokken informele verzorger (partner of kind) gaat het om de vraag 'hoe te voldoen aan de vraag om hulp van de oudere', waarbij de 'resources' samenhangen met de eigen leefsituatie. Voor de professionele hulpverlener, tenslotte, gaat het om een legitieme vraag om zorg die ingepast dient te worden in de bestaande werkzaamheden.

Anderson en Newman onderscheiden drie categorieen 'Individual determinants' die de besluitvorming en het gebruik van zorg door ouderen bepalen. Het betreft de volgende groepen variabelen:

1. 'Predisposing factors': factoren die een bepaalde 'partij' in het besluitvormingsproces over de zorg kwetsbaar maken voor het onderzochte soort problemen. Het betreft persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat enz., opleiding, beroep, geloofsovertuiging, alsmede houdingen en opvattingen. Zij worden hier opgevat als **risicofactoren**.
2. 'Enabling factors': condities die van invloed zijn op het vermogen van de betreffende 'partij' in het besluitvormingsproces om oplossingen te zoeken

of te creëren voor het ontstane probleem. Hieronder worden een aantal situationele kenmerken begrepen, zoals inkomenshoogte en -bron. Zij worden hier aangeduid als **gelegenheidsfactoren**.

3. 'Need factors': het objectieve en subjectieve belang van het gestelde probleem voor de betreffende 'partij', zoals handicaps, symptomen en diagnosen. Deze factoren worden hier aangeduid als **noodzaak** (factoren).

Deze groepen factoren worden in het onderzoek gezien als 'achtergrond-variabelen' voor het besluitvormingsproces over handhaving thuis of aanvrage van plaatsing of opneming in een intramurale voorziening.

Verondersteld wordt dat het dagelijks functioneren van de zorg op micro-niveau beïnvloed wordt door de betrokken oudere, diens mantelzorgverlener en door de beroepsmatige hulpverlener. Elk van deze partijen heeft een eigen inbreng in het besluitvormingsproces. Deze inbreng wordt mede bepaald door bestaande condities op regioniveau (inclusief eventuele knelpunten en patiëntenstromen).

Verwacht wordt dat in een zorgnetwerk waarin ouderen, mantelzorgers en hulpverleners betrokken zijn onder ongunstiger regionale condities, grotere druk zal ontstaan om andere oplossingen te zoeken, bijvoorbeeld buiten het eigen zorgnetwerk (met name gericht op die voorzieningen die relatief gunstige mogelijkheden hebben). Dit betekent, dat verwacht wordt dat in de besluitvorming rond ouderen die een beroep doen op relatief schaarse voorzieningen, de betrokken hulpverlener(s) eerder geneigd zullen zijn plaatsing of opneming elders te bepleiten. In zoverre dergelijke 'externe' oplossingen ontbreken zullen ernstiger knelpunten ontstaan.

4. STRUCTUURVARIABELEN OP REGIONIVEAU

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken die van belang geacht worden voor de beschrijving van **de regionale condities waarbinnen beslissingen plaatsvinden** over praktische hulpverlening plaatsvinden. Deze betreffen de verhouding tussen de vraag van ouderen naar zorg en het hiervoor beschikbare aanbod van informele en (voor ouderen relevante) professionele zorgverleners. De analyse van de condities op het regioniveau 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 keuze van de betrokken voorzieningen heeft plaatsgevonden op basis van statistische gegevens en van literatuur. Voor een uitvoerige beschrijving zij verwezen naar het betreffende onderzoeksverslag (Kastelein & Staats, 1989a). De onderzochte kenmerken en aard van de berekeningen worden hierna beschreven.

4.2 Variabelen

de demografische vraag
De **omvang en samenstelling** van de ouderenpopulatie naar leeftijd en geslacht vormt de meest gangbare indicator voor de te verwachten vraag naar zorg door ouderen. De reden hiervoor is dat in hogere leeftijdscategorieën een relatief hoge zorgconsumptie wordt aangetroffen. Hierbij geldt als (overigens arbitraire) grens de leeftijd van 65 jaar.
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. Een aantal andere indicatoren, zoals **gezondheidstoestand** van de bevolking en **sociaal-economische status**, wordt kort weergegeven, doch is in de verdere berekeningen niet betrokken. De overweging daartoe is uitsluitend een praktische: het ontbreken van vergelijkbare data.

de beschikbaarheid van mantelzorg
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. Als aanbodindicator voor informele zorg is de populatie gekozen van vrouwen in de leeftijdscategorie van 40-64 jaar in verhouding tot de omvang van de ouderenpopulatie. In de praktijk blijkt het vooral deze categorie te zijn die mantelzorg verleent.

het voorzieningenaanbod
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 regionale zorgstelsels 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 probleem hierbij is overigens dat de verschillende registrerende instellingen ook vaak een eigen - en veelal incompatibele - opbouw van het databestand hanteren.

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 (Sturmans, 1977). Daarom zal per soort voorziening indirect gestandaardiseerd worden in de vorm van een berekende 'te verwachten vraag'.
De leeftijdsspecifieke consumptie kan ook worden opgevat als een indicatie van de werkdruk op een gegeven voorziening. Deze werkdruk op een voorziening kan worden uitgedrukt door de omrekening naar een 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.

Als oplossing voor een hoge werkbelasting kunnen hulpverleners en instellingen besluiten scherper te selecteren of een actiever verwijzingsbeleid naar andere voorzieningen te 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 de resultaten van de hiervoor aangegeven beschrijving, tenslotte, kan 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. HET REGIONALE VOORZIENINGENSTELSEL VOOR OUDEREN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden eerst de bevindingen omtrent vraag, aanbod en gebruik van voorzieningen uit het onderzoek weergegeven in de vorm van zogenaamde 'profielen'. Deze profielen bevatten de - in het onderzoeksrapport - berekende indexwaarden voor de kenmerken van de regio, waarbij het landelijk gemiddelde op 100 is gesteld. Aldus geeft het regionale indexcijfer de afwijking aan ten opzichte van landelijke gemiddelden, welke gelezen kan worden alsof het een percentage betreft.
Eerst worden de demografische kenmerken weergegeven in een zogenaamd 'regionaal vraagprofiel'. Vervolgens wordt op basis van de gegevens omtrent het aanbod van voorzieningen een 'regionaal voorzieningenprofiel' gepresenteerd. In dit voorzieningenprofiel is rekening gehouden met de te verwachten vraag naar voorzieningen door deze uit te drukken in verhouding tot de demografische vraag. Daarbij is de demografische vraag gestandaardiseerd naar leeftijd. Dit is gebeurd omdat - als gevolg van verschillen in leeftijdsspecifieke vraag - de samenstelling van de bevolking (naar leeftijd en geslacht) van invloed is op de totale vraag. Tenslotte is - in aansluiting hierop - een 'regionaal consumptieprofiel' opgesteld.
In hoofdstuk 4 werden vanuit voorzieningen-gezichtspunt een aantal mogelijke 'oplossingen' beredeneerd om de werkdruk binnen een gegeven voorziening te verminderen (selectie en verwijzing). Op basis van de resultaten wordt nagegaan in hoeverre deze beredeneerde 'oplossingen' ook teruggevonden worden 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.

5.2 Regionaal vraagprofiel

De gegevens met betrekking tot de potentiële vraag naar zorg, met name demografische kenmerken, worden samengevat in een profiel, waarin per regio de afwijking ten opzichte van landelijk gemiddelde gegevens wordt aangegeven in indexwaarden. In tabel 5.1 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de vraagkenmerken van 's-Gravenhage en Friesland in vergelijking tot landelijke gemiddelden.

Tabel 5.1 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
- gezondheidsenquête: percentage 65+ met problemen	101	102
- inkomen per inkomenstrekker (alle inwoners)	101	109

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

Uit deze tabel blijkt dat in beide regio's sprake is van een relatief hoog 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 en het hogere inkomen per inwoner. 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. De sexeratio wijkt vertoont in 's-Gravenhage een groter oververtegenwoordiging van vrouwen en in Friesland een ondervertegenwoordiging in vergelijking tot het landelijke gemiddelde. De vraag door jongere leeftijdscategorieën in 's-Gravenhage naar zorg, wordt verwacht relatief lager te zijn. Geconcludeerd kan worden dat in beide regio's, maar sterker in 's-Gravenhage, een hogere vraag naar zorg door ouderen wordt verwacht.

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) nog verder zal toenemen, ondanks een slinkende ouderenpopulatie. Een ongedifferentieerde benadering, 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. Planning gebaseerd op een dergelijke indicator zal dan ook leiden tot discrepanties tussen de verwachting en de feitelijke ontwikkeling in de vraag.

5.3 Gestandaardiseerd regionaal aanbodprofiel

In onderhavig onderzoek wordt de mantelzorg opgevat alsof het een 'voorziening' betreft. Daarmee vormt dit demografisch kenmerk tegelijk een 'aanbodvariabele'. De overwegingen daartoe zijn:

- de belangrijke rol die informele hulp in de praktijk vaak speelt, alsmede
- de rol die in het beleid aan mantelzorg wordt toegedacht, bijvoorbeeld als 'substituut' voor beroepsmatige zorg.

Een indicatieve schatting van de mantelzorg wordt gemaakt op basis van enkele vooronderstellingen. Aangenomen wordt dat in de praktijk de mantelzorg vooral wordt verleend door bepaalde leeftijdscategorieën en overwegend vrouwen betreft. Een beperkte jongere populatie stelt voorts grenzen aan de mogelijkheid om arbeidskrachten in de verzorgende sector te werven. De combinatie van een gezin, een arbeidsplaats en mantelzorg is problematisch. Deze kanttekeningen zijn van belang, omdat zij de mogelijkheid relativeren dat een schaarste aan beroepsmatige zorg wordt opgevangen door mantelzorg.

Het bestaande aanbod van beroepsmatige voorzieningen kan tot op zekere hoogte worden opgevat als het feitelijke resultaat van voorgaande voorzieningenplanning en beleid. In het beleid en de planning wordt met lokale bevolkingskenmerken slechts ten dele rekening gehouden (met name leeftijd en geslacht, maar ook andere invloedsfactoren zijn denkbaar, zoals de percentages werkeloosheid of allochtonen). Voor veel voorzieningen geldt dat zij een functie hebben voor verschillende leeftijdscategorieën. Toch blijken veel voorzieningen van uitzonderlijk belang voor bepaalde leeftijdscategorieën (voorbeelden zijn zuigelingen, jeugd en ouderen). Een berekeningsmethode werd ontworpen waarin - op basis van het landelijk gemiddelde gebruik per leeftijdscategorie - de te verwachten werkdruk op voorzieningen wordt 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 5.2.

Tabel 5.2 Samenvattend overzicht van de beschikbare voorzieningen in verhouding tot de equivalente standaardbevolking (indexwaarden: Nederlands gemiddelde = 100) 's-Gravenhage en Friesland, 1986

beschikbaar per oudere	's-Gravenhage	Friesland
leeftijd 0-64 jaar in populatie	92	99
potentiële mantelzorg vrouwen 40-64 jaar	67	90
bejaardenwoningen	69	56
flankerend beleid	124	156
gezinsverzorging	85	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

N.B.: De afwijking van het landelijk gemiddelde kan gelezen worden als een percentage, waarbij geldt dat een waarde hoger dan 100 gunstiger is dan landelijk gemiddeld.

Wanneer rekening wordt gehouden met de effecten van de verschillen in de regionale leeftijdsopbouw in 's-Gravenhage, dan blijkt dat in 's-Gravenhage de beschikbaarheid van de meeste soorten voorzieningen als relatief ongunstiger dan landelijk gemiddeld moet worden beoordeeld.
Uit de berekeningen met betrekking tot het aanbod van mantelzorg blijkt dat ten aanzien van de leeftijdscategorie, waarin mantelzorg reëel mogelijk wordt verondersteld (vrouwen van 40-64 jaar), in 's-Gravenhage sprake is van 0.7 mantelzorger per oudere (65+) en in Friesland 0,9 mantelzorger per oudere. Hoewel zeker niet iedere oudere hulp nodig heeft, geeft deze verhouding wel de beperkingen aan van de beschikbaarheid van mantelzorg. Daaruit 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. Bij hoogbejaarden hebben de kinderen vaak ook al een leeftijd bereikt waarop het risico van lichamelijke beperkingen toeneemt. Daarom gelden de beperkingen eens temeer voor mantelzorg rond hoogbejaarden.
In 's-Gravenhage blijkt voorts dat de beroepsmatige thuiszorg en de intramurale zorg voor somatisch zieken relatief krap bemeten is. Het flankerend beleid, de psychiatrische en psychogeriatrische intramurale voorzieningen hebben echter een wat ruimer aanbod. 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 de sociaal-psychogeriatrische zorg en verpleeghuizen geldt echter dat het gecorrigeerde aanbod van voorzieningen iets gunstiger is dan landelijk het geval is.

N.B.: Bij deze berekeningen is alleen gestandaardiseerd voor de leeftijdsopbouw. Geen rekening is gehouden met de hiervoor beschreven 'andere bevolkingskenmerken' (opleiding, SES enz.), daar hun relatieve gewicht niet bekend is.

In deze berekeningen is nog geen rekening gehouden met het gegeven dat voorzieningen sterk verschillen in hun 'bereik'. Dat wil zeggen, het aantal ouderen dat per 'productie-eenheid' (per hulpverlener, per plaats of per bed) kan worden verzorgd. Zo geldt dat een bed in een verpleeghuis slechts door één 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 echter 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 gemiddelde bereik bereik (als aantal ouderen in zorg per bed, plaats of functionaris in een jaar) wordt gegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Schatting van het gemiddeld aantal bereikte ouderen per full-time functionaris, plaats of bed voor extramurale en intramurale voorzieningen

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 Nationale Kruisvereniging worden door 197 functionarissen 2435 ouderen in zorg gerapporteerd, hetgeen neerkomt op 13.6 ouderen.

N.B.: Hierbij is geen rekening gehouden met verschillen in doorstroming.

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 ertoe kunnen leiden dat 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 gezinsverzorging een 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. Voor Friesland geldt een soortgelijke redenering, zij het dat de afwijking van landelijke gemiddelden beperkter is.

5.4 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 indexwaarden 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 weergegeven in tabel 5.4.

Tabel 5.4 Regionaal zorgconsumptieprofiel: indexwaarden in 's-Gravenhage en Friesland (Nederlands gemiddelde = 100) volgens berekeningen en literatuur*

	Nederland	's-Gravenhage		Friesland
gezinsverzorging uren 65+	100	85	(99)	(113)
wijkverpleging 65+	100	102		
SPGD	100		(138)	(186)
verzorgingstehuizen	100	80	(93)	(113)
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	(146)	(98)
psychoger. verpleeghuizen in dagen	100	142		
psychiatrische ziekenhuizen	100		(202)	(38)

* Tussen haakjes: Gerritsen & Van den Heuvel, 1989: p.10

N.B.: De verschillen tussen onze data en die in de literatuur worden grotendeels verklaard doordat de gegevens tussen haakjes betrekking hebben op een eerder uitgevoerd onderzoek in 1984 door de RUG.

Het meest opvallend in deze gegevens is het contrast tussen de eerder gesignaleerde relatieve schaarste aan voorzieningen en de relatieve overconsumptie in sommige voorzieningen in vergelijking 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.

Over patiëntenstromen bleken alleen indicatieve berekeningen mogelijk te zijn. Wanneer de gegevens over de herkomst bij opneming van de Haagse ouderen worden vergeleken met landelijke gegevens, dan valt daarin op 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. Dit zou in overeenstemming zijn met de verwachting dat de ziekenhuiszorg in 's-Gravenhage een buffer vormt voor ouderen, in het bijzonder hoogbejaarden, die niet langer in staat zijn zelfstandig in de eigen omgeving te blijven wonen. Omgekeerd betekent dit ook een bevestiging voor de verwachting dat voor intramurale voorzieningen de ontslagmogelijkheden naar huis of bejaardenoord een knelpunt vormen.
Uit de registratie van de bestemming bij definitief 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 voor een deel van de

ouderen de oorzaak vooral een 'incidentele situatie met een acuut en ernstige karakter' is geweest, in combinatie met een algehele zorgbehoevendheid. Na het herstel van de betrokkenen stuit terugkeer naar de eigen omgeving dan mogelijk op teveel bezwaren van de zijde van de thuiszorg.

5.5 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 plaatsvinden. 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 besluiten om zich 'voor alle zekerheid' alvast aan te melden 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 aanbodcondities en een oplossing voor problemen binnen het zorgnetwerk ontbreekt, een zekere geneigdheid zal bestaan om oplossingen te zoeken buiten het eigen zorgnetwerk (verwijzing, selectie). Op dit punt zullen de specifieke voorkeuren, houding en persoonlijkheid van betrokkenen een rol spelen in de feitelijke besluitvorming en keuze.

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 de te verwachte vraag naar zorg staat een relatief beperkt aanbod in vrijwel alle soorten voorzieningen. Daarbij moet voorts bedacht worden, dat dit in de extramurale zorg gevolgen heeft voor een groter deel van de populatie dan de overcapaciteit in enkele intramurale voorzieningen vermoedelijk kan opvangen.

Een deel van de effecten die deze condities op de 'besluitvorming in het algemeen' hebben, zullen van invloed 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.]
Op grond van deze bevindingen kunnen enkele verwachtingen worden geformuleerd met betrekking tot de effecten van deze omstandigheden.

- 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 hulpverleners rond 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 zich vooral op extramurale medisch/verpleegkundige hulpverleners richten en 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).

  N.B.: 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 kan worden ontslagen wanneer thuiszorg kan worden georganiseerd. Een ander deel blijft vermoedelijk opgenomen, als gevolg van hospitaliserings- en decompensatieverschijnselen of het ontbreken van thuiszorg, ondanks een relatief gunstiger gesteldheid. Als gevolg hiervan zal ook de gemiddelde verpleegduur in verpleeghuizen relatief lang zijn.

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

6. ONDERZOEK DOOR CASE-STUDIES OVER BESLUITVORMING

6.1 Inleiding

De keuze om case-studies te verrichten in concrete praktijksituaties is ingegeven door de constatering dat geaggregeerde statistische data vaak onvoldoende inzicht bieden in 'de praktijk van alledag' (Illsley & Jamieson, 1986). Het doel van deze benadering is om kwalitatieve informatie aan te dragen.
De case-studies betreffen de besluitvorming rond ouderen met een relatief hoge mate van zorgbehoevendheid, waarbij de betrokken oudere, de als belangrijkste ervaren mantelzorg én beroepsmatige hulpverlener zijn betrokken. Het onderzoek richt zich in de beschrijving niet op de beslissing van de betrokken individuen als zodanig, maar op wat kan worden aangeduid als het 'zorgnetwerk'. Het betreft een relatief klein aantal case-studies. Daarmee wordt niet beoogd om statistische analyses uit te voeren, maar om bestaande processen te illustreren en op grond hiervan tot nieuwe inzichten te komen. Overigens zijn de resultaten van dit onderzoek wel - in zoverre dit mogelijk was - vergeleken met de statistische resultaten die door andere onderzoekers zijn beschreven.
Achtereenvolgens wordt nu eerst kort ingegaan op de uitwerking van de vraagstelling, vervolgens op de aard van de variabelen, de keuze van de onderzoekspopulatie en tenslotte op de feitelijke uitvoering.

6.2 De vraagstelling in de case-studies

Centraal in ons onderzoek staat de vraag waarom sommige zorgbehoevende ouderen wél en andere ouderen níet besluiten om een meer zorgintensieve oplossing (in het bijzonder opneming in een intramurale voorziening) te kiezen. Het gaat daarbij om de vraag in hoeverre kan worden bijgedragen aan de preventie van plaatsing of opname in een intramurale voorziening.

Over zorgbehoevende ouderen, over hun situatie en over de rol van familie en beroepsmatige hulpverleners bestaat een aantal (deels impliciete en stereotype) veronderstellingen (McKeganey, 1987; Hunter et al., 1988).

a. Verondersteld wordt dat de hulpbehoefte en -vraag voortvloeien uit kenmerken van de 'patiënt' zelf. Vaak wordt verwacht dat daarvoor geldt 'hoe ouder hoe zorgbehoevender'. Het zwaartepunt ligt dan bij de lichamelijke en geestelijke gesteldheid, terwijl de sociale situatie en omstandigheden als 'achtergronden' worden beschouwd. In deze gedachtengang beslist de 'patiënt' welke hulp gewenst is, omdat deze degene is die hulp nodig heeft.
b. Verondersteld wordt veelal dat ouderen zonodig een beroep (kunnen) doen op familie voor mantelzorg. In het beleid wordt er vanuitgegaan dat er mogelijkheden voor uitbreiding of intensivering van mantelzorg zijn.

c. Een derde impliciete veronderstelling betreft het bestaan van een tamelijk eenduidige 'hiërarchie van behoeften' en daarop aansluitende 'hiërarchie van vormen van hulpverlening'. De beroepsmatig verleende hulp zou zo goed mogelijk aangepast worden aan de behoefte (dat wil zeggen de meest zorgbehoevende ook de meeste hulp). Daarbij zou 'het belang van de patiënt' voorop staan.

Gekozen is voor een benadering waarin nagegaan wordt, wàt de rol van verschillende betrokkenen is in de dagelijkse situatie, en hòe een beslissing over de zorg tot stand komt. Het onderzoeksobject van de case-studies betreft daarom zorgverlenings- c.q. besluitvormingsnetwerken rond zorgbehoevende ouderen. De gekozen situaties betreffen ouderen die als het ware 'op de grens verkeren tussen thuis blijven of intramurale zorg', omdat in deze situatie de beslissing het meest expliciet aan de orde is. Mede gegeven de kleine aantallen case-studies is besloten om de vergelijking vooral te richten op het contrast tussen ouderen die wél voor plaatsing in een verzorgingstehuis of verpleeghuisopname zijn aangemeld, tegenover ouderen die ondanks hun hoge zorgbehoevendheid (blijkend uit intensieve extramurale hulp van gezinsverzorging en wijkverpleging) níet zijn aangemeld.
De vraagstelling omvat twee deelvragen.

1. Nagegaan wordt in hoeverre de verschillende betrokken participanten (oudere en diens situatie, de centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener) een rol spelen bij de besluitvorming.
2. Nagegaan wordt welke factoren van invloed zijn op de rol die ouderen, mantelzorg en beroepsmatige hulpverlener spelen in de zorgverlening.

Bij elk van de betrokken 'partijen' wordt aandacht geschonken aan persoonlijke en situationele kenmerken (risico, noodzaak en gelegenheid) welke in het onderzoeksmodel werden uitgewerkt. Deze kenmerken worden beschouwd als achtergrond voor de besluitvorming.

6.3 De variabelen in de case-studies

De dataverzameling voor de case-studies vond plaats door middel van halfgestructureerde interviews. Afzonderlijke vragenlijsten werden gemaakt voor ouderen, voor de centrale verzorger en voor beroepsmatige hulpverlener.

De vragenlijst voor ouderen bevat de volgende hoofdonderwerpen:
- persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen);
- kwaliteit van en voorzieningen in de woning;
- ervaren problemen in het dagelijks leven (Biografische Problemenlijst);
- omgaan met problemen (coping stijl);
- houding tegenover de hulpverlening;
- subjectief welbevinden (Schaal Subjectief Welbevinden Ouderen);

- klachten over de gezondheid, ADL;
- hulp bij dagelijkse activiteiten, informele zorg;
- inventarisatie officiële hulpverlening (gezinsverzorging, wijkverpleging);
- evaluatie van de informele en de beroepsmatige thuiszorg;
- overwegingen rond intensieve zorg en kennis van voorzieningen;
- ervaren invloed op besluitvorming over de hulpverlening.

Voor zover mogelijk werden in de vragenlijst bestaande operationaliseringen gekozen, onder andere in de vorm van 'schalen'. Een overweging daarbij was, dat aldus een vergelijking met andere onderzoeksresultaten mogelijk zou zijn. Waar bruikbare operationaliseringen ontbraken, werd door de onderzoekers een eigen invulling gegeven. Aan de achtergrondkenmerken werd een aantal vragen toegevoegd welke betrekking hebben op het besluitvormingsproces.
Het zwaartepunt in de vragenlijst voor de centrale verzorger ligt op de 'hulpvraag en geboden zorg' als probleem. Voor een deel zijn dezelfde variabelen opgenomen (soms immers, gaat het om de partner). De persoonlijke kenmerken en de eigen situatie van de centrale verzorger worden verondersteld van invloed te zijn op de mate waarin op een bevredigende manier mantelzorg kan worden verleend, dan wel dat deze als (over)belastend wordt ervaren. Hierbij gaat het onder andere om de sociale steun vanuit de eigen gezinssituatie en van professionele zijde, alsmede om enkele vragen over de draagkracht/draaglast verhouding.

Een soortgelijke redenering geldt voor de beroepsmatige hulpverleners die bij de oudere betrokken zijn. Bij deze, echter, betreffen de 'resources' persoonlijke kenmerken zoals opleiding, kennis en ervaring en intern-organisatorische condities, zoals de werkdruk vanuit de organisatie, interne ondersteuning, alsmede contact (c.q. samenwerking) met de mantelzorg en met relevante andere beroepsmatige hulpverleners en disciplines.

N.B.: Voor een gedetailleerde beschrijving van de herkomst van de variabelen en de schalen zij hier kortheidshalve verwezen naar de deelrapporten over de besluitvorming in 's-Gravenhage (Kastelein et al., 1989b) en over Oost-Friesland (Gerritsen & Van den Heuvel, 1989).

De afname van het interview bij ouderen vergde gemiddeld (ruim) twee uur. De vragenlijsten voor de centrale verzorger en voor de beroepsmatige hulpverlener namen ongeveer een uur in beslag.

6.4 De onderzoekspopulatie

Aan de onderzoeksopzet ligt de gedachte ten grondslag dat sprake is van een onderscheidbare hiërarchie van zorgbehoevendheid. Het voorzieningenstelsel wordt geacht deze hiërarchie te weerspiegelen met een toenemende zorgintensiteit. Verondersteld wordt dat deze oploopt in intensiteit van ambulante voorzieningen, thuiszorg, via het verzorgingstehuis en - medisch gericht - ziekenhuis,

tot aan het verpleeghuis. De case-studies dienden situaties te betreffen rond ouderen die verkeren op de grens tussen thuiszorg en intramurale voorziening.
Besloten werd om vier 'sleutelposities' te kiezen waar ouderen die in een dergelijk 'wankel evenwicht' verkeren, zouden kunnen worden geïdentificeerd. Het betrof de volgende situaties:

a. thuiswonende hoogbejaarde ouderen met zowel wijkverpleegkundige hulp alsook gezinsverzorging (eventueel particuliere hulp);
b. ouderen die plaatsing in een verzorgingstehuis hebben aangevraagd, hiervoor een positieve indicatie hebben gekregen, maar (nog) thuis wonen;
c. ouderen die nog thuis wonen maar geïndiceerd zijn voor een verpleeghuisopneming;
d. ouderen die langdurig in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen in afwachting van een oplossing in de extra- of intramurale zorg.

N.B.: Enkele aanvullende criteria werden geformuleerd:
- psychogeriatrische patiënten werden om praktische redenen uitgesloten;
- gestreefd werd naar 'oudere ouderen' (75 jaar en ouder) als respondenten;
- bij voorkeur zouden geen terminale patiënten worden geïnterviewd.

Het onderzoek richt zich in de beschrijving niet zozeer op individuele ouderen als zodanig, maar op het 'zorgnetwerk' als geheel, waarbij individuele kenmerken worden opgevat als 'achtergrondkenmerken' voor de besluitvorming.

6.5 De uitvoering van de case-studies

De dataverzameling voor de case-studies is uitvoerig voorbereid. Eerst is medewerking verworven van de zorgverleningsorganisaties die als sleutelposities worden beschouwd. In 's-Gravenhage werd - onder andere gezien de belasting door het interview - besloten vooralsnog af te zien van interviews met ouderen die in algemene ziekenhuizen waren opgenomen.
Het verwerven van medewerking bleek in 's-Gravenhage een tijdrovend proces, dat pas eind 1987 kon worden afgerond. Grote zorg werd besteed aan bescherming van de privacy van ouderen. Daarom werd eerst door de betreffende instelling om medewerking gevraagd, alvorens een naam voor een interview vrij te geven. Indien medewerking werd verkregen, werd vervolgens een afspraak gemaakt voor het gesprek.
Van medewerkende ouderen werden vervolgens de namen van - door hen als belangrijkst ervaren - centrale verzorger en beroepsmatige zorgverlener verkregen. Vervolgens werd met deze hulpverleners een afspraak gemaakt.

N.B.: Ondanks de voorbereidingen zag een aantal ouderen toch af van het interview. Uiteindelijk werden de laatste interviews pas afgerond in de herfst van 1988. De gekozen opzet en afhankelijkheid van instellingen veroorzaakte aanzienlijke vertragingen.

De interviews werden afgenomen door intensief getrainde interviewsters. In 's-Gravenhage bleek een deel van de ouderen geen centrale verzorger te hebben. Een reorganisatie bij de wijkverpleging en instellingen voor gezinsverzorging veroorzaakten bovendien problemen bij het benaderen van beroepsmatige hulp-

verleners. In 's-Gravenhage werden ook de cases betrokken waarin één van de partijen ontbrak. In Friesland werd een wat gunstiger respons verkregen bij ouderen dan in 's-Gravenhage. In Friesland werd besloten om uitsluitend complete case-studies te selecteren. Een overzicht van de uiteindelijke respons wordt gegeven in tabel 6.1.

Tabel 6.1 Samenstelling van de uitgevoerde case-studies per sleutelpositie naar aantallen ouderen, centrale verzorgers en beroepsmatige hulpverleners in 's-Gravenhage

	's-Gravenhage			
	ouderen*	centrale verzorger	hulpverlening	complete cases
intensieve thuiszorg	10	9	9	7
aangemeld verzorgingstehuis	11	7	6	3
aangemeld verpleeghuis	6	3	4	3
totaal	27	19	19	13

* Eén interview bleek later bij de verwerking niet bruikbaar

Tussen de deelonderzoeken in 's-Gravenhage en in Friesland is uiteindelijk toch een aantal verschillen ontstaan. De belangrijkste betreft de gekozen sleutelposities: in Friesland bleek het niet mogelijk om thuis verblijvende geïndiceerden voor verpleeghuisopneming te selecteren. In het voorjaar van 1988 bleek het daarentegen mogelijk om interviews te houden met oudere chronisch zieke patiënten van twee afdelingen van een nabijgelegen ziekenhuis, die aangemeld waren voor een verpleeghuis.
In 's-Gravenhage werd het onderzoek beperkt tot thuiswonende ouderen met intensieve hulp en ouderen die geïndiceerd waren voor opname of plaatsing in een verpleeghuis, respectievelijk een verzorgingstehuis.

7. RESULTATEN VAN DE CASE-STUDIES

7.1 Inleiding

In navolgende paragrafen worden de belangrijkste resultaten weergegeven van de case-studies. Eerst wordt ingegaan op de kenmerken van alle respondenten, onderscheiden naar ouderen, centrale verzorgers en beroepsmatige hulpverleners. Vervolgens worden de belangrijkste resultaten beschreven van de vergelijking tussen de zorgnetwerken rond ouderen met intensieve thuiszorg en die rond aangemelde en geïndiceerde ouderen in 's-Gravenhage. Hierna wordt een vergelijking gemaakt tussen de respondenten in 's-Gravenhage en in Friesland en wordt ingegaan op de overeenkomsten en de verschillen in de vergelijking tussen beide groepen zorgnetwerken in beide regio's. Tenslotte wordt ingegaan op eerder geformuleerde verwachtingen, welke voortvloeiden uit de beschrijving van regiokenmerken en worden enkele conclusies getrokken.

7.2 De respons en belangrijkste kenmerken uit de case-studies

De persoonskenmerken van de oudere respondenten in 's-Gravenhage komen in grote trekken overeen met datgene wat - per sleutelpositie - verwacht zou worden op basis van landelijke gemiddelden. De gemiddelde leeftijd van de ouderen met thuiszorg bedroeg ruim 82 jaar, in de verzorgingstehuisgroep 80 jaar en in de verpleeghuisgroep 78 jaar. Van de respondenten bleken acht van de tien weduwe en één op de zes ongehuwd of gescheiden te zijn. Slechts één op de tien vrouwen was nog gehuwd terwijl ruim de helft van de mannen gehuwd is. Vergeleken met recent onderzoek rond voor verzorgingstehuis geïndiceerde, doch thuis wonende ouderen (Post et al., 1989) en voorlopige resultaten uit het Dr. Willem Drees Zorghuis-experiment (Perenboom et al., 1989), blijken deze kenmerken nauwkeurig overeen te komen met onze case-studies.

N.B.: De hoge gemiddelde leeftijd van ouderen met intensieve thuiszorg wordt vermoedelijk veroorzaakt doordat de wijkverpleging een groter aantal hoogbejaarden in zorg heeft en hieruit gemakkelijker kon selecteren.

Een aantal in detail uitgewerkte case-beschrijvingen laat zien dat ouderen vanuit uiteenlopende lichamelijke gesteldheid een beroep doen op dezelfde soort zorg. Ook het omgekeerde geldt: ouderen met een vergelijkbare lichamelijke gesteldheid doen een beroep op voorzieningen met een verschillende intensiteit. De conclusie hieruit is dat de lichamelijke gesteldheid van de betrokken oudere alléén niet voldoende verklaring biedt voor de beslissing om intensieve (intramurale) zorg aan te vragen.

Het kleine aantal gehuwde vrouwen op hoge leeftijd betekent tevens dat het merendeel van de vrouwen voor mantelzorg een beroep moet doen op een andere

persoon dan de echtgenoot. Bovendien hebben de mannen vaker een jongere echtgenote, hetgeen van belang kan zijn voor de mogelijkheid de partner te verzorgen. De case-beschrijvingen laten zien, dat de aanwezigheid van mantelzorg minder vanzelfsprekend is dan veelal wordt gesuggereerd. De gemiddelde leeftijd van de centrale verzorgers bleek ruim boven de zestig jaar te liggen. In de situaties waarin wel een partner aanwezig is, wordt deze steeds als belangrijkste centrale verzorger genoemd, ook al is het met de gezondheid van de partner niet altijd even goed gesteld. Als er kinderen zijn, blijken deze zeker niet altijd een rol te spelen als centrale verzorger. In enkele gevallen spelen buren een belangrijke rol als centrale verzorger.

Verwacht zou worden dat ouderen die voor een zorg-intensievere voorziening zijn geïndiceerd, ook nú al intensieve hulp nodig hebben. In de praktijk blijkt de intensiteit (frequentie en aantal uren) van de huidige thuiszorg niet in evenwicht met de zorgbehoevendheid welke verwacht zou worden op basis van de geïndiceerde voorziening. De geïndiceerde ouderen krijgen soms minder hulp dan zij in de thuiszorggroep. In enkele gevallen is voorts sprake van problemen over de geboden hulp: veel gerapporteerde wisselingen van hulp of hulpverlener, slecht onderling contact tussen betrokkenen of uitgesproken wensen van de oudere waarop niet wordt gereageerd.
Opmerkelijk is dat in enkele gevallen de beroepsmatige hulpverleners niet op de hoogte bleken van geboden informele hulp of deze sterk onderschatten. Meestal rapporteerden zij geen contact met deze mantelzorg te hebben.

Wanneer een verandering van situatie nodig zou zijn, gaat de voorkeur van bijna alle ouderen zèlf uit naar een aanleunwoning. Toch bleek een aantal van deze ouderen aangemeld te zijn voor een verzorgingstehuis of voor een verpleeghuis. Opmerkelijk hierin is dat in enkele gevallen deze aanvrage of aanmelding voor intramurale zorg buiten de betrokken oudere om - en zelfs tegen de wens van de betrokkene in - was gedaan door familieleden. Uit het antwoord op retrospectieve vragen over degene die de huidige hulp aangevraagd heeft, blijkt eveneens dat deze vaak door 'anderen' (partner, familie of hulpverlener) is aangevraagd.

De beroepsmatige hulpverleners zijn zich ervan bewust invloed uit te oefenen op de besluitvorming over de zorg aan ouderen. Uit de case-studies blijkt dat in enkele gevallen deze invloed wordt uitgeoefend, terwijl de betreffende beroepsmatige hulpverlener feitelijk een onjuist beeld heeft van de voorkeur van de oudere zelf en diens familie voor een eventuele toekomstige situatie.

7.3 Vergelijking tussen cases met thuiszorg en geïndiceerden

De ouderen in het Haagse deelonderzoek, die ondanks een hoge zorgbehoevendheid niet aangemeld zijn voor institutionele zorg, blijken gemiddeld aanzienlijk ouder te zijn dan de wél aangemelden. De mate van hulpbehoevendheid (ADL-problemen) van deze ouderen blijkt relatief hoog. De hulpverlening aan deze ouderen bestaat al lang (gemiddeld bijna 6 jaar), wordt anderhalf maal zo frequent geboden als in de aangemelde groep en betreft verschillende hulpverleners. Er worden minder veranderingen in de hulp genoemd. De houding tegenover aanmelding is uitgesproken afwijzend.

N.B.: Bij nadere detaillering blijkt dat ouderen in de thuiszorggroep en die welke voor opneming in een verpleeghuis zijn geïndiceerd, veel overeenkomsten te vertonen ten aanzien van de zorgbehoevendheid, ondanks de veel lagere leeftijd van de laatsten.

In contrast tot de thuiszorggroep blijken de voor plaatsing in een verzorgingstehuis aangemelde ouderen vrij weinig ernstige ADL-problemen of gezondheidsklachten te rapporteren. Wel lijken deze ouderen vaker een minder geschikte woning te hebben (onaangepaste woning, klachten over de woning). Deze ouderen noemen voorts meer psychosociale problemen.

Ouderen die niet zijn aangemeld, hebben minder vaak in de buurt wonende kinderen. Slechts de helft van deze ouderen kan op kinderen een beroep doen. De sociale relaties worden slechts door éénderde van deze ouderen als hecht beschreven, tegenover tweederde in de aangemelde groep. Toch vertoont de mantelzorg in de thuiszorggroep gunstiger kenmerken dan die bij aangemelde ouderen. Ondanks een aanzienlijk hogere gemiddelde leeftijd van de centrale verzorgers in de thuiszorggroep (11 jaar!) rapporteren zij wat minder psychosociale problemen, hebben een gunstiger subjectief welzijn en hebben zij een positiever beeld over de situatie en de ervaren sociale steun. De 'coping stijl' lijkt minder actief. De intensiteit van de mantelzorg blijkt in de loop van de tijd toegenomen te zijn maar levert geen tijdsproblemen op.

De geboden beroepsmatige hulp blijkt in de thuiszorggroep wat vaker medisch verpleegkundig van aard, langer te bestaan, wat frequenter te worden geboden en relatief veel verschillende hulpverleners te omvatten. Zij beoordelen de aandoeningen van de oudere vaak als ernstig. In deze groep wordt de mantelzorg door de beroepsmatige hulpverleners vaker intensief genoemd en als belangrijke steun (c.q. onmisbaar) voor het eigen werk beoordeeld. De als belangrijkst genoemde beroepsmatige hulpverleners in deze groep hebben vaak een gunstiger verwachting van de mogelijkheid om de betrokken oudere - te zamen met de mantelzorg - thuis te blijven verzorgen.

N.B.: Ook bij de hulpverleners wordt het verschil tussen de thuiszorggroep en de ouderen die aangemeld zijn, vooral veroorzaakt door de deelgroep ouderen voor wie plaatsing in een verzorgingstehuis is aangevraagd. De laatsten hebben minder langdurige, frequente en uitgebreide hulp.

Opmerkelijk is dat het oorspronkelijke initiatief tot aanvrage van de huidige hulp in de thuiszorggroep in het merendeel van de gevallen afkomstig was van 'anderen' (voornamelijk hulpverleners). In de aangemelde groep is dit iets minder vaak het geval.
In de thuiszorggroep kennen alle betrokkenen de grootste invloed op de beslissing over eventuele verandering toe aan de oudere zelf. Onderling bestaat ook meer overeenstemming tussen de partijen. De gezamenlijke invloed wordt iets minder ongunstig beoordeeld. In contrast blijken de centrale verzorgers in de aangemelde groep aan zichzelf vrij veel invloed toe te kennen, hetgeen niet in overeenstemming is met de mening van de ouderen zelf. De beroepsmatige hulpverleners menen erg weinig invloed te hebben.

7.4 Interpretatie

Een verklaring voor de onverwachte overeenkomst tussen de ouderen die voor zo verschillende voorzieningen (thuiszorg tegenover verpleeghuisopneming) kiezen, zou kunnen zijn dat de zeer hoge leeftijd ook als een contra-indicatie kan worden beschouwd voor aanmelding en opneming. In de thuiszorggroep zou dit met name kunnen gelden als de betrokken oudere mondiger is, te kennen geeft grote bezwaren tegen opneming in een verpleeghuis te hebben en de huidige situatie nog goed aan blijkt te kunnen. In het licht van de grote zorgbehoevendheid en hoge leeftijd lijkt dan echter plaatsing in een verzorgingstehuis niet erg waarschijnlijk meer. Een wezenlijke ondersteunende rol van de mantelzorg, en overeenstemming tussen oudere en één van de verzorgers over de beslissing kan de weerstand tegen verpleeghuisopneming versterken. In die situatie zal het voor een derde partij moeilijk zijn om toch plaatsing of opneming te bepleiten. Tenslotte zou ook een rol kunnen spelen dat de betrokken verpleegkundige hulpverleners - vanuit hun discipline - de slechte lichamelijke gesteldheid van de oudere als minder bedreigend ervaren dan gezinsverzorgenden. De omvang van het totale zorgnetwerk zou het deze ouderen mogelijk kunnen maken om thuis te blijven wonen. Als door andere beroepsmatige hulpverleners opneming al zou worden overwogen, dan zal dat moeilijk aan de betrokkenen 'te verkopen zijn' en wellicht de relatie niet ten goede komen.
Voor de voor verpleeghuisopneming aangemelde oudere zou dit anders kunnen liggen. Wanneer de oudere de indruk maakt een overgang naar intramurale zorg aan te kunnen, een minder negatieve houding heeft tegenover opname, en als tegelijk de mantelzorg meer moeite heeft om de zorg te handhaven, dan kan opneming als oplossing wat gemakkelijker door hulpverleners naar voren worden gebracht. De hulpverlener kan hierin gesteund worden door de mantelzorg als deze de situatie ook als lichamelijk en emotioneel belastend ervaart.

Deze beide zwaar zorgbehoevende groepen verschillen nogal van de ouderen die aangemeld en positief geïndiceerd zijn voor plaatsing in een verzorgingstehuis.

In leeftijd neemt deze groep een tussenpositie in, maar de lichamelijke gesteldheid is aanzienlijk gunstiger. De aanleiding tot de aanmelding en indicatiestelling lijkt nogal eens een gebeurtenis in het verleden te zijn geweest (bijvoorbeeld ziekte of overlijden van de partner). Deze gebeurtenis leidde destijds tot aanmelding uit vóórzorg. Deze voorzorg kan mede ingegeven zijn door de minder geschikte woonsituatie, het wat beperkter aanwezige mantelzorg- en beroepsmatig hulpverleningsnetwerk. De relatief gunstige lichamelijke gesteldheid roept bovendien minder risico op om afgewezen te worden.
Dit enigszins onverwachte resultaat in 's-Gravenhage is een aanwijzing dat het verzorgingstehuis voor ouderen sterker de functie vervult van een beschermde woonvoorziening dan die van een zorgvoorziening.

7.5 Samenvatting en conclusies

Met de resultaten met betrekking tot de case-studies lijkt geïllustreerd te zijn dat een aantal persoonlijke en situationele kenmerken van de oudere, diens centrale verzorger en van de beroepsmatige hulpverleners een rol spelen in de uiteindelijke beslissing om wél of juist níet een aanvrage te doen voor intramurale zorg. Daarmee is overigens niet de vraag beantwoord wat de betekenis of richting van dit verband is.

Kromme zin.

N.B.: Een voorbeeld is het subjectief welbevinden van de centrale verzorgers bij aangemelde ouderen: wellicht zijn ouderen aangemeld omdat de mantelzorg het niet langer volhoudt, maar ook is denkbaar dat het subjectief welbevinden van de centrale verzorger ongunstig beïnvloed is doordat een oplossing zo lang uitblijft.

Bij hoogbejaarde ouderen lijken vooral een hogere opleiding en een negatieve houding tegenover plaatsing of opneming, ondanks tamelijk uitgebreide en ernstige lichamelijke beperkingen een duidelijke invloed op de beslissing een rol te spelen in de uitkomst om in de eigen omgeving te blijven. Bij deze ouderen wordt de intensievere mantelzorg gekenmerkt doordat zij een minder actief coping gedrag en een gunstiger ervaren gezondheid en subjectief welzijn rapporteren. De beroepsmatige hulpverleners erkennen de gezondheidsproblemen, maar menen de hulp - te zamen met de mantelzorg - nog wel vol te kunnen houden. Er bestaat overeenstemming tussen alle betrokken partijen dat thuis blijven wonen de beste oplossing is.
De kenmerken van de aangemelde groep en hun zorgverleners contrasteren op deze punten. Opvallend zijn daarbij vooral de relatief gunstige gezondheidskenmerken van de ouderen die voor verzorgingstehuizen aangemeld zijn en de relatief ongunstige ervaren gezondheid en het welbevinden van de mantelzorg, ondanks een aanzienlijk lagere gemiddelde leeftijd. Wellicht speelt bij deze centrale verzorgers een dubbele belasting een rol. Ook het onderlinge verschil in opvattingen over de invloed op de besluitvorming en de rol bij de feitelijke aanmelding door de familie is in deze groep opvallend.

8. VERGELIJKING VAN RESULTATEN UIT BEIDE REGIO'S

8.1 Inleiding

Een vergelijking van beide regio's kan bijdragen aan de interpretatie van de resultaten. Overeenkomstige resultaten zouden een aanwijzing kunnen zijn voor een 'algemener' verschijnsel, onafhankelijk van specifieke regiokenmerken. Verschillen zouden daarentegen kunnen samenhangen met verschillen in kenmerken tussen beide regio's. Wel moet worden opgemerkt dat de case-studies in beide regio's klein in aantal waren. Ondanks de geconstateerde sterke overeenkomst met andere onderzoeksresultaten mogen zij niet als een 'representatieve weergave' in statistische zin worden opgevat. Met de gekozen onderzoeksopzet werd beoogd om nadere hypothesen te formuleren en een illustratie te geven van de zorg in de praktijk.
Allereerst wordt kort ingegaan op de belangrijkste regionale structuurkenmerken. Hierna worden de resultaten van de case-studies vergeleken. Vervolgens wordt ingegaan op de belangrijkste verschillen. Dan worden de overeenkomstige resultaten beschreven. Tenslotte vindt discussie plaats over de interpretatie.
De data met betrekking tot 's-Gravenhage en Nederland zijn ontleend aan beide onderzoeksrapporten (Kastelein & Staats, 1989a; 1989b). Data met betrekking tot resultaten over Oost-Friesland Friesland zijn ontleend aan het conceptrapport betreffende Oost-Friesland (Gerritsen & Van den Heuvel, 1989).

8.2 Vergelijking van regionale structuurkenmerken

In deze paragraaf staat vooral de vergelijking van structuurkenmerken tussen de beide regio's centraal als mogelijke invloedsfactor ter verklaring van verschillen in resultaat. Uit de vraagkenmerken van 's-Gravenhage en Oost-Friesland in vergelijking tot landelijke gemiddelden bleek, dat in beide regio's sprake is van een relatief hoger percentage bevolkingskenmerken die verondersteld worden de vraag te verhogen. Wanneer rekening wordt gehouden met de effecten van de regionale leeftijdsopbouw, dan blijkt dat in beide regio's de beschikbaarheid van een aantal soorten voorzieningen als relatief ongunstiger dan landelijk gemiddeld moet worden beoordeeld. Wel werd een verschil tussen beide regio's gesignaleerd in zwaartepunt van de relatieve tekorten.
In tabel 8.1 wordt een aantal verschillen tussen de regio's samengevat. Uit deze vergelijking met Oost-Friesland blijkt, dat 's-Gravenhage op een groot aantal punten gekenmerkt wordt door een ongunstiger verhouding tussen (te verwachten) vraag en (gestandaardiseerd) aanbod van zorgvoorzieningen.
Aan de vraagzijde is in 's-Gravenhage alleen sprake van een gunstiger inkomenssituatie dan in Oost-Friesland, hetgeen voor een deel verklaard wordt door het hoger percentage alleenstaanden die allen een volledige pensioen genieten.

Tabel 8.1 Samenvattend profiel van kenmerken van vraag en gestandaardiseerd aanbod in 's-Gravenhage en Oost-Friesland (indexwaarden Nederland = 100)*

	's-Gravenhage	Oost-Friesland	verschil %
vraagkenmerken:			
- bevolking totaal 65+	157	109	48
- percentage 80+ van populatie van 65+	171	122	49
- sexe-ratio totaal 65+	119	90	29
- inkomen per inwoner (alle inwoners)	71	83	-12
thuiszorg, aanbodkenmkerken (gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw):			
- potentiële mantelzorg vrouwen 40-64 jaar	67	90	23
- gezinsverzorging	85	101	16
- wijkverpleging	54	80	26
- huisartsen	70	100	30
- SPGD	77	133	56
intramurale zorg, aanbodkenmerken (gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw):			
- verzorgingsplaatsen	84	91	7
- ziekenhuisbedden	94	98	4
- psychiatrische bedden	111	58	-53
- somatische verpleeghuizen	102	108	6
- psychogeriatrische verpleeghuizen	141	111	-30

* Hoe hoger de index, hoe ongunstiger het kenmerk (Nederlands gemiddelde = 100)

De relatieve beschikbaarheid van informele en beroepsmatige thuiszorg blijkt in 's-Gravenhage over de gehele linie (met een verschil van ruim 20%) ongunstig af te steken bij die in Oost-Friesland. Verwacht moet daarom worden dat in 's-Gravenhage meer knelpunten in de thuiszorg worden gevonden dan in Oost-Friesland. De relatieve beschikbaarheid van intramurale zorg vertoont een gecompliceerder beeld. In 's-Gravenhage worden relatief iets minder ziekenhuisbedden en somatische verpleeghuisbedden en - met name ook - verzorgingstehuisplaatsen aangetroffen dan in Oost-Friesland. Vooral de bescheiden beschikbaarheid van verzorgingstehuisplaatsen in 's-Gravenhage is in dit verband belangrijk, temeer omdat ook de beschikbaarheid van bejaardenwoningen laag is en de thuiszorg vermoedelijk juist voor hoogbejaarden met een algehele zorgbehoevendheid een knelpunt vormt.

N.B.: In Friesland ligt het relatieve aantal specifieke bejaardenwoningen nog lager dan in 's-Gravenhage. Wellicht echter vormt dit in een plattelandsgebied met overwegend laagbouw een minder groot knelpunt dan in een grootstedelijk gebied.

De relatieve beschikbaarheid in intramurale psychiatrische en psychogeriatrische voorzieningen is aanzienlijk ruimer in 's-Gravenhage dan in Oost-Friesland. Dit is gedeeltelijk het gevolg van de boven-regionale functie van deze voorzieningen in 's-Gravenhage. Hoewel het in absolute aantallen om betrekkelijk kleine aantallen bedden gaat, zou dit ertoe kunnen bijdragen dat in de voorzieningen voor somatische zieken het probleem van psychogeriatrische patiënten een iets minder groot knelpunt vormt in 's-Gravenhage dan in Oost-Friesland. [Mogelijk biedt overigens de ruimere beschikbaarheid van extramurale psychogeriatrische zorg in Friesland compensatie op dit punt.]

Tenslotte kan worden nagegaan in hoeverre de in § 3.4 beredeneerde 'oplossingen' voor een hoge werkdruk in zorgverlenende instellingen teruggevonden worden in de praktijk. Deze oplossingen betroffen:

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

   het hoge aantal extramuraal verzorgde ouderen en het hoge aantal opnemingen in intramurale voorzieningen in 's-Gravenhage, ondanks een relatief tekort aan capaciteit, lijken een indicatie voor een relatief hoge 'produktiviteit' per voorziening;

2. scherper 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 en de toegekende prioriteit van oudere ziekenhuispatiënten bij opneming in verpleeghuizen. In Friesland zou de relatief ruime capaciteit van de SGD, in verzorgingstehuizen en somatische verpleeghuizen de ruimte kunnen scheppen voor het specifieke zorgbeleid, waarin geen scherp onderscheid wordt gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische patiënten;

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 opnamecijfers 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 in 's-Gravenhage 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. In de vergelijking met Friesland lijken de gegevens over herkomst en bestemming in overeenstemming met de relatieve beschikbaarheid van intramurale voorzieningen.

Samenvattend lijkt er overeenstemming 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).

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat in 's-Gravenhage over vrijwel de gehele linie (met uitzondering van de intramurale geestelijke gezondheidszorg) sprake is van een relatief hoge werkdruk en relatief lage capaciteit. Dit zal ertoe leiden dat het stelsel van voorzieningen als geheel onder hoge druk staat.

Vermoed wordt dat onder zulke omstandigheden in zo'n stelsel via een kettingreactie intern nog extra 'druk wordt gegenereerd'. 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 ligt in de patiëntenstromen ván en náár verschillende voorzieningen in 's-Gravenhage en Friesland. Bovendien zal de schaarste kunnen leiden tot problemen zoals onvoldoende adequate zorg, uitstel en lange wachttijden, verwijzing náár of langdurig verblijf in een 'verkeerd bed'. Dit zou in overeen-

stemming zijn met de bevindingen op het punt van lange verblijfsduur in intramurale voorzieningen, alhoewel de gegevens geen definitief uitsluitsel bieden. [Deze verklaring is wel in overeenstemming met wat in het veld gesignaleerd wordt.] Dergelijke knelpunten kunnen resulteren in een verhoogd risico van decompensatie en hospitalisering van kwetsbare ouderen en daardoor bijdragen aan grotere druk op psychogeriatrische voorzieningen.

8.3 Verschillen tussen de onderzoekspopulaties in beide regio's

Wanneer de resultaten van de case-studies in beide regio's als geheel worden vergeleken, komen enkele verschillen naar voren die hierna worden besproken.

a. De ouderen in 's-Gravenhage blijken een iets hogere gemiddelde leeftijd te vertonen (met een wat grotere spreiding). Het gemiddeld aantal ADL-problemen is iets hoger en het subjectief welzijn blijkt over de gehele linie iets ongunstiger. Deze Haagse ouderen zien iets minder voordelen in intramurale zorg, alhoewel minder informele hulp wordt gerapporteerd dan door de ouderen in Friesland. Dit is in overeenstemming met de verschillen in demografische kenmerken.
b. De centrale verzorgers in 's-Gravenhage hebben gemiddeld een iets lagere leeftijd en een iets hoger inkomen. Zij rapporteren gemiddeld wat meer psychosociale problemen en een wat ongunstiger subjectief welzijn, maar minder ADL- en HDL-problemen.
c. In 's-Gravenhage blijken de belangrijkste beroepsmatige hulpverleners even vaak een verpleegkundige als een gezinsverzorgende achtergrond te hebben. In Friesland bleken zij daarentegen wat vaker afkomstig uit de gezinsverzorging door de selectieprocedure. Het gemiddeld aantal ervaringsjaren van de beroepsmatige hulpverleners is in 's-Gravenhage half zo groot als in Friesland. Dit zou kunnen samenhangen met een relatief hoog personeelsverloop in de verzorgende sector in 's-Gravenhage.
d. In 's-Gravenhage blijkt ten aanzien van procesindicatoren wat vaker sprake te zijn van een verslechterende toestand van de betrokken ouderen en een in de loop van de tijd groeiende intensiteit van de zorg. In 's-Gravenhage wordt vaker melding gemaakt dat men alternatieven voor de huidige zorg heeft overwogen. De verschillende betrokkenen blijken gemiddeld de gezamenlijke invloed op de besluitvorming iets lager te beoordelen dan in Friesland. De Haagse ouderen en hulpverleners kennen zichzélf wat minder invloed toe en elkáár wat meer. De centrale verzorgers in 's-Gravenhage kennen zichzelf relatief wat meer invloed toe, hetgeen overigens niet bevestigd wordt door de twee andere partijen, ouderen en beroepsmatige hulp. Dit geldt niet in Friesland.

Ook in de vergelijkingen tussen beide categorieën case-studies, de 'thuiszorggroep' en de 'aangemelde groep', kan een aantal verschillen in de resultaten

worden geconstateerd. In schema 1 in de bijlagen worden de belangrijkste verschillen tussen beide contrasterende groepen samengevat.

a. Bij de ouderen valt in de eerste plaats het verschil in de gemiddelde leeftijd van de ouderen tussen beide regio's op. In 's-Gravenhage zijn de aangemelde ouderen jonger dan degenen met intensieve thuiszorg. Bovendien blijkt een verschil in ervaren gezondheid, welke in 's-Gravenhage ongunstiger wordt gerapporteerd in de thuiszorggroep dan bij aangemelde ouderen. Dit bleek overigens eveneens vooral veroorzaakt te worden door 'gunstige' kenmerken van geïndiceerden voor verzorgingtehuizen.
In Friesland blijkt - meer in overeenstemming met de verwachting - de thuiszorggroep jonger te zijn, maar hun gezondheid als ongunstiger te ervaren.

b. Bij de centrale verzorgers in de thuiszorggroep in 's-Gravenhage valt ook de hogere gemiddelde leeftijd op in vergelijking tot de aangemelde groep. Deze hangt vermoedelijk samen met de gemiddeld hogere leeftijd van de geïnterviewde ouderen. In Friesland blijkt de gemiddelde leeftijd wat lager, maar wel gelijk in de thuiszorg- en de aangemelde groep. Toch blijkt dat in 's-Gravenhage de centrale verzorgers in de thuiszorggroep - ondanks deze hogere leeftijd - een wat gunstiger ADL-score vertonen. Het coping gedrag van de informele hulpverleners in de thuiszorggroep in 's-Gravenhage lijkt minder actief, terwijl deze in Friesland juist actiever werden bevonden.

c. Bij de beroepsmatige hulpverleners blijkt dat in de Haagse thuiszorggroep even vaak wijkverpleging als gezinsverzorgenden genoemd worden, terwijl in Friesland de gezinsverzorging relatief vaker werd genoemd. Deze selecteerde in Friesland de betrokken ouderen. De Haagse beroepsmatige hulpverleners in de thuiszorggroep rapporteren wat meer problemen met stringente regels, de hulpverleners bij aangemelde ouderen met zowel regels als organisatorische knelpunten. In deze laatste groep is de zorg in de loop van de tijd aanzienlijk gegroeid. In Friesland worden wat meer problemen door strakke regels genoemd in de thuiszorg en organisatorische knelpunten genoemd door de hulpverleners bij aangemelde ouderen.
In 's-Gravenhage wordt door de hulpverleners in de thuiszorggroep de informele hulp positiever gewaardeerd dan die bij aangemelde ouderen. In Friesland is dit omgekeerd.
Tenslotte, in 's-Gravenhage rapporteren de professionele hulpverleners in de thuiszorggroep een matige eigen invloed op de besluitvorming en bij aangemelde ouderen een zeer geringe invloed. In contrast hiermee rapporteren de hulpverleners bij aangemelde ouderen in Friesland zèlf een zeer grote invloed te hebben te hebben gehad.

8.4 Overeenkomsten in de resultaten tussen beide regio's

Vervolgens wordt ingegaan op de overeenkomende resultaten in de vergelijkingen tussen de thuiszorggroep en de ouderen die aangemeld en geïndiceerd zijn, in 's-Gravenhage en in Friesland (zie schema 2 in de bijlagen).

Vergeleken met de aangemelde groep is het meest opvallende overeenkomstige resultaat, dat bij ouderen in de thuiszorggroep een groter aantal klachten en ADL-problemen wordt gevonden. Deels wordt dit ook bevestigd door beroepsmatige hulpverleners in een gerapporteerde hogere ernst van de problemen en een proces van verslechtering. De huisvestingssituatie bleek in de thuiszorggroep in beide regio's gunstiger te zijn dan in de aangemelde groep.
De ouderen hebben in de thuiszorggroep zèlf - volgens alle betrokken partijen - de grootste invloed op de besluitvorming. In de aangemelde groep ouderen blijkt daarentegen, dat de centrale verzorgers aan de ouderen minder invloed toekennen. Dit is in overeenstemming met het feit dat deze ouderen lang niet altijd zelf het initiatief tot aanvrage hebben genomen.
De 'thuiszorg ouderen' bleken zowel in 's-Gravenhage als in Friesland een wat hogere opleiding te hebben, doch een wat lager inkomen. Deze ouderen staan uitgesproken afwijzend tegenover plaatsing of opneming, hetgeen waarschijnlijk een belangrijke rol speelt.

De centrale verzorgers in de thuiszorggroep blijken in beide regio's een gunstiger subjectief welbevinden te rapporteren dan de centrale verzorgers bij aangemelde ouderen. Dit is een aanwijzing dat het welzijn van de centrale verzorger een belangrijke voorwaarde is om de mantelzorg vol te kunnen houden. In de loop van de tijd is de mantelzorg uitgebreid en wordt vooral door de beroepsmatige hulpverleners als zeer belangrijk beoordeeld.

De beroepsmatige hulpverleners bij de thuiszorggroep beoordelen het feitelijk wat kleiner aantal aandoeningen vaker als ernstig en zien nogal wat beperkingen van de thuiszorg. Desondanks rapporteren zij vaker de thuiszorg goed vol te kunnen houden, mede dankzij de hulp van de mantelzorg. Hoewel alternatieven zijn overwogen, wordt thuiszorg toch zeer uitgesproken als de beste oplossing gezien. Deze hulpverleners beoordelen hun eigen invloed als relatief vrij groot, hetgeen in overeenstemming is met de mening van de ouderen.

In de aangemelde groep ouderen in beide regio's valt op, dat tussen de betrokken partijen vrij grote verschillen worden aangetroffen in voorkeuren en in de beoordeling ten aanzien van de (veronderstelde) invloed op de besluitvorming, terwijl in de thuiszorggroep meer overeenstemming bestaat in de beoordeling. Een nadere analyse van het effect van patronen van voorkeur en (toegekende) invloed op de uitkomst van de besluitvorming in het onderzoek in Oost-Friesland lijkt steun te geven aan de volgende hypothese:

- wanneer alle betrokkenen menen dat plaatsing of opneming de beste oplossing is, of
- wanneer er geen onderlinge consensus over de gewenste oplossing bestaat tussen de betrokkenen, vindt vrijwel altijd aanmelding plaats.

Consensus tussen alle partijen dat thuiszorg de voorkeur zou verdienen, is echter op zichzelf nog geen voldoende voorwaarde voor handhaving thuis als uitkomst. Zo kan bijvoorbeeld de ongunstige gezondheidstoestand van de betrokken oudere een oplossing thuis in de weg staan.

8.5 Discussie en poging tot integratie

Uit de vergelijking van structuurkenmerken van beide regio's en landelijke gegevens, lijkt geconcludeerd te mogen worden dat in beide regio's, maar vooral in 's-Gravenhage, een hogere vraag naar ouderenvoorzieningen moet worden verwacht dan de bevolkingsomvang als geheel doet vermoeden.
De huisvestingssituatie en beschikbaarheid van informele en beroepsmatige thuiszorg is bovendien ongunstiger dan landelijk, vooral in 's-Gravenhage. Uit de vergelijking van beide regio's bleek dat in Friesland relatief meer mantelzorg, extramurale zorg en verzorgingstehuisplaatsen, alsmede iets meer intramurale voorzieningen voor somatische patiënten, maar minder psychiatrische en psychogeriatrische bedden beschikbaar zijn.

In beide regio's bleken ouderen in de thuiszorggroep een wat gunstiger woonsituatie te rapporteren en - ondanks een langdurig groeiende en hogere mate van zorgbehoevendheid - een sterke voorkeur voor handhaving thuis te hebben, zelf veel invloed uit te oefenen op de besluitvorming en hierin gesteund te worden door een centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener, die onderling een beter contact rapporteren. Ook hebben zij een wat hogere opleiding.
In contrast met de thuiszorggroep, bleek de aangemelde groep een wat ongunstiger woonsituatie te hebben en wat minder bezwaren tegen plaatsing of opneming te rapporteren. In deze groep bleek dat de centrale verzorger en/of de hulpverlener vaker een voorkeur voor opneming of plaatsing hadden. De centrale verzorgers rapporteerden meer problemen om de zorg vol te houden. Ook bleek dat minder overeenstemming bestond over mogelijkheden de thuiszorg voort te zetten, over de meest gewenste oplossing en over aan elkaar toegeschreven invloed op de besluitvorming. Tussen centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener werd minder contact gerapporteerd.

Naast bovenstaande overeenkomsten werd een onverwachte contrast aangetroffen tussen 's-Gravenhage en Friesland in de gemiddelde leeftijd van de thuiszorggroep tegenover die in de aangemelde groep. De gemiddelde leeftijd bleek in 's-Gravenhage het hoogst in de thuiszorggroep. Bovendien bleek in 's-Gravenha-

ge de hulpverlening langduriger te bestaan en intensiever te zijn in de thuiszorggroep dan in de aangemelde groep.

Een verklaring voor de gevonden verschillen tussen beide regio's kan als volgt worden beredeneerd. In de eerste plaats mag aangenomen worden dat de ontwikkeling van de zorgbehoevendheid van de betrokken oudere - hoewel blijkbaar niet steeds doorslaggevend - toch een belangrijke rol speelt. Opgemerkt moet dan worden, dat deze op zichzelf niet aan een bepaalde leeftijd gebonden is: ook op lagere leeftijd kan deze zo verslechteren dat opneming onvermijdelijk wordt.
Wellicht leidt de relatieve schaarste aan thuiszorg in 's-Gravenhage ertoe dat, in geval van een hoge zorgbehoevendheid door een acute en ernstige aandoening, ouderen relatief 'jonger' worden aangemeld voor opneming dan in Friesland. Voor hulpverlenende instellingen zou dit het geval kunnen zijn omdat de benodigde extramurale hulp als te arbeidsintensief voor de (geringe) beschikbare capaciteit wordt beoordeeld. Ook speelt misschien mee dat de prognose is dat intensieve thuiszorg (gegeven de leeftijd) nog lang nodig zal zijn. Wanneer bovendien mantelzorg ontbreekt, niet bekend is, óf aangeeft deze zorg niet vol te kunnen houden, is de thuiszorg problematisch. Onbekendheid met, of gering vertrouwen in de mantelzorg kan samenhangen met een minder langdurige hulpverleningsrelatie en met gebrekkige communicatie tussen alle betrokkenen, waardoor men niet goed op de hoogte is van de mogelijkheden en voorkeuren.

Wanneer daarentegen sprake is van een geleidelijk verslechterende situatie en langzaam toenemende zorgbehoevendheid, zouden mentaal sterke, beter opgeleide ouderen met een voorkeur om thuis te blijven, relatief langdurig (tot op hoge leeftijd) verzorgd kunnen worden. Dit geldt nog meer, wanneer de gezamenlijke inzet van beroepsmatige hulpverlener(s) en mantelzorg dit mogelijk maakt. De langere hulpverleningsrelatie (welke meer zekerheid over continuïteit geeft) en de wederzijdse communicatie tussen oudere, centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener(s) dragen er aan bij, dat de betrokkenen van elkaars voorkeur op de hoogte zijn, dat beschikbare mogelijkheden optimaal worden benut en dat eventuele problemen worden opgevangen. Op die manier zou de wederzijdse steun eraan kunnen bijdragen dat aanmelding tot opneming wordt voorkómen.

In contrast tot 's-Gravenhage vormde in Friesland de relatieve beschikbaarheid van extramurale hulp een minder groot knelpunt. Daardoor zou intensieve thuiszorg aan 'jonge' ouderen minder bezwaarlijk zijn, totdat een opneming of plaatsing - op hoge leeftijd - blijkens de ziekenhuisopneming onontkoombaar is.
Deze - vooralsnog hypothetische - verklaring is in overeenstemming met zowel de overeenkomsten in, alsook met de verschillen tussen resultaten van de structuurbenadering en de case-studies in beide regio's.

8.6 Conclusies

Een naar demografische kenmerken gedifferentieerde analyse van de verhouding tussen vraag naar, aanbod en gebruik van zorgvoorzieningen geeft inzicht in te verwachten knelpunten in de ouderenzorg. De resultaten van de vergelijking van thuisblijvende met voor intramurale zorg geïndiceerde ouderen tussen 's-Gravenhage en Oost-Friesland, lijkt te bevestigen dat regionale structuurkenmerken als het ware worden weerspiegeld in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. Beslissingen over continuering van de thuiszorg of aanmelding tot opneming worden weliswaar **mede** beïnvloed door de zorgbehoevendheid van ouderen, maar deze is in veel situaties geen afdoende verklaring voor aanmelding als uitkomst van de besluitvorming. Zowel een aantal regionale structurele condities, alsook kenmerken van de relatie tussen de oudere, de centrale verzorger en de beroepsmatige hulpverlener lijken een belangrijke rol te spelen. In zoverre de resultaten en opgebouwde redenering geacht worden geldig te zijn, zouden de volgende conclusies getrokken kunnen worden.

Er lijkt geen direct verband te bestaan tussen leeftijd, zorgbehoevendheid en de beslissing om al dan niet plaatsing of opneming aan te vragen. Ouderen kunnen - ook ondanks een langdurige en hoge mate van zorgbehoevendheid - vaak lang en tot op hoge leeftijd thuis verzorgd blijven, onder de volgende condities:

- wanner het gaat om een niet-acute lichamelijke aandoening,
- wanneer de oudere een betere opleiding heeft,
- wanneer de oudere een sterke voorkeur voor handhaving thuis heeft,
- wanneer deze zelf veel invloed uitoefent op de besluitvorming,
- wanneer sprake is van een gunstige woonsituatie,
- wanneer er voldoende thuiszorgvoorzieningen beschikbaar zijn om bij de aanvang van de hulpverlening de nodige intensiteit van zorg te bieden,
- wanneer de relatie met de centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener een aantal nader te specificeren 'gunstige kenmerken' vertoont.

Vooral de volgende relatiekenmerken lijken van belang voor de continuering van de thuiszorg:

- wanneer de voorkeur van de betrokken oudere bekend is en gesteund wordt door die van de centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener,
- wanneer de centrale verzorger de hulp nog voldoende aan kan,
- wanneer onderling een open communicatie plaats vindt,
- wanneer blijkens de ervaring wederzijds op praktische steun kan worden gerekend en waardering bestaat tussen centrale verzorger en hulpverlener.

Consensus tussen alle partijen dat thuiszorg de voorkeur zou verdienen, is echter op zichzelf nog geen voldoende voorwaarde voor handhaving thuis als uitkomst. Zo kan bijvoorbeeld een zeer ongunstige gezondheidstoestand van de betrokken oudere een oplossing thuis in de weg staan. [Deze hangt overigens niet direct samen met de leeftijd van de betrokken oudere.]

Vrijwel altijd vindt daarentegen aanmelding plaats,

- wanneer alle betrokkenen menen dat plaatsing of opneming de beste oplossing is (hetgeen voor de hand ligt),
- wanneer er geen onderlinge consensus over de gewenste oplossing bestaat tussen alle betrokkenen.

In deze laatste situatie kunnen meer of minder verborgen 'coalities' ontstaan. Aangenomen moet worden dat daarin de mening van de centrale verzorger en vooral die van de beroepsmatige hulpverlener een doorslaggevende rol zal spelen in de uiteindelijke beslissing.

Op grond van deze conclusies kan worden gesteld dat in de toekomst aan leeftijd en zorgbehoevendheid wellicht een minder zwaar gewicht toegekend zou moeten worden dan thans vaak het geval is. Daarentegen zou nadrukkelijker aandacht gegeven moeten worden aan de omstandigheden van de betrokken oudere, de centrale verzorger en beroepsmatige hulpverlener, aan garanties voor continuïteit in de thuiszorg en aan open communicatie tussen de betrokkenen, om mogelijkheden om de zorg thuis te continueren te benutten.

9. AANBEVELINGEN

9.1 Inleiding

In het inleidende deel van dit rapport werd gesignaleerd dat de demografische situatie in 's-Gravenhage - meer nog dan in andere grote steden - als het ware 'enkele decennia vóórloopt' op de ontwikkeling in de Nederlandse bevolking als geheel. Daardoor vormen de ontwikkelingen in 's-Gravenhage een potentiële bron van inzicht in mogelijke toekomstige ontwikkelingen in Nederland. Een eerste aanbeveling is om deze 'voorloperfunctie van de ouderenzorg in 's-Gravenhage' te benutten voor verder onderzoek.
Uit de conclusies in voorgaande hoofdstukken kan worden afgeleid dat sprake is van een gecompliceerde wisselwerking tussen regiokenmerken ten aanzien van vraag naar zorg, aanbod van voorzieningen en kenmerken van het gebruik. De illustratieve case-studies lijken het vermoeden te bevestigen, dat deze regionale condities ook in praktische situaties een rol kunnen spelen in de beslissing om wel (of niet) intramurale zorg aan te vragen. De belangrijkste conclusie is wellicht, dat een genuanceerde beschouwing van regiokenmerken kan leiden tot een ander beeld van het functioneren van een complex regionaal voorzieningenstelsel. 'Zorg op maat' betekent dat in de omvang en samenstelling van het voorzieningenstelsel rekening gehouden dient te worden met de specifieke kenmerken van de te verzorgen populatie. Het verdient daarom ons inziens aanbeveling om in in de planning van voorzieningen rekening te houden met de effecten van specifieke lokale kenmerken.
Achtereenvolgens zal deze aanbeveling uitgewerkt worden voor de elementen 'vraag naar zorg' en 'het voorzieningenaanbod'.

9.2 De vraag naar zorg

Voor een realistische inschatting voor de toekomstige vraag naar zorg valt ervoor te pleiten om rekening te houden met de consequenties van een afwijkende samenstelling van de bevolking naar leeftijd, geslacht, en burgerlijke staat, in het bijzonder in 's-Gravenhage. De overheden beschikken over slechts bescheiden mogelijkheden om aan de demografische situatie iets te veranderen. Toch zijn beleidsinitiatieven denkbaar.

a. Overwogen zou kunnen worden om een actief wervend beleid te voeren om de stad aantrekkelijker te maken voor jongere leeftijdscategorieën, bijvoorbeeld door maatregelen in de huisvestings- en werkgelegenheidssfeer. [Overigens biedt dit alleen op lokaal niveau een oplossing. Voor de landelijke vergrijzing is een dergelijk initiatief niet zinvol.]
b. Uit de case-studies komen aanwijzingen naar voren dat de aanmelding voor plaatsing in een verzorgingstehuis vaak geïnterpreteerd kan worden als een

vraag naar een adequaat aangepaste en veilige woonvorm en met vertrouwen in de continuïteit van extramurale hulp. In plaats van het aanbod van integrale verzorging zouden **garanties voor goede thuiszorg** moeten worden geboden. De case-studies geven aanleiding tot het vermoeden dat het tijdig starten met hulpverlening en het opbouwen van een goede relatie tussen de betrokkenen kan bijdragen aan vertrouwen dat thuiszorg gegarandeerd is.

c. De vraag naar zorg lijkt vaak opgevat te worden alsof deze betrekkelijk uniform van karakter is. Grof gesproken stelt het overheidsbeleid en de wetgeving daar een betrekkelijk uniform zorgaanbod tegenover als 'oplossing'. De vraag kan worden gesteld of op deze wijze voldoende ruimte open gelaten wordt voor echte 'zorg op maat'. Wettelijke bepalingen, gedetailleerde normen en financiële regelingen blijken vaak een belemmering te vormen om creatief in te spelen op de merites van een hulpvraag.

N.B.: Met name in de intramurale zorg zijn veel voorbeelden te vinden van belemmerende regelingen die 'zorg op maat' in de weg staan. Gedacht kan worden aan de relatief bescheiden kosten van aanpassingen in woningen, gelegenheid tot tijdelijke opvang, verzorging of verpleging welke een kostbaar definitief verblijf in een intramurale voorziening kunnen uitstellen of wellicht voorkómen. Thans echter, zijn mogelijkheden om thuis te blijven of weer naar huis terug te keren vaak problematisch, alhoewel definitieve opneming kostbaarder is.

Overigens geldt het hier gestelde probleem zeker niet alleen voor de Haagse situatie. Ook kan worden opgemerkt dat de laatste jaren meer ruimte geboden lijkt te worden aan dergelijke initiatieven. [De door WVC geïnitieerde substitutie-experimenten zijn hiervan een voorbeeld.] Er valt voor te pleiten om **een flexibele toepassing van normen en regels mogelijk te maken**. Dit behoeft ons inziens overigens niet te betekenen dat budgettaire grenzen worden verlaten. De flexibiliteit zou binnen zulke grenzen kunnen worden toegelaten.

Het probleem 'hoe de vraag naar zorg te beïnvloeden' geldt eveneens voor zorgverlenende instellingen. Vooralsnog lijkt een aanzienlijke verruiming van het aanbod van middelen niet waarschijnlijk. Onder deze condities zal de behoefte aan zorg met de bestaande middelen aangepakt moeten worden. Toch kan opgemerkt worden dat ook de zorgvoorzieningen niet altijd creatief om lijken te gaan met de vraag naar zorg, wellicht overigens omdat hen de ruimte (bijvoorbeeld wettelijk) niet wordt geboden.

N.B.: Voorbeelden hiervan zijn wellicht de 'aanvrage voor plaatsing in een verzorgingstehuis' uit voorzorg, of het soms in de praktijk vóórkomende automatisme dat extramurale hulp geboden blijft, ook nadat de oorspronkelijke reden daarvoor vervallen is.

Wellicht kan een anticiperend instellingsmanagement bijdragen aan goede scholing en organisatie **opdat de vraag naar zorg op zijn essentie wordt bezien**.
Het verdient daarbij ook overweging om expliciet meer ruimte te scheppen voor beleidsmatige en instellingsexperimenten om - ondanks wettelijke beperkingen, doch binnen bestaande budgettaire grenzen - 'een aanbod gesneden op maat van de vraag' te realiseren.

9.3 Het aanbod van zorg

mantelzorg
In het voorzieningenbeleid lijkt 'de mantelzorg' soms een soort wondermiddel voor vele problemen, vooral als die het gevolg zijn van bezuinigingen. Toch is het vermogen van de overheid om voor mantelzorg een 'beleid' te formuleren beperkt. Het gaat immers om grotendeels 'onzichtbare' vrijwillige zorgverlening, die voor een belangrijk deel buiten organisatorische verbanden plaatsvindt. In zoverre de overheid de mantelzorg via beleid zou willen 'sturen', is het twijfelachtig waaraan zij de legitimiteit of het vermogen daartoe ontleent. Daarentegen zou de overheid wel **een voorwaardenscheppende rol** kunnen spelen, bijvoorbeeld door maatregelen ter ondersteuning van mantelzorg te treffen. Voor voorzieningen geldt dit in grote lijnen eveneens. Het is in dit licht opvallend dat van dergelijke concrete maatregelen zo weinig zichtbaar is in beleid en in beleidsstukken, zelfs in die, welke betrekking hebben op flankerend beleid.
Op grond van deze constateringen lijkt het gewenst om **nader inzicht te verwerven in het fenomeen 'mantelzorg'** en in de condities die zulke activiteit kunnen ondersteunen, of daarentegen zulke zorg bedreigen.

Eerder werd al geconcludeerd, dat er weinig grond lijkt te zijn voor hoopvolle verwachtingen over de rol die de 'mantelzorg' kan spelen als substituut voor beroepsmatige zorgverlening aan ouderen, onder condities van verdergaande en 'dubbele' vergrijzing. Dit geldt in het bijzonder voor de zorg rond hoogbejaarden. Bedacht moet worden dat bij hoogbejaarden de kinderen zelf ook vaak al ouder dan 60 jaar zijn. Uit de case-studies blijkt dat lang niet alle ouderen vanzelfsprekend op hulp van familie kunnen rekenen. Deze constatering wordt in ander onderzoek in 's-Gravenhage bevestigd (KUN & CBA, 1987).

In de aangemelde groep wordt voorts door de centrale verzorgers de mantelzorg vaak als een aanzienlijke belasting ervaren (tijdsprobleem, eigen gezondheid, subjectief welzijn). Voor centrale verzorgers kunnen een eigen werkkring of inkomensoverwegingen een belemmering vormen om zorg te bieden. Er zou naar gestreefd moeten worden om zulke **belemmeringen voor informele hulp weg te nemen**. Mogelijkheden daartoe zijn versoepeling van regelgeving, financiële garanties of zelfs financiële tegemoetkomingen naar 'Zweeds model'. In het ontwerp Kerndocument .. (WVC, 1989) wordt hieraan enige aandacht besteed.

Daadwerkelijke ondersteuning door hulpverleners aan centrale verzorgers zou eveneens bij kunnen dragen aan het vermogen van de mantelzorg deze zorg ook te blijven verlenen. Bij zulke ondersteuning van de mantelzorg valt te denken aan het vergroten van de weerbaarheid, in het bijzonder het bevorderen van 'actiever coping gedrag' van de mantelzorg. De constatering dat een deel van de beroepsmatige hulpverleners niet erg goed op de hoogte blijkt van het bestaan van mantelzorg en van de opvattingen van de betrokkenen, verdient in dit op-

zicht aandacht. Het is immers twijfelachtig of deze beroepsmatige hulpverleners een echte 'steun en toeverlaat' zullen zijn voor de - soms zwaar belaste - mantelzorg. **Scholing en werkbegeleiding voor hulpverleners** kunnen hieraan bijdragen. Tenslotte kan een beleid om praktische mogelijkheden te verruimen zoals bijvoorbeeld die tot vakantieplaatsingen in verzorgingstehuizen een bijdrage leveren om de mantelzorg af en toe te ontlasten.

het voorzieningenbeleid
Geconcludeerd werd dat in 's-Gravenhage over de gehele linie een relatieve schaarste aan voorzieningen bestaat. De verwachting is dat in het landelijk beleid geen uitbreiding van het voorzieningenstelsel wordt voorgestaan, ondanks een populatie die vrij sterk zal vergrijzen. In dit licht lijkt een wens om het voorzieningenstelsel als geheel in 's-Gravenhage uit te breiden niet realistisch. Tegelijk werd geconstateerd dat er aanwijzingen zijn voor knelpunten in de zorg, die het stelsel als geheel sterk onder druk zetten.
Gegeven het relatief grote aantal door extramurale hulpverleners bereikte ouderen en het relatief gunstige substitutie-effect vanuit kostenoogpunt lijkt versterking van de extramurale zorg gewenst, in het bijzonder van de wijkverpleging en gezinsverzorging.
Voor een deel van de hoogbejaarde populatie zal echter intensievere zorg onvermijdelijk blijken. Goewie (1987) berekent bijvoorbeeld dat substitutie van verzorgingstehuis door extramurale zorg bij gelijk zorgniveau een omslagpunt kent, dat ligt op 10 netto-uren hulp van alléén de gezinszorg. Wordt dit aantal uren overschreden, dan is althans vanuit kostenoogpunt, plaatsing in een verzorgingstehuis aantrekkelijker. In dit geval zullen dagverzorging, dagverpleging of plaatsing in een verzorgingstehuis wellicht onvermijdelijk zijn. Om deze reden lijkt een uitbreiding van zorg vanuit verzorgingstehuizen wenselijk.

Om enig inzicht te krijgen in de theoretische ruimte voor substitutie (vanuit kostenperspectief) kunnen de eerdere berekeningen omtrent de relatieve beschikbaarheid van voorzieningen in 's-Gravenhage en Friesland worden uitgebreid door de gemiddelde kosten per voorziening weer te geven. Een indicatieve weergave hiervan wordt gepresenteerd in tabel 1 in de bijlagen.
In 's-Gravenhage bestaat blijkens deze tabel, bij gelijkblijvende middelen, alleen in de verpleeghuissector theoretisch enige ruimte voor herallocatie. Deze kan de relatieve schaarste in andere voorzieningen overigens niet compenseren. Naar verwachting zijn de huidige kosten van de overige voorzieningen relatief laag. In Friesland bestaat, op deze wijze beredeneerd, eveneens in de verpleeghuissector ruimte voor herallocatie. Op grond van voorgaande redenering zou deze doelmatig benut kunnen worden bijvoorbeeld voor versterking van de wijkverpleging.
Gesignaleerd werd dat in 's-Gravenhage de discrepantie tussen de vraag naar zorg en het voor de komende jaren geplande aanbod van voorzieningen nog verder dreigt toe te nemen. Dit wordt veroorzaakt doordat in het huidige plan-

ningsregime weinig rekening wordt gehouden met een afwijkende bevolkingssamenstelling en hieruit resulterende vraag. In een eerdere aanbeveling werd ervoor gepleit om in het beleid systematisch rekening te houden met deze factoren.
Ook hangt de dreigende inkrimping gedeeltelijk samen met de lange termijn waarop grootschalige intramurale voorzieningen gepland worden. In de toekomst neemt immers het aantal ouderen in 's-Gravenhage af, hoewel het aantal hoogbejaarden nog verder zal stijgen. Investeringen in grootschalige voorzieningen renderen daardoor onvoldoende. Om het dilemma van de planningstermijn op te lossen zou **een flexibeler beleid, planning en een flexibel ontwerp** van woonvoorzieningen (in het bijzonder verzorgingstehuizen) gewenst zijn. Wellicht bieden kleinschalige zorgvormen een gunstige oplossing. [Ook op andere gronden zou zo'n keuze overigens aantrekkelijk kunnen blijken.]

In 's-Gravenhage bestaat een aanzienlijk tekort aan voor ouderen geschikte woningen. Een actief beleid op het punt van bejaardenwoningen en aanleunwoningen kan bijdragen aan het verminderen van de druk op intramurale voorzieningen, in het bijzonder op verzorgingstehuizen. Een dilemma hierbij is dat gesignaleerd wordt dat ouderen (met name in de grote steden) zich veelal onveilig voelen in woningen die vanaf de begane grond direct toegankelijk zijn. Etagewoningen (met name zonder lift) zijn echter - in het licht van mobiliteitsproblemen - vaak evenmin aantrekkelijk. **Kleinschalige woningcomplexen**, met een opzet die vergelijkbaar is met de klassieke 'hofjes', eventueel met inbegrip van bescheiden faciliteiten voor bewoners en voor eventuele hulpverleners (bijvoorbeeld een 'huismeester), zouden misschien aan de wensen tegemoet kunnen komen. De beslotenheid van zo'n hofje kan het gevoel van veiligheid vergroten. Experimenten met zulke woonvormen worden oa. gevonden in Haarlem, Leiden en - in uitgebreider vorm - in het Zorghuis-experiment in 's-Gravenhage.

De conclusies en aanbevelingen kunnen als volgt worden samengevat.

a. In het ouderenbeleid en het beleid ten aanzien van het voorzieningenstelsel gericht op 'zorg op maat' draagt een naar leeftijd gedifferentieerde analyse bij aan een dieper inzicht in het functioneren van het zorgstelsel en in te verwachten knelpunten.
b. De situatie van ouderen wordt mede beïnvloed door andere omstandigheden buiten het ouderenbeleid, zoals de bevolkingssamenstelling, huisvestingssituatie en werkgelegenheid van andere leeftijdscategorieën. In het ouderenbeleid zou met deze samenhang nadrukkelijk rekening gehouden moeten worden. Versoepelingen in de regelgeving zouden ook, en misschien juist vooral, ook de regelgeving voor andere leeftijdscategorieën dan ouderen moeten betreffen.
c. Zorg op maat, gericht op preventie van definitieve plaatsing of opneming in intramurale voorzieningen, vraagt een flexibeler hantering van regels, normeringen en planning van voorzieningen, dan onder de huidige regelge-

ving wellicht mogelijk is. Binnen overeengekomen budgettaire grenzen zou een flexibele interpretatie toegestaan moeten worden.

d. Het onderzoek geeft steun aan de verwachting dat de vraag naar voorzieningen beïnvloed wordt door de omvang en samenstelling van het aanwezige voorzieningenstelsel. Omgekeerd betekent dit, dat de vraag naar bepaalde zorgvoorzieningen beïnvloed kan worden, met name door een voorzieningenbeleid dat gericht is op ondersteuning van ouderen in hun eigen woonomgeving en aan hun hulpverleners.

e. Met name de realisatie van een gunstige woonomgeving, van ondersteuning van de betrokkenen en de gelegenheid om in moeilijke perioden een tijdelijke intramurale oplossing te benutten (bijvoorbeeld ter ondersteuning van de mantelzorg) kunnen de druk op intramurale voorzieningen verminderen.

f. Het onderzoek laat zien dat er belangrijke beperkingen zijn in wat van mantelzorg redelijkerwijze kan worden verwacht. Toch lijken er tegelijk mogelijkheden van mantelzorg onbenut te blijven. Nader onderzoek naar mogelijkheden om vanuit het voorzieningenstelsel de mantelzorg te ondersteunen is gewenst.

g. De verwachtingen en houding van ouderen, mantelzorg en beroepsmatige hulpverleners tegenover oplossingen voor zorgbehoevendheid spelen een rol in de besluitvorming over het al dan niet aanvragen van intramurale zorg. Op dit punt kunnen beleid en hulpverlenende instellingen wellicht invloed uitoefenen, gericht op elk van deze 'partijen', om een groter vertrouwen te verwezenlijken in de mogelijkheden van thuiszorg en in de garanties voor de beschikbaarheid van adequate zorg wanneer dat nodig zou zijn.

Uit het hier beschreven onderzoek blijkt dat de omvang en samenstelling van het voorzieningenstelsel een rol speelt in het gebruik van deze voorzieningen in de dagelijkse praktijk. Om 'zorg op maat' te kunnen realiseren, zal op regioniveau een aanbod van zorg gerealiseerd moeten worden dat flexibel kan worden toegesneden op de te verwachten vraag. Hierin schuilt een voorwaarde voor afstemming van zorg in concrete situaties. In de praktijk rond zorgbehoevende ouderen en hun hulpverleners lijkt het in een aantal situaties eveneens mogelijk om meer 'zorg op maat' te leveren dan nu het geval is. In beide gevallen is een beleid, gericht op het realiseren van een gunstige woon- en leefsituatie en vertrouwen in de zorg bij ouderen, alsmede op de praktische ondersteuning van de mantelzorg en hulpverleners, een voorwaarde om onnodige plaatsing of opneming te voorkomen.

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

BASS, D.M. & L.S. NOELKER. The influence of family care givers on elderly's use of in-home services: an expanded conceptual framework. J.Hlth.Soc.Behav. 28 (1987) 184-96

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

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

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.

ILLSLEY R. & R. VAN ZONNEVELD. Care delivery systems for the elderly. Project proposal. COMAC-HSR, 1984. (Unpublished)

ILLSLEY & JAMIESON, Contribution to the ACRE-Meeting in Lyon, 27-29 October, 1986. (Unpublished)

KASTELEIN, M. & C.C. SCHOUTEN & A. DIJKSTRA. Care of the elderly in the Netherlands, review of policies and services 1950-190. Leiden, NIPG/TNO, 1989.

KASTELEIN, M. & P. STAATS. Tussen wens en werkelijkheid: de besluitvorming over zorgbehoevende ouderen in de praktijk; Resultaten van illustratieve case-studies onder ouderen, mantelzorg en beroepsmatige hulpverleners in 's-Gravenhage. Leiden, NIPG/TNO, 1989a.

KASTELEIN, M. & P. STAATS. Structuur en functioneren van het regionaal stelsel van voorzieningen voor ouderen in 's-Gravenhage; Resultaten van een onderzoek naar het functioneren van voorzieningen voor ouderen. Leiden, NIPG/TNO, 1989b.

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.

McKEGANEY, N.P. In search of a touchstone: clinical judgement and client acceptability in the allocation of places in old people's homes. Aberdeen, University of Aberdeen, Unit for the Study of the Elderly, 1986.

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

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. Data concerning the areal registration system of nursing homes in The Hage. (unpublished)

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

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

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

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

SIVIS. Sivis jaarboek 1986. Utrecht, 1987.

TEMPELMAN, C.J.J. Welbevinden bij ouderen, konstruktie van een meetinstrument. Groningen, RUG, 1987. (Proefschrift)

WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988.

WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1989.

BIJLAGEN

Schema 1 Samenvatting van de verschillen in de interviewresultaten met betekking tot determinanten en procesvariabelen in 's-Gravenhage en Friesland

	Friesland		's-Gravenhage	
determinant	thuiszorg	aangemelde ouderen	thuiszorg	aangemelde ouderen
ouderen:				
leeftijd	lager	hoger	hoger	lager
subjectieve gezondheid	lager	hoger	hoger	lager
centrale verzorger:				
coping gedrag	actief	passief	passief	actief
ADL-problemen	ongunstiger	beter	beter	ongunstiger
professionele hulpverlener:				
beroep	vaker sociaal-medisch		vaker medisch	vaker sociaal
organisatorische problemen	regels	regels/knelpunten	regels	knelpunten
medewerking mantelzorg	minder	meer	meer	minder
steun van familie	minder	meer	meer	minder
zorgbehoefte:				
subjectief welzijn ouderen	lager	hoger	hoger	lager
evaluatie situatie:				
professionele hulp handhaven	geen probleem	geen probleem	geen probleem	enige problemen
zorgconsumptie:				
gezinsverzorging	meer	minder	huidige omvang	huidige omvang
toename hulp	enigszins	minder	stabiel	sterk
invloed op de besluitvorming:				
professionele hulpverlening	minste	meeste	matig	minste

Schema 2 Samenvatting van de overeenkomende interviewresultaten met betrekking tot determinanten en procesvariabelen van zorggebruik in 's-Gravenhage en Friesland

determinanten	thuiszorggroep	aangemelde ouderen
ouderen:		
opleiding	hoger	lager
houding t.o.v. institutionele zorg	negatief	minder negatief
inkomen	lager	hoger
SSWO-subjectief welzijn	lager	hoger
klachten	meer	minder
ADL-problemen	meer	minder
centrale verzorger:		
SSWO:		
- somscore	beter	ongunstiger
- gezondheid	beter	slechter
- coping gedrag	actiever	passiever
professionele verzorger:		
beperkingen thuiszorg	meer	minder
ernst van aandoeningen	hoger	lager

procesvariabelen	thuiszorggroep	aangemelde ouderen
zorgbehoefte:		
klachten bij ouderen	meer	minder
ernst (oordeel professioneel)	hoger	lager
ontwikkelingsbehoefte (professioneel)	achteruitgang	konstant
evaluatie situatie:		
thuiszorg (centrale verzorger)	mogelijk	niet mogelijk
alternatieven (allen)	zelden overwogen	vaak overwogen
beste oplossing (allen)	thuiszorg	insitutionele zorg
zorgconsumptie:		
informele zorg	uitgebreid	minder uitgebreid
invloed op de besluitvorming:		
totale invloed	hoog	matig
centrale verzorger	matig	gering
discrepantie oordelen	gering	groot

Tabel 3 Relatieve kosten van het voorzieningenaanbod voor ouderen in 's-Gravenhage en Friesland, uitgedrukt als aanbod-index x nationale rekening per voorziening*, 1986

Kosten voorziening (in M.*f*)	nationale rekening	kosten x (gestandaardiseerd)aanbod/capita	
	Nederland	Den Haag	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	200
f. verzorgingshuisplaatsen	2.000	1.680	1.813
g. ziekenhuisbedden	2.300	2.162	2.254
h. verpleeghuizen	2.200	2.244	2.376
totaal thuiszorg (a-e)	1.355	1.156	1.539
totaal intramuraal (f-h)	6.500	6.086	6.443
totaal	7.855	7.501	7.982
index thuiszorg	(100)	(85)	(114)
index intramurale zorg	(100)	(94)	(99)
index totaal	(100)	(92)	(102)

* Bron: FOGM, 1987

N.B.: Opgemerkt moet worden dat een deel van de hiervoor aangegeven geldstromen zich niet lenen voor herallocatie van middelen om substitutie tot stand te brengen. Dit betreft vooral de huursubsidie welke minder direct fungeert als 'zorgvoorziening'.