

worden gebruikt voor het verbeteren van de communicatie met de NIDDM-patiënt.

3.3

Leeftijdsspecifieke verschillen in diagnostiek en behandeling van kankerpatiënten van 50 jaar en ouder in Midden en Zuid-Limburg, 1988-1992

J.M. de Rijke (1,2), L.J. Schouten (1), H.C. Schouten (3), J.J. Jager (4), A.G. Koppejan-Rensenbrink (1), P.A. van den Brandt (5)

1 Integraal Kankercentrum Limburg, Maastricht

2 Vakgroep Epidemiologie, Katholieke Universiteit Nijmegen

3 Afdeling Interne ziekten, Academisch Ziekenhuis Maastricht

4 Radiotherapeutisch Instituut Limburg, Heerlen

5 Vakgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht, Maastricht

In Nederland was in 1992 45% van alle kankerpatiënten 70 jaar of ouder en door de toenemende vergrijzing zal het aantal oudere kankerpatiënten in de komende decennia nog sterk toenemen. Ofschoon de belangstelling groeit, is er relatief nog weinig bekend over de specifieke aspecten op het gebied van diagnostiek en behandeling van oudere kankerpatiënten.

Met gebruik van gegevens van de afdeling kankerregistratie van het Integraal Kankercentrum Limburg (IKL) werden leeftijdsspecifieke verschillen in diagnostiek en behandeling van patiënten van 50 jaar en ouder met borst-, colorectale-, long-, ovarium-, hoofd-halskanker en het non-Hodgkin lymfoom (N=6911) onderzocht.

Uit de studie is gebleken dat patiënten van 70 jaar en ouder minder uitgebreid werden gediagnostiseerd en vaker niet werden behandeld dan jongere kankerpatiënten. Van de 50-59 jarigen was 7% niet behandeld, van de 60-70 jarigen 12% en van de patiënten van 70 jaar en ouder 22%. Tevens kwam naar voren dat ouderen minder vaak een combinatie van behandelingen kregen. De mate en de aard van de variaties in behandeling verschilden per vorm van kanker. Zo werden voor hoofd-halskanker nauwelijks leeftijdsggebonden verschillen gevonden, terwijl bij longkanker daarentegen grote leeftijdsggebonden verschillen werden gezien, zowel in de mate van diagnostiek als in behandelingsmethoden. Patiënten met borstkanker werden bijna allemaal behandeld (99%), oudere vrouwen kregen echter vaker alléén hormonale therapie dan jongere vrouwen.

Vervolgonderzoek zou gericht moeten zijn op de vragen welke factoren van invloed zijn op het complexe proces van behandelkeuze en wat de gevolgen zijn van de gevonden verschillen voor de kwaliteit van leven en overleving van kankerpatiënten.

3.4

Fysiotherapie bij ouderen in de eerste lijn

M.E. Roebroek, W. Bosveld, J. Dekker,

R.A.B. Oostendorp

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Veel ouderen maken gebruik van fysiotherapeutische zorg. Onderzocht is of de fysiotherapeutische behandeling

van ouderen in de eerste lijn anders is dan bij jongere patiënten. Dit onderzoek geeft inzicht in kenmerken van oudere patiënten en in doelen en aard van hun fysiotherapeutische behandeling. Nagegaan wordt of het handelen van fysiotherapeuten bij oudere patiënten overeenkomt met het handelen dat op grond van literatuur wordt verwacht.

In het project Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek extramurale Fysiotherapie (BEEF) hebben 83 fysiotherapeuten in de eerste lijn gedurende vier jaar gegevens vastgelegd over 17.201 patiënten. Bijna 40% van deze patiënten is 55 jaar of ouder (verder aangeduid als oudere patiënten). Deze patiënten zijn representatief voor de ouderen die de eerstelijns fysiotherapeut in Nederland behandelt.

Bijna de helft van deze oudere patiënten heeft meerdere aandoeningen tegelijk en - als gevolg daarvan - ook meerdere stoornissen en beperkingen. Veel oudere patiënten hebben een chronische aandoening van het bewegingsapparaat of ongespecificeerde klachten en symptomen, bijvoorbeeld aan de nek of schouder. Veel voorkomende stoornissen zijn verminderde beweeglijkheid in de gewrichten, verminderde spierkracht en pijn. Relatief veel ouderen zijn beperkt in het verplaatsen (lopen, traplopen), lichaamsbeheersing (evenwicht bewaren), en zelfverzorging.

De fysiotherapeut besteedt bij oudere patiënten relatief veel aandacht aan het verminderen van beperkingen in verplaatsing, maar nauwelijks aan het verbeteren van lichaamsbeheersing (evenwicht bewaren). Bewegingstherapie en massagetherapie zijn belangrijke onderdelen van de behandeling, waarin weinig plaats wordt ingeruimd voor het geven van instructies en adviezen. De fysiotherapeutische behandeling van ouderen bestaat uit meer zittingen en beslaat een langere tijdsperiode dan bij jongere patiënten.

Bij de behandeling van oudere patiënten blijken fysiotherapeuten op belangrijke punten overeenkomstig de verwachtingen te werken. Dit geldt met name voor het stellen van behandeldoelen in termen van beperkingen en voor het toepassen van bewegingstherapie. Wel moet men zich afvragen of massagetherapie niet wat minder aandacht moet krijgen en instructies en adviezen wat meer. Een inhoudelijke discussie over gepast gebruik van fysiotherapeutische zorg bij deze patiëntengroep is gewenst.

3.5

Kwaliteit van (thuis)zorg vanuit het perspectief van ouderen: een nieuw meetinstrument

H.J. Sixma, C. van Campen, J.J. Kersters, L. Peters
NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Meningen en ervaringen van ouderen kunnen van groot belang zijn bij verbeteringsprojecten in de gezondheidszorg. Met de ervaringsdeskundigheid van ouderen en met subsidie van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) is een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van (thuis)zorg vanuit het perspectief van hulpbehoevende ouderen.

Het ontwikkelingsproces berust op een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden. Eerst zijn, via

groeps gesprekken en literatuuronderzoek, relevante kwaliteitscriteria geïnventariseerd. Vervolgens zijn ten behoeve van schaalconstructie concept-vragenlijsten ingevuld door 350 ouderen. In de vragenlijst staan drie begrippen centraal: 1) de 'eisen' ten opzichte van het zorgsysteem, 2) het belang van de verschillende kwaliteitsaspecten (resultierend in belangsscores), 3) de feitelijke ervaringen van oudere zorggebruikers (resultierend in ervaringscores).

De vragenlijst gaat over de structuur van zorgvoorzieningen, het proces van zorgverlening en de specifieke verlangens van ouderen ten aanzien van (thuis)zorg. Er zijn vragen opgenomen over bejegening, informatie-verstrekking, ervaren autonomie, (technische) kwaliteit, continuïteit van zorg, kosten, toegankelijkheid/beschikbaarheid en de accommodatie van zorginstellingen. Belang- en ervaringscores van ouderen kunnen, voor een gericht kwaliteitsbeleid, worden omgezet in 'impact scores'. Uit een praktijkvoorbeeld blijkt dat zo'n kwaliteitsbeleid zich, uit oogpunt van effectiviteit, bijvoorbeeld zou kunnen richten op afspraken over wat te doen in geval van nood, de fysieke bereikbaarheid van zorgvoorzieningen, de adequate regeling van de thuiszorg en meer 'eerlijkheid' bij zorgverleners over gemaakte fouten en onvolkomenheden. Daarnaast zijn meer globale oordelen over de kwaliteit van zorg vanuit ouderenperspectief mogelijk in de vorm van rapportcijfers. Deze rapportcijfers blijken, voor de groep ouderen die heeft meegewerkt aan de ontwikkeling van de vragenlijst, voor de huisarts uit te komen op waarden die liggen tussen de 7,9 en 9,2, terwijl medisch specialisten een beoordeling krijgen die ligt tussen de 7,2 en 8,5. De thuiszorg neemt een middenpositie in.

De ontwikkelde vragenlijst maakt deel uit van een nieuwe generatie meetinstrumenten, waarin de concrete ervaringen van respondenten centraal staan. In wetenschappelijk opzicht voldoet de vragenlijst aan eisen van validiteit en betrouwbaarheid. Maatschappelijk gezien is het instrument inzetbaar bij processen gericht op zorgverbetering vanuit gebruikersperspectief. Zo wordt een bijdrage geleverd aan succesvolle zorgverlening aan ouderen.

3.6

Naar succesvolle zorgverlening aan fysiek kwetsbare ouderen

N. Steverink

Vakgroep Psychogerontologie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

Succesvolle zorgverlening aan ouderen heeft als belangrijk uitgangspunt ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk hun zelfstandigheid te handhaven. De meeste ouderen onderstrepen die doelstelling ook. Toch blijft de vraag wanneer zorgverlening als 'succesvol' moet worden beschouwd en voor wie. Voor het beleid? Voor de zorgverleners? Of voor de oudere zelf? In het onderhavige onderzoek is nagegaan hoe dat ligt voor de oudere zelf - met name voor de fysiek kwetsbare oudere - omdat deze het meest gebaat is bij een succesvolle zorgverlening.

Het onderzoek richt zich op het verkrijgen van inzicht in de omstandigheden waaronder fysiek kwetsbare ouderen opname in een verzorgingstehuis gaan overwegen. Opname in een verzorgingstehuis wordt gezien als een

uiterste stap, die gezet wordt als alle andere mogelijkheden uitgeput zijn. Het wordt beschouwd als een poging om een verdere vermindering in welbevinden tegen te gaan. Opname geldt als een negatieve keuze. Onder welke omstandigheden komen ouderen tot deze stap en waarom sommigen wel en anderen niet?

Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Groningen Longitudinal Aging Study (GLAS) en omvat een groep van ruim 600 fysiek kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder.

Het onderzoek laat zien dat H/ADL-beperkingen wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde zijn voor een sterke wens tot opname. Andere factoren, met name eenzaamheid, aansporing (door anderen) tot opname en een negatieve toekomstverwachting, spelen een belangrijker rol. Ook is gevonden dat, naarmate ouderen meer fysiek beperkt zijn, informele en professionele thuiszorg niet kunnen voorkomen dat een wens tot opname ontstaat. De aanwezigheid van professionele thuiszorg blijkt deze wens zelfs te versterken.

De resultaten van het onderzoek wijzen op complexe mechanismen die een rol spelen in het proces van het opgeven van zelfstandigheid. Echter, een centrale rol lijkt weggelegd voor eenzaamheid, ook als verklaring voor de bevindingen ten aanzien van informele en professionele thuiszorg en die van aansporing tot opname. De belangrijkste conclusie is dat voor een succesvolle zorgverlening aan ouderen evenveel aandacht nodig is voor het sociale als voor het fysieke aspect van de zorgbehoefte. Zorgsubstitutie in termen van het handhaven van zelfstandigheid zal alleen dan adequaat zijn wanneer beide aspecten van het welbevinden van ouderen in ogenschouw worden genomen.

3.7

Vrouwengezondheidszorg en de zorg voor 75+vrouwen

T. Walberg

Aletta, Centrum voor Vrouwengezondheidszorg, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht

De grootste groep patiënten in de thuiszorg wordt gevormd door 75+vrouwen. Problemen in de thuiszorg voor oudere vrouwen zijn voor een deel gelegen in het feit dat wijkverpleegkundigen en verzorgenden allround zijn opgeleid en dat in hun opleiding weinig aandacht wordt besteed aan bestaande verschillen tussen mannen en vrouwen. Binnen het project 'Grijs op eigen Wijs' onderzoekt men de mogelijkheden om de uitgangspunten van Vrouwengezondheidszorg te integreren in de thuiszorg voor oudere vrouwen. De verwachting is dat deze integratie positieve gevolgen zal hebben voor zowel de kwaliteit van de zorg als de arbeidsatisfactie van de overwegend vrouwelijke zorgverleners.

De uitgangspunten van de Vrouwengezondheidszorg met betrekking tot het handelen van zorgverleners zijn: respectvolle benadering van de patiënten; versterking van de zelfredzaamheid van de patiënt; het nadrukkelijk betrekken van gegevens over de sociale en economische status, opleiding, cultuur, ras en levensovertuiging bij het duiden van en omgaan met gezondheidsklachten; rekening houden met seksespecifieke factoren, zoals de socialisatie tot man of vrouw; vermijden van onnodig veel