

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24938>

Please be advised that this information was generated on 2020-10-29 and may be subject to change.

geïndiceerd, die zowel de levensduur als de kwaliteit van de levensduur omvat.<sup>3</sup> Daarnaast wordt patiëntensatisfactie in toenemende mate bij de kwaliteitstoetsing betrokken. In de internationale literatuur worden de aangewezen parameters aangeduid met de vijf d's: 'death', 'disease', 'disability', 'discomfort' en 'dissatisfaction'.

De relevantie van de effectiviteitsbepalingen wordt uiteraard direct bepaald door de doelstellingen die men met de zorg voor ogen heeft. Voor de kwaliteitsbepaling van de cure-gerichte medische behandeling zullen andere uitkomstindicatoren gelden, zoals klinische parameters, dan voor de kwaliteitsbewaking van care-voorzieningen, waar uitkomstparameters veelal betrekking hebben op de functionele status van patiënten. Naarmate de curatieve mogelijkheden van zorg afnemen en patiënten afhankelijker raken van palliatieve of intensieve zorg, zullen niet-medische kwaliteitscriteria zoals welbevinden of tevredenheid een groter gewicht in de schaal leggen. Daarnaast overschrijdt de ouderenzorg veelal de grenzen van de gezondheidszorg en behartigt belangrijke maatschappelijke doelstellingen, zoals maatschappelijke participatie en sociale integratie. In het bijzonder zou daarbij ook meer aandacht moeten uitgaan naar de financieel-maatschappelijke positie. Een groot aantal ouderen leeft op het niveau van het sociaal minimum.<sup>1</sup> Bezuinigingen binnen en buiten de gezondheidszorg vormen een directe bedreiging voor ouderen om zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen.

De inrichting van het gezondheidszorgsysteem en het maatschappelijk stelsel bepaalt in hoge mate of de doelstellingen van de zorgverlening op individueel niveau te realiseren zijn. Substitutie van intramurale zorg en bevordering van de thuiszorg nemen de laatste jaren een centrale plaats in in het ouderenbeleid. In de praktijk van de zorgverlening blijken niet zelden contraproductieve krachten in het spel te zijn, zoals de verkeerde-bedproblematiek, wachtlijsten en capaciteitsproblemen.

Met het oog op de toetsing van zorg is de kernvraag in hoeverre gezondheidsuitkomsten en satisfactie te relateren zijn aan de kwaliteit van de zorg. Ter versterking van de effectiviteit van zorg zouden we toe moeten naar een 'evidence-based' gezondheidszorg. Er zijn enkele interessante ontwikkelingen gaande, met name op het gebied van de transmurale zorg. Zo blijken sterfte en beperkingen na een beroerte gunstig beïnvloed te kunnen worden in het geval van continue, geïntegreerde zorg, geleverd door een gespecialiseerd multidisciplinair team.<sup>4</sup> Mede als gevolg van het complexe en multidisciplinaire karakter van de

ouderenzorg is het onderzoek op dit gebied echter buitengewoon schaars.<sup>5</sup>

### Tot slot

Kenmerkend voor de ouderenzorg is de vervlechting van 'cure' en 'care', en van gezondheidszorg en maatschappelijke zorg. Het gaat hierbij om een continuüm van zorg, gericht op het voorkómen van medische complicaties, het tegengaan van functionele beperkingen, het bevorderen van welbevinden en het versterken van maatschappelijke integratie. Deze doelstellingen vormen de context voor de kwaliteitstoetsing van effecten van de ouderenzorg. Momenteel wordt in toenemende mate gevraagd om resultaat-gerichte evaluaties, mede onder invloed van de stijgende kosten, de zich uitbreidende vraag naar zorg en de expansie van medische mogelijkheden. In weerwil van deze maatschappelijke noodzaak zal voorkomen moeten worden dat procesgerichte kwaliteitstoetsingen in het gedrang komen. Met name dient de aandacht uit te gaan naar de verdere wetenschappelijke onderbouwing van de samenhang en continuïteit van zorg. Een systematische procesevaluatie is onontbeerlijk teneinde de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen, en de kwaliteitsbevorderende activiteiten in de zorg te versterken.

### Literatuur

- 1 Timmermans J, red. Rapportage ouderen 1996. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau; Den Haag: VUGA, 1997.
- 2 Zwan A van der, Dijk CP van, Borst-Eilers E. Commissie 'Strategische Heroriëntatie Gezondheidszorg'. Gezondheidszorg in tel. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1993.
- 3 Bos GAM van den, Klop R. Uitkomstindicatoren voor kwaliteitsbewaking van zorg voor chronisch zieken en gehandicapten. T Soc Gezondheidsz 1995;73:209-13.
- 4 Limburg M, Kappelle LJ. Gestructureerde zorg voor patiënten met een beroerte: 'stroke units' en 'transmurale stroke services'. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:566-7.
- 5 Rinck GC, Bos GAM van den, Kleijnen J, Haes JCJM de, Schadé E, Veenhof CHN. Methodologic issues in effectiveness research on palliative cancer care: a systematic review. J Clin Oncol 1997;15:1697-1707.

### Correspondentie-adres

Prof.dr G.A.M. van den Bos, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, tel. 020-5664892, fax 020-6972316

## Succesvolle zorgverlening bij ouderen en de wisselwerking tussen informele en formele zorg

M.J.F.J. Vernooij-Dassen, Vakgroep Huisarts-, sociale, verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen

De informele zorg door familie en vrienden voor chronisch zieke ouderen wordt als een potentiële belasting voor de jongere generaties beschouwd. De gemiddelde leeftijd van degene die de verantwoordelijkheid voor de zorg binnen de familie- en bekendenkring op zich neemt, de

centrale verzorger, ligt boven de 55 jaar. Aangezien dit de leeftijdsgrens is die tegenwoordig steeds vaker voor ouderdom wordt gehanteerd, betekent dit dat een belangrijk deel van de informele zorg voor ouderen door ouderen wordt gegeven.

De zwaarte van de zorg voor chronisch zieke ouderen en met name voor dementerende ouderen is vaak in onderzoek aangetoond. De resultaten van onderzoek hebben er mede toe bijgedragen dat niet alleen de chronisch zieke patiënt, maar ook diens verzorgende familielid aandacht verdient. Het begint minder vanzelfsprekend te worden dat iemand alleen de zorg voor een chronisch ziek familielid op zich neemt.

### **Inconsistente onderzoeksresultaten**

Succesvolle zorgverlening is effectieve hulpverlening. Ondersteuning van professionele hulpverleners aan centrale verzorgers van chronisch zieken is bijvoorbeeld effectief wanneer deze verzorgers hierdoor het gevoel krijgen de zorg beter aan te kunnen. Veel onderzoek richt zich op dit gevoel van de centrale verzorger. Zowel de begrippen 'burden' als 'gevoel van competentie' worden hiervoor gebruikt. Het effect van sociale steun op het gevoel van competentie van centrale verzorgers is inconsistent. Soms krijgen verzorgers wel het gevoel de zorg beter aan te kunnen, soms treedt geen verandering op. Dit geldt voor steun zowel door familie en vrienden als door professionele hulpverleners. Ook de resultaten van gecontroleerd experimenteel onderzoek naar de effecten van speciale vormen van professionele steun zijn inconsistent.<sup>1</sup>

Waarom helpt hulp niet altijd? De oorzaken van het gebrek aan eenduidigheid van de onderzoeksresultaten kan gelegen zijn in de gebruikte onderzoeksmethode. Er worden vaak verschillende meetinstrumenten gebruikt en deze instrumenten zijn niet altijd in staat veranderingen vast te stellen. Het kan ook liggen aan de aangeboden hulp. Deze is niet altijd afgestemd op de behoeften van verzorgers. Een belangrijke behoefte waarvoor vaak geen aandacht is, betreft de behoefte aan autonomie en aan erkenning van de ervaringsdeskundigheid van de informele verzorgers. In een kwalitatief onderzoek onder niet dementerende chronisch zieken uitten informele verzorgers hun ergernis over het gebrek aan aandacht en respect voor hun ervaringsdeskundigheid.<sup>2</sup> Dit belemmert een goede samenwerking tussen informele en formele zorg.

### **Wisselwerking hulpverleners cruciaal**

De wisselwerking tussen de betrokken personen is van belang in het bereiken van een effectieve zorg. Hulp die niet voldoet aan behoeften kan de ontvanger eerder een gevoel geven tekort te schieten dan gesteund te worden. Het kan het gevoel van eigenwaarde aantasten. Voor zowel de gever als de ontvanger van hulp is dit teleurstellend. Er is daarom meer aandacht nodig voor de individuele behoeften van informele verzorgers aan praktische en emotionele steun en voor erkenning van hun ervaringsdeskundigheid. Indien professionele hulpverleners erin slagen familieleden te ondersteunen die voor een chronisch zieke zorgen, kan dit ook ten goede komen aan de kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Voor de professionele hulpverlener biedt dit ook voldoening.

Succesvol ouder worden omvat zowel het om kunnen gaan met de eigen hulpbehoeften als met het geven van hulp aan anderen. Onderzoek is steeds meer in staat hierin een bijdrage te leveren door het bestuderen van een breed scala van aspecten van de zorgverlening. Hieruit komt naar voren dat men hulp nodig kan hebben doordat men op een bepaald moment iets niet kan, maar tegelijkertijd vooral wil worden gewaardeerd om wat men nog wel kan. Het ontwerpen en toetsen van modellen waarin hiermee rekening wordt gehouden, vormt een uitdaging voor onderzoekers. Het gebruik van deze dergelijke modellen vormt een uitdaging voor een ieder die een ander wil ondersteunen.

### **Literatuur**

- 1 Vernooij-Dassen M, Huygen F, Felling A, Persoon J. Home care for dementia patients: a controlled study of professional support for caregivers. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:456-7.
- 2 Kuyper MB. Op de achtergrond: een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte. Amsterdam: Thesis, 1994.

### **Correspondentie-adres**

Dr M.J.F.J. Vernooij-Dassen, Vakgroep Huisarts-, sociale, verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

## **THEMA 4: SUCCESVOL OUD WORDEN IN HET WERK**

### **The keys to successful ageing at work**

*J. Ilmarinen, director of the Department of Physiology, Finnish Institute of Occupational Health, Vantaa, Finland*

The ageing of the working population is a worldwide phenomenon. A vast increase in the working population over 50 years of age for the next 15 years will be followed by a marked increase of retired people over 65 years of age after the year 2010. In 1990, about 69% of the population in the age group 50-54 years from all countries of the European Union was still working. In the age group

of 55-59 years, the percentage was 53, and in age group of 60-64, only 25. Therefore, the actual retirement age in many European countries is less than 60 years, which has great socioeconomic consequences. In describing the ageing of the working aged people, one should take into consideration at least three factors besides biological ageing: health, lifestyle and work. These factors interact