

Het gebruik van ADL-hulpmiddelen door ouderen

een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden

Mirjam de Klerk

ISBN 90-9010287-6

© M.M.Y. de Klerk, 1997

Printed by Ridderprint, Ridderkerk

Het gebruik van ADL-hulpmiddelen door ouderen

een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden

The use of technical aids by elderly people
a study of determinants and possibilities for substitution

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus
Prof.Dr. P.W.C. Akkermans M.A.
en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
27 februari 1997 om 16.00 uur

door

Mirjam Maria Yvonne de Klerk

geboren te Utrecht

Promotiecommissie:

Promotor: Prof.dr. T.E.D. van der Grinten
Overige leden: Prof.dr. D.L. Knook
Prof.dr. F.F.H. Rutten
Prof.dr.ir. T. de Vries
Dr. R. Huijsman (tevens co-promotor)

Het onderzoek dat aan dit proefschrift ten grondslag ligt werd mogelijk gemaakt dankzij de financiële bijdragen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (toen nog het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), de drie randstadprovincies en diverse commissies van de Europese Gemeenschap.

Voor Hennie† en Len

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding van het onderzoek	1
1.2	Afbakening van het onderzoek	2
1.2.1	Begrip hulpmiddelen	2
1.2.2	Doelgroep hulpmiddelen	6
1.3	Vraagstelling onderzoek	6
1.4	Opzet proefschrift	7
2	Het gebruik van hulpmiddelen	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Aanleiding gebruik hulpmiddelen	9
2.3	Gebruik van hulpmiddelen	10
2.4	Gebruik van professionele zorg	16
2.5	Substitutie	18
2.5.1	Begrippenkader	18
2.5.2	Onderzoek naar substitutie	19
2.5.3	Mogelijke substitutie-effecten van hulpmiddelen	22
2.6	Discussie	24
3	Beschrijving van de hulpmiddelenmarkt	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Actoren op de hulpmiddelenmarkt	25
3.3	Beschrijving van het krachtenveld	27
3.3.1	Rijksoverheid	27
3.3.2	Financiers en verstrekkers	28
3.3.3	Gebruikers/ouderen	30
3.3.4	Ouderenbonden	31
3.3.5	Intermediairs: hulpverleners	32
3.3.6	Intermediairs: informatieverstrekkers	34
3.3.7	Leveranciers	34
3.3.8	Producenten	35
3.4	Strategieën voor een beter hulpmiddelengebruik	37
3.5	Discussie	40

4	Methoden (Het Randstadproject)	41
4.1	Inleiding	41
4.2	Denktank	42
4.3	Marktbehoefte-onderzoek	42
4.3.1	Mondelinge enquête onder ouderen	43
4.3.2	Schriftelijke enquête onder hulpverleners	51
4.3.3	'Proeftuin'	52
5	Determinanten van het gebruik van hulpmiddelen	53
5.1	Inleiding	53
5.2	Het model van Andersen en Newman	53
5.3	Methoden	55
5.4	Resultaten	58
5.5	Discussie	61
6	De relatie tussen hulpmiddelen en thuiszorg	67
6.1	Inleiding	67
6.2	Methoden	67
6.3	Resultaten	68
6.3.1	Met welke activiteiten hebben ouderen moeite?	68
6.3.2	Bij welke activiteiten worden ouderen ondersteund?	69
6.3.3	Bij welke activiteiten is substitutie van zorg mogelijk?	71
6.4	Discussie	72
7	Substitutiemogelijkheden van hulpmiddelen (verkenning)	75
7.1	Inleiding	75
7.2	Methoden	75
7.3	Resultaten	76
7.4	Discussie	81
8	Substitutiemogelijkheden van hulpmiddelen (praktijk)	85
8.1	Inleiding	85
8.2	Het project	85
8.3	Methoden	86
8.4	Resultaten	89
8.5	Discussie	93

9 Slotbeschouwing	97
9.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	97
9.2 Reflectie onderzoeksmethode	103
9.3 Implicaties voor beleid	105
9.3.1 Het vergroten van het gebruik van hulpmiddelen	105
9.3.2 Het effect van hulpmiddelen op het gebruik van zorg	106
10 Summary	109
Referenties	111
Bijlagen	123
Bijlage 1 Lijst met gebruikte afkortingen	125
Bijlage 2 Wet- en regelgeving rondom hulpmiddelen	127
Bijlage 3 Overheidsbeleid ten aanzien van hulpmiddelen	142
Bijlage 4 Leveranciers van hulpmiddelen	145
Dankwoord	147
Curriculum Vitae	149

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Nederland vergrijst. Het percentage 65-plussers in de Nederlandse bevolking zal aanzienlijk toenemen, van ongeveer 13% nu tot circa 23% in 2040 (De Beer et al., 1995). Aangezien circa 45% van de uitgaven voor gezondheidszorgvoorzieningen (circa f60 miljard in 1995; FOZ 1996¹) ten goede komt aan mensen van 65 jaar of ouder zullen, bij ongewijzigd beleid, de kosten van de gezondheidszorg stijgen (Huijsman et al., 1994). De toenemende vergrijzing en de daarmee samenhangende stijgende kosten van de gezondheidszorg vormden in de jaren '80 de belangrijkste aanleiding voor de overheid om te besluiten tot een substitutiebeleid (Nota 'Ouderenbeleid'; Tweede Kamer, 1987/1988). Met behulp van dit beleid (zie paragraaf 2.5) wil de overheid bewerkstelligen dat mensen, en ouderen in het bijzonder, zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Dit wordt vaak geacht goedkoper te zijn dan een intramurale opname. Bovendien zou het tegemoet komen aan de wens van veel ouderen (Houben, 1985a).

Dit substitutiebeleid, de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken hebben de druk op de thuiszorg de afgelopen jaren doen toenemen (Groenewegen en Hutten, 1989). Omdat ook in de toekomst het aantal ouderen en chronisch zieken zal stijgen, wordt een groeiend personeelstekort in de zorgsector verwacht (Van Tits en Groot, 1991; Van der Windt, 1991; Swarte, 1995).

Enige jaren geleden heeft het toenmalige Ministerie van WVC de bevordering van het gebruik van thuiszorgtechnologie tot een speerpunt van haar stimuleringsbeleid gemaakt (Nota 'Thuiszorg in de jaren '90', 1991). Achterliggende gedachte hierbij is dat thuiszorgtechnologie de zelfredzaamheid van ouderen kan vergroten en de thuiszorg kan versterken. Zo lijkt substitutie van ziekenhuiszorg door thuiszorg dankzij de inzet van hulpmiddelen mogelijk (Herbschleb, 1992; Boesten en Huijsman, 1993), hoewel het twijfelachtig is of dat gepaard gaat met een substantiële kostenreductie (Friele en Kerssens, 1995; Huijsman, 1995). Ook lijkt het aannemelijk dat de inzet van hulpmiddelen een (aanvraag voor) opname in een verzorgingshuis kan uitstellen of de behoefte aan (professionele) thuiszorg kan verminderen (zie paragraaf 2.5.3).

¹ In bijlage I is een lijst met afkortingen opgenomen.

Hoofdstuk 1

Tot voor kort was er in Nederland vrijwel niets bekend over de rol die hulpmiddelen kunnen spelen bij de zelfredzaamheid van ouderen. Dit was voor de provincies Zuid-Holland, Noord-Holland en Utrecht aanleiding om hiernaar onderzoek te laten verrichten. De gegevens uit dit 'Randstadproject' (zie ook hoofdstuk 4) vormen de basis voor dit proefschrift.

1.2 Afbakening van het onderzoek

Het begrip hulpmiddelen is een containerbegrip, waaronder verschillende soorten hulpmiddelen worden begrepen. Daarom wordt in paragraaf 1.2.1 een afbakening gegeven van de hulpmiddelen die in dit onderzoek zijn bestudeerd. In paragraaf 1.2.2 wordt de doelgroep van het onderzoek toegelicht.

1.2.1 Begrip hulpmiddelen

Het Ministerie van WVC spreekt in haar nota 'Thuiszorg in de jaren '90' (1991) de intentie uit om het gebruik van *thuiszorgtechnologie* te bevorderen. Het begrip thuiszorgtechnologie is afkomstig van beleidmakers, evenals de argumenten voor de toepassing hiervan (Bosma et al., 1993). Deze argumenten variëren van een betere kwaliteit van leven van de patiënt en kostenbesparing door substitutie (zie hoofdstuk 2) tot nieuwe kansen voor het bedrijfsleven (Bosma et al., 1993). Thuiszorgtechnologie is een breed en rekbaar begrip. Heijnen en Graafmans (1991) verstaan hieronder "het scheppen van een optimale technische omgeving in de thuissituatie, waarin men zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk kan functioneren". De Nederlandse Organisatie voor Technologisch Aspectenonderzoek (NOTA, 1993) hanteert hiervoor de term *extramurale technologie*.

Vaak wordt in plaats van het begrip thuiszorgtechnologie het begrip hulpmiddel, technisch hulpmiddel of speciaal technisch hulpmiddel gebruikt. Essentieel hierbij is dat het om materiële voorzieningen gaat en niet om menselijke of financiële zorg (Grady, 1994).

Jonkers (1978) definieert een *technisch hulpmiddel* als "een product of voorziening, dienend voor instrumentele compensatie van de bij een individu aanwezige functiestoornissen" en Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner (1987) als "een technisch apparaat dat erop gericht is een stoornis of beperking bij een persoon deels of, indien mogelijk, geheel te compenseren". De meest bekende hulpmiddelen zijn brillen en gebitsprothesen, die zo algemeen worden gebruikt en met zoveel succes de stoornis compenseren, dat ze nauwelijks nog als hulpmiddel worden gezien (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). Soms wordt

gesproken van *speciale technische hulpmiddelen* om deze meest voorkomende hulpmiddelen uit te sluiten. TNO (1980) hanteert de volgende definitie van speciale technische hulpmiddelen: "alle hulpmiddelen, die worden gebruikt voor instrumentele compensatie van de aanwezige functiebeperkingen" (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987).

Het Nederlands Normalisatie Instituut (NNI, 1984) en de Internationale Organisatie voor Normering en Standaardisatie (ISO, zie Knops en Bakker, 1992; Grady, 1994) geven de volgende definitie van een hulpmiddel: "een product, instrument, technisch systeem of uitrusting gebruikt door gehandicapten, speciaal geproduceerd of algemeen verkrijgbaar, ter voorkoming, vervanging, opheffing of neutralisering van de stoornis, beperking of handicap". Deze brede definitie bevat zowel hulpmiddelen die speciaal voor mensen met een handicap zijn ontworpen als meer algemene producten die behulpzaam kunnen zijn bij het uitvoeren van activiteiten (Mann et al., 1993). Het onderscheid tussen 'consumentenproducten' en hulpmiddelen is niet altijd scherp te trekken. Ook algemene producten kunnen soms als hulpmiddel worden aangemerkt. Met bovenstaande definitie wordt duidelijk dat de gebruiker en de specifieke functie van een hulpmiddel van belang zijn (Knops en Bakker, 1992).

In dit proefschrift wordt de term 'hulpmiddel' gehanteerd. Hierbij wordt uitgegaan van de volgende definitie, die de grootste gemene deler van de voorgaande definities is: "*een product ter compensatie van een beperking*".

Een beperking is "iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering" (WHO, 1980, Raad voor Gezondheidsresearch TNO, 1981). Voorbeelden zijn beperkingen in de persoonlijke verzorging of het voortbewegen (WHO, 1980).

Onder een hulpmiddel verstaan wij ook bepaalde consumentenproducten die algemeen verkrijgbaar zijn. Criterium daarbij is of deze producten helpen om beperkingen (van ouderen) te compenseren.

Er zijn veel hulpmiddelen op de markt. Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner spraken in 1987 van 30.000 soorten. Inmiddels wordt het aantal merken en typen hulpmiddelen dat in Nederland wordt verkocht, geschat op 300.000 (Swarte, 1995).

Er bestaan verschillende indelingen om dit grote aantal hulpmiddelen te rubriceren. De literatuur geeft ondermeer indelingen te zien naar gecompenseerde functie, toepassingsgebied, aard van het hulpmiddel en de mate waarin het hulpmiddel aangepast dient te worden aan de gebruiker. De Wereldgezondheids-

Hoofdstuk 1

raad (WHO) stelt de volgende indeling voor, naar de functie die wordt gecompenseerd (NNI, 1984):

- Hulpmiddelen voor behandeling en oefening (dialyse).
- Orthesen en prothesen.
- Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging (speciaal bestek, aangepaste wastafel).
- Hulpmiddelen voor het verplaatsen van personen (rolstoel, aangepaste auto).
- Huishoudelijke hulpmiddelen (aangepast fornuis en keukenapparatuur).
- Aanpassingen van woningen en gebouwen (steun, automatische deur, aangepast meubel).
- Hulpmiddelen voor communicatie en signalering (braille leesregel).
- Hulpmiddelen voor het hanteren van goederen en producten (grijparm, robotarm).
- Hulpmiddelen voor verbetering van omgevingsfactoren, gereedschap en machines (aangepaste werkplek).
- Hulpmiddelen voor ontspanning (aangepast fototoestel, kinderspeelgoed).

Deze indeling is, met kleine wijzigingen, overgenomen door anderen (Reuten en Stienen, 1988; Drost, 1989; NOTA, 1993).

Binnen de zorgverlening onderscheiden Verhoeven (1987), Van Beekum (1989) en Van Leeuwen (1992) drie terreinen waarop hulpmiddelen kunnen worden toegepast:

- 1 *Medische hulpmiddelen*: hulpmiddelen die voortvloeien uit een medische noodzaak en die een bijdrage leveren aan de behandeling, zoals infuuspompen, pompen voor epidurale pijnbestrijding en apparatuur voor dialyse.
- 2 *Hulpmiddelen om lichamelijke functiestoornissen te compenseren*: hulpmiddelen die vooral ten dienste staan van de zelfredzaamheid en het (mede) mogelijk maken dat mensen zelfstandig kunnen blijven wonen. Dit kan worden onderverdeeld in drie subcategorieën (Verhoeven 1987; Bosma et al., 1993):
 - *Specifieke hulpmiddelen* (hulpmiddelen speciaal ontworpen en geproduceerd voor mensen met functiebeperkingen). Hieronder vallen ondermeer gehoorapparaten, krukken, toiletverhogers, rolstoelen en incontinentiemateriaal.
 - *Normale huishoudelijke hulpmiddelen*. Deze categorie bevat zaken als wasmachines en boodschappenwagens. Deze artikelen zijn zonder indicatie in de detailhandel verkrijgbaar.
 - *Woningaanpassingen*. Hierbij gaat het om voorzieningen die worden aangebracht in de woning, zoals handgrepen of een aangepaste keuken.
- 3 *Communicatie- en informatietechnologie* in de thuiszorg, zoals alarmsystemen of hulpmiddelen die functies zoals hartslag, bloeddruk of suikergehalte controleren. Dit wordt ook wel 'telezorg' genoemd. Bosma et al. (1993) onderscheiden hierbinnen twee soorten technologie:
 - Technologie ter ondersteuning van de verpleegkundige beroepsuitoefening.
 - Technologie ter ondersteuning van de organisatie.

Bij deze indeling worden globaal de eerste zeven categorieën van het NNI samengevoegd tot drie categorieën. De laatste drie NNI-categorieën, hulpmiddelen voor bijvoorbeeld arbeid of recreatie, blijven in deze indeling buiten beschouwing.

In dit onderzoek wordt ondermeer nagegaan of hulpmiddelen de (thuis)zorg kunnen vervangen. Hoewel ook medische en communicatie-hulpmiddelen (zie hierboven) de thuiszorg kunnen ondersteunen (bij respectievelijk diagnostische of

therapeutische en administratieve activiteiten), is dit onderzoek ingeperkt tot de hulpmiddelen die de lichamelijke functiestoornissen compenseren (categorie 2). Hiervoor is gekozen omdat hiernaar nog geen onderzoek werd verricht in Nederland en omdat werd verwacht dat veel ouderen baat konden hebben bij deze hulpmiddelen, omdat veel ouderen worden geconfronteerd met functiebeperkingen (zie ook paragraaf 2.2).

Bij de 'huishoudelijke hulpmiddelen' is het onderscheid met handige consumentenproducten vaak moeilijk te maken. Hoewel een verrijdbare vuilnisbak voor ouderen die geen zware dingen kunnen tillen een hulpmiddel kan zijn, is dit product inmiddels op zo'n grote schaal ingevoerd dat het nauwelijks als hulpmiddel kan worden gedefinieerd. In dit proefschrift blijven de huishoudelijke hulpmiddelen buiten beschouwing, omdat het onderscheid met consumentenartikelen moeilijk te maken is en iedere keuze of een product al dan niet een hulpmiddel is arbitrair is. Het was gezien de beschikbare interviewtijd niet mogelijk om ook allerlei consumentenartikelen in dit onderzoek te betrekken.

Hulpmiddelen vertonen een grote verscheidenheid in mate van technische complexiteit. Deze varieert van een aangepaste lepel tot een computer voor blinden. Ook de mate van uniciteit loopt sterk uiteen: van serieproductie tot op maat gemaakte hulpmiddelen, van hulpmiddelen geschikt voor vele categorieën handicaps tot hulpmiddelen voor één specifieke handicap (NOTA, 1993).

Grady (1994) onderscheidt hulpmiddelen in:

- *Standaardproducten*: producten waarbij nauwelijks advisering, instructie of training noodzakelijk is. Deze producten worden meestal routinematig voorgeschreven door de (huis)arts, zonder dat daarvoor specifieke medische kennis nodig is. Voorbeelden zijn krukken of bedverhogers.
- *Halfabrikaten*: producten die op indicatie worden voorgeschreven en waarbij het product bewerkt of ingesteld moet worden om geschikt te zijn voor gebruik door de patiënt. Leveren van het product gaat gepaard met instructie en regelmatige controle of bijstelling. Voorbeelden zijn orthesen of een pacemaker.
- *Maatwerk*: producten die worden voorgeschreven door de specialist (revalidatiearts) en op maat worden geproduceerd voor de patiënt. De verstrekking van deze producten gaat over het algemeen gepaard met instructie en training door paramedici (ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist). Voorbeelden zijn een prothese of een individuele rolstoel.

In dit proefschrift ligt de nadruk op de standaardproducten. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende uitvoeringen of merken hulpmiddelen (zo worden er geen rolstoelen onderling vergeleken), omdat dit praktisch niet haalbaar is vanwege de grote diversiteit aan hulpmiddelen. Dit neemt niet weg dat er soms aanzienlijke verschillen tussen (uitvoeringen van) hulpmiddelen zijn.

1.2.2 Doelgroep hulpmiddelen

Van Leeuwen (1992) noemt een aantal potentiële doelgroepen van hulpmiddelen:

- Cliënten die gebruik maken van pre- en postnatale thuiszorg (apneu monitoring bij kinderen met verhoogd risico op wiegendood, zwangerschapscontrole op afstand).
- Ernstig zieke patiënten die nu vaak in een ziekenhuis verblijven (hierbij gaat het om medische hulpmiddelen, gecombineerd met communicatie- en bewakingsapparatuur).
- Chronisch zieken en gehandicapten (zij zullen met name behoefte hebben aan hulpmiddelen die hun specifieke functieverlies compenseren).
- Ouderen. De toepassing van hulpmiddelen staat hier steeds ten dienste van de mogelijkheden om ouderen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving te laten verblijven. Het gaat vaak om een gecombineerde toepassing van hulpmiddelen op het gebied van huishouden, de persoonlijke verzorging, de medische verzorging en de veiligheid.

De eerste twee doelgroepen vallen buiten het bestek van dit proefschrift, omdat deze medische hulpmiddelen gebruiken. Chronisch zieken, gehandicapten en ouderen gebruiken vaak hulpmiddelen die de zelfredzaamheid bevorderen. In dit proefschrift wordt onderzoek onder ouderen beschreven. Hierbij is gekozen voor mensen van 75 jaar of ouder (zie ook paragraaf 2.3). Voor onderzoek naar gehandicapten wordt verwezen naar het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).²

1.3 Vraagstelling onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het verschaffen van inzicht in enerzijds de factoren die het gebruik van hulpmiddelen verklaren en anderzijds de mogelijkheden die hulpmiddelen voor (zelfstandig wonende) ouderen bieden om het gebruik van professionele hulp in een extra- dan wel intramurale setting te verminderen.

De relevantie van dit onderzoek is reeds impliciet aan de orde geweest in paragraaf 1.1 en 1.2: met het oog op de toekomstige vergrijzing (zie hoofdstuk 2) is het interessant om na te gaan of de toenemende kosten en de stijgende werkdruk binnen de gezondheidszorg verminderd kunnen worden. In dit proefschrift wordt bestudeerd in hoeverre het gebruik van hulpmiddelen kan bijdragen aan een vermindering van het gebruik van (professionele) hulp. Inzicht in de determinanten van het gebruik van hulpmiddelen is nodig om dat gebruik eventueel te kunnen bevorderen.

² Zie bijvoorbeeld: CBS, 1974-1978; Gorter, 1989; Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987; CBS/NIMAWO, 1990; Van Gelder en Winants, 1992; Timmermans, 1994.

Dit onderzoek kent twee centrale thema's. Het eerste thema betreft de *factoren die het gebruik van hulpmiddelen beïnvloeden*. Hierbij is ervan uitgegaan dat het gebruik van hulpmiddelen een resultaat is van zowel factoren aan de vraagzijde van de hulpmiddelenmarkt (de ouderen) als aan de aanbodzijde van deze markt, waartoe hier naast verwijzers en producenten van hulpmiddelen ook de overheid wordt gerekend. Bij dit thema zijn de volgende vragen gesteld:

- 1 Welke actoren spelen een rol op de hulpmiddelenmarkt, welk belang hebben zij bij het gebruik van hulpmiddelen en op welke manier beïnvloeden zij het gebruik van hulpmiddelen? Hierbij ligt de nadruk op de 'aanbodkant' van de hulpmiddelenmarkt.
 - 2 Welke karakteristieken van ouderen kunnen worden gezien als determinant voor het gebruik van hulpmiddelen? Hier ligt de nadruk op de 'vraagzijde' van de hulpmiddelenmarkt.
- Bij de beantwoording van deze vragen wordt zowel gebruik gemaakt van literatuurgegevens (vraag 1) als eigen onderzoeksdata (vraag 2).

Het tweede thema betreft de *relatie tussen het gebruik van hulpmiddelen en het gebruik van hulp*. Bij het gebruik van hulp ligt de nadruk op het gebruik van de hulp die door de overheid wordt gesubsidieerd, dus met name de (formele) thuiszorg en de (aanvragen voor) verzorgingshuisopnamen. Het gebruik van informele en particuliere hulp komt slechts in beperkte mate aan de orde. Bij dit thema worden de volgende vragen gesteld:

- 3 Bij welke activiteiten (algemene dagelijkse levensverrichtingen, huishoudelijke activiteiten) is substitutie van thuiszorg door hulpmiddelen mogelijk?
 - 4 Zijn er schattingen te maken van de mogelijke effecten van de inzet van extra hulpmiddelen op het gebruik van thuiszorg of verzorgingshuisaanvragen?
 - 5 Wat zijn de daadwerkelijke effecten op het gebruik van thuiszorg en verzorgingshuisaanvragen als via een interventie het gebruik van hulpmiddelen wordt vergroot?
- Ter beantwoording van deze vragen is empirisch onderzoek verricht.

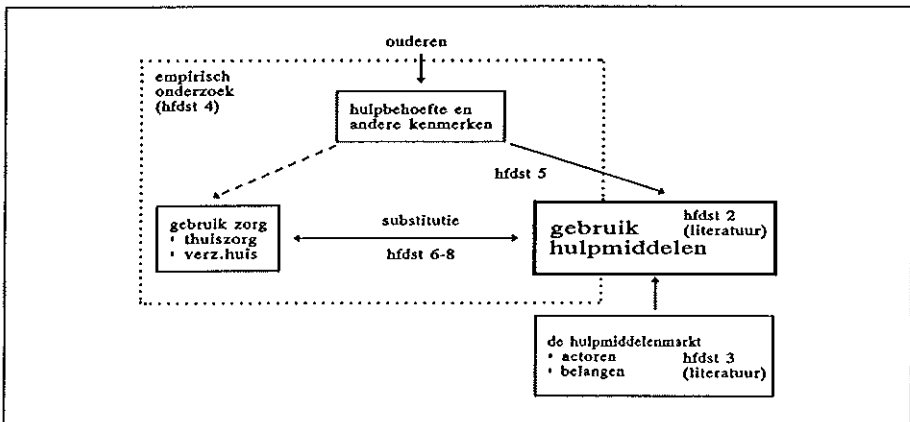
1.4 Opzet proefschrift

In deze paragraaf wordt de opbouw van dit proefschrift weergegeven door de inhoud van de hoofdstukken kort weer te geven. Zie ook figuur 1.1 voor een schematische weergave van de samenhang tussen de verschillende hoofdstukken.

De hoofdstukken 2 en 3 vormen een weerslag van de beschikbare literatuur: in hoofdstuk 2 wordt op basis van deze literatuur een overzicht gegeven van het gebruik van hulpmiddelen door ouderen. Ook wordt hier kort ingegaan op het gebruik van professionele zorg en het substitutiebegrip. In hoofdstuk 3 wordt een analyse gemaakt van de verschillende actoren die een rol spelen op de hulpmiddelenmarkt, hun belangen bij hulpmiddelen en de manier waarop zij invloed uitoefenen op de hulpmiddelenmarkt.

Hoofdstuk 1

De hoofdstukken 4 tot en met 8 vormen een weergave van het empirisch onderzoek dat is verricht. Eerst wordt in hoofdstuk 4 een beschrijving gegeven van de opzet van het 'Randstadproject', de selectie van de respondenten en de operationalisatie van de variabelen. De gegevens uit dit project vormen de basis voor de hoofdstukken 5 tot en met 7, waarin de onderzoeksresultaten worden beschreven. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de determinanten van het gebruik van hulpmiddelen: welke kenmerken van ouderen bepalen of zij hulpmiddelen gebruiken? Vanaf hoofdstuk 6 wordt de aandacht gericht op de relatie tussen het gebruik van hulpmiddelen en het gebruik van hulp. In hoofdstuk 6 wordt bekeken bij welke Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen hulpverleners assisteren en bij welke taken hulpmiddelen een rol (kunnen) spelen. In hoofdstuk 7 maken we vervolgens een inschatting van de substitutie-mogelijkheden: kan de inzet van extra hulpmiddelen leiden tot een vermindering van het gebruik van professionele zorg? Vervolgens wordt in hoofdstuk 8 op grond van een interventieproject geïnventariseerd in welke mate er daadwerkelijk substitutie mogelijk is. Hoofdstuk 9 bevat een slotbeschouwing, waarin de onderzoeksvragen worden beantwoord en implicaties voor het beleid worden aangegeven. Tenslotte volgt in hoofdstuk 10 een Engelstalige samenvatting.



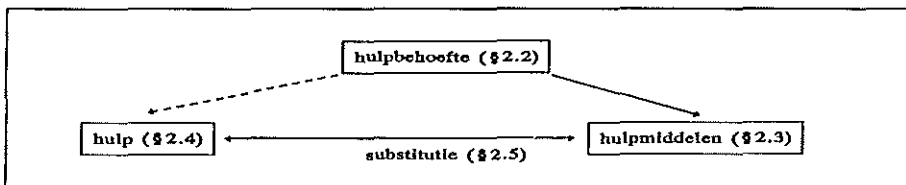
Figuur 1.1. Schematische weergave van de opbouw van dit proefschrift

Tot slot zij opgemerkt dat sommige hoofdstukken zijn gebaseerd op artikelen, waardoor er enige overlap optreedt. Er is getracht dit te voorkomen door bijvoorbeeld de onderzoeksmethoden uitgebreid te beschrijven in hoofdstuk 4 en de 'methodensecties' in de hoofdstukken 5 tot en met 7 aanzienlijk in te korten.

2 Het gebruik van hulpmiddelen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de beschikbare literatuur over het gebruik van hulpmiddelen. De aanleiding voor dit gebruik, het hebben van lichamelijke beperkingen of een hulpbehoefte, wordt beschreven in paragraaf 2.2. Vervolgens besteden we in paragraaf 2.3 aandacht aan het gebruik van hulpmiddelen. Naast hulpmiddelen kan ook (professionele) zorg een oplossing zijn voor de beperkingen van ouderen. Dit zorggebruik is het onderwerp van paragraaf 2.4. Een belangrijk thema in dit onderzoek is de vraag of hulpmiddelen de (professionele) zorg kunnen vervangen (substitueren) of dat beide elkaar aanvullen. Het onderwerp 'substitutie' staat centraal in paragraaf 2.5, waarbij in paragraaf 2.5.3 afzonderlijk wordt ingegaan op de substitutie-mogelijkheden van hulpmiddelen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte discussie (paragraaf 2.6). In figuur 2.1 wordt de opbouw van dit hoofdstuk schematisch weergegeven.



Figuur 2.1. Schematisch overzicht van de opbouw van hoofdstuk 2

2.2 Aanleiding gebruik hulpmiddelen

Hulpmiddelen, zo lazten we in paragraaf 1.2.1, trachten beperkingen te compenseren. In onderzoek onder ouderen wordt vaak gesproken over de 'hulpbehoefte' als maat voor het al dan niet zelfstandig kunnen functioneren. Hiermee wordt dan bedoeld op functiebeperkingen (of validiteitsbeperkingen) van langdurige aard op het terrein van de persoonlijke verzorging, mobiliteit, communicatie en eventueel huishoudelijke activiteiten (Mootz en Van den Berg, 1989; Picavet et al., 1992). Ook in dit onderzoek wordt uitgegaan van de beperkingen van ouderen. Hierbij staan de beperkingen op het terrein van de persoonlijke verzorging en de mobiliteit (de zogenaamde Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, ADL) centraal. De mogelijke beperkingen op het terrein van de communicatie blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

Hoofdstuk 2

In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van het percentage 65-plussers dat de ADL-activiteiten zonder moeite zelf kan verrichten. Deze tabel geeft een eerste indruk van de activiteiten waarbij hulpmiddelen mogelijk kunnen ondersteunen. Met name de mobiliteit levert voor veel ouderen moeite op. Naarmate de leeftijd toeneemt, ondervinden ouderen steeds meer beperkingen.

Tabel 2.1. Percentage ouderen dat ADL-handelingen zonder moeite kan verrichten naar leeftijd (1987)

leeftijd	1 ¹	2	3	4	5	6	7	8	9	10
65-69 jaar	95	95	93	91	90	92	89	90	88	80
70-74 jaar	94	93	90	87	88	89	86	87	78	73
75-79 jaar	96	94	89	87	85	87	81	84	74	67
80-84 jaar	94	94	81	78	76	78	78	79	67	62
> 85 jaar	94	85	75	70	67	67	65	65	53	49

¹: 1: eten en drinken; 2: gezicht en handen wassen; 3: zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping; 4: woning verlaten en binnengaan; 5: aan- en uitkleden (inclusief schoenen); 6: zich volledig wassen; 7: gaan zitten en opstaan uit stoel; 8: in- en uit bed stappen; 9: zich verplaatsen buitenshuis; 10: trap op- en aflopen

Bron: CBS, Statistisch vademecum ouderen, 1990

2.3 Gebruik van hulpmiddelen

'Losse hulpmiddelen'

Tot voor kort was er in Nederland weinig aandacht voor het gebruik van hulpmiddelen: de literatuur die over dit onderwerp beschikbaar is, is van recente aard. Een mogelijke verklaring is het feit dat de kosten voor hulpmiddelen slechts 1,5% van de totale kosten in de gezondheidszorg vormen (zie paragraaf 2.4). Ter vergelijking: de personeelskosten maken circa 80% van de kosten uit (Verschuur, 1995). De hulpmiddelensector is inmiddels één van de sterkst groeiende sectoren binnen de gezondheidszorg (Van Wesemael et al., 1995; FOZ 1996).

Het aantal gebruikers van hulpmiddelen wordt niet landelijk geregistreerd. Uit onderzoek onder steekproeven van (subpopulaties van) de Nederlandse bevolking blijkt dat hulpmiddelen een zeer groot bereik hebben: het aantal personen dat met behulp van hulpmiddelen functiestoornissen compenseert, loopt in de miljoenen. Als er alleen wordt gekeken naar diegenen, aan wie in één jaar een hulpmiddel wordt verstrekt (met weglating van brillen, contactlenzen en gebitsprothesen), beloopt het aantal gebruikers enkele honderdduizenden (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). Hierbij moet worden aangetekend dat personen van 65 jaar en ouder tot april 1994 in mindere mate door hulpmiddelen werden bereikt, omdat zij niet in aanmerking kwamen voor voorzieningen die werden verstrekt in

het kader van de Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet (zie bijlage 2). Ook is bij hen de bekendheid en bereidheid om gebruik te maken van techniek vermoedelijk minder, vergeleken met anderen (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). In hoofdstuk 3 wordt meer aandacht besteed aan de redenen waarom mensen geen gebruik van hulpmiddelen maken.

In totaal gebruiken mensen met lichamelijke beperkingen ruim 1,7 miljoen hulpmiddelen, zo blijkt uit de CBS-gezondheidsenquête van 1986-1988 (Timmermans, 1994). Dit betreft vooral hulpmiddelen bij het zien (36% van alle hulpmiddelen, waaronder bijna 500.000 brillen en contactlenzen), gevolgd door hulpmiddelen bij het lopen en het horen. Deze gegevens hebben betrekking op mensen van 6 jaar en ouder. In tabel 2.2 zijn enkele voorbeelden van hulpmiddelen bij het lopen en een beperkte arm- en handfunctie genoemd. Bij de minder vaak voorkomende hulpmiddelen gaat het om globale schattingen. Bijna een half miljoen mensen gebruikt een hulpmiddel bij het lopen (28% van de 1,8 miljoen hulpmiddelen die mensen gebruiken). Deze hulpmiddelen betreffen vooral stokken, krukken, schragen of rollators, maar ook aangepaste fietsen, aangepaste auto's of rolstoelen. Ongeveer 10.000 mensen hebben een hulpmiddel bij het eten of drinken (1% van alle hulpmiddelen).

Tabel 2.2. Gebruikers van hulpmiddelen (zelfstandig wonend; ouder dan 5 jaar), naar type beperking (absoluut en in %)

beperking in	absoluut (* 1.000)	in % van alle hulpmiddelengebruikers
lopen	488,6	28
• stok, kruk, schraag, rollator	263	
• aangepaste fiets	11	
• aangepaste auto	27	
• rolstoel/invalidenwagen	67	
arm- en handfunctie	13,5	1
• hulpmiddelen voor eten/drinken	10	

Bron: CBS/NIMAWO (1990); SCP-bewerking (Timmermans, 1994)

De meeste mensen met een handicap beschikken over verschillende hulpmiddelen: 80% van de hulpmiddelen wordt in combinatie met andere hulpmiddelen gebruikt. Zo gebruiken veel mensen zowel een douchezitje als handgrepen in de douche. Soms compenseert een hulpmiddel een beperking die door een ander hulpmiddel is geïntroduceerd, zoals een anti-decubituskussen bij rolstoel-gebruikers (Swarte, 1995).

Hoofdstuk 2

Het gebruik van hulpmiddelen hangt samen met het type en de ernst van de handicap en met leeftijd (Rogers en Holm, 1992). Bovendien is het aannemelijk dat het gebruik van hulpmiddelen samenhangt met culturele waarden en het verstrekkingen- en betalingssysteem (Rogers en Holm, 1992). In Nederland wijst Gorter (1989) erop dat een groot aantal mensen niet over de benodigde hulpmiddelen beschikt. Ook Den Uyl en Fleur (1991) vinden dat het potentiële gebruik van (AAW)hulpmiddelen door ouderen beduidend groter is dan het feitelijke gebruik. Zij verklaren dit uit het feit dat lang niet bij iedereen bekend is dat men een vergoeding voor hulpmiddelen kan verkrijgen.

De laatste jaren neemt het gebruik van hulpmiddelen toe. Hiervoor zijn de volgende redenen aan te wijzen (FOZ 1992-1995; Swarte, 1995):

- Demografische ontwikkelingen: meer ouderen leidt tot meer hulpmiddeengebruik (FOZ).
- Extramuralisatie van de zorg: steeds meer zorg wordt thuis verleend, omdat gebruikers van de zorg dat wensen en omdat zo dure intramurale zorg kan worden voorkomen (FOZ).
- De tendens tot integratie van gehandicapten in de maatschappij (Swarte, 1995).
- Gehandicapten worden mondiger en zijn beter op de hoogte van de mogelijkheden van hulpmiddelen dan voorheen (Swarte, 1995).
- Ontwikkeling van nieuwe hulpmiddelen: nieuwe materialen, verbeterde technieken en meer inzicht in de behoeften van gehandicapten creëren technologische innovaties (Swarte, 1995).
- De overheveling van hulpmiddelen naar de AWBZ per 1 januari 1989 heeft geleid tot een toenemende bekendheid van met name particuliere patiënten en voorschrijvers (FOZ).
- Sociaal-culturele ontwikkelingen: emancipatie van ouderen leidt tot een actievere deelname op oudere leeftijd aan het maatschappelijk leven, hetgeen vaak gepaard gaat met hulpmiddelen. Het gebruik van hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal, wordt meer geaccepteerd (FOZ).
- Veranderingen in behandelwijzen: men werkt bijvoorbeeld meer met elastische kousen dan met zwachtels (FOZ).

Woningaanpassingen

In 4% van de Nederlandse woningen zijn voorzieningen ten behoeve van gehandicapten of minder validen aangebracht (Timmermans, 1994). Naar schatting wonen 240.000 personen van 55 jaar of ouder, onder wie 85.000 75-plussers, in een aangepaste woning (Timmermans, 1993).

Handgrepen en verlaagde of verwijderde drempels zijn veel voorkomende voorzieningen (zie tabel 2.3). In een CBS-onderzoek is alleen gevraagd of er voorzieningen aanwezig waren. Vaak gaat het om voorzieningen die bij een bepaald soort woning horen, standaard zijn in nieuwe woningen (het ontbreken van drempels) of door een vorige bewoner zijn aangebracht (Timmermans, 1994). Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het percentage ouderen met woningaanpassingen. Dit hangt uiteraard samen met het aantal beperkingen, dat toeneemt naarmate men ouder wordt.

Tabel 2.3. Percentage 55-plussers dat zelfstandig woont in een woning die is aangepast aan (eventuele) handicaps van bewoner(s), naar soort aanpassing en leeftijdsklasse (1989-1991)

	55-64	65-74	75+	55+
handgrepen of steunen aangebracht	7	17	35	17
drempels verwijderd	13	15	26	16
aangepast of verhoogd toilet	6	12	23	12
verhoging van het bed	6	9	17	10
kleine aanpassingen ^a	3	7	12	6
grote aanpassingen ^b	1	2	3	2

^a drempels verwijderen, handgrepen, zitjes; ^b hellingbaan, traplift etc
Bron: Timmermans, 1993

De voorzieningen zijn vaker in de woning aanwezig naarmate de beperkingen van de bewoner ernstiger zijn. Toch worden vrij veel aangepaste woningen bewoond door mensen die geen beperkingen ondervinden (zie tabel 2.4). Dat kan komen doordat de voorziening uit voorzorg of door een vorige bewoner is aangebracht. Een andere verklaring is dat de bewoner dankzij de woningaanpassing geen beperkingen meer ondervindt (Timmermans, 1994).

Tabel 2.4. Percentage 55-plussers naar woningaanpassing en ernst van de beperkingen

	geen beperkingen	alleen beperkingen bij huishoudelijke taken		beperkingen in de persoonlijke verzorging	
		1	2	1	2
slaapkamers gelijkvloers	33	41	51	64	69
zitje bij de douche	27	28	31	31	43
anti-slip in badkamer	20	21	20	21	31
drempels verlaagd/verwijderd	14	16	18	25	34
handgrepen of steunen	9	20	24	32	48
hellingbaan bij stoep	9	9	14	13	23
aangepast toilet	6	11	16	27	38
verhoogd bed	5	12	14	19	22
traplift	1	1	2	2	6

1 kan taken met moeite uitvoeren; 2 kan taken alleen met hulp of niet uitvoeren
Bron: CBS (Doorlopend Leefsituatie Onderzoek 1989-1992) in: Timmermans, 1994

In tabel 2.5 staat het percentage mensen met een bepaalde lichamelijke beperking vermeld bij wie de woning aan die beperking is aangepast (Timmermans, 1994). Het moeite hebben met het trappen lopen is de zwaarste van de in de tabel genoemde beperkingen doordat hierbij nauwelijks hulp geboden kan worden. In de compensatie van deze beperking is dan ook het vaakst voorzien. Voor het

Hoofdstuk 2

overige blijkt slechts een minderheid van de ouderen die beperkingen ondervinden over woonvoorzieningen te beschikken. De omvang van de potentiële vraag naar aanpassing laat zich niet uit deze globale cijfers afleiden, maar wel dat er een potentiële vraag is.

Tabel 2.5. Percentage zelfstandig wonende 55-plussers die problemen hebben met het uitvoeren van een activiteit en de aanwezigheid van een daarmee corresponderende woningaanpassing in 1991

	aanpassing
moeite met trappen lopen en slaapkamer gelijkvloers	73
moeite met verplaatsen binnenshuis en drempels verwijderd	40
moeite met volledig wassen en zijte en steunen bij de douche aanwezig	31
moeite met zitten en opstaan en aangepast of verhoogd toilet aanwezig	26
moeite met in en uit bed stappen en verhoogd bed aanwezig	27

Bron: CBS (Doorlopend Leefsituatie Onderzoek 1989-1991) in: Timmermans, 1994

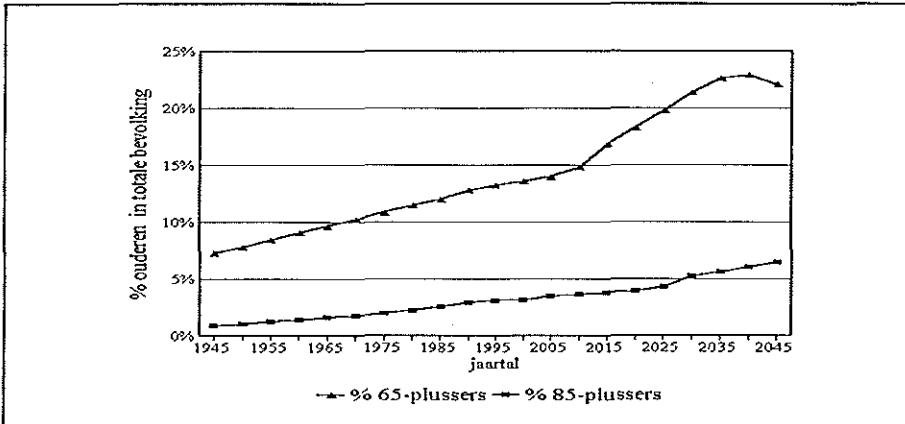
Verskil tussen gebruik en bezit van hulpmiddelen

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat veel hulpmiddelen ongebruikt bij de consument liggen. Zo toonden Parker en Thorslund (1991) aan dat ouderen 75% van de hulpmiddelen die zij in huis hebben, ook werkelijk gebruiken. Dit komt overeen met onderzoek van Mann et al. (1993), die aantoonde dat 79% van de hulpmiddelen die men bezit ook wordt gebruikt en onderzoek van Bynum en Rogers (1987), waarin 82% van de hulpmiddelen werd gebruikt. Het grootste verschil tussen het gebruik en het bezit van hulpmiddelen bestaat bij hulpmiddelen voor de persoonlijke verzorging en ADL-hulpmiddelen (Bynum en Rogers, 1987). In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan de redenen die aan het niet-gebruik van hulpmiddelen ten grondslag liggen.

Toekomstig gebruik van hulpmiddelen

Sinds de Tweede Wereldoorlog neemt het aantal ouderen toe, zowel absoluut als relatief, hetgeen wordt aangeduid met het begrip 'vergrijzing'. Momenteel is circa 13% van onze bevolking ouder dan 65 jaar (twee miljoen mensen). Na 2010 laat het percentage 65-plussers een forse stijging zien, wanneer de na-oorlogse geboortegolf de 65-jarige leeftijd bereikt (zie figuur 2.2).

Het maximale percentage 65-plussers wordt in het jaar 2040 bereikt: dan is 23% van de bevolking 65 jaar of ouder. De toekomstige groei van het aantal ouderen wordt vooral veroorzaakt door het feit dat het hier grote geboortegeneraties betreft en minder door de langere gemiddelde levensduur (De Beer et al., 1995).



Figuur 2.2. Grafische illustratie van (dubbele) vergrijzing in Nederland, 1945-2045

Dubbele vergrijzing treedt op als niet alleen het aantal 65-plussers toeneemt, maar als binnen deze populatie ook het aandeel 'hoog-bejaarden' toeneemt. Voor het beroep op de gezondheidszorgvoorzieningen is met name het toekomstige aantal hoog-bejaarden van belang. Rond 2030 neemt het aandeel hoogbejaarden sterk toe, vooral bij vrouwen (Huijsman, 1990). Het CBS hanteert 80 jaar als leeftijdsgrens voor hoog-bejaarden (De Beer et al., 1995). Vermeulen en Bosma (1992) zien daarentegen bij 75 jaar een grens tussen actieve, vitale ouderen enerzijds en ouderen waarbij geleidelijk bepaalde beperkingen gaan overheersen anderzijds. Ook Houben (1994) noemt het onderscheid tussen 55-75 jarigen, die hij als 'actieve ouderen' omschrijft, en 75-plussers, die een risicogroep vormen en daarmee een aparte aandachtsgroep voor het huisvestingsbeleid. In het Randstadproject (zie hoofdstuk 4) vormen 75-plussers de onderzoekspopulatie.

Met het toenemend aantal ouderen, stijgt ook het aantal chronisch zieken (Van den Bos, 1989; STG, 1992). Hiermee zal het beroep op gezondheidszorgvoorzieningen toenemen. Deze verandering vindt echter zeer geleidelijk plaats. Bovendien is de vergrijzing in Nederland momenteel in vergelijking met de ons omringende landen bescheiden, namelijk 13,0% tegenover 14,9% gemiddeld in de Europese Unie en meer dan 15% in Engeland, Denemarken en Italië (zie tabel 2.6). De verschillen worden na de eeuwwisseling ingelopen omdat de geboortegolf zich in Nederland later inzette, maar wel omvangrijker en langduriger was.

Rond 2040 (niet in tabel) worden voor veel landen de hoogste percentages 65-plussers verwacht. Volgens de OECD-prognose zullen Zwitserland (28,3%) en Duitsland (27,6%) dan de meest vergrijsde landen zijn, gevolgd door Nederland (24,8%) en Denemarken (24,7%).

Hoofdstuk 2

Tabel 2.6. Percentage 65-plussers in EG-landen, 1990-2020

	1990 ¹	2000 ²	2010 ²	2020 ³
Engeland	15,7	15,6	16,1	17,6
Denemarken	15,6	15,2	16,5	19,5
Duitsland	15,3	15,9	19,3	22,2
Italië	15,3	15,0	16,8	22,8
België	14,8	16,6	17,1	20,8
Frankrijk	14,0	15,6	15,9	19,7
Griekenland	13,8	17,3	18,7	19,9
Luxemburg	13,5	15,0	16,8	19,3
Spanje	13,4	15,9	16,5	18,3
Portugal	13,1	15,4	17,1	18,8
Nederland	12,8	13,5	14,7	18,6
Ierland	11,3	11,5	12,2	16,6

Bron: ¹ Programma OECD Health Data (CREDES), ² CBS, 1992a, ³ Eurostat (Walker et al., 1991)

Deze toename van het aantal ouderen leidt tot een toenemende druk op de gezondheidszorg, inclusief de ouderenzorg. Hiermee wordt de vraag of er alternatieven zijn voor de zorg die wordt geboden door (professionele) hulpverleners steeds belangrijker.

2.4 Gebruik van professionele zorg

Omdat over (de determinanten van) het gebruik van zorg door ouderen in Nederland reeds vele studies zijn verschenen (zie bijvoorbeeld Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Frederiks, 1990; Huijsman, 1990; Kempen, 1990; Te Wierik, 1991) wordt hier volstaan met een kort overzicht van het gebruik van professionele zorg.

In tabel 2.7 wordt een beeld gegeven van de aantallen ouderen en het percentage zorggebruikers per leeftijdsgroep en huishoudsamenstelling in 1990. Dit overzicht is beperkt tot de gezinsverzorging en wijkverpleging (samen de extramurale zorg) en verzorgings- en verpleeghuizen (samen de intramurale zorg).

Ongeveer 13,3% van de 65-plussers krijgt extramurale zorg (gezinsverzorging of wijkverpleging). Bij alleenstaande 65-plussers komt dit vaker voor dan bij samenwonenden (respectievelijk 16,9% en 10,5%). 75-plussers ontvangen ongeveer twee keer zo vaak extramurale zorg: 34,4% van de alleenstaanden en 21,0% van de samenwonenden krijgt thuiszorg (Huijsman et al., 1994). Samenwonenden kunnen vaak door de partner worden geholpen (Van der Heijdt en Van

Hoorn, 1995). Institutionele zorg komt bij alleenstaande ouderen relatief vaak voor: 23,4% van de alleenstaanden tegenover 2,9% van de samenwonende 65-plussers verblijft in een verzorgings- of verpleeghuis (Huijsman et al., 1994).

Tabel 2.7. Gebruik voorzieningen naar leeftijd en huishoudvorm in 1990

leeftijdscategorie	alleenstaand	samenwonend	totaal
aantal ouderen			
65 - 74 jaar (* 1000)	285,2	811,7	1.096,8
waarvan extramurale zorg	11,0%	7,2%	8,0%
waarvan intramurale zorg	4,7%	0,9%	1,9%
aantal ouderen			
75 jaar en ouder (* 1000)	348,3	461,7	810,0
waarvan extramurale zorg	34,4%	21,0%	21,9%
waarvan intramurale zorg	38,6%	6,4%	20,2%
aantal ouderen totaal (* 1000)	633,5	1.273,3	1.906,8
waarvan extramurale zorg	16,9%	10,5%	13,3%
waarvan intramurale zorg	23,4%	2,9%	9,7%

Bron: Huijsman et al., 1994

Kosten gezondheidszorg

In 1990 werd in Nederland bijna f50 miljard uitgegeven aan de gezondheidszorg, inclusief de ouderenzorg (FOZ 1991). Circa 45% van deze kosten waren ten behoeve van ouderen, die toen ongeveer 13% van de bevolking uitmaakten (Huijsman et al., 1994). In 1995 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg ongeveer f60 miljard (FOZ 1996), een toename van 20% in vijf jaar tijd. Hiervan werd circa f11 miljard uitgegeven aan verzorgings- en verpleeghuizen en ruim f3 miljard aan de gezinsverzorging en de wijkverpleging (zie tabel 2.8). In 1995 bedroegen de kosten voor oudere cliënten (65-plussers) voor de extramurale zorg (gezinsverzorging en wijkverpleging) en institutionele ouderenzorg (verzorgings- en verpleeghuizen) ongeveer f12,7 miljard.

De uitgaven aan hulpmiddelen bedroegen in 1995 f0,9 miljard, ofwel 1,5% van de totale uitgaven in de gezondheidszorg. De uitgaven voor hulpmiddelen zijn in 1995 50% meer dan in 1990.

Hoofdstuk 2

Tabel 2.8. Kosten van de Nederlandse gezondheidszorg in 1990 en 1995

sectoren in de zorg	totale kosten ¹ in f miljarden 1990	totale kosten ² in f miljarden 1995	aandeel in ³ tot. kosten t.b.v. 65+ (schatting)	kosten t.b.v. 65+ 1995 (schatting)
extramurale zorg	8,6	8,8	45	
<i>waarvan gezinsverzorging⁴</i>	1,8	2,2	70	1,5
<i>waarvan wijkverpleging⁴</i>	1,0	1,0	75	0,8
<i>waarvan huisartsen</i>	2,0	2,3	40	
<i>waarvan andere sectoren</i>	3,8	3,3	25	
institutionele ouderenzorg	9,0	11,0	97	
<i>waarvan verzorgingshuizen⁴</i>	4,8	5,3	99	5,2
<i>waarvan verpleeghuizen⁴</i>	4,2	5,5	94	5,2
<i>waarvan zorgvernieuwing</i>		0,2		
ziekenhuizen en specialisten	16,1	20,0	45	
geestelijke gezondheidszorg	3,3	4,4	15	
zorg voor gehandicapten	4,0	5,3	10	
farmaceutische hulp en hulpmiddelen	4,7	6,3	40	
<i>waarvan farmaceutische hulp</i>	4,1	5,4		
<i>waarvan hulpmiddelen</i>	0,6	0,9		
preventie en overig	<u>3,2</u>	<u>4,3</u>	<u>15</u>	
totale gezondheidszorg	48,9	60,0	45	12,7

Bron: ¹ Tweede Kamer, 1992; ² Tweede Kamer, 1995; ³ Huijsman in Coolen, 1993

⁴ Deze voorzieningen worden vaak de ouderenzorgvoorzieningen genoemd (Huijsman et al., 1994)

2.5 Substitutie

De toenemende kosten van de gezondheidszorg (zie paragraaf 2.4) vormde voor de overheid aanleiding om een substitutiebeleid te formuleren, om daarmee de financiële druk op de zorgverlening te verlichten. Een kernvraag in dit proefschrift is of, en in welke mate, er substitutie kan plaatsvinden van professionele zorg door middel van hulpmiddelen. Hiertoe wordt eerst (in paragraaf 2.5.1) een definitie van het begrip substitutie gegeven. Vervolgens wordt in paragraaf 2.5.2 een schets gegeven van verricht onderzoek naar substitutie in de Nederlandse ouderenzorg. In paragraaf 2.5.3 wordt ingegaan op de substitutiemogelijkheden met behulp van hulpmiddelen.

2.5.1 Begrippenkader

Vanaf de jaren tachtig streeft de overheid naar 'substitutie' binnen de ouderenzorg. Letterlijk betekent substitutie 'vervanging' (Van Dale, 1992). In de gezond-

heidszorg heeft dit begrip geleidelijk de betekenis gekregen van "vervanging van een voorziening door een gelijkwaardig, goedkoper alternatief" (Stikker, 1985).

Sinds de eerste Nota Bejaardenbeleid (Tweede Kamer, 1970) wordt door de overheid de stelling gehanteerd dat veel ouderen in de intramurale zorg ook thuis verzorgd kunnen worden. Enerzijds heeft dat het voordeel dat ouderen langer in de eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven. Anderzijds bestaat het idee dat hierdoor de collectieve uitgaven zouden kunnen dalen, omdat vaak wordt gedacht dat extramurale zorg goedkoper is dan intramurale zorg. Dit blijkt echter lang niet altijd het geval te zijn (Nies, 1992).

Het substitutiebeleid van de overheid wordt gedefinieerd als "het doelbewust zodanig verleggen van cliëntstromen tussen en binnen zorgvoorzieningen opdat dit zal leiden tot een verminderd gebruik van relatief dure voorzieningen" (Goudriaan, 1989). Hierbij moet men dan denken aan "verschuivingen tussen voorzieningen, en wel van zwaarder naar lichter, van langdurig naar kort durend, van intramuraal naar semi- en extramuraal, van behandeling naar preventie en van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en vrijwilligershulp" (Ministerie van Financiën, 1986; Commissie Dekker, 1987).

2.5.2 Onderzoek naar substitutie³

Het onderzoek naar substitutie kan in twee categorieën worden verdeeld:

- Onderzoek naar 'mogelijke' substitutie, waarin door middel van normatieve uitspraken wordt gepoogd de profielen van gebruikersgroepen zodanig aan te scherpen dat de voorzieningen elkaar minder zullen overlappen.
- Onderzoek naar feitelijke substitutie op basis van experimenten.

Onderzoek naar mogelijke substitutie

Onderzoek naar mogelijke substitutie, dat begin jaren '80 veel werd uitgevoerd, heeft als nadeel dat zij gebaseerd is op potentiële verschuivingen en derhalve hypothetisch zijn. Of het substitutiebeleid werkelijk kans van slagen heeft is op basis van dit voornamelijk theoretische onderzoek niet te zeggen. Dit type onderzoek heeft wel inzicht gegeven in de mogelijkheden van substitutie, waarbij via feitelijke implementatie het realiteitsgehalte moet worden nagegaan. De belangrijkste conclusie die aan dit type onderzoek ontleend kan worden betreft

³ Het eerste deel van deze paragraaf is gebaseerd op: Huijsman, R. en M.M.Y. de Klerk. Inzichten uit tot op heden verricht substitutie-onderzoek. In: ODO, *Demonstratieprojecten Ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; het onderzoek naar de projecten in de beginfase*. Nijmegen: ITS, 1989. In het tweede deel wordt recente literatuur besproken.

Hoofdstuk 2

het feit dat substitutie niet leidt tot absolute, maar tot relatieve kostenbeperkingen: de gevolgen van vergrijzing kunnen niet volledig, maar wel voor een belangrijk deel worden ondervangen. Over de mate waarin dit mogelijk is, verschillen de onderzoeksuitkomsten. Substitutiemogelijkheden lijken het sterkst bij verzorgingshuizen aanwezig te zijn, waar 30 à 40% van de capaciteit zou kunnen worden vervangen door zorg thuis. De totale kosten van de zorgverlening zullen ten gevolge van verschuivingen tussen voorzieningen maximaal een kwart lager kunnen worden. Indien tevens rekening wordt gehouden met de vergrijzing, dan wordt in het jaar 2000 niet meer dan 5% tot 15% besparingen haalbaar geacht (Goudriaan, 1989).

Onderzoek naar feitelijke (experimentele) substitutie

Sinds de tweede helft van de jaren '80 wordt het substitutie-vraagstuk op een meer empirische wijze benaderd: concrete experimenten worden geëvalueerd, waarmee in de praktijk de haalbaarheid van beoogde verschuivingen in de zorgverlening wordt verkend en de belemmeringen bij de implementatie van substitutieplannen in beeld worden gebracht. Dit onderzoek is zeer divers. Zo zijn er experimenten die verschuivingen beogen aan te brengen:

- Vanuit de klinische ziekenhuiszorg naar poliklinische zorg, dagbehandeling, PAAZ, verpleeghuis en zelf- of mantelzorg (Nuyens en Van Tits, 1986; Van Tits, 1989).
- In de richting van (intensieve) thuisverpleging. Dit geldt voor mensen met een opname-indicatie voor verpleeghuis/ziekenhuis, zoals terminale patiënten of psychogeriatrische patiënten (Knapen, 1988a/b; Miltenburg, 1989; Wierda, 1989).
- Naar 24-uurszorg van de gezinsverzorging en de wijkverpleging, met mogelijke uit- en afsteleffecten op intramurale opname in zowel verzorgingstehuis als verpleeghuis (Van Sonderen et al., 1985; Leemeijer et al., 1986).
- Beschermd woonvormen als (gedeeltelijk) substituut van het tehuis (Coolen en Van Pelt, 1985; Houben, 1985b; Duine en Peters, 1987; Peters en Duine, 1987).
- Creatie van nieuwe tussenvoorzieningen, zoals de dagbehandeling in verpleeghuizen of de dagverzorging in bejaardenoorden (Nuy et al., 1984; Nuyens, 1988; Nies, 1989).

Dit onderzoek was veelal kleinschalig van opzet, zowel in termen van betrokken voorzieningen en doelgroepen als in geografisch opzicht, zodat aan de generaliseerbaarheid van de inzichten uit dit type onderzoek kan worden getwijfeld. Ook werd uit dit onderzoek niet duidelijk in welke mate de verschuivingen leidden tot besparingen in de totale zorgverlening.

Dit vormde de aanleiding voor het opzetten van zes demonstratieprojecten in de ouderenzorg (Nota 'Ouderenbeleid'; Tweede Kamer, 1987/1988). In deze projecten, die onderling verschilden in opzet, participerende instellingen, schaal, doelgroep en in te zetten middelen, werd getracht om het substitutiebeleid te toetsen door concrete uitvoering in de praktijk van zorgverlening aan ouderen.

Uit de evaluatie van de demonstratieprojecten bleek dat alle projecten erin slaagden om een communicatie-netwerk op te zetten en zo een groot probleem in de ouderenzorg, de onbekendheid met de werkwijze van andere instellingen, op te lossen. Daarnaast werden in de projecten methoden ontwikkeld om tot uniforme indicatiestelling te komen. Ook dit vergrootte het wederzijds begrip en de samenwerking en leidde zo tot een vergroting van de coördinatie van zorg. Naarmate een project complexer was en er meer projectparticipanten waren, waren de projecten minder succesvol als gevolg van lange besluitvormingsprocessen. Projecten met een 'bottom-up' benadering bleken minder succesvol te zijn, omdat hulpverleners niet voldoende steun kregen vanuit het management van hun instelling (ODO 1990; Coolen, 1993; De Klerk et al., 1995).

De demonstratieprojecten in Groningen, Nieuwegein en Venlo hebben aangetoond dat substitutie van intramurale door extramurale zorg mogelijk is en dat hierdoor de totale kosten van de zorg kunnen worden teruggebracht. Echter, de netto substitutie-effecten zijn beperkt, variërend van 2 tot 8% in een periode van drie jaar. De toenemende vergrijzing doet deze effecten gedeeltelijk teniet. Uit de experimenten blijkt dan ook niet dat met substitutie de kosten van de ouderenzorg in absolute termen kunnen worden gereduceerd, maar dat dit wel kan leiden tot relatieve besparingen, dat wil zeggen dat hiermee de toenemende kosten van de vergrijzing kunnen worden afgeremd (De Klerk et al., 1995). Of thuiszorg goedkoper is dan intramurale zorg hangt ook sterk af van de organisatorische vormgeving van het substitutie-project en de zorgzwaarte van de betrokken cliënten (De Kemp, 1995).

Tussen 1990 en 1993 heeft het Ministerie van WVC in het Programma Zorgvernieuwing Thuiszorg twaalf projecten gesubsidieerd om te kijken of een verbetering van het thuiszorgaanbod kon dienen als alternatief voor opname in een intramurale setting (Tijssen et al., 1991). Uit de evaluatie bleek dat een aantal organisatorische veranderingen (instellen van centrale meldpunten, gezamenlijke intake, protocollen) tot verbetering van de afstemming en de zorgkwaliteit heeft geleid. De onderzoekers betwijfelen echter of dit ook tot goedkopere zorgverlening heeft geleid (Van Raak et al., 1993).

In 1994 is in een achtergrondstudie bij het rapport van de Commissie Welschen berekend dat de toenemende vergrijzing, bij ongewijzigd beleid, zal leiden tot een toename van de kosten van de ouderenzorg⁴ van f10,8 miljard in 1990 tot f15,5 miljard in het jaar 2015 (een jaarlijkse toename van 1,5%). Bij verregaande substitutie, waarbij zoveel mogelijk ouderen in de thuissituatie worden geholpen

⁴ Hier wordt bedoeld de gezinsverzorging, wijkverpleging, verzorgings- en verpleeghuizen. Alleen kosten ten behoeve van cliënten ouder dan 65 jaar zijn in de berekening opgenomen.

Hoofdstuk 2

en een strikte indicatie voor intramurale zorg wordt gehanteerd, zouden de kosten 'slechts' oplopen tot f12,3 miljard (een jaarlijkse stijging van 0,5%). Hierbij is geen rekening gehouden met inflatie, de Ziekte van Baumol⁵ en nieuwbouw van tehuizen (Huijsman et al., 1994). Inmiddels is duidelijk geworden dat deze schatting te optimistisch is: in 1995 bedroegen de kosten van de ouderenzorg immers al f12,7 miljard (zie tabel 2.8).

2.5.3 Mogelijke substitutie-effecten van hulpmiddelen

In dit proefschrift wordt ondermeer bestudeerd in hoeverre de inzet van hulpmiddelen bij ouderen thuis kan bijdragen aan het substitutiebeleid van de overheid (zie paragraaf 2.5.1). Hierbij worden twee vormen van substitutie onderzocht:

- Vervanging van professionele thuiszorg door zelfzorg, dankzij de inzet van hulpmiddelen.
- Vervanging van intramurale zorg door thuiszorg, dankzij de inzet van hulpmiddelen.

Veel auteurs menen dat hulpmiddelen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de zelfredzaamheid⁶ van lichamelijk gehandicapten en ouderen (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987; Ministerie van WVC, 1991; Van Leeuwen, 1992; De Boer et al., 1994; Oosterheert en Schippers, 1994; Thie et al., 1994; Timmermans, 1994). Geen van hen heeft echter daadwerkelijk de substitutiemogelijkheden onderzocht. Schrijvers en Van Londen (1990) wijzen er op dat hulpmiddelen alleen zijn te beschouwen als een aanvulling op en niet als vervanging van de thuiszorg, bijvoorbeeld omdat een cliënt ook aandacht wil hebben.

Gosman-Hedström et al. (1988) toonden aan dat 27% van de Zweedse 70-plussers in het bezit was van (meestal eenvoudige en goedkope) hulpmiddelen en dat deze bijdragen aan de vermindering van de validiteitsbeperkingen van ouderen. Ander Zweeds onderzoek onder 75-plussers met validiteitsbeperkingen toonde aan dat 74% van de onderzoekspopulatie ten minste één hulpmiddel had dat hen in staat stelde om dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren (Parker en Thorslund, 1991).

⁵ In de zorg stijgt de arbeidsproductiviteit minder snel (stel 0,5%) dan in de industrie (stel 2%). De loonstijging is in beide sectoren echter even groot als gevolg van koppelingen. De loonstijging in de industrie wordt betaald uit de stijging van de arbeidsproductiviteit; die in de zorg kan alleen betaald worden als de prijzen in de sector nog 1,5% stijgen. Op deze additionele prijsstijging wordt gedoeld met de Ziekte van Baumol.

⁶ Zelfredzaamheid houdt in 'het vermogen om te leven zonder professionele hulpverlening' (Van Dale, 1992). Dit betekent dus dat mensen weinig tot geen beperkingen (zie paragraaf 2.2) kennen of dat zij in staat zijn deze beperkingen te compenseren, bijvoorbeeld met hulpmiddelen.

Parker en Thorslund (1991) concluderen hieruit dat het gebruik van hulpmiddelen een opname in een tehuis kan af- of uitstellen en de vereiste hoeveelheid personele zorg kan verminderen. Zij hebben dit echter niet onderzocht. Ook in Nederland is geen onderzoek verricht naar de vraag of, en onder welke voorwaarden, hulpmiddelen substitutie mogelijk maken (Verhoeven, 1987).

Bynum en Rogers (1987) menen dat hulpmiddelen de onafhankelijkheid kunnen vergroten, maar nooit de behoefte aan (thuis)zorg volledig overbodig kunnen maken: mensen hebben nog steeds hulp van anderen nodig, met name bij het wassen en het toilet gebruik (Bynum en Rogers, 1987). Ook uit Duits onderzoek blijkt dat hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging slechts in heel beperkte mate de zorg kunnen vervangen; bij de mobiliteit lijken er meer substitutiemogelijkheden te zijn (Blosser-Reisen, 1990).

In een onderzoek van Gorter (1989) gaf 22% van de ondervraagde gehandicapten te kennen dat de inzet van hulpmiddelen weinig gevolgen zou hebben voor de benodigde hulp. De overigen noemden positieve gevolgen: 35% wees op gunstige gevolgen voor de eigen omstandigheden, met de verwachting dat hulpmiddelen hun situatie gemakkelijker of prettiger zou maken en 26% meende dat hulpmiddelen zouden leiden tot een vermindering van hulp. Tenslotte noemde 10% een verminderde belasting van informele hulpverleners; 8% gaf geen mening.

Bij de tweede vorm van substitutie kan worden gedacht aan de substitutie van ziekenhuiszorg door thuiszorg. Dit lijkt mogelijk dankzij de inzet van medische hulpmiddelen, zoals bij nierdialyse thuis (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987) of bij cystische fibrose (Bosma et al., 1993). De Boer et al. (1994) gaan ervan uit dat hulpmiddelen en woningaanpassingen een opname in een instelling kunnen uitstellen of voorkomen. Gommer (1991) daarentegen meent dat mensen die een aanvraag doen naar een verzorgingshuis met dermate complexe problemen te kampen hebben, dat hulpmiddelen nauwelijks een alternatief zijn voor een opname.

Tot nu toe is er (in Nederland) geen onderzoek gedaan naar de effecten van hulpmiddelen op het uitstellen van een intramurale opname. Wel blijkt uit onderzoek van Coolen en Smid (1989) dat het wonen in een bejaarden- of aangepaste woning geen invloed heeft op de vraag naar een plaats in een verzorgingshuis.

2.6 Discussie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de beschikbare literatuur over het gebruik van ADL-hulpmiddelen, inclusief woningaanpassingen, door ouderen.

De aandacht voor hulpmiddelen is in Nederland van recente aard, hetgeen mogelijk kan worden verklaard uit het feit dat de kosten voor hulpmiddelen relatief laag zijn (1,5% van de totale kosten in de gezondheidszorg). Echter, de hulpmiddelensector is één van de snelst groeiende gebieden binnen de gezondheidszorg, ondermeer als gevolg van demografische ontwikkelingen en de extramuralisatie van zorg. Hoewel het gebruik van hulpmiddelen niet landelijk wordt geregistreerd, blijkt uit onderzoek dat het bereik van hulpmiddelen groot is: miljoenen mensen compenseren functiebeperkingen met hulpmiddelen. Dit betreft vaak hulpmiddelen bij de communicatie.

Er is, voor zover ons bekend is, in Nederland geen (grootschalig) onderzoek gedaan naar het gebruik van hulpmiddelen door ouderen. Wel zijn enkele gegevens bekend over woningaanpassingen. Deze gegevens betreffen echter alleen het bezit en niet het gebruik van woningaanpassingen. Vaak zijn aanpassingen al bij de bouw of door vorige bewoners aangebracht en worden zij niet door de huidige bewoners gebruikt.

Er wordt algemeen verondersteld dat hulpmiddelen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de zelfredzaamheid van ouderen. Er is echter nog niet eerder onderzocht of, en onder welke voorwaarden, hulpmiddelen er toe leiden dat substitutie kan plaatsvinden. Hierbij valt te denken aan (1) substitutie binnen de thuiszorg (kunnen hulpmiddelen de werkdruk verkleinen?) en (2) de vervanging van intramurale zorg door thuiszorg (kunnen hulpmiddelen de (aanvraag voor) opname in een verzorgingshuis uitstellen?).

Momenteel wordt bijna *f*13 miljard aan extra- en intramurale zorg voor ouderen besteed. De groep alleenstaande 75-plussers (de onderzoekspopulatie in dit proefschrift) gebruikt de meeste zorg: circa 34% heeft gezinsverzorging of wijkverpleging en bijna 39% woont in een verzorgings- of verpleeghuis. In de toekomst zal het aantal (hulpbehoevende) ouderen, en daarmee de druk op de zorgverlening voor ouderen, toenemen. Wanneer een deel van deze ouderen dankzij de inzet van hulpmiddelen minder professionele thuiszorg nodig zou hebben of langer zelfstandig thuis zou kunnen blijven wonen, dan zouden er mogelijk aanzienlijke besparingen kunnen optreden.

3 Beschrijving van de hulpmiddelenmarkt⁷

3.1 Inleiding

Hulpmiddelen voor ouderen staan momenteel volop in de belangstelling van beleidmakers. Deze belangstelling komt voort uit het idee dat hulpmiddelen ouderen kunnen helpen langer zelfstandig te blijven én het besef dat er een aanzienlijke groep mensen is die baat kan hebben bij hulpmiddelen, maar hiervan (nog) geen gebruik maakt. De verwachting is dat het potentiële gebruik van hulpmiddelen groter is dan het feitelijke gebruik (Den Uyl en Fleur, 1991; De Klerk en Huijsman, 1995; Swarte, 1995). Kennelijk zijn er factoren die een optimaal hulpmiddelengebruik verhinderen.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens het krachtenveld dat het gebruik van hulpmiddelen beïnvloedt en de strategieën die de actoren in dit krachtenveld (kunnen) ontwikkelen om hun doelstellingen te realiseren beschreven. Eerst wordt een overzicht gegeven van de verschillende actoren die een belang hebben bij het gebruik van hulpmiddelen en die invloed (kunnen) uitoefenen op dit gebruik (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt nagegaan welke positie deze actoren innemen op de hulpmiddelenmarkt (paragraaf 3.3). Dit betekent dat wordt bekeken welk belang zij hebben bij het al dan niet gebruiken van hulpmiddelen (zo kunnen een stigmatiserend effect of kostenoverwegingen een reden zijn om geen gebruik te maken van hulpmiddelen), hoeveel invloed zij hierop hebben en welke instrumenten zij kunnen aanwenden om dit gebruik te beïnvloeden. Het zal duidelijk worden dat diverse actoren verschillende belangen hebben bij hulpmiddelen en dat dit leidt tot een aantal spanningsvelden. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt nagegaan welke strategieën van de verschillende actoren tot een meer optimaal hulpmiddelengebruik kunnen leiden (paragraaf 3.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte discussie (paragraaf 3.5).

3.2 Actoren op de hulpmiddelenmarkt

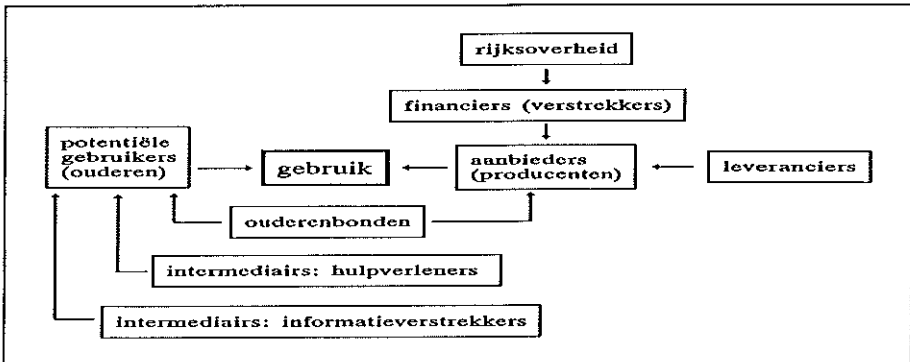
Voordat de belangen van de verschillende actoren worden besproken, wordt eerst nagegaan welke actoren een rol spelen in de hulpmiddelenmarkt en op welke

⁷ Dit hoofdstuk is gebaseerd op: Klerk, M.M.Y. de en T.E.D. van der Grinten. De hulpmiddelenmarkt voor ouderen: analyse van een krachtenveld in de gezondheidszorg. *Gezondheid, theorie in praktijk, in druk.*

Hoofdstuk 3

manier zij zich tot elkaar verhouden. In de economie wordt een markt beschreven als afstemming tussen vraag en aanbod (consumenten en producenten), al dan niet met een regulerende overheid. In het neo-klassieke model van de economie vindt een optimale afstemming tussen vraag en aanbod plaats als er sprake is van een doorzichtige, transparante markt (hetgeen wil zeggen dat iedereen over dezelfde, complete, informatie beschikt over de aangeboden producten) met veel aanbieders en veel vragers en homogene producten (Swarte, 1995). Aan deze voorwaarden wordt op de hulpmiddelenmarkt in het algemeen niet voldaan.

Op de Nederlandse hulpmiddelenmarkt zijn naast consumenten of gebruikers, aanbieders (producenten) en een regulerende overheid, ook andere actoren actief. Zo spelen verschillende soorten intermediairs (hulpverleners, maar ook instituten die voorlichting geven), leveranciers en financiers of verstrekkers een belangrijke rol. In figuur 3.1 worden de actoren en hun relatie schematisch weergegeven.



Figuur 3.1. De verschillende actoren op de hulpmiddelenmarkt en hun relaties

Wat betreft de gebruikers van hulpmiddelen ligt in dit hoofdstuk de nadruk op de oudere gebruikers. Ouderen kunnen op eigen initiatief hulpmiddelen aanvragen of aanschaffen, maar zij kunnen hiertoe ook worden aangezet door hulpverleners. Zowel ouderen als hulpverleners kunnen hun licht opsteken bij organisaties die informatie verschaffen over hulpmiddelen. Producenten zetten hun producten af via allerlei leveranciers. Voor veel hulpmiddelen bestaan vergoedingsmogelijkheden, die door de rijksverheid zijn omschreven. In het hiernavolgende bespreken wij de afzonderlijke actoren uit figuur 3.1.

Bovengenoemde actoren vormen vaak geen eenheid, maar vertegenwoordigen soms zeer heterogene groepen. De groep ouderen, bijvoorbeeld, bestaat zowel uit zeer actieve, ondernemende ouderen die internet verkennen of een wereldreis maken, als uit (zeer) zorgbehoevende mensen die zijn opgenomen in een intramu-

rale instelling. Met betrekking tot de hulpverleners ligt in dit hoofdstuk de nadruk op de hulpverleners uit de eerste lijn die betrokken zijn bij hulpmiddelen. Dit betreft huisartsen, werknemers van de thuiszorg en ergotherapeuten. Alleen al bij de thuiszorg is de verscheidenheid aan deskundigheid zeer groot: hier werken zowel gespecialiseerde, in hulpmiddelen geschoolde, wijkverpleegkundigen als alphahulpen die nauwelijks zijn opgeleid. Bij de rijksoverheid zijn verschillende departementen (ondermeer de Ministeries van VWS, SZW, EZ en VROM) en directies binnen die departementen betrokken bij het hulpmiddelenbeleid (bijvoorbeeld binnen het Ministerie van VWS de directies Genees- en Hulpmiddelenvoorziening, Gehandicaptenbeleid, Ouderenbeleid en Curatieve Somatische Zorg). De belangrijkste financiers van hulpmiddelen zijn zorgverzekeraars en gemeenten. Deze laatste hebben een grote vrijheid om zelf hun hulpmiddelenbeleid vast te stellen. Dit betekent dat de 625 Nederlandse gemeenten, die variëren in aantallen oudere of gehandicapte bewoners of aanwezige voorzieningen, een verschillend hulpmiddelenbeleid kunnen voeren. Ook de leveranciers van hulpmiddelen vertonen grote verscheidenheid. Zo zijn sommige hulpmiddelen te verkrijgen in de detailhandel (Blokker, V&D), en andere in gespecialiseerde revalidatievakhandsels of thuiszorgwinkels. Swarte (1995) schat dat er in Nederland ongeveer 180 producenten van hulpmiddelen en honderden handelaren zijn.

3.3 Beschrijving van het krachtenveld

3.3.1 Rijksoverheid

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor de wet- en regelgeving rondom de verstrekking van hulpmiddelen. Op 1 april 1994, toen de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) van kracht werd, is het stelsel waarin de verstrekking van hulpmiddelen wordt geregeld, ingrijpend gewijzigd (zie bijlage 2). Vóór de invoering van de WVG was de wijze waarop hulpmiddelen werden verstrekt uiterst gecompliceerd. De Bie (1982) spreekt van 'een jungle van wetten en verstreckende instanties, van procedures en paperassen' en Smolenaars (1993) van 'een labyrint'. Dit doolhof leidde er zelfs toe dat sommige mensen tussen wal en schip vielen en niet de benodigde hulpmiddelen kregen, doordat uitvoerende instanties (gemeenten, bedrijfsverenigingen, zorgverzekeraars) naar elkaar verwezen zonder dat er afstemming plaatsvond (SCP, 1988; Grady, 1994). De tijdrovende en ingewikkelde procedures worden beschouwd als één van de oorzaken van het geringe feitelijke gebruik van hulpmiddelen (Schoemakers-Salkinoja en Helsing-Wagner, 1987; Gorter, 1989; Grady, 1994). Dit inzicht was, samen met het feit dat 65-plussers geen aanspraak konden maken op voorzieningen die in het kader van de AAW (Algemene Arbeidsongeschiktheids

Wet) werden verstrekt, aanleiding voor de rijksoverheid om de wet- en regelgeving te vereenvoudigen en de WVG te introduceren. Na invoering van de WVG blijkt echter dat noch het aantal financieringsbronnen (Ministeries van VWS, VROM en SZW), noch het aantal loketten (gemeenten, bedrijfsverenigingen, zorgverzekeraars) is verminderd (Mulder, 1993). Nog steeds is er sprake van een lappendeken aan regelingen. De redenen hiervoor moeten niet alleen worden gezocht in de technische complexiteit van deze materie, maar eveneens in de bestuurlijke complexiteit van het Nederlandse zorgsysteem met zijn vele nevenge-schikte belangen en posities waarop de overheid slechts een bescheiden invloed kan uitoefenen (Van der Grinten, 1996).

De rijksoverheid is ook op een andere manier betrokken bij de hulpmiddelenmarkt (zie ook bijlage 3). Zo sprak het Ministerie van WVC in haar nota 'Thuiszorg in de jaren '90' (1991) de intentie uit om het gebruik van hulpmiddelen in de thuiszorg te bevorderen. Dit leidde tot het Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie (Van Langen, 1993). Hierbij speelden verschillende belangen een rol. Deze varieerden van een betere kwaliteit van leven van de cliënt tot kostenbesparing door substitutie (doordat hulpmiddelen ouderen mogelijk kunnen helpen langer thuis te wonen) of kansen voor het bedrijfsleven (Bosma et al., 1993).

3.3.2 Financiers en verstrekkers

Sinds de invoering van de WVG vallen de woon- en vervoersvoorzieningen, inclusief rolstoelen, onder de verantwoordelijkheid van de gemeente (zie ook bijlage 2). Voor medische hulpmiddelen kan men een beroep doen op de zorgverzekeraar; voor werk- en onderwijsvoorzieningen op de AAW. Van deze laatste voorzieningen maken ouderen nauwelijks gebruik, zodat we ons hier beperken tot de gemeenten en de zorgverzekeraars.

a. Gemeenten als financier

De WVG is een raamwet, hetgeen betekent dat gemeenten vrij zijn om, binnen wettelijke grenzen, de omvang en inhoud van het lokale voorzieningenpakket te bepalen. Wel heeft de gemeente de plicht om iedereen die terecht een beroep doet op de WVG ten minste de noodzakelijke zorg te verlenen. De gemeente moet aan deze zorgplicht voldoen, maar heeft er verder nauwelijks belang bij om het gebruik van hulpmiddelen te stimuleren. Sterker, wanneer teveel mensen een beroep uitoefenen op de WVG, dan moeten gemeenten uit eigen middelen een eventueel tekort op het WVG-budget aanvullen. Volgens Cornelisse (1995) zijn gemeenten daarom spaarzaam met het verstrekken van informatie over vergoe-

dingsmogelijkheden van hulpmiddelen. Wanneer ingrijpende woningaanpassingen nodig zijn, zijn gemeenten erbij gebaat om het bedrag dat nodig is voor deze aanpassing dusdanig hoog in te schatten (boven de f45.000) dat deze kosten door de Ziekenfondsraad worden vergoed. Afstemming over de kosten die gemoeid zijn met de verbouwing kan ertoe leiden dat woningaanpassingen zolang op zich laten wachten dat mensen (tijdelijk) moeten worden opgenomen in een intramurale instelling. Voor gemeenten is dit financieel geen probleem, omdat een intramurale opname buiten het gemeentebudget valt.

Het kabinet stort vanaf 1994 circa f1,1 miljard per jaar in het Gemeentefonds ten behoeve van WVG-voorzieningen en de uitvoering van de WVG. De verdeling van de budgetten uit dit fonds is gebaseerd op het aantal inwoners in een gemeente (Mulder, 1993). Gemeenten hebben daarnaast een beperkte vrijheid om een eigen bijdrage te vragen (Stc. 1993, nr. 227), die wettelijk is gemaximeerd. De invoering van de WVG heeft tot een verhoging van de eigen bijdragen geleid, doordat de inkomensgrenzen om voor een vergoeding in aanmerking te komen zijn verhoogd en de tegemoetkomingen voor vervoerskosten verlaagd (VNG, 1993). In een evaluatie van de WVG geeft 30% van de cliënten die een eigen bijdrage of betaling heeft betaald aan dat zij hierdoor in de financiële problemen is geraakt (Ipsa facto/SGBO, 1995). De overheid heeft dit probleem erkend en besloten om met ingang van 1 januari 1996 de eigen bijdragen te verlagen (Stc. 1995, nr. 215).

b. Zorgverzekeraars als financier

Tussen 1989 en 1996 werden de medische hulpmiddelen vergoed in het kader van de 'Regeling Hulpmiddelen AWBZ' (FOZ 1990). Met ingang van 1 januari 1996 zijn deze hulpmiddelen overgeheveld van de AWBZ naar de ZFW en particuliere verzekering, omdat het kabinet Kok alleen langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's in de AWBZ wil onderbrengen (Stc. 1995, nr. 229). Doordat zorgverzekeraars ook als verbindingskantoor van de AWBZ optraden, merkte de consument weinig van deze overheveling.

Zorgverzekeraars hebben er, vanuit kosten-oogpunt, geen belang bij om mensen hulpmiddelen te verschaffen, teneinde hen langer zelfstandig te laten wonen. Wanneer (hulpbehoevende) mensen in een intramurale voorziening dienen te worden opgenomen, kan de zorgverzekeraar deze kosten immers afwentelen op de AWBZ. Vanuit hetzelfde kosten-oogpunt hebben zorgverzekeraars er belang bij om (dure) hulpmiddelen zoveel mogelijk via een aanvullend pakket te verstrekken, zodat de kosten bij de consument kunnen worden verhaald. Overigens geldt ook voor bepaalde medische hulpmiddelen een eigen bijdrage-regeling (zie bijlage 2).

c. Consumenten als financier

Consumenten betalen niet alleen eigen bijdragen voor bepaalde hulpmiddelen die zij deels via de gemeente of de zorgverzekeraar vergoed krijgen. Er bestaan ook hulpmiddelen (zoals bepaalde consumentenproducten of ADL-hulpmiddelen) die niet worden vergoed en dus volledig door de gebruiker worden bekostigd. Uit onderzoek van De Klerk en Huijsman (1993) blijkt dat voor een zesde van de ouderen de financiën een struikelblok vormen om hulpmiddelen aan te schaffen. Dit geldt niet alleen voor dure hulpmiddelen zoals een magnetron, maar ook voor simpele hulpmiddelen zoals aangepast bestek. Doordat deze niet-vergoede hulpmiddelen vaak producten betreffen die niet absoluut noodzakelijk (alleen comfortverhogend) zijn, kunnen ouderen hiervoor geen beroep doen op de Algemene Bijstandswet (zie bijlage 2). Stephan (1993) waarschuwt ervoor dat ouderen de aanschaf van hulpmiddelen uit- of afstellen als zij deze zelf moeten betalen. Dit geldt zeker voor de oudste groep ouderen, die deze uitgaven vaak 'niet meer de moeite waard vindt' (Stephan, 1993).

3.3.3 Gebruikers/ouderen

Ouderen willen over het algemeen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (Houben, 1985a) en hebben op die manier dus een belang bij hulpmiddelen die dat bevorderen. Uit interviews met 498 alleenstaande, zelfstandig wonende 75-plussers (zie hoofdstuk 4) bleek dat ruim 80% van de ondervraagde ouderen meent dat hulpmiddelen hen helpen om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen (zie tabel 3.1). Circa 70% van de respondenten zou een hulpmiddel willen hebben als ze moeite zouden hebben om zich te wassen en 30% zou liever wijkverpleging krijgen (Wielink et al., 1994). Argumenten om hulpmiddelen te gebruiken zijn het feit dat je met hulpmiddelen de dingen kunt doen zoals je zelf wilt, privacy-argumenten en het gevoel minder afhankelijk te zijn van anderen.

Tabel 3.1. Percentage ouderen dat het (on)eens is met uitspraken over hulpmiddelen

	% eens	% oneens
1 Wanneer ik hulpbehoevender zou worden, denk ik dat ik door hulpmiddelen langer thuis zou kunnen blijven wonen	82,5	7,4
2 Als ik een hulpmiddel heb kan ik de dingen doen op een manier die ik zelf wil	69,8	6,8
3 Met het gebruik van hulpmiddelen ben je minder afhankelijk van anderen	83,1	4,4
4 Met hulpmiddelen heb je geen gevaar dat je privacy in de knel komt maar bij het krijgen van zorg door mensen wel	57,7	18,9

In praktijk blijkt echter dat er allerlei redenen zijn waarom ouderen uiteindelijk toch geen gebruik willen maken van hulpmiddelen. Zo lijken zij slechts bereid een hulpmiddel aan te schaffen als dit strikt noodzakelijk is (Stephan, 1993; Grady, 1994). Vaak schamen ze zich om een hulpmiddel te gebruiken, en hanteren ze liever een 'trucje', zoals zichzelf vasthouden aan een kraan, dan een hulpmiddel (handgreep) te gebruiken (Bowe, 1988; Stephan, 1993). Ouderen hebben dus te kampen met tegenstrijdige belangen: als zij hulpmiddelen gebruiken, dan is voor anderen duidelijk zichtbaar dat zij 'oud en hulpbehoevend' zijn. Veel ouderen zullen dit stigma willen vermijden en daarom geen hulpmiddelen willen gebruiken. Anderzijds zouden ouderen profijt kunnen hebben van hulpmiddelen, omdat deze hen in staat kunnen stellen bepaalde activiteiten zelfstandig uit te voeren en hen dus minder afhankelijk maken van anderen, zoals de thuiszorg of informele hulpverleners. Ook is het mogelijk dat ouderen dankzij hulpmiddelen langer zelfstandig kunnen blijven wonen (Ministerie van VWS, 1995).

Ouderen die de schaamte hebben overwonnen en hulpmiddelen willen gebruiken, stuiten vaak op tal van problemen. Zo is de hulpmiddelenmarkt zeer ondoorzichtig voor ouderen (Swarte, 1995). Ouderen zijn vaak niet op de hoogte van het bestaan van allerlei hulpmiddelen of de vergoedingsregelingen hiervoor (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987; Stephan, 1993; Grady, 1994; Spiering-Wolter, 1994; De Klerk en Huijsman, 1995a). Bovendien menen zij regelmatig, ten onrechte, geen recht op de regeling te hebben (Den Uyl en Fleur, 1991; Smolenaars, 1993). Meer dan de helft van de ouderen is niet of nauwelijks op de hoogte van de WVG (Stc. 1995, nr. 71). Tenslotte zijn ouderen voor veel hulpmiddelen afhankelijk van de inbreng van anderen, die hen voorlichten over of indiceren voor een hulpmiddel. Voor hulpmiddelen die vergoed worden door de zorgverzekeraar of gemeente (zie bijlage 2) hebben mensen een indicatie nodig. Degene die indiceert, bepaalt welk hulpmiddel iemand krijgt vergoed. Alleen bij hulpmiddelen die vrij op de consumentenmarkt verkrijgbaar zijn, kunnen ouderen beslissen welke zij aanschaffen (mits zij voldoende kennis hebben).

3.3.4 Ouderenbonden

Ongeveer 530.000 ouderen zijn lid van één van de drie landelijke ouderenbonden.⁸ Deze bonden behartigen de belangen van hun leden en voorzien hen van informatie. Toen duidelijk werd dat de WVG slechts bij een beperkt deel van de ouderen bekend was, zijn de ouderenbonden een voorlichtingscampagne begonnen

⁸ Zo leert telefonische navraag bij deze bonden.

(Stc. 1995, nr. 71). Het is nog onduidelijk wat deze voorlichtingscampagnes hebben opgeleverd.

Daarnaast hebben de ouderenbonden, in samenwerking met de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV), het 'seniorenlabel', een consumentenkeurmerk voor ouderenhuisvesting, ontwikkeld. Met dit label wordt uitgedrukt dat de woning voor ouderen geschikt is. Er wordt thans op een groot aantal plaatsen geëxperimenteerd met dit seniorenlabel (Scherpenisse, 1994). De ouderenbonden blijken dus op deze manier wel degelijk invloed te kunnen uitoefenen op de hulpmiddelenmarkt, in die zin dat er rekening wordt gehouden met hun (woon-)wensen. Anderzijds kan het label 'ouderenwoning' ook stigmatiserend werken.

3.3.5 Intermediairs: hulpverleners

Juist omdat ouderen zelf vaak weinig op de hoogte zijn van de mogelijkheden die hulpmiddelen kunnen bieden, zijn hulpverleners belangrijke intermediairs: zij kunnen de ouderen adviseren over hulpmiddelen en overhalen om deze te gebruiken. Wij beperken ons hier tot een aantal eerste-lijnshulpverleners, te weten de huisarts, de thuiszorg en de ergotherapeut. Dit neemt niet weg dat ook de specialistische of verpleeghuiszorg een rol speelt op de hulpmiddelenmarkt, bijvoorbeeld bij de informatieverstrekking bij ontslag uit het ziekenhuis (Stephan, 1993) of doordat ergotherapeuten uit het verpleeghuis worden geconsulteerd.

Huisartsen zijn, samen met de medisch specialisten, verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor medische hulpmiddelen. Daarnaast kunnen huisartsen een belangrijke signalerende rol spelen en ouderen attenderen op hulpmiddelen (Verhoeven, 1987). In praktijk verwijst de huisarts vaak naar de thuiszorg of de ergotherapie als een cliënt ADL-hulpmiddelen nodig heeft, omdat hij zelf onvoldoende op de hoogte is van de beschikbare hulpmiddelen en verstrekking-procedures (Groen, 1996).

Ook de hulpverleners in de thuiszorg (gezinsverzorging/wijkverpleging) kunnen een behoefte aan hulpmiddelen signaleren en ouderen wijzen op de mogelijkheden van hulpmiddelen (Verhoeven, 1987). De doelstelling, het bereik en het laagdrempelige karakter van de thuiszorg maken deze tot een belangrijke schakel in het signaleren van problemen van cliënten (Daniëls en Schippers, 1995).

In praktijk blijkt echter dat hulpverleners slecht op de hoogte zijn van de beschikbare hulpmiddelen en hun gebruiksmogelijkheden (Roeloffzen, 1988; Cullen en Moran, 1991; Van Leeuwen, 1992; Bosma et al., 1993). Ook is het dikwijls lastig om te achterhalen door welke instanties de diverse hulpmiddelen worden vergoed (Gehandicaptenraad, 1995). Dit geldt zeker voor hulpverleners die in een

groot werkgebied werken met verschillende WVG-loketten (Groen, 1996). In de beroepsopleiding voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden wordt weinig aandacht besteed aan hulpmiddelen (Daniëls en Schippers, 1995). Deze lacune in kennis wordt deels opgelost door middel van bij- en nascholing (Grady, 1994).⁹ Een nadeel van bijscholingscursussen is dat deze vaak niet verplicht zijn, waardoor juist degenen die geen interesse hebben in hulpmiddelen deze cursussen niet volgen.

Hier ligt een belangrijke oorzaak van de gebrekkige kennis van hulpverleners: zij zijn in het algemeen niet geïnteresseerd in hulpmiddelen. Dit wordt veroorzaakt doordat zij er zelf in het algemeen geen belang bij hebben om hulpmiddelen te adviseren. Zij worden er immers in het algemeen zelf niet beter van als hun cliënten hulpmiddelen gebruiken. Een uitzondering hierop vormen hulpmiddelen die de hulpverleners van de thuiszorg (lichamelijk) kunnen ontlasten, zoals tilliften (Friele en Kerksen, 1995). Ook zijn sommige hulpverleners angstig voor hulpmiddelen: zij zijn bang om steeds verder van de feitelijke zorgverlening af te geraken (Haber, 1986; Van Leeuwen, 1992).

Sommige thuiszorgorganisaties hebben een 'thuiszorgwinkel', waar mensen hulpmiddelen kunnen kopen of huren en waar leden van de thuiszorg hulpmiddelen voor een beperkte tijdsduur kunnen lenen. Deze thuiszorgwinkels hebben er uiteraard wel belang bij dat hulpverleners ouderen attenderen op de mogelijkheden van hulpmiddelen en op de thuiszorgwinkel waar zij deze hulpmiddelen kunnen kopen.

Ergotherapeuten zijn ondermeer opgeleid om mensen te adviseren over hulpmiddelen. Tot voor kort speelden ergotherapeuten nauwelijks een rol in de eerste lijn. Zij waren vooral werkzaam binnen instellingen zoals een verpleeghuis of revalidatiekliniek. Wel werd bij een aantal experimenten ergotherapeutische hulp in de eerste lijn geboden via de wijkverpleging (Nationale Kruisvereniging, 1988), het verzorgingshuis (NIVEL et al., 1993) of het ziekenhuis (Fleuren en Wijkkel, 1993).

Recent heeft het Ministerie van VWS erkend dat ergotherapeuten een belangrijke rol kunnen spelen in de eerste lijn en hiervoor extra geld uitgetrokken (FOZ 1996).¹⁰ Ergotherapeuten hebben dus een belang bij een toenemend gebruik van

⁹ Het NIZW heeft twee cursussen ontwikkeld om de thuiszorg te leren de behoefte aan hulpmiddelen vast te stellen en als intermediair te fungeren bij het verkrijgen van hulpmiddelen (Daniëls et al., 1995a/b). Het KITZ heeft een protocol ontwikkeld om de thuiszorg te ondersteunen bij de aanvraag van hulpmiddelen (Thie, 1995). Ook de Hogeschool Eindhoven en het Revalidatie Informatie Centrum in Hoensbroek verzorgen bijscholingscursussen over hulpmiddelen (Eskes, 1990; Lenssen, 1995).

¹⁰ Hiervoor wordt in 1996 een bedrag van f5 miljoen beschikbaar gesteld en vanaf 1997 jaarlijks f12 miljoen (FOZ 1996).

hulpmiddelen, omdat het waarschijnlijk is dat dan ook de vraag naar ergotherapeutisch advies stijgt, al is niet voor ieder hulpmiddel een advies van een ergotherapeut noodzakelijk.

3.3.6 Intermediairs: informatieverstrekkers

Landelijk zijn er twee instanties die zicht hebben op en informatie bieden over de beschikbare hulpmiddelen:

- Het Revalidatie Informatie Centrum (RIC), dat informeert over hulpmiddelen en samen met uitgeverij Misset de 'Ergowijzer' uitbrengt, met een beschrijving van sterke en zwakke kanten van 8500 hulpmiddelen. Tot en met 1995 bracht het RIC de 'hulpmiddelenwijzer' in eigen beheer uit.
- Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) dat informatie verstrekt over handicaps en ziekten en de Almanak voor Informatie en Advies uitbrengt. Het NIZW heeft met ingang van 1 januari 1996 de taken van het NIG/IDC (Nationaal Informatiesysteem Gehandicapten/Stichting Informatie en Documentatie Centra ten behoeve van het kind met een handicap en zijn ouders) overgenomen, dat het geautomatiseerde NIGSYS had ontwikkeld met publiekgerichte informatie over handicaps en ziekte.

Deze informatieverstreckende instanties hebben niet zozeer belang bij het gebruik van hulpmiddelen, als wel bij het vergroten van de bekendheid van hulpmiddelen. Een groot probleem was dat het RIC en het NIG/IDC weinig bekendheid genoten bij gebruikers en hulpverleners (Grady, 1994). Misset en het NIZW beschikken over een groter netwerk en meer mogelijkheden om de hulpmiddelenoverzichten te verspreiden, bijvoorbeeld via de vakbladen van Misset.

3.3.7 Leveranciers

Hulpmiddelen worden, afhankelijk van de aard van het hulpmiddel en de gemeente waarin men woonachtig is, door diverse organisaties aan de ouderen geleverd (zie ook bijlage 4). Zo levert in veel gemeenten Zorg Voorzieningen Nederland (het voormalige GAK/GMD) de WVG-hulpmiddelen. Daarnaast worden veel hulpmiddelen geleverd door thuiszorg- of Welzorgwinkels, diverse detaillisten (apotheken, drogisten), winkels voor medische hulpmiddelen of opticiens. Ook kunnen ouderen die lid zijn van het kruiswerk hulpmiddelen tijdelijk lenen bij de thuiszorg (de voormalige hulpmiddelendepots van het kruiswerk). Ook zijn eenvoudige ADL-hulpmiddelen en consumentenproducten verkrijgbaar in winkels voor huishoudelijke artikelen. Tenslotte worden de postorderbedrijven een steeds belangrijker leverancier, bijvoorbeeld bij de levering van incontinentiemateriaal (FOZ 1995).

Bij de verstrekking van hulpmiddelen ontbreekt vaak een heldere, Nederlandstalige, gebruiksaanwijzing (Bosma et al., 1993; Grady, 1994) of een goede, op de oudere toegesneden instructie of een korte training (Stephan, 1993; Grady, 1994). Oefening leidt niet alleen tot een vergroting van het gebruik, maar ook tot een veiliger gebruik van hulpmiddelen (Rogers en Holm, 1992; Bosma et al., 1993; Mann et al., 1993). Stephan et al. (1995) wijzen erop dat er geregeld fouten worden gemaakt bij de levering van hulpmiddelen, bijvoorbeeld bij het op maat afstellen of op de juiste plaats installeren van een hulpmiddel.

Er is thans geen enkele instantie verantwoordelijk voor controle op de installatie. Meestal is het uitgangspunt dat de cliënt dit zelf doet. In de praktijk blijkt echter dat ouderen teveel vertrouwen op de organisaties die de hulpmiddelen afleveren of installeren (Stephan et al., 1995). Leveranciers zijn er in het algemeen bij gebaat om klanten tevreden te stellen en dus goede service zoals een gedegen instructie en een juiste aflevering te bieden. Echter, vaak zijn de (oudere) klanten niet degenen die de hulpmiddelen betalen. Immers, veel hulpmiddelen worden vergoed door de zorgverzekeraar of de gemeente. In dat geval is dus niet de oudere de (betalende) klant, maar de financierende instantie; deze is mogelijk met minder of andere service tevreden.

Tenslotte is er niemand die controleert of hulpmiddelen nog steeds worden gebruikt. Veel hulpmiddelen verdwijnen letterlijk in de kast omdat de gezondheidstoestand van de gebruiker is verbeterd of juist verslechterd, bijvoorbeeld als een ziekte progressief is. Een hulpmiddel is dan niet langer nodig of bruikbaar (Bynum en Rogers, 1987; Parker en Thorslund, 1991; Mann et al., 1993). De verstrekkers hebben er belang bij om na te gaan welke hulpmiddelen niet meer worden gebruikt, omdat zij deze dan immers elders kunnen proberen in te zetten.

3.3.8 Producenten

Producenten van hulpmiddelen zijn in het algemeen geïnteresseerd in het maximaliseren van hun winst. Voor het bedrijfsleven vormen ouderen in beginsel een aantrekkelijke markt. Niet alleen omdat het aantal ouderen groeit, maar ook omdat ouderen in de toekomst een beduidend betere financiële positie hebben dan de huidige ouderen. Dit is het gevolg van meer en betere pensioenen, een gemiddeld hoger opleidingsniveau (dat resulteert in een hoger (eind)inkomen) en een betere economische situatie gedurende het werkzame leven (waardoor zij meer mogelijkheden hadden om te sparen). Uiteraard is er ook een groep ouderen waarbij de financiële situatie er minder rooskleurig uit ziet. Dit betreft met name de alleenstaande 75-plussers (Willems & Van den Wildenberg, 1994).

Hoofdstuk 3

Veel ouderen hebben niet alleen een goed inkomen, maar hebben ook relatief lage kosten doordat de hypotheek is afbetaald en de kinderen het huis uit zijn. Ook zijn ouderen meer dan vroeger bereid geld uit te geven (Langman, 1993). Het is dan ook niet verbazingwekkend dat producenten een toenemende belangstelling hebben voor oudere consumenten en hun assortiment vaak zodanig aanpassen dat hun producten ook ouderen aanspreken (bijvoorbeeld seniorenreizen).

Ondanks het feit dat het aantal ouderen groeit, en daarmee ook het aantal ouderen dat beperkingen heeft en dus mogelijk een beroep zal doen op hulpmiddelen, zien producenten de hulpmiddelenmarkt niet als een aantrekkelijke markt om in te investeren (Swarte, 1995). Hiervoor zijn twee oorzaken aan te geven.

- 1 Een aantal auteurs schrijft het verschil tussen het potentiële en het werkelijke gebruik van hulpmiddelen toe aan de stigmatiserende werking van sommige producten (Blom-Fuhri Snethlage, 1986; Schmidt, 1986; Bowe, 1988; Prakken, 1992; Rogers en Holm, 1992; Mann et al., 1993). Bedrijven zijn bang voor een negatief imago als zij zich teveel op de hulpbehoevende ouderen richten. Daarom is het voor producenten van hulpmiddelen belangrijk om vooral het comfort van producten te benadrukken zonder de handicaps of beperkingen van ouderen te noemen (een hoge stoel zit lekker; dat je met een hoge stoel ook makkelijk op kan staan is dan een prettige bijkomstigheid).
- 2 Een andere reden waarom producenten nauwelijks in hulpmiddelen willen investeren is de manier waarop hulpmiddelen worden verstrekt, namelijk via de gemeente of de zorgverzekeraar. Dit systeem belemmert de innovatie van nieuwe producten (Swarte, 1995). Bij innovatieprocessen is er immers sprake van zowel een 'technology push' (wanneer nieuwe producten worden ontwikkeld als gevolg van technische ontwikkelingen) als een 'market pull' (wanneer de behoeften van bijvoorbeeld ouderen leiden tot een vraag aan bedrijven om nieuwe producten te ontwikkelen). Bij de hulpmiddelenmarkt is er echter nauwelijks sprake van een market pull, doordat niet de consumenten, maar een beperkt aantal gemeenten of zorgverzekeraars voor hen de vraag bepalen (Grady, 1994; Swarte, 1995). Voor deze verstrekkers is een gevarieerder aanbod aan hulpmiddelen nauwelijks interessant, omdat zij het goedkoopste adequate hulpmiddel dienen te adviseren. Dit leidt er toe dat fabrikanten zich beperken tot die hulpmiddelen die op dit moment zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket. Zij zijn niet geïnteresseerd in investeringen in deze sector, omdat ze het risico lopen dat deze hulpmiddelen niet worden vergoed. Het ontwikkelen van nieuwe producten is immers duur en de vraag is tamelijk klein (immers, lang niet alle ouderen hebben beperkingen). De kans dat fabrikanten aan hulpmiddelen kunnen verdienen is dan gering.

De kwaliteit van hulpmiddelen wordt (in Nederland) gemiddeld als onvoldoende beoordeeld (Swarte, 1995). Toen de GMD nog de AAW-voorzieningen verstrekte (zie bijlage 2), stelde zij een GMD-keurmerk als inkoopvoorwaarde. Met de invoering van de WVG heeft dit GMD-keurmerk¹¹ aanzienlijk aan kracht ingeboet omdat nu elke gemeente haar eigen inkoopbeleid voert. Veel mensen betwijfelen of de gemeenten wel over voldoende deskundigheid beschikt om over de technische kwaliteit van voorzieningen te beslissen (Raad van State, 1991-1992; NOTA, 1993; Moerkens, 1994). Als deze twijfel gegrond is, betekent dit dat ook in de toekomst de kwaliteit van hulpmiddelen gering zal zijn.

3.4 Strategieën voor een beter hulpmiddelengebruik

Hiervoor is een overzicht gegeven van de voornaamste actoren die belang hebben bij het al dan niet stimuleren van het gebruik van hulpmiddelen en die tezamen dit hulpmiddelengebruik beïnvloeden. Hierbij is een aantal spanningen in de hulpmiddelenmarkt zichtbaar geworden. Dit inzicht in de hulpmiddelenmarkt en de spanningen die zich daarbinnen afspelen, biedt aanknopingspunten voor een betere afstemming tussen vraag en aanbod. Hierbij zijn zowel maatregelen aan de vraag- als aan de aanbodzijde van de hulpmiddelenmarkt mogelijk.

Een belangrijke randvoorwaarde voor dit afstemmingsproces is de wet- en regelgeving rondom hulpmiddelen. Deze is nog steeds erg ingewikkeld: voor consumenten is het moeilijk om te achterhalen welke hulpmiddelen worden vergoed en waar deze aangevraagd kunnen worden. Bovendien leidt de huidige wetgeving tot afstemmingsproblemen tussen de diverse financiers (gemeente, zorgverzekeraar, Ziekenfondsraad). Daarnaast hebben de onderscheiden financiers verschillende belangen: zo zijn de rijksoverheid en zorgverzekeraars erbij gebaat dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, eventueel dankzij de inzet van hulpmiddelen. Gemeenten, belangrijke financiers van woningaanpassingen, rolstoelen en loophulpmiddelen, hebben er echter geen direct belang bij om ouderen van goede hulpmiddelen te voorzien, behalve dat zij een zorgplicht hebben waaraan zij moeten voldoen. Het vergoedingensysteem zou aanzienlijk kunnen worden versimpeld als er één regeling zou komen met één financier, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar (Van Asbeck, 1993).

¹¹ Voor producten die aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoen. Thans wordt dit keurmerk uitgegeven door de Stichting KBOH (Kwaliteits en Bruikbaarheidsonderzoek van Hulpmiddelen voor gehandicapten en ouderen). Deze Stichting wordt gesubsidieerd door de Ministeries van SZW en VWS (Nota 'Gehandicaptenbeleid'; Tweede Kamer 1994-1995).

Gegeven de complexiteit van de hulpverleningsarrangementen en de interdependente bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg is het echter niet te verwachten dat deze eenheid in bestuur en financiering spoedig gerealiseerd zal zijn. Dat betekent dat er op korte termijn uitgekeken moet worden naar andere, minder verstreckende, methoden, die het functioneren van de hulpmiddelenmarkt kunnen verbeteren en de afstemming tussen vraag en aanbod vergroten.

Ten eerste is een aantal maatregelen mogelijk aan de vraagzijde. Op dit moment is de hulpmiddelenmarkt voor consumenten zeer ondoorzichtig; bij ouderen ontbreekt het overzicht van het beschikbare assortiment hulpmiddelen. De informatie die er is lijkt weinig toegankelijk. De overheid zou meer kunnen doen om hulpmiddelen en de vergoedingsmogelijkheden meer bekendheid te geven, bijvoorbeeld door de brochure 'voorzieningen om langer zelfstandig te blijven' (Ministeries van SWZ, VROM en WVC, 1994) op grotere schaal te verspreiden. Dit zou dan met name een taak zijn voor de landelijke overheid, omdat de lokale overheid er niet bij gebaat is wanneer veel mensen een beroep doen op de WVG. Ook de ouderenbonden kunnen een informerende functie naar hun achterban uitoefenen.

Ouderen hebben weinig invloed op de producten die worden aangeboden doordat zij slechts op een indirecte manier de vraag bepalen. De verstreckende instanties bepalen immers voor hen welke hulpmiddelen worden afgenomen. Het Ministerie van VWS bezint zich thans over een persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen (Van der Marel, 1995).¹² Als zo'n budget er komt, hebben gebruikers meer invloed op de hulpmiddelenmarkt, doordat zij dan zelf bepalen welke producten zij afnemen. In dat geval is adequate informatie, bijvoorbeeld over de kwaliteit van hulpmiddelen, van groot belang, omdat consumenten dan een gefundeerde keuze tussen hulpmiddelen moeten kunnen maken.

Het is belangrijk om zich te realiseren dat alleen informatie niet voldoende is. Een aantal ouderen zal geen hulpmiddelen willen gebruiken, bijvoorbeeld omdat zij bang zijn voor het stigma 'oud en hulpbehoevend'. Hierbij zijn twee soorten acties mogelijk. Ten eerste kan men proberen de attitude van ouderen ten aanzien van hulpmiddelen te veranderen. Dit kan bijvoorbeeld door de voordelen en het gemak van producten beter over het voetlicht te brengen. Ten tweede kan het stigmatiserende effect worden verminderd door design en vormgeving. Hulpverleners wijzen er op dat er sinds er rollators in allerlei kleuren te verkrijgen zijn, meer mensen met een rollator op straat lopen dan toen er alleen metaalkleurige rollators op de markt waren. Hier ligt een taak voor producenten.

¹² Er is wel een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging, maar daarvan mogen geen hulpmiddelen worden aangeschaft.

Hiermee komen we op de aanbodzijde van de markt. Ook producenten kunnen op korte termijn een bijdrage leveren aan de reductie van de bestaande spanning tussen vraag en aanbod op de hulpmiddelenmarkt door hun producten beter af te stemmen op de wensen van (oudere) cliënten. In de eerste plaats zouden producenten meer gebruik kunnen maken van ouderen bij het ontwikkelen van producten. Een beproefd middel hiervoor is het gebruik van consumentenpanels (Royers, 1994). Dit zijn groepen (potentiële) consumenten, bijvoorbeeld ouderen, die de behoeften aan nieuwe hulpmiddelen kunnen identificeren of hun reacties kunnen geven op nieuwe producten (Brickfield, 1984; Blom-Fuhri Snethlage, 1986; Gardner et al., 1993).

Een aanzet voor het werken met een consumentenpanel gaven de ouderenbonden, met de ontwikkeling van het 'seniorenlabel' voor woningen die geschikt zijn voor ouderen. Zij hebben bestaande producten geëvalueerd en een pakket van eisen aangedragen waar goede woningen volgens hen aan zouden moeten voldoen. Consumentenpanels van ouderen zouden ook een consumentenkeurmerk voor hulpmiddelen kunnen ontwikkelen en op die manier de kwaliteit van hulpmiddelen bevorderen. Zo'n consumentenkeurmerk heeft echter alleen zin als hieraan consequenties worden verbonden, zoals het kunnen weigeren van hulpmiddelen die niet aan de eisen voldoen.

Tenslotte zouden producenten marktstrategieën kunnen ontwikkelen die de voordelen van producten (zoals het gemak) benadrukken zonder dat mensen zich door die producten gestigmatiseerd voelen (Bowe, 1988; Van der Ster, 1989). Op die manier lopen bedrijven ook minder risico om het stigma te krijgen dat zij vooral voor ouderen produceren.

In dit hoofdstuk zijn naast de producenten en de consumenten nog enkele andere actoren genoemd die een rol kunnen spelen bij de afstemming van vraag naar en aanbod van hulpmiddelen.

Hulpverleners kunnen ouderen adviseren op het gebied van hulpmiddelen. Echter, huisartsen en de thuiszorg hebben weinig zicht op de beschikbare hulpmiddelen en hun vergoedingsmogelijkheden. Dit kennisgebrek is deels te compenseren door voorlichting over hulpmiddelen, ook tijdens de opleiding (Gosman-Hedström et al., 1988; Groenewegen en Hutten, 1989). Voorlichting zal echter weinig effectief zijn, zolang hulpverleners er geen belang bij hebben om ouderen te adviseren over hulpmiddelen. Of een hulpverlener over hulpmiddelen adviseert, is thans sterk afhankelijk van de attitudes en interesses van de individuele hulpverlener (Groen, 1996). Alleen wanneer de thuiszorgwinkels een grote vlucht nemen of wanneer er meer hulpmiddelen op de markt komen waar hulpverleners zelf baat bij hebben, zoals tilliften, is het te verwachten dat hulpverleners zich écht zullen inspannen om ouderen te stimuleren om hulpmiddelen te gebruiken.

Hoofdstuk 3

De verstreckende instanties zouden geregeld moeten verifiëren of verstrekte hulpmiddelen nog in gebruik zijn. Wanneer hulpmiddelen niet meer worden gebruikt, dan kan worden nagegaan of ze eventueel elders kunnen worden ingezet (Blom-Fuhri Snethlage, 1986; Bynum en Rogers, 1987; Parker en Thorslund, 1991), om zo een betere allocatie van hulpmiddelen te bewerkstelligen. Zeker nu het gebruik van hulpmiddelen en de daarmee gepaard gaande kosten toenemen (FOZ 1995) is een recycle-systeem voor hulpmiddelen van belang. Ditzelfde geldt voor woningaanpassingen: het lokale huisvestingsbeleid is nauwelijks gericht op hergebruik van aangepaste woningen. Hierdoor worden aangepaste woningen soms aan niet-gehandicapten toegewezen, die de aanpassingen weer verwijderen (Ministerie van VROM, 1990).

3.5 Discussie

In dit hoofdstuk is een rondgang gemaakt langs de actoren die tezamen het krachtenveld vormen dat het gebruik van hulpmiddelen beïnvloedt, waarbij de belangen en de mechanismen in dit krachtenveld zichtbaar zijn gemaakt. Hiermee is ook een aantal knelpunten in het systeem opgespoord. Er bestaat een complexe wet- en regelgeving rondom de vergoeding van hulpmiddelen, de hulpmiddelenmarkt is nauwelijks inzichtelijk voor consumenten en hun adviseurs en nauwelijks interessant voor producenten vanwege het feit dat een 'market pull' ontbreekt. Uit de beschrijving en de analyse kwamen twee mogelijke strategieën naar voren om het gebruik van hulpmiddelen te verbeteren:

- 1 Eenheid van bestuur en financiering. Dit is nastrevenwaardig, maar als het hier al van komt, dan zal dit pas op langere termijn zijn.
- 2 Op de korte termijn is een aantal strategieën mogelijk om het gebruik van hulpmiddelen te verbeteren. De positie van de oudere zou kunnen worden versterkt als er een betere voorlichting aan ouderen over de beschikbare hulpmiddelen en hun vergoedingsmogelijkheden zou komen. Deze voorlichting zou niet alleen kunnen worden gegeven door de rijksoverheid, maar ook door ouderenbonden. Met een persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen zouden ouderen zelf de vraag kunnen bepalen. Zo zijn zij niet afhankelijk van verstreckende organisaties. Het is wel belangrijk te realiseren dat veel ouderen geen hulpmiddelen willen gebruiken, vanwege het stigmatiserende karakter van hulpmiddelen. Hier ligt een belangrijke taak voor producenten: zij zouden zich meer moeten richten op de wensen van oudere gebruikers, bijvoorbeeld door consumentenpanels op te zetten. Daarnaast zouden zij meer oog moeten hebben voor de vormgeving van hun producten.

4 Methoden (Het Randstadproject)

4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken zijn de resultaten van een literatuurstudie naar (de knelpunten bij) het gebruik van hulpmiddelen beschreven. Hierbij is duidelijk geworden dat er in Nederland, voor zover bekend, nauwelijks onderzoek is verricht naar de relatie tussen het gebruik van hulpmiddelen en het gebruik van zorgverlening. Dit was voor de randstadprovincies Zuid-Holland, Noord-Holland en Utrecht aanleiding om onderzoek te laten verrichten naar de behoefte aan en de mogelijkheden van de inzet van hulpmiddelen bij ouderen thuis. Er werd verwacht dat hulpmiddelen kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van ouderen en zo de behoefte aan zorg (zowel extra- als intramuraal) kunnen verminderen (zie hoofdstuk 2).

De directe aanleiding voor dit project vormde de toenemende vergrijzing (zie hoofdstuk 1), een dreigende ondercapaciteit van verzorgingshuisplaatsen in delen van de randstad (als gevolg van de groeiende vergrijzing van de bevolking) en een tekort aan personeel in de zorgsector (Van Tits en Groot, 1991; Van der Windt, 1991; Swarte, 1995). In de gezondheidszorg is de werkdruk de laatste jaren enorm verhoogd door de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken (Groenewegen en Hutten, 1989). Bovendien wilden de provincies tegemoet komen aan de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen (Houben, 1985a).

Bij het 'Randstadproject' zijn drie fasen te onderscheiden:

- 1 Denktank (1991-1992)
In paragraaf 4.2 wordt aandacht besteed aan de 'denktank' die het onderzoeksterrein en de onderzoekspopulatie heeft afgebakend.
- 2 Marktbehoefte-onderzoek onder ouderen en hulpverleners (1992-1993)
Dit deelonderzoek had als doel inzicht te verschaffen in het huidige en potentiële gebruik van hulpmiddelen door ouderen en in de knelpunten die zich voordoen bij het verkrijgen van hulpmiddelen. Hierbij werd gebruik gemaakt van verschillende steekproeven en onderzoeksinstrumenten (zie paragraaf 4.3).
- 3 Pilotproject (1994-1995)
Naar aanleiding van het marktbehoefte-onderzoek hebben de randstadprovincies een pilotproject geïnitieerd, teneinde na te gaan welke effecten (het stimuleren van) het gebruik van hulpmiddelen heeft op het gebruik van (professionele thuis)zorg. De selectie van de respondenten en de gehanteerde onderzoeksmethode komen aan de orde in hoofdstuk 8.

4.2 Denktank

Op initiatief van de provincie Zuid-Holland¹³ is eind 1991 een denktank geformeerd. Deze denktank, die bestond uit een aantal mensen die werkzaam waren op het terrein van hulpmiddelen of zorgverlening aan ouderen, heeft de provincie geadviseerd om een onderzoek naar de mogelijkheden van hulpmiddelen te laten verrichten. Hierbij heeft de denktank een aantal suggesties gegeven om het brede terrein van hulpmiddelen (zie hoofdstuk 1) in te perken. De bevindingen van deze denktank zijn beschreven door Willems & Van den Wildenberg (1992).

Samengevat heeft de denktank de volgende adviezen gegeven voor het onderzoek:

- De onderzoekspopulatie dient te bestaan uit zelfstandig wonende, alleenstaande, 75-plussers, met extra aandacht voor ouderen met een positieve indicatie voor het verzorgingshuis, omdat vooral deze ouderen een hoog risico hebben op het gebruik van (intramurale) zorg.
- Het onderzoek moet zich richten op de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), omdat deze vaak een probleem vormen voor ouderen en aanleiding zijn voor opname (Heijnen en Graafmans, 1991). Binnen de ADL-activiteiten dient het onderzoek zich te richten op de ADL-activiteiten die voor veel ouderen problematisch zijn, zoals het baden of douchen of het zich verplaatsen. Met de lichtere ADL-handelingen als 'eten en drinken' en 'gezicht en handen wassen' hebben minder mensen moeite. Bovendien wordt verondersteld dat als iemand deze ADL-activiteiten niet meer kan uitvoeren, intramurale opname niet meer met hulpmiddelen is te voorkomen.
- Relatief eenvoudige, breed inzetbare hulpmiddelen en aanpassingen dienen het onderwerp van studie te zijn. Nieuw te ontwikkelen hulpmiddelen of ingrijpende woningaanpassingen blijven dus buiten beschouwing.

4.3 Marktbehoefte-onderzoek

De adviezen van de denktank vormden het uitgangspunt van de tweede onderzoeksfase: het marktbehoefte-onderzoek. Dit onderzoek diende indicaties te geven over de omvang van de markt voor hulpmiddelen (hoeveel ouderen gebruiken hulpmiddelen of kunnen hier baat bij hebben) en mogelijke knelpunten bij het gebruik van hulpmiddelen. In dit deelonderzoek is gebruik gemaakt van een zogenaamd 'dwarsdoorsnede-onderzoek', waarbij een groep a-select gekozen ouderen éénmalig is geënquêteerd. Binnen deze groep kunnen subgroepen worden onderscheiden, zoals de ouderen die wel of geen gebruik maken van hulpmiddelen of ouderen die al dan niet op de wachtlijst staan voor een verzorgingshuis. Een nadeel van dit type onderzoek is dat geen causale samenhang kan worden vastgesteld. Wel kan causale samenhang worden vermoed (op basis van veronder-

¹³ De beide andere randstadprovincies hebben zich pas later bij het project aangesloten.

stellingen, bijvoorbeeld op grond van literatuur). Voor het aantonen van een causale samenhang is longitudinaal onderzoek nodig. Van dit type onderzoek is gebruik gemaakt bij de evaluatie van het pilotproject (zie hoofdstuk 8).

Het marktbehoefte-onderzoek bestond uit drie onderdelen:

- 1 Mondelinge enquête onder ouderen (paragraaf 4.3.1).
- 2 Schriftelijke enquête onder hulpverleners (paragraaf 4.3.2).
- 3 'Proeftuin' (paragraaf 4.3.3).

De hoofdstukken 5 tot en met 7 geven de resultaten weer van diverse onderdelen van het marktbehoefte-onderzoek (zie figuur 4.1). Omdat met name de gegevens uit de mondelinge enquête bij ouderen in aantal hoofdstukken terugkomen, wordt hier uitgebreider bij stilgestaan dan bij de beide andere onderdelen.

(mondelinge) enquête onder ouderen	H5	H6	H7
(schriftelijke) enquête onder hulpverleners			H7
proeftuin			H7

Figuur 4.1. Overzicht van de onderzoeksinstrumenten die ten grondslag liggen aan hoofdstuk 5 tot en met 7

4.3.1 Mondelinge enquête onder ouderen

In september en oktober 1992 zijn ruim 600 zelfstandig wonende, alleenstaande, 75-plussers geïnterviewd. In deze paragraaf wordt eerst aandacht besteed aan de selectie van de respondenten en vervolgens aan de enquête die werd gebruikt.

Selectie onderzoekspopulatie

Het marktbehoefte-onderzoek heeft plaatsgevonden bij ouderen in zes gemeenten, te weten Bunnik, Dordrecht, Haarlem, Veenendaal, Waddinxveen en Zijpe. Hierbij is een trapsgewijze steekproefprocedure gevolgd, waarin eerst gemeenten en daarbinnen vervolgens ouderen werden geselecteerd. Bij de selectie van de gemeenten is gestreefd naar een steekproef van kleine, middelgrote en grote gemeenten, gespreid over de drie randstadprovincies. Hoewel de gemeenten onderling verschillen in het percentage ouderen dat in de gemeente woonachtig is (in de kleinere gemeenten wonen relatief minder ouderen), is het gemiddelde percentage ouderen in deze gemeenten vrijwel gelijk aan het landelijk percentage.¹⁴ Ook de verzorgingshuiscapaciteit, gerelateerd aan het aantal ouderen,

¹⁴ In dit onderzoek wordt niet naar de afzonderlijke gemeenten gekeken, maar alleen naar de onderzoeksgroep als geheel.

Hoofdstuk 4

verschilt nauwelijks van het landelijke percentage. Tenslotte is geverifieerd dat er bij deze gemeenten geen bijzondere interventies op het terrein van hulpmiddelen (zoals een voorlichtingscampagne) hadden plaatsgevonden.

In de tweede stap van de selectieprocedure binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van twee steekproeven onder ouderen. Ten eerste is via de gemeenten (afdeling bevolking) een groep a-selecte alleenstaande 75-plussers die zelfstandig woonden (dat wil zeggen niet in een verzorgings- of verpleeghuis) benaderd. Met behulp van deze groep, die in het vervolg wordt omschreven als de 'representatieve steekproef' (omdat deze groep volkomen willekeurig uit de gemeentebestanden is gekozen) kon inzicht worden verkregen in het gebruik van hulpmiddelen door alleenstaande ouderen. Ten tweede is een groep alleenstaande 75-plussers ondervraagd die op de wachtlijst stonden voor het verzorgingshuis. De adressen van deze tweede groep zijn verkregen via de indicatiecommissies in Dordrecht en Veenendaal. Het doel van deze steekproef was inzicht te krijgen in de mogelijkheden die hulpmiddelen bieden om een opname uit te stellen bij een groep die op het punt stond naar het verzorgingshuis te verhuizen (zie ook hoofdstuk 7).

Aan de gemeenten en indicatiecommissies werd gevraagd om zelfstandig wonende, alleenstaande 75-plussers voor het onderzoek te selecteren. In de grote gemeenten werd uit de adressen a-select een steekproef getrokken. Wanneer in dit proefschrift wordt gesproken van alleenstaande ouderen, wordt hiermee bedoeld op ouderen die alleen wonen, ongeacht hun burgerlijke staat. Een weduwe die bij haar dochter woont, wordt niet als alleenstaand beschouwd. De selectie van alleenstaanden was ingewikkeld, doordat bij de burgerlijke stand wel de burgerlijke staat is geregistreerd, maar niet is vastgelegd of iemand zijn of haar huishouden deelt met iemand anders dan een partner (bijvoorbeeld een zus).

De zes eerder genoemde gemeenten leverden in totaal 918 adressen en de beide indicatiecommissies 254 adressen (zie tabel 4.1). Van de 1172 ouderen weigerden 564 hun medewerking aan de enquête te verlenen (respons 48,1%). Hiervan is 29,4% te wijten aan een onjuiste selectie (mensen die toch samenwoonden of inmiddels waren verhuisd of opgenomen). Als we deze onjuiste selectie, de zogenaamde kaderfouten, buiten beschouwing laten is de respons 60,4%. Een respons van ongeveer 60% is niet ongebruikelijk bij onderzoek onder zelfstandig wonende 75-plussers (Koedoot et al., 1990; Romijn et al., 1990; Broomhaar et al., 1991).

De non-respons is deels te verklaren doordat ouderen niet meer in staat waren om aan de enquête mee te werken (15,1% van de 398 non-respondenten). Daarnaast heeft 71,6% niet aan de enquête mee willen werken. Mogelijke oorzaken hiervan kunnen zijn: geen belangstelling in het onderwerp, de enquêteduur (deze was

gemiddeld circa 1½ uur) of de angst om een vreemde binnen te laten. Van 53 ouderen (13,3%) uit Dordrecht is de reden van non-respons niet bekend: deze ouderen hadden zich afgemeld bij de gemeente. Deze gemeente vroeg de ouderen vooraf toestemming om hun adres aan de onderzoekers door te mogen geven.

Tabel 4.1. Respons marktbehoefte-onderzoek, in absolute aantallen

	gemeente	indicatiecomm.	totaal
totaal	918	254	1172
respons	500	108	608
non-respons	418	146	564
redenen non-respons			
• onjuist adres	118	48	166
• weigering	227	58	285
• niet in staat	42	18	60
• onbekend	31	22	53

Er zijn 608 ouderen geënquêteerd. Zes ouderen zijn uit het bestand verwijderd, omdat zij inconsistente antwoorden gaven en volgens de enquêteur 'in de war' waren. Van de overgebleven 602 respondenten zijn er 498 afkomstig uit de gemeentelijke steekproeven en 104 van de indicatiecommissies. Een aantal achtergrondkenmerken van beide groepen ouderen is opgenomen in tabel 4.2.

Tabel 4.2. Achtergrondkenmerken respondenten mondelinge enquête

	oorsprong steekproef		wachtlĳst verzorgingshuis	
	gemeente N=498	ind.comm. N=104	nee N=435	ja N=167
man	91 (18,3%)	13 (12,5%)	82 (18,9%)	22 (13,2%)
vrouw	407 (81,7%)	91 (87,5%)	353 (81,1%)	145 (86,8%)
75 - 79 jaar	222 (44,6%)	21 (20,2%)	201 (46,2%)	42 (25,1%)
80 - 84 jaar	183 (36,7%)	48 (46,2%)	156 (35,9%)	75 (44,9%)
85 - 89 jaar	70 (14,1%)	25 (24,0%)	59 (13,6%)	36 (21,6%)
> 90 jaar	23 (4,6%)	10 (9,6%)	19 (4,4%)	14 (8,4%)
gem. leeftijd in jaren (standaarddeviatie)	80,9 (4,3)	83,2 (4,4)	80,7 (4,2)	82,7 (4,5)
gehuwd	3 (0,6%)	2 (1,9%)	2 (0,5%)	3 (1,8%)
gescheiden	22 (4,4%)	2 (1,9%)	20 (4,6%)	4 (2,4%)
weduwe(naar)	419 (84,1%)	92 (88,5%)	363 (83,4%)	148 (88,6%)
nooit gehuwd geweest	38 (7,6%)	6 (5,8%)	38 (8,7%)	6 (3,6%)
onbekend	16 (3,2%)	2 (1,9%)	12 (2,8%)	6 (3,6%)

Hoofdstuk 4

Wanneer wordt gesproken over 'ouderen op de wachtlijst voor het verzorgingshuis' betreft dit zowel de respondenten die via de indicatiecommissies zijn verworven (N=104) als ouderen uit de representatieve steekproef die zelf aangeven op zo'n wachtlijst te staan (N=63).

De ouderen wier adres is verkregen via de indicatiecommissies, respectievelijk de ouderen die op de wachtlijst staan voor het verzorgingshuis zijn gemiddeld iets ouder dan de ouderen die zijn geworven via de gemeenten respectievelijk niet op de wachtlijst staan voor het verzorgingshuis ($t=-5,0$; $p<0,001$; zie tabel 4.2). Het geslacht en de burgerlijke staat van beide groepen verschilt niet significant.

Representativiteit

Enige controle op de representativiteit van de gegevens is mogelijk door de leeftijdsverdeling van de populatie te vergelijken met die van de uiteindelijke respondenten. Omdat er geen populatie-gegevens beschikbaar zijn van ouderen op de wachtlijst voor het verzorgingshuis, is een vergelijking gemaakt tussen het oorspronkelijk aangeleverde adressenbestand en de uiteindelijke respondenten. Hieruit blijkt dat de groep boven de 85 jaar enigszins is ondervertegenwoordigd bij de respondenten (zie tabel 4.3).

Tabel 4.3. Achtergrondkenmerken respondenten mondelinge enquête en populatie

	respondenten*			populatie*		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
'representatief'	N=91	N=407	N=498	N=7.233	N=15.337	N=22.570
75 - 79 jaar	49%	44%	45%	52%	42%	45%
80 - 84 jaar	34%	38%	37%	30%	32%	31%
85 - 89 jaar	12%	15%	14%	13%	18%	16%
> 90 jaar	5%	4%	4%	5%	8%	7%
indic. comm.	N=13	N=91	N=104	N=28	N=199	N=227
75 - 79 jaar	15%	21%	20%	21%	21%	21%
80 - 84 jaar	54%	45%	46%	29%	41%	39%
85 - 89 jaar	15%	25%	24%	25%	28%	27%
> 90 jaar	15%	9%	10%	25%	11%	13%

* Bij de 'representatieve steekproef' gaat het bij de respondenten alleen om alleenstaande zelfstandig wonende ouderen en bij de populatie om alle inwoners van de zes gemeenten

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vooral deze groep hoogbejaarde ouderen niet meer in staat was om deel te nemen aan de enquête. Een andere verklaring is dat de cijfers met betrekking tot de populatie ook ouderen omvat die zijn opgenomen in een intramurale instelling. Dit betreft vooral de oudste groep ouderen. De

verschillen tussen de respondenten en de populatie zijn zo gering dat kan worden aangenomen dat de selectieve uitval van de oudste groep ouderen geen bedreiging voor de representativiteit vormt.

Ook wanneer we de zelfredzaamheid van de respondenten vergelijken met de Nederlandse populatie ouderen is er geen reden om aan te nemen dat er selectie van de respondenten heeft plaatsgevonden: bij de representatieve steekproef heeft 53% van de ouderen met geen enkele ADL-activiteit moeite. Bij een onderzoek van het CBS bleek 52% van de zelfstandig wonende 75-plussers alle ADL-handelingen zelf uit te kunnen voeren (CBS, 1993).

Operationalisatie van de variabelen

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een volledig gestructureerde vragenlijst. Hierin werd eerst een aantal sociaal-demografische kenmerken, zoals geslacht, geboortedatum en burgerlijke staat, geïnventariseerd (zie ook tabel 4.2). Vervolgens zijn vragen gesteld over de woonvorm, sociaal-economische status, gezondheid, hulpbehoefte, gevoelens van eenzaamheid en depressiviteit, het bezit en gebruik van hulpmiddelen en het gebruik van diverse vormen van hulp.

• *Woonvorm*

Bij de woonvorm werden aanvankelijk acht categorieën onderscheiden (eengezinswoning, flat, bejaardenwoning, aanleunwoning, benedenwoning, serviceflat, bovenwoning en 'anders'), die later zijn ingedikt¹⁵ tot drie categorieën: (1) een 'gewone' woning, (2) een wat kleinere, gelijkvloerse woning (flat of bejaardenwoning) en (3) een aangepaste woning, zoals een aanleunwoning of een serviceflat. Van de respondenten woonde 51% in een 'gewone' woning, 38% in een wat kleinere, gelijkvloerse woning en 11% in een aangepaste woning.

• *Sociaal-economische status*

Bij onderzoek naar sociaal-economische status worden in het algemeen opleiding, beroep(sprestige) en inkomen van belang geacht (Van Berkel-Van Schaik en Tax, 1990; Stolwijk en Raat, 1990). In dit onderzoek is afgezien van vragen over het beroep, omdat het hier over alleenstaande 75-plussers gaat. Dit betreft in veel gevallen vrouwen die nooit een betaalde baan hadden.

Bij het inkomen is gevraagd naar de hoogte van het netto inkomen, exclusief vakantiegeld. Omdat ouderen vaak niet hun exacte inkomen weten en een vraag naar het exacte inkomen makkelijk kan leiden tot een hoge non-respons (Kempen en Suurmeijer, 1991), zijn aan de ouderen acht antwoordcategorieën (zoals

¹⁵ Er is (bij een aantal variabelen) een aantal antwoordcategorieën samengevoegd om de gegevens te versimpelen (ten behoeve van het model in hoofdstuk 5).

Hoofdstuk 4

'ongeveer AOW' of 'AOW + meer dan f700) voorgelegd, die later zijn ingedikt tot drie categorieën: (1): ongeveer AOW (45% van de ouderen), (2) AOW plus f100-f300 (19%) en (3) AOW plus meer dan f300 (25%). De overige 11% weet zijn of haar inkomen niet of wil het niet zeggen.

Er zijn in dit onderzoek zeven opleidingsniveaus onderscheiden, die zijn ingedikt tot twee categorieën: lager versus middelbaar en hoger onderwijs (respectievelijk 75% en 25%). Er is uitgegaan van het hoogste afgeronde opleidingsniveau.

• *Gezondheid*

De gezondheid van de ouderen is op een aantal manieren geoperationaliseerd. Ten eerste is de ouderen gevraagd om een oordeel te geven over hun eigen gezondheid. Deze vraag bestond uit vijf antwoordcategorieën, die later zijn gedichotomiseerd tot een 'goede' (60% van de respondenten) en 'slechte' (40%) gezondheid (ODO, 1989). Vervolgens is de ouderen een lijst met 32 chronische ziekten voorgelegd, met de vraag of ze hiervan last hadden. Deze lijst, die een interne consistentie heeft van $\alpha=0,63$, is afgeleid van de gezondheidsenquête van het CBS (Mootz en Van den Berg, 1989). Dat wil zeggen dat de CBS-lijst is aangevuld met klachten waarvan bekend is dat zij veel bij ouderen voorkomen, zoals staar en gehooraandoeningen. Omdat bijna alle ouderen wel een aandoening hebben, is onderscheid gemaakt tussen ouderen met maximaal één aandoening (36% van de ouderen) en ouderen met twee of meer klachten (64%).

• *Hulpbehoefte*

De hulpbehoefte (het hebben van validiteitsbeperkingen) van ouderen is geoperationaliseerd in acht ADL en negen huishoudelijke activiteiten (Katz et al., 1963; Kempen en Suurmeijer 1990; ODO, 1991), die in figuur 4.2 zijn opgenomen. Deze schaal kent een interne consistentie van $\alpha=0,88$.

<i>Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)</i>	<i>Huishoudelijke activiteiten</i>
1 volledig wassen	1 afwassen
2 van toilet gebruik maken	2 koken
3 aan- en uitkleden	3 boodschappen doen
4 in en uit bed stappen	4 bed verschonen
5 gaan zitten en opstaan	5 stofzuigen
6 buitenshuis verplaatsen	6 wasgoed verzorgen
7 binnenshuis verplaatsen	7 dweilen
8 trap lopen	8 vuilnis buiten zetten
	9 ramen zemen

Figuur 4.2. Overzicht ADL- en huishoudelijke activiteiten

Sommige auteurs onderscheiden binnen de ADL-activiteiten enerzijds de mobiliteits-activiteiten en anderzijds de activiteiten die betrekking hebben op de

persoonlijke verzorging (Wolinsky, 1978; Katz, 1983; Evashwick et al., 1984; McCaslin, 1989).

- *Ontvangen van hulp*

Wanneer een oudere aangaf (enige) moeite te hebben met het uitvoeren van een ADL- of huishoudelijke activiteit is gevraagd of hij of zij daarbij hulp krijgt, en zo ja, van wie. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen informele hulpverleners (familie en burens, vrienden en kennissen), de thuiszorg (gezinsverzorging en wijkverpleging) en particuliere huishoudelijke hulp. Ook is gevraagd of de respondent op de wachtlijst stond voor een verzorgingshuis.

- *Hulpmiddelen*

Aan de respondenten is per activiteit een lijst met hulpmiddelen voorgelegd, met de vraag of zij deze hulpmiddelen hebben. Deze lijst is samengesteld op basis van hulpmiddelen die in de literatuur worden genoemd (Drost, 1989; Knops en Bakker, 1992; Willems & Van den Wildenberg, 1992), aangevuld met suggesties van hulpverleners aan wie een concept-vragenlijst is voorgelegd. De enquêteurs beschikten over een boek met illustraties en beschrijvingen van de hulpmiddelen.

Uit het onderzoek bleek dat een aantal hulpmiddelen nooit werd gebruikt. Zo waren er bijna geen ouderen die een bad hadden, waardoor niemand hulpmiddelen bij het baden gebruikte. Enkele hulpmiddelen werden zo vaak gebruikt, dat duidelijk was dat deze hulpmiddelen niet duidelijk waren omschreven. Zo hadden bijna alle ouderen een kledingstokje- of haakje. Hiermee bedoelden de onderzoekers een lange stok met aan één kant een haakje, waarmee eenhandigen hun kleding kunnen aantrekken. De ouderen verstonden hieronder echter een hanger-tje om kleren op te hangen. Wanneer het bezit van hulpmiddelen aanzienlijk hoger was dan intuïtief werd verwacht, is nagegaan of ouderen die moeite hadden om een activiteit te verrichten dit hulpmiddel vaker gebruikten dan ouderen die hiermee geen moeite hadden. Als dit niet het geval was, dan is er vanuit gegaan dat dit product toch niet als hulpmiddel kan worden opgevat. Voorbeelden hiervan zijn een hygiënische sproeier in het toilet of instapschoenen. In tabel 4.4 wordt een overzicht gegeven van de hulpmiddelen die uiteindelijk in het onderzoek zijn opgenomen. Ook is hier weergegeven hoeveel ouderen de diverse hulpmiddel in hun bezit hadden.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat er grote verschillen zijn tussen het bezit en het gebruik van hulpmiddelen (zie paragraaf 2.3 en hoofdstuk 3). Daarom is aan de respondenten die een hulpmiddel hebben tevens gevraagd of zij het ook gebruiken. Wanneer men niet in het bezit was van een hulpmiddel, is gevraagd of men het hulpmiddel kende. Als een hulpmiddel bekend was, is geïnventariseerd

Hoofdstuk 4

of de respondent deze hulpmiddelen als mogelijke oplossing zag voor zijn of haar ADL-probleem, om zo een schatting te kunnen maken van het potentiële gebruik. Tenslotte is, met behulp van een aantal open vragen, onderzocht welke knelpunten ouderen ervaren bij het gebruik en het verkrijgen van hulpmiddelen. Ook is aan de ouderen een aantal uitspraken voorgelegd om hun ideeën over hulpmiddelen in het algemeen te achterhalen (zie ook hoofdstuk 3 en hoofdstuk 7).

Tabel 4.4. Het bezit van hulpmiddelen bij ADL-activiteiten, in % (N=498)

<i>zich volledig wassen</i>		<i>zich binnenshuis verplaatsen</i>	
handgrepen/steunen	40,6	wandelstok	39,4
krukje in douche	23,9	drempels weg	21,1
anti-sliptegels	19,3	handgrepen/steunen	18,7
ruggekrabber	14,9	verbrede deuren	8,0
opklapbaar douchezitje	8,6	rollator	3,8
<i>van wc gebruik maken</i>		handbediende rolstoel	2,4
handgrepen/steunen	35,9	loopleuning	2,2
verhoogde toiletpot	24,7	elleboogkrukken	2,0
postoel	2,4	driepootstok/vierpootstok	0,6
losse toiletverhoger	2,0	looprek	0,6
<i>gaan zitten en opstaan</i>		<i>zich buitenshuis verplaatsen</i>	
hogere stoel	14,5	wandelstok	42,8
handgrepen/steunen	4,4	rollator (rekje met wielen)	4,0
ruglift	1,0	handbediende rolstoel	2,8
omhoog verende zitting	0,8	elleboogkrukken	1,8
elektrische stoel die kantelt	0,6	driepootstok/vierpootstok	1,0
<i>aan- en uitkleden</i>		looprek	1,0
extra lange schoenlepel	24,5	elektrische rolstoel	0,4
sok/kousenaantrekker	1,8	onderarmstok/tricepsstok	0,4
<i>in- en uit bed stappen</i>		scooter/driewieler	0,2
seniorenbed/verhoogd bed	23,9	invaliden auto	0,2
verstelbaar hoofdeinde	17,5	<i>trap lopen</i>	
hoog-laagbed	6,8	lift	15,3
handgrepen/steunen	4,0	extra leuning	6,6
papegaai	0,8	traplift	1,4
ruglift	0,6		

• Eenzaamheid en depressiviteit

Om te achterhalen in hoeverre de ouderen eenzaamheidsgevoelens kennen, is gebruik gemaakt van de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985). Deze schaal bestaat uit 11 stellingen waarbij de oudere kan aangeven in hoeverre hij het hiermee eens is. Een voorbeeld van zo'n uitspraak is 'ik mis een goede vriend(in)'. Bij de eenzaamheidsschaal, die in dit onderzoek een interne consistentie heeft van $\alpha=0,91$, kan een score tussen 0 en 11 worden behaald; score 11 duidt op ernstige eenzaamheidsgevoelens.

De depressiviteitsschaal van Zung (1965) bestaat uit 20 uitspraken, waarbij de oudere kan aangeven of deze 'nooit of een enkele keer', 'soms', 'dikwijls' of 'meestal of altijd' van toepassing zijn. Bij deze schaal (interne consistentie $\alpha=0,87$) kan een score tussen de 20 en 80 punten worden behaald (hoe vaker de items van toepassing zijn hoe hoger de score is). Hierbij vormt een score van 47 of hoger bij ouderen een aanwijzing voor depressieve klachten.

4.3.2 Schriftelijke enquête onder hulpverleners

In december 1992 en januari 1993 zijn circa 100 hulpverleners die zorg verlenen aan de geënquêteerde ouderen (zie paragraaf 4.3.1) benaderd met een postenquête, om op die manier hun mening over de inzet van hulpmiddelen te achterhalen. Om het betrokken aantal instellingen zo klein mogelijk te houden is dit deel van het onderzoek beperkt tot de gemeenten Dordrecht, Veenendaal en Zijpe.

De belangrijkste overwegingen voor de keuze van een schriftelijke enquête zijn de relatief geringe tijd die een dergelijke enquête voor onderzoekers in beslag neemt en, mede daardoor, de lage kosten. Aangezien hulpverleners gewend zijn om allerlei registratie-formulieren in te vullen mag men verwachten dat het invullen van een schriftelijke enquête geen problemen oplevert. Nadelen van een postenquête zijn dat deze kort dient te zijn en dat er geen mondelinge toelichting kan worden gegeven. Daarom is de postenquête vooraf getest door een aantal hulpverleners die niet aan het verdere onderzoek meededen.

Selectie onderzoekspopulatie

De enquête onder hulpverleners is ingevuld door medewerkers van de gezinsverzorging en de wijkverpleging. Hen is gevraagd om een inschatting te maken van de mogelijkheden van hulpmiddelen bij een aantal specifieke cliënten (die ook aan de mondelinge enquête hadden meegewerkt). Er zijn geen alphahulpen benaderd. Wanneer verschillende hulpverleners van één instelling bij een oudere kwamen werd door een sleutelfiguur binnen de instelling beoordeeld welke hulpverlener de enquête het beste kon invullen. Wanneer een oudere zowel hulp van de gezinsverzorging als van de wijkverpleging krijgt zijn beide instellingen benaderd. Er zijn 100 enquêtes verstuurd, waarvan er 91 volledig zijn ingevuld en geretourneerd. Dit betekent een respons van 91%. Deze voor een postenquête hoge respons is voor een belangrijk deel te danken aan de inzet van contactpersonen binnen de instellingen, die er op toezagen dat de enquêtes werden geretourneerd.

Operationalisatie van de variabelen

De enquête bestond uit twee delen. Het eerste deel had betrekking op een specifieke (in een begeleidende brief genoemde) cliënt. Hier werd gevraagd of de cliënt een aantal algemene dagelijkse levensverrichtingen (zie figuur 4.2), naar de mening van de hulpverlener, zelf kon verrichten. Wanneer een oudere dit, volgens de hulpverlener, alleen met moeite of niet meer zelf kon uitvoeren is per handeling een lijst met hulpmiddelen voorgelegd waarbij werd gevraagd of de oudere dit hulpmiddel bezat, en zo ja, of de oudere dit ook gebruikte. Als een oudere een hulpmiddel niet in huis had, is gevraagd of de hulpverlener dacht dat dit hulpmiddel een mogelijke oplossing voor de oudere was en aan welke randvoorwaarden dan eventueel zou moeten worden voldaan.

In het tweede deel werden algemene ('open') vragen gesteld over de inzet van hulpmiddelen. Zo werd gevraagd aan welke voorwaarden moet worden voldaan om hulpmiddelen te kunnen inzetten (zie hoofdstuk 7). Ook is gevraagd wat de inzet van hulpmiddelen zou betekenen voor de werkzaamheden van de hulpverlener. Tenslotte is gevraagd of de hulpverlener denkt dat het gebruik van hulpmiddelen een verzorgingshuisaanvraag kan uitstellen (bij ouderen op de wachtlijst).

4.3.3 'Proeftuin'

Om meer inzicht te krijgen in de knelpunten die kunnen optreden bij het gebruik van (voor ouderen onbekende) hulpmiddelen is, in februari 1993, aan een aantal ouderen met ADL-beperkingen (bij mobiliteit of zichzelf wassen) die hadden meegewerkt aan de mondelinge enquête (zie paragraaf 4.3.1) gevraagd om in een 'proeftuin' enkele hulpmiddelen uit te proberen. Met name deze ouderen met ADL-beperkingen kunnen immers baat hebben bij hulpmiddelen. Er trad ook een selectie op omdat de ouderen in staat moesten zijn om voor dit onderzoek naar een revalidatiecentrum in Amsterdam te komen. De ouderen die aan de proeftuin hebben meegewerkt, zijn dan ook beslist niet representatief voor de Nederlandse ouderen. Wél geven de resultaten inzicht in de aard van de knelpunten die kunnen optreden bij het gebruik van hulpmiddelen bij hulpbehoevende ouderen.

Tijdens het proeftuin-onderzoek dienden ouderen een aantal ADL-activiteiten uit te voeren of na te bootsen. Hiertoe was een protocol opgesteld waarin werd aangegeven welke handelingen met welke hulpmiddelen moesten worden verricht. Ook bevatte het protocol aandachtspunten voor observators. Op deze manier kon worden geobserveerd waarom ouderen moeite hadden met activiteiten en welke hulpmiddelen hierbij uitkomst konden bieden. Deze gegevens zijn op video vastgelegd. Aan de ouderen is gevraagd wat zij van de hulpmiddelen vonden en of zij deze wilden aanschaffen. De 'proeftuin' is uitgevoerd door Stephan (1993).

5 Determinanten van het gebruik van hulpmiddelen¹⁶

5.1 Inleiding

Bij het gebruik van hulpmiddelen spelen verschillende factoren een rol. Eerder, in hoofdstuk 3, is een aantal 'maatschappelijke' factoren besproken, waarmee wordt gedoeld op omstandigheden buiten de oudere. In dit hoofdstuk wordt bepaald welke kenmerken van potentiële gebruikers, in casu ouderen, van invloed zijn op het gebruik van hulpmiddelen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het model van Andersen en zijn collega's (Andersen en Newman, 1973; Andersen en Aday, 1978), dat veelvuldig is gebruikt bij het bepalen van de determinanten van het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. In paragraaf 5.2 wordt zowel aandacht besteed aan dit model als aan enkele resultaten van andere determinanten-onderzoeken. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 kort stilgestaan bij de gehanteerde methoden en de keuze van de variabelen die in het model zijn opgenomen. In paragraaf 5.4 wordt ingegaan op de resultaten. Dit hoofdstuk wordt besloten met een discussie in paragraaf 5.5.

5.2 Het model van Andersen en Newman

Het model van Andersen en Newman tracht verschillen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te verklaren op grond van individuele determinanten (kenmerken van de gebruikers), maatschappelijke determinanten en kenmerken van het gezondheidszorgsysteem. Het model gaat ervan uit dat een samenloop van een aantal omstandigheden bijdraagt aan het type zorg en de omvang van de zorg die iemand gebruikt. Gebruik is afhankelijk van drie typen individuele determinanten: 'persoonsvariabelen' (predisposing variables), 'structurele (of faciliterende) variabelen' (enabling variables) en 'behoeftevariabelen' (need variables). Persoonsvariabelen behelzen zowel demografische kenmerken als gezondheidsgerelateerde normen en waarden, die iemand kunnen 'voorbeschikken' om zorg te gebruiken. Structurele variabelen zijn variabelen die het gebruik van zorgvoorzieningen bevorderen of belemmeren, zoals inkomen of kennis over voorzieningen. Behoeftevariabelen verwijzen naar kenmerken zoals waargenomen of geëvalueerde gezondheid, inclusief functiebeperkingen.

¹⁶ Dit hoofdstuk is gebaseerd op: Klerk, M.M.Y. de, Huijsman, R. en J. McDonnell. The use of technical aids by elderly persons in The Netherlands. An application of the Andersen and Newman model. Geaccepteerd voor publicatie door *The Gerontologist*.

Alhoewel dit model oorspronkelijk is opgezet om de variantie in het gebruik van medische voorzieningen (artsen, ziekenhuizen en tandartsen) te verklaren, is het model later toegepast op allerlei andere voorzieningen, zoals 'langdurige institutionele zorg' (Wan en Odell, 1981; Branch en Jette, 1982), verpleeghuizen (Evashwick et al., 1984; Greene en Ondrich, 1990), verzorgingshuizen (Frederiks et al., 1991), eerste-lijnsvoorzieningen zoals thuiszorg (Evashwick et al., 1984; Bowling et al., 1991; Frederiks et al., 1991; Kempen en Suurmeijer, 1991; Thorlund et al., 1991; Coughlin et al., 1992), maaltijdvoorzieningen (McAuley en Arling, 1984; Victor en Vetter, 1986; Bowling et al., 1991) en informele zorg (Branch et al., 1981; Wolinsky et al., 1983; Bass en Noelker, 1987; Cafferata, 1987).

In het vervolg van dit hoofdstuk concentreren we ons op onderzoek dat is gericht op het verklaren van het gebruik van thuiszorg. Als individuele determinanten van het gebruik van thuiszorg worden vaak allerlei sociaal-demografische kenmerken (persoonsvariabelen) zoals leeftijd, geslacht, ras, huishoudvorm en opleidingsniveau genoemd. De structurele variabelen die vaak worden genoemd zijn inkomen en informele hulp. Als behoeftevariabele wordt dikwijls de hulpbehoefte (de mate waarin men ADL- en huishoudelijke activiteiten niet meer kan uitvoeren) genoemd. Uit vrijwel alle studies blijkt dat de behoeftevariabelen de meeste variantie verklaren. Toch dragen ook de persoons- of structurele variabelen significant bij aan de verklaring van de variantie in het gebruik (zie Bass en Noelker, 1987; Bowling et al. 1991; Kempen en Suurmeijer, 1991).

Enkele auteurs hebben het gebruik van hulpmiddelen of woningaanpassingen in het model opgenomen bij het bestuderen van het gebruik van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, maar alleen als onafhankelijke variabele. McCaslin (1989) nam 'het gebruik van hulpmiddelen bij de mobiliteit' op in het model en Thorlund et al. (1991) hebben een soort index ontwikkeld voor de aanwezigheid van trappen, de staat van de badkamer en een aantal ongemakken in een huis. Geen van hen vond een significante relatie met de afhankelijke variabele, in casu het gebruik van thuiszorg. Echter, Branch en Jette (1982) vonden dat het gebruik van een hulpmiddel bij de mobiliteit significant samenhangt met de kans om langdurig opgenomen te worden. Coolen en Smid (1989) vonden geen relatie tussen het wonen in een aangepaste woning en de vraag naar een verzorgingshuisopname. Nooit eerder, voor zover ons bekend is, is met behulp van het model van Andersen en Newman (1973) het gebruik van hulpmiddelen als *afhankelijke* variabele bestudeerd.

Een literatuuroverzicht van Rogers en Holm (1992) bracht aan het licht dat zowel persoonskenmerken, kenmerken van de omgeving en eigenschappen van de hulpmiddelen van invloed waren op het gebruik van hulpmiddelen. Zo hangt het hulpmiddelengebruik ondermeer samen met leeftijd, geslacht, type aandoening,

ernst van de aandoening, woonomstandigheden, de manier van adviseren over of voorschrijven van hulpmiddelen, de wijze van verstrekking van hulpmiddelen en ergonomische en technische kenmerken van de hulpmiddelen.

Het doel van dit hoofdstuk is om het bestaande onderzoek naar de predictoren van het gebruik van diverse thuiszorgvoorzieningen door ouderen uit te breiden naar het gebruik van hulpmiddelen en op die manier te bepalen hoe het gebruik van hulpmiddelen door ouderen kan worden verklaard op basis van persoons-, structurele en behoeftevariabelen uit het model van Andersen en Newman (1973). Hoewel het model van Andersen en Newman vaak is toegepast om het gebruik van zorgvoorzieningen te verklaren, is er ook veel kritiek op dit model. Hierop wordt in paragraaf 5.5 ingegaan.

5.3 Methoden

In deze paragraaf wordt beschreven welke gegevens er uit de literatuur bekend zijn over de invloed die de diverse onafhankelijke variabelen (zie tabel 5.1 voor een schematisch overzicht en hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere beschrijving van de variabelen) hebben op het gebruik van diverse gezondheidszorgvoorzieningen.

Persoonsvariabelen

In dit onderzoek zijn geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en woonvorm als persoonsvariabelen opgenomen. Wan en Arling (1983) vonden dat vrouwen meer kans maakten om gebruik te maken van voorzieningen en Bass et al. (1992) vonden dat vrouwen meer uren zorg gebruikten.

Verschillende onderzoekers vermelden een positieve relatie tussen leeftijd en het gebruik van voorzieningen: naarmate mensen ouder zijn gebruiken zij meer voorzieningen en gebruiken zij deze voorzieningen vaker (Wan en Odell, 1981; Coulton en Frost, 1982; Evashwick et al., 1984). Echter, Wan en Arling (1983) en Bass et al. (1992) vonden dat jongere ouderen meer uren zorg gebruikten.

Ook met betrekking tot opleidingsniveau zijn de resultaten inconsistent: Wan en Arling (1983) vonden dat de hoger opgeleiden meer kans maakten om gezondheidszorgvoorzieningen te gebruiken. Aan de andere kant vonden Huijsman en Wolfson (1993) dat gezinsverzorging en verzorgingshuizen vaker worden gebruikt door mensen met een lager opleidingsniveau.

Woonvorm is opgenomen in het model omdat een aantal ouderen in de steekproef in meer of minder aangepaste woningen woonden. Zo woonde een groot aantal ouderen in flats of bejaardenwoningen (huizen die wat kleiner zijn en geen trap hebben) en anderen in aanleunwoningen en serviceflats, die vaak een aantal

Hoofdstuk 5

standaardvoorzieningen bleken te hebben zoals handgrepen in de douche, een anti-slipvloer in de badkamer, verwijderde drempels of een verhoogd toilet.

Tabel 5.1. Beschrijving van de onafhankelijke variabelen

<i>persoonsvariabelen</i>		gem.	s.d. ¹
geslacht	0 = vrouw; 1 = man	0,18	0,39
leeftijd	in jaren [75-97]	80,86	4,26
woonvorm	0 = gewone woning; 1 = kleine woning, geschikt voor ouderen; 2 = aangepaste woning	0,60	0,68
opleidingsniveau	0 = alleen lagere school; 1 = hogere opleiding	0,25	0,43
<i>structurele variabelen</i>			
inkomensniveau	0 = laag; 1 = midden; 2 = hoog	0,77	0,86
informele zorg	0 = geen informele hulp; 1 = informele hulp	0,49	0,50
particuliere hulp	0 = geen particuliere hulp; 1 = particuliere hulp	0,24	0,42
wijkverpleging	0 = geen wijkverpleging; 1 = wijkverpleging	0,06	0,23
gezinsverzorging	0 = geen gezinsverzorging; 1 = gezinsverzorging	0,28	0,45
<i>behoeftevariabelen</i>			
subjectieve gezondheid	0 = slecht; 1 = goed	0,60	0,49
chronische aandoeningen	0 = 0-1 aandoening; 1 = ≥ 2 aandoeningen	0,64	0,48
hulpbehoefte	aantal (I)ADL-beperkingen [0-18]	4,67	4,34
depressieve klachten	0 = geen klachten; 1 = klachten	0,14	0,35
eenzaamheidsgevoelens	intensiteit van de eenzaamheid [0-11]	3,28	3,38

¹ Hier staan het gemiddelde en de standaarddeviatie weergegeven. In hoofdstuk 4 worden (in de tekst) de percentages vermeld.

Structurele variabelen

De structurele variabelen zijn in te delen in twee groepen: inkomen en het krijgen van hulp. Bass en Noelker (1987) vonden dat een laag inkomen gerelateerd was aan het gebruik van wijkverpleging en gezinsverzorging, maar dat mensen met een hoger inkomen meer uren zorg per week gebruikten. In Nederland hebben ouderen met een hoog inkomensniveau een grotere kans om particuliere hulp te gebruiken en een kleinere kans om gezinsverzorging te gebruiken of naar een verzorgingshuis te verhuizen dan anderen (Huijsman, 1990).

Bass et al. (1992) vonden dat cliënten zonder informele hulp meer uren thuiszorg gebruikten. Kempen en Suurmeijer (1991) ontdekten een positieve relatie tussen de hoeveelheid informele hulp en formele hulp. Echter, wanneer werd gecorrigeerd voor de hulpbehoefte van cliënten, dan was het omgekeerde het geval en hadden mensen die veel informele hulp hadden juist weinig formele hulp.

In dit onderzoek is ook het gebruik van thuiszorg als onafhankelijke variabele in het model opgenomen, omdat de hulpverleners van de thuiszorg een belangrijke verwijzende functie hebben: zij kunnen ouderen, die vaak niet weten welke

hulpmiddelen er zijn en waar zij die kunnen krijgen (De Klerk en Huijsman, 1995a), wijzen op de mogelijkheden van hulpmiddelen.

Behoeftvariabelen

De volgende behoeftevariabelen zijn opgenomen in dit onderzoek: hulpbehoefte, depressieve gevoelens, gevoelens van eenzaamheid, subjectieve gezondheid en het hebben van chronische aandoeningen. Branch et al. (1981), Wan en Arling (1983) en Kempen en Suurmeijer (1991) vonden allen dat een grotere hulpbehoefte leidde tot een grotere kans om meer (thuiszorg)voorzieningen te gebruiken. Bass et al. (1992) concludeerden dat depressieve cliënten minder uren zorg gebruikten. Ook eenzame ouderen lijken minder zorg te gebruiken (Coulton en Frost, 1982).

In het onderzoek van Evashwick et al. (1984) gebruikten mensen met een slechte gezondheid meer thuiszorg. Wan en Arling (1983) vonden een positieve relatie tussen het aantal chronische aandoeningen en het aantal gezondheidszorgvoorzieningen dat iemand gebruikte.

Afhankelijke variabelen

Het gebruik van hulpmiddelen was de afhankelijke variabele in dit onderzoek. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen twee typen hulpmiddelen, aansluitend op het onderscheid dat wel wordt gemaakt tussen mobiliteits-activiteiten en andere ADL-activiteiten (Wolinsky, 1978; Katz, 1983; Evashwick et al., 1984; McCaslin, 1989). Ten eerste is gekeken naar hulpmiddelen bij de mobiliteit (zoals wandelstokken, rollators of een rolstoel). Ten tweede is gekeken naar hulpmiddelen die kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van activiteiten die zijn gericht op de persoonlijke verzorging zoals zich aan- en uitkleden, baden, of in en uit bed komen. Voorbeelden van dit type hulpmiddelen zijn een knopenhaakje, een kousenaantrekker, een verhoogd bed of een douchezitje. De hulpmiddelen bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten werden buiten beschouwing gelaten, omdat dit vooral consumentenprodukten betreft die ook worden gebruikt door ouderen die geen beperkingen kennen.

Mobiliteitshulpmiddelen werden gebruikt door 43,2% van de respondenten en hulpmiddelen voor andere ADL-activiteiten door 75,5%. Dit laatste komt overeen met het percentage dat Parker en Thorslund (1991) noemen.

Analyse

In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de gegevens van de steekproef van 498 ouderen uit het bevolkingsregister (zie hoofdstuk 4). De analyses hebben in drie stappen plaatsgevonden. Ten eerste zijn gamma-coëfficiënten berekend om bivariate relaties tussen ondermeer de verschillende onafhankelijke variabelen en de beide afhankelijke variabelen vast te stellen. In de tweede stap is met behulp

Hoofdstuk 5

van logistische regressie-analyse het al dan niet gebruiken van twee typen hulpmiddelen (hulpmiddelen bij de mobiliteit en bij de persoonlijke verzorging) verklaard. In het derde stadium is met behulp van loglineaire regressie-analyse nagegaan welke verklarende variabelen uit het model van Andersen en Newman het aantal hulpmiddelen dat iemand gebruikt verklaren. Hierbij is gebruik gemaakt van loglineaire regressie-analyse in plaats van gewone regressie-analyse omdat het gebruik van hulpmiddelen een discrete variabele is.

5.4 Resultaten

Bivariate analyse

De gamma-coëfficiënten van alle variabelen die in de analyse waren opgenomen staan vermeld in tabel 5.2. De laatste twee variabelen zijn de afhankelijke variabelen: 'gebruik van hulpmiddelen bij ADL-activiteiten' en 'gebruik van hulpmiddelen bij de mobiliteit'.

De tabel geeft aan dat zeven van de 14 onafhankelijke variabelen correleren met het gebruik van hulpmiddelen voor de persoonlijke verzorging en dat 10 persoons-, structurele- en behoeftevariabelen samenhangen met het gebruik van hulpmiddelen bij de mobiliteit. Het gebruik van beide typen hulpmiddelen hangt sterk samen met de behoefte- en persoonsvariabelen, maar minder met de structurele variabelen.

Vrouwen gebruiken beide type hulpmiddelen vaker dan mannen. Met het toeneemen van de leeftijd, stijgt het aantal mensen dat hulpmiddelen gebruikt bij de mobiliteit.

Ouderen in aangepaste woonvormen gebruiken vaker hulpmiddelen dan mensen in 'gewone' woningen. Mensen met een laag opleidingsniveau gebruiken vaker hulpmiddelen bij de mobiliteit dan mensen met een hogere opleiding. Ouderen met informele hulp of gezinsverzorging hebben een grotere kans om hulpmiddelen te gebruiken dan anderen. De overige structurele variabelen hebben geen invloed op het gebruik van hulpmiddelen.

Ouderen die hun eigen gezondheid als slecht beoordelen en ouderen die chronische aandoeningen of beperkingen kennen, hebben een grotere kans om hulpmiddelen te gebruiken dan ouderen die hun eigen gezondheid als goed beoordelen of geen aandoeningen of beperkingen hebben. Het hebben van depressieve gevoelens is gerelateerd aan het gebruik van hulpmiddelen bij de mobiliteit (depressieve ouderen hebben een grotere kans om hulpmiddelen te gebruiken), maar niet aan het gebruik van andere hulpmiddelen.

Tabel 5.2. Paarsgewijze correlaties (Gamma's) tussen alle variabelen (N=498)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<i>persoonsvariabelen</i>															
1 geslacht	--														
2 leeftijd	-,07	--													
3 woonvorm	-,19	,06	--												
4 opleidingsniveau	,37	-,28	-,18	--											
<i>structurele variabelen</i>															
5 inkomensniveau	,31	-,13	-,01	,51	--										
6 informele hulp	,04	,46	-,04	-,44	-,30	--									
7 partic. hulp	-,49	,06	-,03	,32	,36	-,25	--								
8 wijkverpleging	-,04	-,05	,15	-,08	-,31	,28	-,20	--							
9 gezinsverzorging	,19	,31	,17	-,04	-,41	,37	-,81	,74	--						
<i>behoeftevariabelen</i>															
10 subjec. gez.	,04	-,05	-,15	,38	,18	-,42	-,03	-,51	-,46	--					
11 chr. aandoeningen	-,32	,15	,04	-,15	-,17	,43	,16	,21	,40	-,74	--				
12 hulpbehoefte	,02	,35	,02	-,20	-,21	,75	,24	,64	,72	-,70	,69	--			
13 depressiviteit	-,23	,12	-,02	-,33	-,32	,24	-,02	,70	,49	-,84	,69	,82	--		
14 eenzaamheid	,00	,06	-,08	-,03	-,08	,02	,07	,35	,25	-,45	,35	,36	,86	--	
<i>gebruik van hulpmiddelen</i>															
15 bij pers. verz.	-,43	,16	,46	-,14	-,13	,25	,12	-,02	,37	-,28	,45	,39	,08	-,00	--
16 bij mobiliteit	-,25	,33	,52	-,26	-,03	,38	,17	,19	,49	-,41	,42	,58	,30	,11	,74

N.B. De vetgedrukte coëfficiënten zijn significant op 5%. Hierbij is geen rekening gehouden met 'toevalsignificantie', hetgeen wil zeggen dat wanneer men tussen een groot aantal variabelen de verbanden toetst, er een kans is dat er bij toeval een aantal significante verbanden worden ontdekt die er eigenlijk niet zijn.

Logistische regressie-analyse

Tabel 5.3 toont de resultaten van de logistische regressie-analyses. Er zijn vijf variabelen die significant bijdragen aan de verklaring van het gebruik van hulpmiddelen voor de persoonlijke verzorging: geslacht, woonvorm, chronische aandoeningen, functionele beperkingen en eenzaamheidsgevoelens. Vrouwen, ouderen die in een kleine of aangepaste woonvorm wonen en mensen met een chronische aandoening of functionele beperkingen hebben een grotere kans om hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging te gebruiken dan anderen. Het hebben van eenzaamheidsgevoelens verkleint de kans op het gebruik van hulpmiddelen. Geen enkele structurele variabele droeg significant bij aan de verklaring van het gebruik van hulpmiddelen.

De volgende vijf variabelen verklaarden het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen significant (zie tabel 5.3): geslacht, leeftijd, woonvorm, inkomen en hulpbehoefte. De ouderen met beperkingen, vrouwen, de oudste groep ouderen en ouderen die in een kleine of aangepaste woonvorm woonden maken meer kans om mobiliteitshulpmiddelen te gebruiken. Ouderen met een gemiddeld inkomen hebben een grotere kans om mobiliteitshulpmiddelen te gebruiken dan ouderen met een laag inkomen. Ouderen met een hoog inkomen hebben ongeveer dezelfde kans op het gebruik van hulpmiddelen als ouderen met een laag inkomen.

Hoofdstuk 5

Tabel 5.3. Logistische regressie-analyse van het gebruik van hulpmiddelen (ja/nee) op basis van persoons-, structurele en behoeftevariabelen

	hulpmiddelen bij persoonlijke verzorging		mobiliteits- hulpmiddelen	
	b	standaard- fout	b	standaard- fout
<i>persoonsvariabelen</i>				
geslacht	-0,80*	0,32	-0,72*	0,34
leeftijd	0,02	0,03	0,08**	0,03
woonvorm				
'klein'	0,53*	0,27	1,18***	0,27
'aangepast'	2,20***	0,65	1,83***	0,45
opleidingsniveau	0,05	0,31	-0,35	0,31
<i>structurele variabelen</i>				
inkomensniveau				
gemiddeld	-0,16	0,33	0,95*	0,33
hoog	0,16	0,33	0,61	0,33
informele zorg	-0,01	0,31	-0,07	0,30
particuliere hulp	-0,18	0,35	0,17	0,35
wijkverpleging	-0,54	0,86	0,12	0,94
gezinsverzorging	0,19	0,39	0,42	0,36
<i>behoeftevariabelen</i>				
subjectieve gezondheid	-0,19	0,34	-0,21	0,31
chronische aandoeningen	0,67*	0,28	0,10	0,29
hulpbehoefte	0,15**	0,05	0,27***	0,05
depressieve klachten	-0,01	0,52	-0,35	0,51
eenzaamheidsgevoelens	-0,11*	0,05	-0,08	0,05
constante waarde	-1,68	2,62	-8,38	2,56
model-Chi-kwadraat	69,07; df=16		137,07; df=16	

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$

Loglineaire regressie-analyse

Met behulp van loglineaire regressie-analyse is het aantal hulpmiddelen dat ouderen gebruiken verklaard. Hierbij zijn alleen de mensen die minimaal één hulpmiddel gebruikten opgenomen in de analyses.

Ouderen die in kleine of aangepaste woningen wonen, wijkverpleging gebruiken, aan chronische aandoeningen lijden of lichamelijke beperkingen kennen, hebben een grotere kans om meer hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging te gebruiken dan ouderen die niet aan deze kenmerken voldoen (zie tabel 5.4).

De oudste ouderen, ouderen in een kleine of aangepaste woning, ouderen met een hoger opleidingsniveau, met een gemiddeld inkomen, ouderen die hulp ontvangen (particuliere hulp, gezinsverzorging of wijkverpleging) en ouderen met functione-

le beperkingen hebben een grotere kans om meer hulpmiddelen bij de mobiliteit te gebruiken dan anderen. Ouderen met een hoog inkomen maken juist minder kans om veel hulpmiddelen bij de mobiliteit te gebruiken dan ouderen met een laag of een gemiddeld inkomen.

Tabel 5.4. Loglineaire regressie-analyse van het aantal hulpmiddelen op grond van persoons-, structurele en behoeftevariabelen (alleen de variabelen die significant bijdragen (5%-niveau) aan de voorspelling zijn opgenomen)

	hulpmiddelen bij persoonlijke verzorging		mobiliteits- hulpmiddelen	
	b	standaard- fout	b	standaard- fout
<i>persoonsvariabelen</i>				
leeftijd			0,03	0,01
woonvorm				
'klein'	0,38	0,10	0,24	0,16
'aangepast'	0,42	0,13	0,46	0,21
opleidingsniveau			0,38	0,17
<i>structurele variabelen</i>				
inkomensniveau				
gemiddeld			0,51	0,18
hoog			-0,05	0,19
particuliere hulp			0,38	0,19
wijkverpleging	0,33	0,16	0,54	0,19
gezinsverzorging			0,43	0,18
<i>behoeftevariabelen</i>				
chronische aandoeningen	0,43	0,12		
hulpbehoefte	0,06	0,01	0,12	0,02

5.5 Discussie

Het doel van deze studie was om bestaand onderzoek naar de predictoren van het gebruik van voorzieningen in de thuiszorg uit te breiden naar het gebruik van hulpmiddelen (voor de mobiliteit of de persoonlijke verzorging) en te bepalen of het gebruik van hulpmiddelen door ouderen kan worden verklaard door persoonsvariabelen, structurele variabelen en behoeftevariabelen, gebruik maken van het model van Andersen en Newman (1973).

Hoewel het model van Andersen en Newman veelvuldig is gebruikt om het gebruik van (veelal medische) voorzieningen te verklaren (Klaassen-van den Berg Jeths, 1989; Huijsman, 1990; Kempen, 1990; Kempen en Van Sonderen, 1996), is op dit model in de loop der jaren nogal wat kritiek geuit. De belangrijkste kritiek is dat het model te eenvoudig is, terwijl de factoren complex zijn, moeilijk

meetbaar en onderling samenhangen (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Huijsman, 1990). Bovendien zou het model weinig verklarend zijn (Branch et al., 1981; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Frederiks et al., 1991; Coulton en Frost, 1992; Kempen en Van Sonderen, 1996). Dit komt ondermeer doordat het model theorie-arm is, zonder toetsbare hypothesen over de relaties tussen de onafhankelijke variabelen, die slechts worden opgesomd, en de afhankelijke variabele, het gebruik van voorzieningen (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Huijsman, 1990). Wel is duidelijk dat een beperkt aantal variabelen een sterke samenhang vertoont met het gebruik van voorzieningen; deze bevindingen zijn echter hoofdzakelijk gestoeld op empirisch en niet op theoretisch inzicht (Huijsman, 1990). Een andere verklaring voor de geringe verklaringskracht van het model is gelegen in het feit dat het model oorspronkelijk slechts voor medische voorzieningen was opgesteld (Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989). Daarnaast zou het model van Andersen en Newman niet geschikt zijn om het gebruik van voorzieningen door subgroepen van de populatie, zoals ouderen, te verklaren (Evashwick et al., 1984). Een ander kritiekpunt is dat het onderscheid tussen persoonsvariabelen, structurele en behoeftevariabelen niet altijd duidelijk is. Zo wordt opleiding soms als persoonlijke en soms als structurele variabele beschouwd en wordt depressie soms als persoons- en soms als behoeftevariabele gezien. Ook zou het model aspecten zoals sociaal-psychologische processen, het gebruik van informele hulp en het sociale netwerk, buiten beschouwing laten (McAuley en Arling; 1984; McCaslin, 1989; Kempen en Suurmeijer, 1991). Ondanks de beperkte verklaringskracht biedt het model echter wél de mogelijkheid om relevante variabelen te selecteren en te ordenen (Frederiks et al., 1991; Kempen en Van Sonderen, 1996).

Omdat dit de eerste studie is met het gebruik van hulpmiddelen als afhankelijke variabele, kunnen we de resultaten alleen vergelijken met studies die allerlei soorten welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen verklaren. Vrouwen maken meer kans om hulpmiddelen te gebruiken dan mannen. Dit komt overeen met gegevens van Wan en Arling (1983), die vonden dat vrouwen vaker gebruik maken van voorzieningen. Bass et al. (1992) vonden dat vrouwen ook meer uren zorg gebruikten. In onze studie gebruikten vrouwen meer hulpmiddelen, zowel bij de mobiliteit als bij de persoonlijke verzorging.

Verscheidende onderzoekers rapporteren een positieve relatie tussen leeftijd en het gebruik van voorzieningen, waarbij ouderen meer en vaker voorzieningen gebruiken (Wan en Odell, 1981; Coulton en Frost, 1982; Evashwick et al., 1984). In onze bivariate analyses werd deze relatie bevestigd. Echter, multivariate analyse toonde alleen een samenhang tussen leeftijd en het gebruik van hulpmiddelen bij de mobiliteit (oudere ouderen gebruiken deze hulpmiddelen vaker).

De relatie tussen woonvorm en het gebruik van hulpmiddelen (ouderen in kleine of beschermde woonvormen maken meer kans om hulpmiddelen te gebruiken dan anderen) wordt in andere studies niet gevonden. Dit kan er mee samenhangen dat maar een heel beperkt aantal auteurs 'woonvorm' in hun model hebben opgenomen (Frederiks et al., 1991; Thorslund et al., 1991).

Multivariate analyse toonde geen relatie tussen opleidingsniveau en het gebruik van hulpmiddelen, behalve een relatie tussen opleidingsniveau en het aantal gebruikte mobiliteitshulpmiddelen. Dit is verrassend, omdat kennis van voorzieningen sterk samenhangt met opleidingsniveau (Snider, 1980) en het bekend is dat een probleem bij het verkrijgen van hulpmiddelen is dat ouderen niet weten welke hulpmiddelen er zijn er waar ze deze kunnen krijgen (De Klerk en Huijsman, 1995a).

In 1992 werden de essentiële hulpmiddelen door de overheid verstrekt zonder dat mensen hiervoor een eigen bijdrage hoefden te betalen (in 1994 is het systeem veranderd, zie hoofdstuk 3). Daarnaast zijn er hulpmiddelen die niet essentieel zijn om onafhankelijk te blijven, maar die het leven wel kunnen vergemakkelijken. Dit type hulpmiddelen moeten mensen zelf aanschaffen. Het gebruik van beide soorten hulpmiddelen en het aantal gebruikte hulpmiddelen bij de mobiliteit is gerelateerd aan inkomen: ouderen met een gemiddeld inkomensniveau maken meer kans (verschillende) hulpmiddelen bij de mobiliteit te gebruiken dan anderen. Ouderen met een hoog inkomen maken minder kans om veel hulpmiddelen bij de mobiliteit te gebruiken dan mensen met een gemiddeld inkomen. Dit is verbazingwekkend, want gewoonlijk is een hoger inkomen gerelateerd met het gebruik van meer voorzieningen (Bass en Noelker, 1987). We hebben hiervoor geen plausibele verklaring.

Er wordt wel gedacht dat het krijgen van hulp, bijvoorbeeld een gezinsverzorgster, en het gebruik van hulpmiddelen, mogelijke substituten zijn (Parker en Thorslund, 1991). Deze relatie wordt echter niet bevestigd door onze data: er is geen relatie tussen het krijgen van hulp en het gebruik van hulpmiddelen en er is een *positieve* relatie tussen het aantal hulpmiddelen en het krijgen van hulp. Een aannemelijke verklaring is dat hulpverleners onbekende hulpmiddelen introduceren en ouderen stimuleren hulpmiddelen te gebruiken. Hulpverleners van de thuiszorg zijn immers belangrijke intermediären die ouderen adviseren over hulpmiddelen (Verhoeven, 1987; Daniëls en Schippers, 1995).

We vonden een sterke relatie tussen functionele beperkingen en (de omvang van) het gebruik van hulpmiddelen, zowel voor mobiliteitshulpmiddelen als voor hulpmiddelen bij andere ADL-activiteiten. Dit bevestigt resultaten van Branch et al. (1981), Wan en Arling (1983) en Kempen en Suurmeijer (1991), die allen vonden dat de aanwezigheid van beperkingen leidt tot een grotere kans om zorgvoorzieningen te gebruiken. Zowel het gebruik als de omvang van het

Hoofdstuk 5

gebruik van hulpmiddelen voor de overige ADL-activiteiten zijn gecorreleerd met chronische aandoeningen, hetgeen de studie van Wan en Arling (1983) bevestigt. Samenvattend worden de meeste relaties die door anderen zijn gevonden, bevestigd door onze gegevens. De enige uitzondering is inkomen: ouderen met een hoog inkomen gebruiken niet zoveel hulpmiddelen als we verwachtten.

Concluderend wordt het gebruik van hulpmiddelen (zowel bij de mobiliteit als bij de persoonlijke verzorging) vooral verklaard door behoeftevariabelen (hulpbehoefte, chronische aandoeningen) en persoonsvariabelen (geslacht, type woning). Het aantal hulpmiddelen dat iemand gebruikt wordt zowel door persoons- (leeftijd, woning, opleiding), structurele (inkomen, krijgen van hulp) als behoeftevariabelen (hulpbehoefte, chronische aandoeningen) verklaard.

Het vaststellen van de kenmerken van ouderen die samenhangen met het gebruik van hulpmiddelen kan voor verschillende (beleids)doeleinden worden gebruikt, zoals het plannen van zorgvoorzieningen. Als men eenmaal weet welke kenmerken het gebruik van hulpmiddelen beïnvloeden, kan men het toekomstig gebruik beter voorspellen. Leeftijd, hulpbehoefte en chronische aandoeningen zijn alle gerelateerd aan het gebruik van hulpmiddelen. Omdat zowel het aantal ouderen als het aantal chronisch zieken zal stijgen (STG, 1992; De Beer et al., 1995), kunnen we een toename in het gebruik van hulpmiddelen verwachten.

Structurele variabelen zijn de enige variabelen die op korte termijn beïnvloed kunnen worden door beleidmakers. In deze studie bleek inkomen de belangrijkste structurele variabele te zijn die was gerelateerd aan het gebruik van hulpmiddelen. Als Nederlandse beleidmakers het gebruik van hulpmiddelen willen vergroten, om zo een oplossing te vinden voor het personeelsprobleem in de zorgverlening en de financiële druk van de vergrijzing, dan zullen ze zich zowel op de ouderen met een laag als met een hoog inkomen moeten richten. Dat wil zeggen dat zij moeten overwegen om voor de lage inkomensgroepen subsidies voor hulpmiddelen ter beschikking te stellen of een lagere eigen bijdrage moeten stellen voor de hogere inkomensgroepen. Met de invoering van de WVG (zie ook bijlage 2) is er in Nederland een eigen-bijdrage systeem geïntroduceerd, waarbij mensen met een hoger inkomen meer voor hun hulpmiddelen die in het kader van de WVG worden verstrekt moeten betalen. Dit zal er mogelijk toe leiden dat ouderen in de hoogste inkomensgroepen minder snel tot de aanschaf van hulpmiddelen zullen overgaan. Toekomstig onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Deze studie kent een aantal beperkingen. Een van de dilemma's is de definitie van hulpmiddelen. Zo is de grens tussen 'hulpmiddelen bij dagelijkse activiteiten' en 'consumentenproducten' niet altijd scherp te trekken: een anti-slipvloer kan een hulpmiddel zijn voor mensen die evenwichtsstoornissen hebben, maar kan

ook voor anderen makkelijk zijn. Er is bovendien geen aandacht geschonken aan het feit dat veel ouderen over hulpmiddelen beschikken die zij niet gebruiken. In deze studie is alleen gekeken naar het gebruik van hulpmiddelen. Tenslotte zijn de analyses beperkt tot de groep alleenstaande 75-plussers. Deze mensen werden geselecteerd omdat zij de meeste kans maakten om hulpmiddelen te gebruiken. Het is echter mogelijk dat sommige van de gepresenteerde resultaten uniek zijn voor alleenstaande 75-plussers. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of de gevonden resultaten ook van toepassing zijn op andere groepen ouderen.

Een andere kanttekening bij dit onderzoek betreft de causaliteit: regressievergelijkingen zeggen iets over de samenhang tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen, maar dit hoeft niet noodzakelijk te betekenen dat hier sprake is van een causale relatie. Voor een aantal variabelen in dit onderzoek levert dit weinig problemen op (zie ook Kempen, 1990). Zo zullen met name de persoons- en een aantal behoeftevariabelen niet worden beïnvloed door het gebruik van hulpmiddelen, zodat het hier duidelijk is dat er sprake is van factoren die het gebruik van hulpmiddelen beïnvloeden. Voor sommige structurele variabelen is de causaliteit ofwel de richting van het verband tussen de 'onafhankelijke' variabelen en het gebruik van voorzieningen minder duidelijk. Zo zijn wij er in dit onderzoek vanuit gegaan dat het hebben van professionele thuiszorg er toe leidt dat ouderen meer gebruik maken van hulpmiddelen, omdat de thuiszorg een belangrijke adviserende rol kan hebben bij het verkrijgen van hulpmiddelen (Verhoeven, 1987; Daniëls en Schippers, 1995; zie hoofdstuk 3). Andersom is er echter ook een redenatie mogelijk dat ouderen pas gebruik maken van de thuiszorg als zij al een groot aantal hulpmiddelen gebruiken. De onderzoeksresultaten laten op dit punt geen definitieve conclusie toe (zie ook Kempen, 1990).

Een laatste methodologische kanttekening betreft het probleem van collineariteit bij multiple regressie-analyse. Collineariteit wil zeggen dat de samenhang tussen onafhankelijke variabelen onderling van invloed is op de resultaten, doordat sterk correlerende variabelen weinig verklaarde variantie zullen toevoegen (Kempen, 1990). Uit tabel 5.2 blijkt inderdaad dat sommige onafhankelijke variabelen sterk zijn gecorreleerd. Dit betreft vooral enkele behoeftevariabelen. Hoewel bestudering van de standaardfout van de coëfficiënten geen aanwijzingen geeft over een verstorende collineariteit (Hosmer en Lemeshow, 1989), is toch enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de regressie-coëfficiënten van de correlerende variabelen geboden (zie ook Kempen, 1990).

Dit onderzoek had een exploratief karakter. Het verdient aanbeveling om ook andere onafhankelijke variabelen in het model op te nemen, teneinde het gebruik van hulpmiddelen beter te kunnen verklaren. Toekomstig onderzoek zou kunnen

Hoofdstuk 5

kijken naar de kennis van hulpmiddelen (een kennisgebrek vormt een barrière om hulpmiddelen te gebruiken; De Klerk en Huijsman, 1995a), attitudes tegenover hulpmiddelen (sommige ouderen lijken positiever tegenover hulpmiddelen te staan dan anderen) of cognitieve beperkingen (het is aannemelijk dat sommige ouderen niet goed begrijpen hoe zij met bepaalde hulpmiddelen moeten omgaan). Daarnaast zou toekomstig onderzoek de relatie tussen inkomen en hulpmiddelen kunnen verduidelijken.

6 De relatie tussen hulpmiddelen en thuiszorg¹⁷

6.1 Inleiding

Het gebruik van hulpmiddelen wordt gezien als een manier waarop de zelfzorg van ouderen kan worden bevorderd en de druk op de thuiszorg wellicht kan worden verminderd (zie hoofdstukken 1 en 2). In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre er mogelijkheden zijn om het gebruik van thuiszorg te vervangen door hulpmiddelen, bij welke activiteiten dat kan en met welke hulpmiddelen.

De thuiszorg verricht een groot aantal activiteiten, zoals verzorgende, huishoudelijke, begeleidende en voorlichtende taken (NRV, 1988). Slechts een beperkt aantal van deze taken kan door hulpmiddelen worden overgenomen. Zo zijn er bijvoorbeeld voor begeleidende en voorlichtende taken nauwelijks hulpmiddelen beschikbaar. Voor bepaalde verzorgende, diagnostische, therapeutische en administratieve activiteiten wel (zie ook hoofdstuk 1).

In dit hoofdstuk wordt bestudeerd of hulpmiddelen kunnen dienen als vervanging voor de thuiszorg. Hiertoe zijn de volgende vraagstellingen opgesteld:

- 1 Met welke activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging, de mobiliteit en de huishoudelijke activiteiten hebben ouderen moeite?
- 2 Bij welke (clusters van) activiteiten worden ouderen ondersteund door hulpverleners (thuiszorg of informele hulpverleners) en bij welke door hulpmiddelen?
- 3 Bij welke activiteiten wordt thuiszorg ingezet terwijl ook (meer) hulpmiddelen zouden kunnen worden ingezet?

6.2 Methoden

De analyses in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de 'representatieve steekproef' uit de bevolkingsregisters van diverse gemeenten. Voor de samenstelling van de steekproef (zelfstandig wonende alleenstaande 75-plussers) en de operationalisatie van de variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

¹⁷ Dit hoofdstuk is gebaseerd op: M.M.Y. de Klerk en R. Huijsman. Hulpmiddelen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen kunnen professionele thuiszorg nauwelijks vervangen; resultaten van een onderzoek onder alleenstaande 75-plussers. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (in druk)*.

6.3 Resultaten

6.3.1 Met welke activiteiten hebben ouderen moeite?

In tabel 6.1 wordt weergegeven hoeveel procent van de respondenten moeite heeft met het uitvoeren van verschillende ADL-activiteiten (persoonlijke verzorging en mobiliteit) en huishoudelijk activiteiten. Ouderen hebben de meeste moeite met de (zware) huishoudelijke activiteiten: meer dan de helft van de ouderen heeft moeite met ramen zemen of dweilen. Bij de ADL-activiteiten heeft men vooral moeite met de mobiliteit: bijna 40% heeft moeite met trappen lopen en ongeveer een kwart met het buitenshuis verplaatsen. Bij de persoonlijke verzorging hebben ouderen de meeste moeite met het zichzelf volledig wassen (15%). Daarnaast heeft ongeveer een tiende moeite met het gaan zitten en opstaan, zich aan- en uitkleden of in en uit bed komen.

Tabel 6.1. Percentage ouderen dat (a) moeite heeft met activiteiten en (b) thuiszorg heeft bij huishoudelijke activiteiten (N=498)

	% ouderen moeite met activiteit		% ouderen moeite met activiteit	% ouderen met hulp thuiszorg
<i>persoonlijke verzorging</i>		<i>huishoudelijke activiteiten</i>		
van toilet gebruik maken	5,0	afwassen	7,5	(2,2)
in en uit bed komen	8,8	warme maaltijd klaarmaken	14,5	(1,0)
zich aan- en uitkleden	10,4	bed verschonen	29,3	(10,8)
gaan zitten en opstaan	11,4	vuilnis buiten zetten	31,6	(5,2)
zich volledig wassen	15,3	wasgoed verzorgen	33,7	(6,0)
<i>mobiliteit</i>	%	boodschappen doen	38,6	(5,4)
binnenshuis verplaatsen	12,3	stofzuigen	48,5	(20,5)
buitenshuis verplaatsen	24,0	dweilen	54,7	(18,1)
trap lopen	38,7	ramen zemen	68,7	(23,9)

Ouderen hebben dus de meeste moeite met het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten. Met name hierbij helpt de thuiszorg: van de mensen die moeite hebben met de huishoudelijke activiteiten (81,5% van de ouderen) krijgt 31,8% daarvoor hulp van de thuiszorg. Bij de ouderen die moeite hebben met de persoonlijke verzorging (N=120; 24,1%) krijgt 21,7% daarvoor hulp en van de ouderen die moeite hebben met de mobiliteit (N=208; 41,8%) wordt slechts 5,4% hierbij ondersteund door de thuiszorg. Hierop komen we later terug.

We zijn in dit hoofdstuk geïnteresseerd in de vraag of thuiszorg kan worden vervangen door hulpmiddelen. Zoals eerder gesteld is het onderscheid tussen hulpmiddelen voor het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten en consumentenproducten moeilijk te maken (zie hoofdstuk 1). Ons inziens zijn er bij het

uitvoeren van het huishouden vooral consumentenproducten die ouderen kunnen helpen bij het uitvoeren van activiteiten. Vanuit substitutie-oogpunt zou het meest te verwachten zijn van producten die ouderen ondersteunen bij activiteiten waarvoor zij thans vaak thuiszorg krijgen. Dit betreft vooral de zware huishoudelijke activiteiten, zoals het ramen zemen en stofzuigen (zie tabel 6.1, rechter kolom). De consumentenproducten zijn niet opgenomen in ons onderzoek. We concentreren ons daarom verder op de persoonlijke verzorging en de mobiliteit. Hierbij selecteren we alleen die mensen die moeite hebben met het uitvoeren van deze activiteiten. Immers, ouderen die géén beperkingen kennen zullen geen gebruik maken van de thuiszorg, omdat zij hiervoor niet in aanmerking komen.

6.3.2 Bij welke activiteiten worden ouderen ondersteund?

Van de 120 ouderen die moeite hebben met de *persoonlijke verzorging*, gebruikt ruim een kwart (26,7%) geen enkele vorm van hulp en hulpmiddelen. Ruim 20% wordt door de thuiszorg ondersteund en 7,5% door informele hulpverleners (zie tabel 6.2). Circa twee derde gebruikt hulpmiddelen; bijna de helft (46,7%) gebruikt uitsluitend hulpmiddelen en krijgt geen enkele vorm van zorg. Slechts een beperkt percentage ouderen krijgt thuiszorg of informele zorg, zonder dat zij hulpmiddelen gebruiken (respectievelijk 4,2% en 2,5%). Ongeveer een zesde gebruikt zowel thuiszorg als hulpmiddelen. Slechts weinig ouderen combineren informele hulp en hulpmiddelen.

Tabel 6.2. Gebruik van thuiszorg, informele hulp en hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging en de mobiliteit

<i>persoonlijke verzorging</i> (N=120)	%	<i>mobiliteit</i> (N=208)	%
geen hulp(middelen)	26,7	geen hulp(middelen)	37,0
alleen thuiszorg	4,2	alleen thuiszorg	1,0
alleen informele zorg	2,5	alleen informele zorg	7,2
alleen hulpmiddelen	46,7	alleen hulpmiddelen	31,3
thuiszorg + informele zorg	0,0	thuiszorg + informele zorg	0,5
thuiszorg + hulpmiddelen	15,0	thuiszorg + hulpmiddelen	2,4
informele zorg + hulpmiddelen	2,5	informele zorg + hulpmiddelen	19,2
thuiszorg + inf. zorg + hulpmiddelen	2,5	thuiszorg + inf. zorg + hulpmiddelen	1,4

Van de 208 ouderen die moeite hebben met de *mobiliteit*, gebruikt ruim een derde (37,0%) noch een vorm van hulp, noch een hulpmiddel. Dit betreft vooral ouderen die moeite hebben met trap lopen, maar geen trap in hun woning hebben (77% van deze groep). Ruim 5% krijgt hulp van de thuiszorg en bijna 30% krijgt informele hulp. Meer dan de helft van de ouderen (54,3%) gebruikt mobiliteits-hulpmiddelen. Ook bij de mobiliteit gebruiken veel ouderen alleen een hulpmid-

Hoofdstuk 6

del (31,3%), zonder dat zij zorg ontvangen. Slechts enkele ouderen hebben zowel formele thuiszorg als hulpmiddelen bij de mobiliteit. Bijna en vijfde van de ouderen (19,2%) gebruikt voor de mobiliteit een combinatie van informele zorg en hulpmiddelen.

Samenvattend blijkt dat de thuiszorg vooral een rol speelt bij de verzorgende activiteiten (bij circa 20% van de ouderen die hiermee moeite hebben), maar nauwelijks helpt bij de mobiliteit (5%). Thans gebruikt zowel bij de persoonlijke verzorging als bij de mobiliteit meer dan de helft van de ouderen die hiermee moeite hebben hulpmiddelen. Ook de combinatie van hulp en hulpmiddelen komt bij de persoonlijke verzorging vaak voor.

In tabel 6.3 wordt per activiteit weergegeven of de ouderen die moeite hebben om deze activiteit zelf uit te voeren (zie ook tabel 6.1) gebruik maken van thuiszorg, informele hulp, hulpmiddelen of combinaties van verschillende hulpvormen. Bij sommige activiteiten zijn de gegevens gebaseerd op kleine aantallen respondenten. Het gaat hierbij vooral om het ontdekken van patronen van hulpvormen, en niet zozeer om de exacte percentages.

Tabel 6.3. Percentage ouderen dat gebruik maakt van (formele en informele) hulp en hulpmiddelen, uitgesplitst naar activiteit

hulp(middelen) ¹	geen hulp	alleen fh	alleen ih	alleen hm	fh + ih	fh + hm	ih + hm	fh + ih + hm
<i>persoonlijke verzorging</i>								
van toilet gebruik maken (N=25)	40	0	0	48	0	8	4	0
in en uit bed komen (N=43)	40	0	0	58	0	0	2	0
zich aan- en uitkleden (N=52)	60	10	2	15	2	8	4	0
gaan zitten en opstaan (N=57)	67	0	0	32	0	0	2	0
zich volledig wassen (N=76)	13	7	3	46	1	25	4	1
<i>mobiliteit</i>								
binnenshuis verplaatsen (N=61)	10	0	0	82	0	2	5	2
buitenshuis verplaatsen (N=119)	16	2	15	35	1	3	27	1
trap lopen (N=192)	64	2	6	25	0	0	3	0

¹ fh = formele (thuis)hulp; ih = informele hulp; hm = hulpmiddelen

Bij de meeste activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging en bij het trappen lopen hebben vrij veel ouderen (40-67%) geen enkele vorm van hulp of hulpmiddelen. Bij deze ouderen kost het uitvoeren van de betreffende activiteit weliswaar moeite, maar zij doen dit toch zelf (gaan zitten en opstaan; aan en uitkleden) of vermijden deze activiteit (trap lopen). Een groot percentage ouderen

gebruikt uitsluitend hulpmiddelen (bij het binnenshuis verplaatsen, in en uit bed komen, zich volledig wassen). Slechts bij twee activiteiten krijgt een aantal ouderen uitsluitend hulp van de thuiszorg (zonder dat daarbij hulpmiddelen worden ingezet; zie kolom 2 in tabel 6.3): zich aan- en uitkleden en zich volledig wassen. Combinaties van hulp en hulpmiddelen komen alleen voor bij het volledig wassen (waarbij de thuiszorg helpt) en zich buitenshuis verplaatsen (waar informele hulp bijspringt).

6.3.3 Bij welke activiteiten is substitutie van zorg mogelijk?

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat ouderen al zeer veelvuldig hulpmiddelen gebruiken. Alleen bij het zich volledig wassen en het zich aan- en uitkleden krijgt respectievelijk 7 en 10% van de ouderen hulp van de thuiszorg, zonder dat daar hulpmiddelen worden ingezet. Hieronder bekijken wij deze twee activiteiten nader. Eerst wordt weergegeven wat de oorzaken zijn van het feit dat ouderen moeite hebben met deze activiteiten (tabel 6.4). Vervolgens wordt een overzicht geven van de hulpmiddelen die ouderen hierbij gebruiken (tabel 6.5).

Ouderen die moeite hebben om zich aan- en uit te kleden, ondervinden vooral problemen met het aantrekken van hun schoeisel of (steun)kousen, mede doordat zij moeite hebben om te bukken. Daarnaast heeft ongeveer een derde moeite met het optillen van de armen en circa een kwart met openen en sluiten van knopen.

Tabel 6.4. Oorzaken van beperkingen bij het aan- en uitkleden en zich wassen

<i>aan- en uitkleden</i> (N=52)		<i>volledig wassen</i> (N=76)	
bukken	59	staan/evenwicht bewaren	47
kousen aantrekken	59	bang om uit te glijden	46
evenwicht bewaren	43	bukken	42
staan	39	in/uit bad klimmen	12
veters dichtmaken	37	in/uit douchebak stappen	12
armen optillen	33	zeep vasthouden	8
voeten naar je toe halen	31	washandje hanteren	8
knopen open/dicht maken	26	kraan open/dichtdraaien	7
voeten in schoen doen	20	douchekop vasthouden	7
ritsen open/dicht maken	16	handdoek vasthouden	7
zien van openingen/veters	16	temperatuur voelen	4
vastpakken	8	anders	22
anders	4		

Bij het wassen hebben ouderen vooral problemen om hun evenwicht te bewaren en te bukken. Veel ouderen zijn bang om uit te glijden. Daarnaast heeft ruim

Hoofdstuk 6

10% van de ouderen die moeite hebben met wassen problemen om in of uit de douchebak of het bad te stappen.

In tabel 6.5 wordt weergegeven welke hulpmiddelen ouderen gebruiken bij het zich aan- en uitkleden en zich volledig wassen. Vrij veel ouderen gebruiken lange schoenlepels of hebben speciaal schoeisel (hetgeen in dit onderzoek niet als hulpmiddel is opgevat). Slechts een beperkt percentage ouderen gebruikt kousen-aantrekkers (6%), terwijl bijna 60% van de ouderen die moeite hebben om zich aan- en uit te kleden problemen heeft met het aantrekken van (steun)kousen. Slechts een beperkt aantal mensen (4%) gebruikt klittebandsluitingen, terwijl een kwart moeite heeft met het openen of sluiten van knopen.

Vrij veel ouderen gebruiken handgrepen, een krukje, douchezitje of een anti-slipvloer om hun evenwicht te bewaren of in en uit een douche of bad te stappen.

Tabel 6.5. Gebruik van hulpmiddelen bij het aan- en uitkleden en zich volledig wassen

<i>aan- en uitkleden</i> (N=52)	%	<i>zich wassen</i> (N=76)	%
extra lange schoenlepel	32	handgrepen/steunen	50
speciaal schoeisel(instappers)	35	krukje in douche	38
sok/kousenaantrekker	6	anti-sliptegels	30
klitteband i.p.v. knopen/ritsen	4	ruggekrabber	21
		opklapbaar douchezitje	18

6.4 Discussie

In dit hoofdstuk is bestudeerd in welke mate hulpmiddelen kunnen dienen als vervanging voor de professionele thuiszorg. In de inleiding werd reeds duidelijk dat de thuiszorg een groot aantal activiteiten verricht en dat er slechts voor een beperkt deel van deze taken hulpmiddelen beschikbaar zijn. Zo vervullen hulpverleners voor veel ouderen ook een sociale, begeleidende rol die niet goed door een hulpmiddel is over te nemen.

Ouderen hebben vooral moeite met het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten (81,5%). Van de ouderen die hiermee moeite hebben, wordt 32% hierbij ondersteund door de thuiszorg. Voor deze huishoudelijke taken bestaan wel allerlei handige consumentenproducten zoals magnetrons of lichtgewicht strijkplanken, maar het onderscheid tussen deze producten en hulpmiddelen is moeilijk te maken. Dit type consumentenproducten heeft geen deel uitgemaakt van ons onderzoek. We hebben ons in dit onderzoek beperkt tot de persoonlijke verzor-

ging en de mobiliteit. Hiermee hebben respectievelijk 24,1% en 41,8% van de alleenstaande 75-plussers moeite.

Slechts 5% van de ouderen die moeite hebben met de mobiliteit krijgt hierbij hulp van de thuiszorg. Ouderen worden hierbij vooral ondersteund door hulpmiddelen en informele hulpverleners. Dit betekent dat de inzet van extra mobiliteits-hulpmiddelen niet zal leiden tot een afname van het gebruik van thuiszorg. Met andere woorden: bij de mobiliteitsverrichtingen lijkt geen belangrijke substitutie van de thuiszorg door hulpmiddelen mogelijk. Onze gegevens bevestigen de resultaten van Blosser-Reisen, die ook aantoonde dat hulpmiddelen vooral bij de mobiliteit een belangrijke rol spelen (Blosser-Reisen, 1990).

Bij de persoonlijke verzorging maken ouderen op dit moment al meer gebruik van hulpmiddelen dan van de thuiszorg. Ook bij de meeste taken waarbij de thuiszorg frequent helpt, worden vaak hulpmiddelen gebruikt. Op grond van deze gegevens concluderen wij dat de mogelijkheden om de thuiszorg te vervangen door hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging zeer beperkt zijn. Alleen bij het wassen en het aan- en uitkleden zijn er wellicht nog mogelijkheden. De ondersteuning bij deze activiteiten vormt echter een beperkt onderdeel van het takenpakket van de thuiszorg.

Bij het aan- en uitkleden zijn er veel ouderen die moeite hebben met het aan- en uittrekken van (elastische) kousen, maar geen kousenaantrekker gebruiken (ruim 50%; zie de tabellen 6.4 en 6.5). Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat veel ouderen problemen ondervinden bij het gebruik van dit hulpmiddel, bijvoorbeeld omdat zij beperkte kracht in hun handen hebben of omdat een kousenaantrekker moeilijk te bedienen is. Het is echter ook mogelijk dat ouderen niet goed op de hoogte zijn van het bestaan van deze hulpmiddelen. Hulpverleners zouden hen hierop kunnen wijzen. Ook voor hulpverleners zelf is dit nuttig, omdat kousenaantrekkers voor hulpverleners energiebesparend kunnen zijn (Ministerie van VWS, 1995).

Er zijn geen hulpmiddelen om te helpen kleding over het hoofd aan te trekken. Wel kunnen mensen kleding met een sluiting kopen (die niet over het hoofd hoeft te worden aangetrokken), maar dat hebben wij niet als hulpmiddel opgevat. Bovendien hebben ook veel ouderen problemen met het gebruik van knopen. Hulpverleners zouden ouderen vaker kunnen wijzen op de mogelijkheden van alternatieve sluitingen van kleding. Toch moet hier niet teveel van worden verwacht: ouderen zullen waarschijnlijk niet snel een nieuwe garderobe aanschaffen. Ook zullen juist de ouderen die moeite hebben om knopen te hanteren ook moeite hebben om klitteband op hun kleding te naaien.

Hoofdstuk 6

Bij het zich volledig wassen gebruiken ouderen al vrij veel hulpmiddelen. Vaak hebben ouderen een angst om uit te glijden (46% van de ouderen die moeite hebben om zich te wassen; zie tabel 6.4). Hoewel de kans op vallen beperkt kan worden door handgrepen, een douchezitje en een anti-slipvloer, zullen angstige ouderen toch graag de hulp van de thuiszorg invoeren om te voorkomen dat zij vallen of om zeker te weten dat iemand hen helpt, als zij vallen of gevallen zijn. In dat geval zullen hulpmiddelen bij het wassen dan ook nooit helemaal de thuiszorg kunnen vervangen (zie ook Bynum en Rogers, 1987).

Samenvattend concluderen we dat hulpmiddelen belangrijk zijn voor de zelfredzaamheid, hetgeen eerder onderzoek bevestigt (Gorter, 1989; De Boer et al., 1994; Oosterheert en Schippers, 1994; Timmermans, 1994), en dat veel ouderen al gebruik maken van hulpmiddelen. Het is dan ook waarschijnlijk dat ouderen zonder hulpmiddelen een groter beroep op zorg zouden doen. Er lijken echter weinig mogelijkheden om de thuiszorg te vervangen door de inzet van *extra* hulpmiddelen. Een toenemend hulpmiddelengebruik bij ouderen is dan ook geen oplossing voor de groeiende werkdruk in de thuiszorg.

In dit hoofdstuk is alleen nagegaan of hulpmiddelen de werkdruk in de thuiszorg kunnen verkleinen. Het is evenwel denkbaar dat hulpmiddelen de werkdruk juist vergroten, doordat er dankzij hulpmiddelen meer mogelijkheden zijn om zwaardere cliënten in de thuiszorg op te vangen. Dit betreft echter vooral de medische hulpmiddelen (Groenewegen en Hutten, 1989).

Deze studie kent een aantal beperkingen. Ten eerste zijn sommige gegevens gebaseerd op kleine aantallen respondenten. Dit betekent dat aan de exacte percentages niet teveel waarde kan worden gehecht. Het gaat hierbij meer om de waargenomen patronen in het gebruik van hulp en hulpmiddelen. Bovendien is alleen bij ouderen die moeite hebben om een activiteit uit te voeren nagegaan of zij gebruik maken van hulp of hulpmiddelen. Deze ouderen doen immers mogelijk een beroep op de thuiszorg. Het is uiteraard ook mogelijk dat iemand geen beperkingen meer ondervindt, omdat hij of zij gebruik maakt van hulpmiddelen, hoewel het niet waarschijnlijk is dat iemand dankzij hulpmiddelen een activiteit moeiteloos kan uitvoeren (De Klerk en Huijsman, 1995b). Daarnaast betreft dit onderzoek een dwarsdoorsnede-onderzoek. Om de effecten van de inzet van hulpmiddelen op hulpgebruik daadwerkelijk te kunnen vaststellen, zijn longitudinale data nodig (zie hiervoor hoofdstuk 8).

7 Substitutiemogelijkheden van hulpmiddelen (verkenning)¹⁸

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op basis van gegevens uit een dwarsdoorsnede-onderzoek nagegaan of er mogelijkheden zijn om (a) het gebruik van hulpmiddelen te bevorderen en (b) op grond daarvan substitutie te bewerkstelligen. Hierbij worden twee vormen van substitutie onderscheiden: substitutie van intramurale zorg door thuiszorg (kunnen ouderen langer thuis blijven wonen met de inzet van hulpmiddelen in de thuissituatie?) en substitutie van personele inzet door hulpmiddelen binnen de thuiszorg (kunnen hulpmiddelen de toenemende druk op de thuiszorg verlichten?). De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

- 1 Wat is de omvang van het bezit en gebruik van hulpmiddelen onder ouderen?
- 2 Zijn er belemmeringen bij dit bezit en gebruik van hulpmiddelen? Welke maatregelen moeten worden genomen om het gebruik te vergroten?
- 3 Zijn er mogelijkheden om substitutie van (intramurale) zorg door hulpmiddelen te bewerkstelligen?

Voordat we in paragraaf 7.3 ingaan op de resultaten van dit onderzoek, wordt in paragraaf 7.2 stilgestaan bij de gehanteerde onderzoeksmethoden. In paragraaf 7.4 worden enkele conclusies getrokken.

7.2 Methoden

Hoewel in dit onderzoek de oudere de voornaamste informant is, is ook aanvullende informatie verzameld, omdat ouderen alleen over hun eigen situatie kunnen oordelen en bovendien sommige hulpmiddelen niet kennen (Van Raalte en Kranendonk, 1991). In het onderzoek zijn drie instrumenten gebruikt (zie ook hoofdstuk 4):

- 1 Een mondelinge enquête bij alleenstaande ouderen van 75 jaar en ouder. In dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van twee steekproeven: de 'representatieve' steekproef (N=498) en een a-selecte groep ouderen op de wachtlijst voor het verzorgingshuis die is gerecrueteerd via indicatiecommissies (N=104).
- 2 Een schriftelijke enquête bij hulpverleners in de thuiszorg (N=91), die bij de geïnterviewde ouderen hulp verlenen.
- 3 Een 'proeftuin' waar een aantal geïnterviewde ouderen hulpmiddelen uitprobeeret.

¹⁸ Dit hoofdstuk is gebaseerd op: Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. Ouderen en hulpmiddelen; mogelijkheden voor substitutie. *Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg* 1995;73(5):282-288.

Hoofdstuk 7

Door gegevens over het gebruik van hulpmiddelen uit deze verschillende bronnen te verzamelen en bijeen te brengen wordt de kennis van het object van onderzoek vergroot (Swanborn, 1993).

7.3 Resultaten

Hulpbehoefte van ouderen

De hulpbehoefte is in dit onderzoek toegespitst op die Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) die zich het beste lenen voor interventies met hulpmiddelen. Dit wil zeggen dat is gekeken naar enerzijds de omvang van de problematiek (handelingen die vrijwel iedereen nog zelf kan doen, zoals 'eten en drinken' en 'gezicht en handen wassen' zijn buiten beschouwing gelaten) en anderzijds naar de handelingen die bijdragen tot een verhoogd opname-risico (dit zijn met name ADL-beperkingen en geen huishoudelijke activiteiten; Wingard et al., 1987; Klaassen-Van den Berg Jeths, 1989; Huijsman, 1990; Kempen en Suurmeijer 1990). Een beleidsuitgangspunt is immers dat hulpmiddelen een opname kunnen voorkomen of uitstellen (Ministerie van WVC, 1991). De prevalentie van validiteitsproblemen wordt vermeld in tabel 7.1. De wachtlijst-populatie heeft significant vaker problemen met het uitvoeren van alle activiteiten dan ouderen die niet op opname wachten.

Tabel 7.1. Percentage ouderen dat handeling niet of met moeite kan uitvoeren in de twee deelpopulaties en onderverdeeld naar ouderen die al dan niet op de wachtlijst staan voor een verzorgingshuis

ADL-verrichting	oorsprong steekproef		wachtlijst verzorgingshuis	
	gemeente N=498	ind.comm. N=104	nee N=435	ja N=167
van het toilet gebruik maken	5,0	* 18,3	4,1	* 15,6
in en uit bed komen	8,8	* 30,1	8,5	* 22,9
zich aan- en uitkleden	10,4	* 28,8	9,2	* 25,1
gaan zitten en opstaan	11,4	* 26,9	11,5	* 21,0
binnenshuis verplaatsen	12,3	* 34,6	10,4	* 31,1
zich volledig wassen	15,3	* 37,5	14,1	* 32,3
buitenshuis verplaatsen	24,0	* 53,8	21,7	* 48,5
trap lopen	38,7	* 66,3	36,1	* 62,7

*: $p < 0,001$

Omvang van het huidige gebruik van hulpmiddelen

Bij ouderen met ADL-beperkingen blijkt dat het bezit en gebruik van hulpmiddelen met name bij het zich verplaatsen en het zich volledig wassen groot zijn: meer dan 70% heeft een hulpmiddel (zie tabel 7.2). Veel ouderen hebben

loophulpmiddelen zoals een wandelstok of een rollator. Bij hulpmiddelen die worden gebruikt bij het zich volledig wassen moet met name worden gedacht aan bouwkundige aanpassingen in de badkamer, zoals handgrepen of een anti-slipvloer. Daarnaast hebben veel ouderen aanpassingen in het toilet. Het belangrijkste hulpmiddel bij het aan- en uitkleden (inclusief schoenen aan- en uittrekken) is een extra lange schoenlepel. Daarnaast zijn er veel ouderen die instapschoenen gebruiken, zodat zij hun veters niet vast of los hoeven te maken. Er zijn slechts weinig ouderen die 'bijzondere' hulpmiddelen als een knopenhaakje of een kousenaantrekker hebben.

Het aantal respondenten dat een hulpmiddel wel heeft, maar niet gebruikt is zeer klein. De respondenten noemen als reden hiervoor: de hulpmiddelen waren van een overleden partner, het hulpmiddel is nog niet nodig geweest (bij alarmerings-apparaat) of is nu niet meer nodig (validiteit is hersteld) of zij hebben inmiddels een beter hulpmiddel. Gebrekkige gebruikersvriendelijkheid van hulpmiddelen wordt zelden als reden genoemd.

Tabel 7.2. Percentage ouderen (met beperkingen) dat hulpmiddelen bezit, gebruikt en denkt baat te hebben bij hulpmiddelen

	bezit	feitelijk gebruik	potentieel gebruik
binnenshuis verplaatsen	93,4	90,2	14,8
zich volledig wassen	82,9	76,3	21,1
buitenshuis verplaatsen	77,3	67,2	18,5
in en uit bed komen	67,4	65,1	25,6
van toilet gebruik maken	64,0	64,0	32,0
zich aan- en uitkleden, incl. schoenen	61,5	51,9	17,3
gaan zitten en opstaan	36,8	35,1	19,3
trap lopen	24,2	22,6	12,9

NB: Omdat sommige ouderen al hulpmiddelen hebben bij het uitvoeren van een ADL-activiteit, maar daarnaast nog andere hulpmiddelen zouden willen hebben tellen kolom 1 en kolom 3 soms op tot meer dan 100%.

Potentiële gebruik van hulpmiddelen door ouderen

Wanneer een oudere een hulpmiddel niet in huis had werd gevraagd of hij verwacht dat dit hulpmiddel een oplossing voor het aanwezige ADL-probleem zou kunnen zijn. Uiteraard kan men dat alleen aangeven als men dit hulpmiddel kent. Met name ouderen die moeite hebben om van het toilet gebruik te maken, in- en uit bed te komen en zich te wassen noemen vaak hulpmiddelen waar zij baat bij zouden hebben (21% of meer, zie tabel 7.2, rechter kolom).

Belemmeringen bij het gebruik van hulpmiddelen

Aan ouderen is een aantal algemene vragen gesteld over problemen die zij ondervinden bij het verkrijgen of gebruiken van hulpmiddelen. Vanwege de beschikbare interviewtijd waren deze vragen noodgedwongen kort. Gekozen is daarom voor een beperkt aantal 'open' vragen. Helaas heeft maar een zeer beperkt aantal ouderen deze vragen beantwoord. Daarom is bij de inventarisatie van knelpunten vooral afgegaan op de mening van de hulpverleners, zoals zij deze hebben verwoord in de postenquêtes, en de gegevens uit de proeftuin.

Aan hulpverleners is gevraagd of zij bepaalde hulpmiddelen als een mogelijke oplossing voor hun cliënt zagen. Hierop konden zij antwoorden met 'ja', 'nee' en 'ja, als ..' of 'nee, want ..'. Wanneer hulpverleners dit laatste antwoord aankruisten is gevraagd aan welke voorwaarden moesten worden voldaan ('ja, als ..') of welke knelpunten er waren ('nee, want ..') bij de inzet van deze hulpmiddelen. Bij 17% van de (80) ouderen spelen, volgens de hulpverleners, financiële aspecten een rol.¹⁹ Hulpmiddelen die hierbij worden genoemd zijn ondermeer een rolstoel, handgrepen/steunen en een opklapbaar douchezitje. Bij 15% van de ouderen speelt angst een rol bij de inzet van hulpmiddelen (rolstoel, wandelstok en een rollator), waarbij het niet zozeer gaat om de angst voor een hulpmiddel als om de angst om te vallen als men gebruik maakt van dit hulpmiddel. Bij acht ouderen (10%) speelt de noodzaak tot begeleiding een rol (rolstoel) en bij vijf ouderen (6%) spelen cognitieve aspecten een rol (elektrische rolstoel, hulpmiddelen bij het aankleden). Eveneens bij vijf ouderen (6%) speelt de toestand van de woning een rol bij het (niet) kunnen inzetten van hulpmiddelen (rolstoel, handgrepen/steunen, lift, anti-sliptegels).

Ook uit het proeftuinonderzoek kwamen enkele knelpunten naar voren (Stephan, 1993). Zo bleek hier dat ouderen een gebrekkige kennis hadden over hulpmiddelen en de instellingen waar men deze kan verkrijgen: de meeste proefpersonen kenden de hulpmiddelen die ze niet zelf in huis hadden, niet. Daarnaast bleek in de proeftuin dat bij een aantal hulpmiddelen (zoals een rollator en een kousenaantrekker) enige uitleg en een korte training nodig was. Tenslotte bleek dat hoogbejaarden slechts bereid zijn een hulpmiddel aan te schaffen als dit strikt noodzakelijk is. Hierbij spelen zowel financiële aspecten als attitudes (het allemaal niet meer de moeite waard vinden) een rol. Hoewel de proefpersonen zich nieuwsgierig toonden naar de aangeboden hulpmiddelen zeiden de meesten deze produkten niet te zullen aanschaffen, omdat:

¹⁹ Wanneer zowel de mening van de gezinsverzorging als de wijkverpleging bekend is, is er van uitgegaan dat deze aspecten een rol spelen zodra óf de gezinsverzorgster óf de wijkverpleegkundige dit heeft aangegeven.

- De prijs een probleem opleverde. Dit gold met name voor ouderen met een AOW-inkomen (dit gold zowel voor een stoel van f2000, als voor produkten die 'slechts' f100 kosten).
- Men het gezien de leeftijd niet meer de moeite waard vond, zeker als het een 'duur' artikel betrof.
- Men het gezien de leeftijd niet de moeite waard vond om een verbouwing te laten plaatsvinden (aanbrengen van 'nagelvaste' hulpmiddelen in de badkamer of toilet).

Ook in de enquête onder ouderen is een aantal vragen opgenomen om hun kennis omtrent hulpmiddelen te achterhalen. Zo is bij ieder hulpmiddel dat een oudere niet in huis had aan de oudere gevraagd of hij dit hulpmiddel kent. Hierbij is er geen mogelijkheid om te controleren voor sociaal wenselijke antwoorden: ouderen kunnen van een hulpmiddel waarvan zij nog nooit hebben gehoord, toch zeggen dat zij dit kennen.²⁰

De hulpmiddelen die vaak worden gebruikt door ouderen (zoals handgrepen/steunen, een douchekrukje, anti-sliptegels, een verhoogde toiletpot, een verhoogd bed en een groot aantal loophulpmiddelen; zie hoofdstuk 4) zijn over het algemeen wel bekend, ook bij ouderen die deze hulpmiddelen niet in huis hebben. Hulpmiddelen zoals een kousenaantrekker, ruglift of een stoel die elektrisch kan kantelen zijn bij meer dan 80% van de ouderen niet bekend.

Als ouderen wordt gevraagd tot wie zij zich zouden wenden als zij een hulpmiddel nodig hebben, zegt een zesde dat hij niet weet waar hij terecht moet voor een hulpmiddel. Een kwart van de ouderen zou zich tot de kinderen wenden en eveneens een kwart tot de huisarts. Ruim 20% zou zich direct tot een winkel of fabrikant wenden, terwijl 13% naar het kruiswerk zou gaan. Uiteraard speelt het type hulpmiddel dat de oudere in het hoofd had toen deze vraag werd gesteld een grote rol bij de keuze van de te benaderen persoon of instantie. Deze gegevens geven dan ook alleen een globale indruk, maar met name het feit dat 16% van de ouderen niet weet waar hij naar toe zou moeten is van groot belang.

Mogelijkheden tot substitutie

Om inzicht te krijgen in mogelijkheden voor substitutie van intramurale zorg is uit de groep positief geïndiceerde ouderen (N=167) eerst een selectie gemaakt van ouderen met twee of meer ADL-beperkingen (52,1% van de wachtlijstgroep). Van een ruimere selectie (vanaf één ADL-beperking) is afgezien, omdat daardoor

²⁰ Een meer directe manier om de kennis van ouderen over hulpmiddelen te achterhalen is door hen alle hulpmiddelen die zij kennen op te laten noemen. Hier is niet voor gekozen omdat (1) deze methode zeer tijdrovend is; (2) het voor respondenten, met name voor ouderen met geheugenproblemen, veel moeilijker om hulpmiddelen op te noemen dan om deze te herkennen en (3) het zeer goed mogelijk is dat ouderen bepaalde hulpmiddelen (zoals een verhoogde toiletpot) niet als zodanig beschouwen en dus niet opnoemen.

Hoofdstuk 7

het behoefte-profiel van ouderen diffuser wordt en de opname-risico's lager zijn. Bovendien lijkt het raadzamer om in verkennend onderzoek uit te gaan van enigszins conservatieve, meer selectieve, criteria. Van de geselecteerde mensen is ruim 30% van mening dat zij met hulpmiddelen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Dit zou betekenen dat het bij één zesde van de positief geïndiceerden mogelijk is door directe stimulering van hulpmiddelen een opname in een verzorgingshuis uit of af te stellen. Op jaarbasis betreft dat in Nederland, uitgaande van een jaarlijkse toestroom naar verzorgingshuizen van N=18.000 alleenstaande ouderen vanaf 75 jaar, ongeveer 3.000 ouderen.²¹

Binnen de groep respondenten die een positief advies voor het verzorgingshuis hebben is vervolgens bekeken hoeveel ouderen een bepaald ADL-probleem hebben, thans geen hulpmiddel gebruiken, maar wel positief staan tegenover de uitspraak dat hulpmiddelen hen zouden helpen bij het langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Met name bij deze ouderen kan het gebruik van hulpmiddelen worden vergroot en de kans op opname worden uitgesteld.

Tabel 7.3. Schatting van de mogelijkheden voor substitutie

ADL-activiteit	adl-probleem (N=167)	waarvan geen hulpmiddelen	waarvan wel pos. tav hulpm.	toegepast op landelijk beeld (N=18.000)
zich volledig wassen	32,3%	16,7%	44,4%	450
naar het toilet gaan	15,6%	26,9%	57,1%	450
zich aan- en uitkleden	25,1%	52,4%	50,0%	1200
in en uit bed gaan	22,8%	42,1%	62,5%	1100
gaan zitten/opstaan	21,0%	48,6%	64,7%	1200
zich buitenshuis verplaatsen	48,5%	29,6%	58,3%	1500
zich binnenshuis verplaatsen	31,1%	19,2%	60,0%	650
trap lopen	18,0%	83,3%	48,0%	1300

Als voorbeeld: binnen de wachtlijstgroep (N=167) heeft 15,6% moeite met het gebruik van het toilet (tabel 7.3, kolom 1); van deze 26 ouderen gebruikt een kwart geen hulpmiddel (kolom 2); van deze niet-gebruikers denkt echter 57% dat hulpmiddelen een bijdrage zouden kunnen leveren aan het langer zelfstandig thuis blijven wonen (kolom 3). Dit betekent dat 2 á 3% gebaat zou zijn bij hulpmiddelen bij het toiletgebruik (zoals een verhoogd toilet of handgrepen). Voor de landelijke toestroom van alleenstaande 75-plussers naar verzorgingshuizen (N=18.000 in 1992) betreft dat jaarlijks ongeveer 450 personen (kolom 4 in tabel 7.3).

²¹ Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 18.000 alleenstaande 75-plussers opgenomen in een verzorgingshuis (CBS, Statistiek van de bejaardenoorden 1989 en 1990, Voorburg/Heerlen: CBS, 1992b).

Voor de tweede vorm van substitutie (gerelateerd aan de samenhang tussen het gebruik van hulpmiddelen en het krijgen van hulp) is steeds gekeken naar de ouderen met een bepaalde ADL-beperking. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen wel en geen hulpmiddelengebruik bij het uitvoeren van deze ADL-activiteit, ongeacht het soort hulpmiddel. Er zijn geen significante verschillen in het gebruik van gezinsverzorging en/of wijkverpleging tussen ouderen met en zonder hulpmiddelen.

Aanvullend is aan hulpverleners gevraagd of de inzet van hulpmiddelen voor hen meer of minder werk zou betekenen. Slechts drie hulpverleners noemen hulpmiddelen (zoals een handrolstoel) die méér werk zullen opleveren, 22 hulpverleners noemen hulpmiddelen (met name hulpmiddelen bij het douchen zoals handgrepen/steunen of een douchezitje) die werk zullen besparen en zeven hulpverleners noemen hulpmiddelen die eerst meer en daarna minder werk zullen betekenen (zoals klitteband, ritsen met een groot lipje, elastische veters en een rollator).

7.4 Discussie

Omvang huidige bezit en gebruik van hulpmiddelen

Het onderzoek maakt duidelijk dat vrij veel ouderen die moeite hebben om een ADL-activiteit uit te voeren al hulpmiddelen hebben (zie tabel 7.2). Zo gebruikt ongeveer twee derde van de ouderen die moeite hebben om zich buitenshuis te verplaatsen hierbij een hulpmiddel en heeft ongeveer drie kwart van de ouderen die moeite hebben om zich te wassen een hulpmiddel of een badkameraanpassing. Dit wil echter niet zeggen dat het huidige gebruik van hulpmiddelen optimaal is. Zo geeft een aanzienlijk deel van de ouderen (zie rechter kolom tabel 7.2) aan dat zij menen baat te kunnen hebben bij hulpmiddelen die zij niet bezitten.

Belemmeringen bij het bezit en gebruik van hulpmiddelen

In dit onderzoek kwamen de volgende knelpunten naar voren:

- 1 Gebrekkige kennis: veel ouderen kennen de genoemde hulpmiddelen niet en weten niet waar zij terecht moeten voor hulpmiddelen. De voorlichting aan ouderen over de beschikbare hulpmiddelen en de verstreckende instanties lijkt dan ook te kunnen worden verbeterd.
- 2 Financiën: hulpverleners wijzen op financiële knelpunten bij de aanschaf van hulpmiddelen. Gebrek aan financiën vormt niet alleen een belemmering bij de aanschaf van dure hulpmiddelen zoals een rolstoel, maar ook bij goedkopere hulpmiddelen zoals handgrepen.
- 3 Advisering en instructie: ouderen hebben behoefte aan individuele begeleiding en instructie, zelfs bij relatief eenvoudige hulpmiddelen. Hiervoor zou meer aandacht moeten zijn bij verstreckende instanties en (thuiszorg)winkels.

Hoewel in de literatuur wel wordt gewezen op de gebrekkige gebruikersvriendelijkheid van hulpmiddelen (Lenssen, 1992; Leijen, 1993), komt dit in ons onderzoek niet naar voren. Noch de ouderen, noch de hulpverleners noemen dit een knelpunt bij de bevordering van hulpmiddelengebruik bij zelfstandig wonende ouderen. Mogelijk speelt de afbakening in dit onderzoek tot relatief simpele hulpmiddelen hierbij een rol.

Schattingen voor de mogelijkheden van substitutie

Slechts de helft van de ouderen op de wachtlijst voor het verzorgingshuis heeft twee of meer ADL-beperkingen. Hulpmiddelen ter bevordering van de zelfredzaamheid kunnen derhalve slechts bij maximaal de helft van de op een plaats in het verzorgingshuis wachtende ouderen een rol spelen. Ongeveer een derde van hen spreekt zelf de verwachting uit dat zij dankzij het gebruik van hulpmiddelen langer zelfstandig zouden kunnen blijven wonen.

Met dit type onderzoek is het natuurlijk niet mogelijk de feitelijke substitutie-effecten te meten. Om deze vast te kunnen stellen is een longitudinaal onderzoeksdesign nodig, waarin verschillende interventies met elkaar worden vergeleken. Wel kan een schatting worden gemaakt van de mogelijkheden van de inzet van hulpmiddelen. Voorlopige ramingen op basis van het huidige hulpmiddelenbezit en de attitudes van ouderen, op het niveau van afzonderlijke ADL-beperkingen, maken aannemelijk dat hulpmiddelen een bijdrage kunnen leveren aan het substitutiebeleid in de ouderenzorg. Deze bijdrage varieert van 2% tot 8% van de jaarlijkse instroom in verzorgingshuizen, afhankelijk van het soort handeling waarbij een hulpmiddel wordt ingezet. Hierbij moet worden aangetekend dat het slechts ramingen betreft, die gebaseerd zijn op de subjectieve inschatting van ouderen en hun hulpverleners.

Eenzijds zijn deze schattingen vrij conservatief, omdat zij de huidige bekendheid van hulpmiddelen en bereidheid van ouderen om hulpmiddelen aan te schaffen als vertrekpunt hebben genomen. Het is echter zeer wel denkbaar dat door goede informatie, instructie en begeleiding en eventuele aanpassing van hulpmiddelen meer ouderen interesse krijgen voor het gebruik van allerlei hulpmiddelen. De acceptatie en de gebruiksgeneigdheid zouden zo kunnen worden vergroot.

Anderzijds ondervinden ouderen vaak gelijktijdig verschillende ADL-problemen. Dit betekent dat de schattingen per ADL-probleem niet zonder meer kunnen worden opgeteld, maar een indicatie geven over de range waarin de substitutiemogelijkheden zich bevinden. Hierbij moet bovendien rekening worden gehouden met de complexiteit van de problematiek van de betreffende ouderen op een wachtlijst (Frederiks, 1990). Er is geen kant-en-klaar recept voor hulpmiddelen

Substitutiemogelijkheden van hulpmiddelen (verkenning)

maar per individu moet worden gezien welke hulpmiddelen onder welke condities soelaas bieden als alternatief voor opname in een verzorgingshuis. Onder die voorwaarden lijkt gerichte toepassing van hulpmiddelen een aanzienlijk potentieel in zich te dragen voor het uit- of afstellen van opname in een verzorgingshuis. Op de hulpmiddelenmarkt vergt dat een combinatie van maatregelen aan de vraagzijde (technology-pull) én aan de aanbodzijde (technology-push).

Thans vindt binnen de thuiszorg geen substitutie van personele zorg door hulpmiddelen plaats. In dat geval zouden ouderen met hulpmiddelen minder vaak professionele zorg krijgen dan ouderen zonder hulpmiddelen. Hulpverleners noemen echter wel hulpmiddelen waarvan zij menen dat deze hen werk zullen besparen. Per saldo lijken er dus wel degelijk enige mogelijkheden te zijn om personele thuiszorg deels te vervangen door hulpmiddelen.

8 Substitutiemogelijkheden van hulpmiddelen (praktijk)²²

8.1 Inleiding

Het lijkt waarschijnlijk dat de inzet van hulpmiddelen een intramurale opname kan uitstellen en de behoefte aan (professionele) thuiszorg kan verminderen (Ministerie van VWS, 1995). Deze veronderstelling wordt mede ingegeven door allerlei innovatieprojecten, die erop lijken te wijzen dat (thuiszorg)ergotherapie een belangrijke bijdrage kan leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van ouderen (Driessen et al., 1994; Brouwer, 1995). In deze projecten wordt, vanuit het verpleeghuis of het kruiswerk, ergotherapie in de eerste lijn geboden. De ergotherapeut geeft ADL-trainingen, adviseert over hulpmiddelen en leert deze te accepteren en te gebruiken. Deze onderzoeken naar ergotherapie waren vooral descriptief van aard. Een effect-studie naar de bijdrage die hulpmiddelen kunnen leveren aan het verminderen van het gebruik van professionele zorg is in Nederland niet eerder uitgevoerd. Dit hoofdstuk poogt deze leemte op te vullen.

In hoofdstuk 7 is vastgesteld dat ouderen weinig kennis hebben over het aanbod van hulpmiddelen en over de wijze waarop deze verkregen kunnen worden en dat er daarnaast financiële knelpunten optreden bij het verkrijgen van hulpmiddelen. Deze resultaten vormden de aanleiding voor een project (zie ook paragraaf 4.1) waarin werd getracht om deze knelpunten te omzeilen. Dit hoofdstuk bevat de resultaten van dit project. Bij de evaluatie van het project zijn twee groepen vergeleken: een 'controlegroep' (die alleen deelnam aan het onderzoek) en een 'interventiegroep', die deelnam aan het onderzoek én het project (paragraaf 8.2).

8.2 Het project

Medio 1994 hebben twee ergotherapeutes die voor dit project werden aangetrokken de ouderen uit de interventiegroep thuis bezocht om hen te adviseren over bruikbare hulpmiddelen. De adviezen werden zowel mondeling als op schrift gegeven. Een advies-bezoek duurde ongeveer drie tot vijf kwartier, afhankelijk van de hulpbehoefte van de oudere. Vervolgens werden de geadviseerde hulpmiddelen door participerende bedrijven kosteloos geleverd aan een intermediair

²² Dit hoofdstuk is gebaseerd op: Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman, De effecten van hulpmiddelen op het gebruik van professionele zorg; een onderzoek onder alleenstaande 75-plussers. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1996;27(3):105-114.

(thuiszorg- of welzorgwinkel), die de hulpmiddelen distribueerde. Een lokale aannemer installeerde de 'nagelvaste' hulpmiddelen. Vervolgens gaf de ergotherapeute een instructie over het gebruik van de hulpmiddelen. Voor dure of zeer specifieke hulpmiddelen (zoals rolstoel, artrodesestoel) of ingrijpende woningaanpassingen (bijvoorbeeld het verwijderen van een lavet) werden de ouderen verwezen naar de ziektekostenverzekeraar of gemeente die hulpmiddelen verstrekken in het kader van respectievelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Een uitgebreidere beschrijving van dit project wordt gegeven door De Klerk en Huijsman (1995b), Stephan et al. (1995) en KITTZ (1995).

De effecten van de interventie zijn vastgesteld in een evaluatie-onderzoek met de volgende vraagstelling: 'In welke mate leidt de inzet van een ergotherapeute en het beschikbaar stellen van hulpmiddelen tot een vermindering van het gebruik van professionele zorg?'. Voordat deze vraag kan worden beantwoord, wordt eerst bekeken of het project leidt tot een toename van het hulpmiddelengebruik. Omdat het, vanwege de korte onderzoeksperiode (één jaar), moeilijk is om veranderingen in het gebruik van (intramurale) zorg te meten, is ook onderzocht of ouderen zelf anders gingen denken over de mogelijke effecten van hulpmiddelen. Tenslotte geeft dit project inzicht in de aard van de afgegeven adviezen.

8.3 Methoden

Het onderzoek kende een quasi-experimentele opzet, waarbij aan het begin (voorjaar 1994; vóór de interventie) en aan het eind van het project (voorjaar 1995) gegevens zijn verzameld bij zowel de interventie- als een controlegroep. Daarnaast is informatie verkregen uit project-registraties en mondelinge interviews met de ergotherapeuten. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de interventie-gemeenten Leiden en Veenendaal en de controle-gemeenten Amersfoort en Alphen aan den Rijn. De interventie-gemeenten verschillen niet van de controle-gemeenten in het aantal 75-plussers of de verzorgingshuiscapaciteit.

Selectie van de deelnemers

Om financiële redenen²³ is besloten om de beide onderzoeksgroepen te verwerven via de thuiszorginstellingen en indicatiecommissies uit bovengenoemde gemeenten. Deze leverden alle adressen van alleenstaande zelfstandig wonende

²³ Een alternatief zou het trekken van een representatieve bevolkingssteekproef zijn en daarbinnen met behulp van bijvoorbeeld een telefonische enquête ouderen selecteren die een aantal ADL-beperkingen hadden. Hiervoor was echter geen geld beschikbaar.

cliënten van 75 jaar of ouder. Ouderen met ernstige dementieproblematiek (dit ter beoordeling van de hulpverleners) werden uitgesloten.

Met behulp van een telefonische enquête werd een groep ouderen geselecteerd die, naar eigen zeggen, minimaal twee en maximaal vijf ADL-beperkingen had. Voor dit maximum aantal is gekozen omdat werd verwacht dat hulpmiddelen onvoldoende uitkomst kunnen bieden bij mensen met veel ADL-handicaps. De telefonische enquête is gebaseerd op een korte postenquête die eerder als selectiemiddel werd gebruikt (Frederiks, 1990; Schrijnemaekers en Haveman, 1990; De Klerk en Huijsman, 1992). In deze enquête wordt gevraagd naar een aantal demografische gegevens en het hebben van ADL-beperkingen.

De instellingen leverden 1408 namen aan. Hiervan waren 870 mensen bereid aan de telefonische enquête mee te werken (respons 62%). De non-respons was niet alleen het gevolg van 'weigeringen' (14%) of 'vijf keer geen gehoor' (9%), maar ook van een vervuild adressenbestand (bij 12% was de telefoon afgesloten of de gezochte persoon niet bekend; 2% was overleden). Bij 1% speelden taalproblemen een rol; bij 2% is de reden onbekend.

Van de 870 respondenten voldeden er 350 aan alle selectiecriteria, te weten zelfstandig wonend, alleenstaand, 75-plusser en twee tot vijf ADL-beperkingen. Deze ouderen zijn vervolgens benaderd voor een mondeling interview van circa drie kwartier (voormeting). Hieraan hebben 260 ouderen meegewerkt (respons 74%). Zij vormen de feitelijke onderzoeksgroep. De non-respons was het gevolg van het feit dat de maximale omvang van de projectpopulatie was bereikt (11%; er was een maximale omvang vanwege de beschikbare financiële middelen voor bezoeken door de ergotherapeute en de levering van hulpmiddelen), weigeringen (10%), onbereikbaar zijn door opname, overlijden of niet thuis (4%) en 'niet in staat om mee te werken' (2%).

Onderzoeksgroep

De leeftijd van de 260 respondenten varieerde (bij aanvang van het project) van 75 tot 99 jaar, met een gemiddelde van ruim 83 jaar (s.d. 5,4); van hen is 85% vrouw. Bij aanvang van het project werden geen significante verschillen tussen de interventie- en de controlegroep (respectievelijk 110 en 150 ouderen) op relevante variabelen (zoals leeftijd of hulpbehoefte) gemeten. De onderzoeksgroep is niet representatief voor Nederlandse ouderen, omdat geselecteerd is op hulpbehoefte, zorggebruik, leeftijd en huishoudsamenstelling.

Slechts 48% van de ouderen uit de voormeting heeft ook aan de nameting meegewerkt (51% bij de interventie- en 46% bij de controlegroep). Hierop komen wij in de discussie terug. Tabel 8.1 geeft een overzicht van de redenen waarom mensen uit het project zijn gevallen. Ongeveer een kwart van de respondenten is gestopt omdat zij geen belangstelling meer hadden of niet in staat waren om aan het onderzoek deel te nemen. Ongeveer een achtste van de ouderen is opgenomen

Hoofdstuk 8

in een verzorgingshuis. Hierin treden geen verschillen op tussen de beide groepen. In een periode van ongeveer een jaar is bijna een tiende (9%) overleden. De respondenten van de nameting verschillen niet van de uitvallers in leeftijd, sexe of hulpbehoefte (noch in de interventie- noch in de controlegroep).

Tabel 8.1. Uitval in controle- en interventiegroep

	controlegroep		interventiegroep	
	N	%	N	%
overleden	13	9	10	9
intramurale opname ¹	18	12	14	13
verhuisd naar elders	10	7	3	3
overige uitvallers ²	33	22	34	31
respondenten 2 ^e meting	<u>76</u>	<u>51</u>	<u>49</u>	<u>45</u>
respondenten 1 ^e meting	150	100	110	100

¹ in een verzorgingshuis, verpleeghuis of een psychiatrisch ziekenhuis

² geen toestemming, weigering, ziek, niet thuis (maar nog wel woonachtig op oorspronkelijke adres)

Mondelinge enquête

De dataverzameling vond plaats met behulp van volledig gestructureerde interviews, die bij ouderen thuis werden afgenomen. Er werden vragen gesteld over demografische aspecten, woonvorm, zelfredzaamheid, bezit en gebruik van hulpmiddelen, attitudes ten aanzien van hulpmiddelen en zorggebruik.

De *zelfredzaamheid* is gemeten door vast te stellen in hoeverre ouderen zeven algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), inclusief mobiliteitsverrichtingen, nog zelfstandig kunnen verrichten (zichzelf volledig wassen, van het toilet gebruik maken, zich aan- en uitkleden, in en uit bed gaan, gaan zitten en opstaan, zich binnenshuis verplaatsen en zich buitenshuis verplaatsen).

Aan ouderen die aangaven dat zij moeite met een ADL-activiteit hadden, is een lijst met *hulpmiddelen* voorgelegd met de vraag of zij deze in hun bezit hadden en zo ja, of zij deze gebruikten. Deze lijst is eerder gebruikt in het marktbehoefte-onderzoek (zie hoofdstuk 4), maar kon door de respondenten worden aangevuld (Drost, 1989; Knops en Bakker, 1992; De Klerk en Huijsman, 1993).

Vervolgens is een aantal uitspraken voorgelegd om de *attitudes* ten aanzien van hulpmiddelen in de thuiszorg vast te stellen. Deze zijn gebaseerd op uitspraken die eerder aan ouderen zijn voorgelegd (De Klerk en Huijsman, 1993).

Het *zorggebruik* is onderzocht door te vragen van wie de oudere zorg krijgt en hoeveel uur per week. Alle respondenten hebben zorg van de gezinsverzorging of de wijkverpleging, ofwel staan op de wachtlijst voor het verzorgingshuis. Een aantal heeft bovendien informele zorg van familie, vrienden of burens. Om vast te kunnen stellen of ouderen tijdens het project zijn opgenomen in een intramurale instelling hebben de deelnemende gemeenten (afdeling burgerzaken) gecontro-

leerd of ouderen die wel aan de eerste, maar niet aan de tweede enquête hebben deelgenomen tussentijds waren verhuisd, opgenomen of overleden.

De ouderen hadden de meeste hulpmiddelen circa negen maanden in hun bezit toen de nameting plaatsvond.

Statistische analyses

De gegevens werden geanalyseerd met behulp van SPSS/PC. Wanneer werd getoetst of de interventie- en de controlegroep op een bepaald tijdstip verschilden werd gebruik gemaakt van de Student t-toets en de Chi-kwadraat-toets. Voor het toetsen van veranderingen in de tijd werd gebruik gemaakt van de t-toets voor gepaarde waarnemingen, de rangtekentoets van Wilcoxon en de McNemar toets. Om ook de gevolgen van de non-respons te kunnen bekijken worden in de tabellen steeds drie gegevens gepresenteerd, namelijk de gegevens van (Ia) de voormeting van alle 260 deelnemers, (Ib) de voormeting van de 125 respondenten die ook aan de nameting hebben meegewerkt en (II) de nameting van 125 respondenten. Door de eerste twee gegevens te vergelijken wordt duidelijk of een selectieve uitval heeft plaatsgevonden en door de laatste twee gegevens te vergelijken blijkt of er veranderingen binnen groepen zijn opgetreden.

8.4 Resultaten

Gegeven adviezen

Er waren 83 van de 110 interventie-ouderen die na afloop van de voormeting expliciet toestemming gaven voor het bezoek van een ergotherapeute. Hiervan kregen er 73 een advies (88%). De anderen waren onbereikbaar. De meeste geadviseerde hulpmiddelen betreffen, naast handgrepen (70% van de ouderen) en het verwijderen van drempels (37%), hulpmiddelen in de badkamer, bij het verplaatsen en bij het gaan zitten en staan, zoals hoge krukken, bed- en stoelverhogers (tabel 8.2). Gemiddeld werd aan de ouderen vijf hulpmiddelen geadviseerd (minimaal 0 en maximaal 12).

Van de door de ergotherapeut bezochte ouderen kregen 56 ouderen in totaal 280 hulpmiddelen (77%). Dit betreffen vooral handgrepen, 'helping hands', douche-zitjes, rollators, hoge krukken, anti-slipmatten, kousenaantrekkers en toiletverhogers. Daarnaast zijn veel drempels verwijderd of verlaagd (tabel 8.2). Gemiddeld kregen ouderen drie hulpmiddelen via het project (minimaal 0, maximaal 10). Reden om geen hulpmiddelen te verstrekken was ofwel dat men geen hulpmiddelen nodig had of niets wilde hebben (10x) of dat men onbereikbaar was (door opname of overlijden; 7x).

Hoofdstuk 8

Tabel 8.2. Geadviseerde en verstrekte hulpmiddelen (die minimaal 5x zijn geadviseerd)

	geadviseerd		verstrekt			geadviseerd		verstrekt	
handgrepen	45	¹	34	¹	bedverhoger	11		6	
rollator	25		17		doucheglijstang	9		6	
helping hand	24		22		stoel	8		1	
drempels	23		17		alarm	7		0	
douchezitje	23		17		rolstoel	7		0	
hoge kruk	21		15		elast. kousenaantrekker	6		5	
anti-slipmat	18		14		stoelverhoger	6		4	
scootmobiel	15		0		<i>totaal aantal hulpm.</i>	<i>geadviseerd</i>	<i>verstrekt</i>		
kousenaantrekker	12		12		gemiddeld	5,0		3,0	
toiletverhoger	11		10		standaarddev.	3,1		2,6	

¹ Aantal mensen dat hulpmiddel (geadviseerd) kreeg; sommige ouderen kregen diverse handgrepen

Bezit en gebruik van hulpmiddelen

Bij aanvang van het project bezaten de beide groepen gemiddeld ongeveer 4,5 van de onderzochte hulpmiddelen en gebruikten zij er bijna vier. Tijdens het project is binnen de interventiegroep zowel het hulpmiddelenbezit als het gebruik significant toegenomen (respectievelijk $p < 0,001$ en $p < 0,01$).

Tabel 8.3. Gemiddeld aantal hulpmiddelen in bezit of gebruik bij controle- en interventiegroep

	controlegroep			interventiegroep		
	Ia	Ib	II	Ia	Ib	II
<i>gehele groep</i>	(N=150)	(N=76)	(N=76)	(N=110)	(N=49)	(N=49)
bezit hulpmiddelen****	4,4	4,5	4,6	4,7	* ^b 5,7	*** ^c 7,9
gebruik hulpmiddelen****	3,7	3,8	3,9	3,9	* ^b 4,8	*** ^c 6,6

****: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$

^a met Student t-toets is getoetst of controle- en interventiegroep verschillen tijdens eindmeting

^b met Student t-toets is getoetst of uitvallers (niet in tabel) en niet-uitvallers (kolom Ib) verschillen

^c met t-toets voor gepaarde waarnemingen getoetst of voor- en nameting (kolom Ib en II) verschillen

Aan het eind van het project heeft de interventiegroep gemiddeld bijna acht hulpmiddelen en gebruikt zij er circa $6\frac{1}{2}$ (zie tabel 8.3), hetgeen significant meer is dan de controlegroep ($p < 0,001$). Deze significante toename van het aantal hulpmiddelen dat men in bezit heeft of gebruikt heeft zich alleen voorgedaan bij de 75-84 jarigen. Bij de 85-plussers treedt weliswaar ook een toename op in het aantal hulpmiddelen dat men bezit of gebruikt, maar niet significant. Hier komen wij later, in de discussie, op terug.

Bij de interventiegroep (met name de 75-84-jarigen) heeft een selectieve uitval plaatsgevonden: ouderen die aan het gehele project hebben deelgenomen (groep Ib in tabel 8.3) hebben bij de voormeting gemiddeld significant ($p < 0,05$) meer hulpmiddelen dan diegenen die tussentijds zijn uitgevallen (respectievelijk 5,7 en 4,0 hulpmiddelen) en gebruiken meer hulpmiddelen dan de uitvallers (respectievelijk 4,8 en 3,2 hulpmiddelen). Hierop wordt in de discussie nader ingegaan. Bij de controlegroep vond geen selectieve uitval plaats.

Attitudes ten aanzien van hulpmiddelen

Tijdens de voormeting dacht circa 70% van de ouderen dat zij dankzij hulpmiddelen langer thuis zouden kunnen blijven wonen (zie tabel 8.4). Met name de mensen die deze uitspraak onderschrijven bleven aan het onderzoek meedoen (in de controlegroep is het verschil tussen uitvallers en niet-uitvallers significant; $p < 0,05$). Aan het eind van het project is de interventiegroep het vaker eens met deze uitspraak dan de controlegroep ($p < 0,05$).

Tabel 8.4. Percentage ouderen uit controle- en interventiegroep dat het eens is met uitspraken over hulpmiddelen

	controlegroep			interventiegroep		
	Ia (N=150)	Ib (N=76)	II (N=76)	Ia (N=110)	Ib (N=49)	II (N=49)
stelling A**	68,7	* ^b 77,3	70,7	73,4	79,6	* ^c 89,6
stelling B	64,6	65,3	64,8	69,7	77,1	* ^c 60,4
stelling C**	45,2	48,6	42,9	44,9	47,9	23,4
stelling D	53,8	54,7	54,1	53,3	52,1	(* ^c) 68,8

stelling A: Als ik hulpbehoevender word, denk ik door hulpmiddelen langer thuis te kunnen blijven

stelling B: Hulpmiddelen kunnen alleen een aanvulling zijn op hulp geboden door mensen

stelling C: Gebruik van hulpmiddelen vereist zoveel begeleiding dat je nog steeds hulp nodig hebt

stelling D: Hulpmiddelen zijn een goede oplossing voor personeelstekort in de ouderenzorg

: $p < 0,05$; (): $p < 0,10$

^a met Chi-kwadraat-toets getoetst of controle- en interventiegroep verschillen tijdens eindmeting

^b met Chi-kwadraat-toets getoetst of uitvallers (niet in tabel) van niet-uitvallers (kolom Ib) verschillen

^c met Wilcoxon-toets getoetst of voor- en nameting (kolom Ib en II) verschillen

Ten aanzien van de uitspraak dat hulpmiddelen alleen een aanvulling kunnen zijn op zorg door mensen verschillen de groepen niet (noch aan het begin, noch aan het eind van het project). Echter, de interventiegroep is het bij de nameting minder vaak met deze uitspraak eens dan bij de voormeting ($p < 0,05$).

Ook heeft de interventiegroep haar mening bijgesteld ten aanzien van de uitspraak dat het gebruik van hulpmiddelen zoveel begeleiding vergt dat zij nog steeds zorg nodig hebben: deze groep is het hier bij de nameting minder vaak mee eens dan de controlegroep ($p < 0,05$).

Hoofdstuk 8

De uitspraak 'hulpmiddelen zijn een goede oplossing voor het personeelstekort in de ouderenzorg' krijgt bij de interventiegroep bij de nameting (69%) meer bijval dan bij de voormeting (52%), maar deze verschuiving is niet significant.

Gebruik van zorg

Bij aanvang van het project gebruikte bijna 90% van de respondenten (die werden gerecrueteerd bij de thuiszorg en indicatiecommissies) gezinsverzorging en 10-17% wijkverpleging (zie tabel 8.5). Noch aan het begin noch aan het eind van het project zijn er significante verschillen tussen de twee groepen. Ook het gemiddeld aantal uur gezinsverzorging verschilt niet. Echter, binnen de interventiegroep heeft selectieve uitval van ouderen met weinig gezinsverzorging plaatsgevonden ($p < 0,05$). Het gemiddeld aantal uren gezinsverzorging bij de interventiegroep is weliswaar afgenomen, maar niet significant ($p < 0,10$).

Tabel 8.5. Gebruik van professionele hulp bij controle- en interventiegroep

	controlegroep			interventiegroep		
	Ia (N=150)	Ib (N=76)	II (N=76)	Ia (N=110)	Ib (N=49)	II (N=49)
% gezinsverzorging	84	85	91	90	91	90
gem. aantal uren gezinsverzorging	5,1	4,8	4,6	4,7 ^{**}	5,4(*) ^{b,c}	4,7
% wijkverpleging	17	12	21	10	11	22
% wachtlijst vzh	14 ^{**}	7 ^{**b}	21	16	11 (*) ^c	27

** $: p < 0,01$; * $: p < 0,05$; (*): $p < 0,10$

De percentages tellen kolomsgewijs op tot meer dan 100% doordat mensen tegelijkertijd gezinsverzorging en/of wijkverpleging ontvangen én/of op de wachtlijst voor een verzorgingshuis staan

^a met Student t-toets (gemiddeld aantal uren) of chi-kwadraat-toets (percentages) is getoetst of uitvallers (niet in tabel) van niet-uitvallers (kolom Ib) verschillen

^b met t-toets voor gepaarde waarnemingen (gemiddeld aantal uren) of Wilcoxon-toets (percentages) is getoetst of voor- en nameting (kolom Ib en II) verschillen

^c toetsing betreft alleen mensen die zowel bij voormeting als bij nameting gezinsverzorging ontvingen

Het percentage ouderen dat hulp van wijkverpleging krijgt, is in beide groepen in dezelfde mate toegenomen. Deze verschillen tussen voor- en nameting zijn echter niet significant. Er zijn geen verschillen tussen de interventie- en de controlegroep in het gebruik van de wijkverpleging.

Er bestaat geen verschil tussen de controle- en interventiegroep in het percentage ouderen dat op de wachtlijst staat voor het verzorgingshuis, noch tijdens de voormeting (circa 15%), noch tijdens de nameting (ruim 20%). Dat geldt ook voor het aantal feitelijke opnames tussen beide meetmomenten (zie tabel 8.1). Echter, binnen de groepen treden wel enkele verschuivingen op. Bij de controle-

groep heeft een selectieve uitval van ouderen op de wachtlijst plaatsgevonden ($p < 0,01$). Bij de resterende ouderen in deze groep is het wachtlijstpercentage significant toegenomen ($p < 0,01$). Ook bij de interventiegroep steeg gedurende de projectperiode het aantal mensen op de wachtlijst voor het verzorgingshuis, maar deze verschuiving is niet significant ($p < 0,10$).

8.5 Discussie

In dit hoofdstuk is met behulp van een quasi-experimenteel onderzoek nagegaan in welke mate het adviseren over en aanbieden van hulpmiddelen door een thuiszorg-ergotherapeute kunnen bijdragen aan het verminderen van het gebruik van professionele (thuis)zorg.

Twee derde (66,3%) van de interventiegroep is daadwerkelijk bezocht door een ergotherapeute voor een advies-bezoek. Het feit dat de rest van de respondenten niet is bezocht, hangt enerzijds samen met de kwetsbaarheid van de onderzoeksgroep (alleenstaande 75-plussers met hulpbehoefte), waardoor 5% van de respondenten afviel en anderzijds met tegenvallende belangstelling voor het project of het onderzoek (samen uitval van 29%). Ouderen konden tijdens iedere fase in het onderzoek aangeven dat zij niet langer mee wilden werken. Op hen is geen enkele druk uitgeoefend. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een grote meerderheid van de ouderen geïnformeerd wilde worden over hulpmiddelen. Dit komt overeen met eerder onderzoek waarin ouderen aangaven dat zij weinig op de hoogte zijn van beschikbare hulpmiddelen en hiervan meer zouden willen weten (De Klerk en Huijsman, 1993; Stephan, 1993).

De ergotherapeuten adviseerden gemiddeld circa vijf hulpmiddelen per oudere, waarvan de meeste hulpmiddelen ook via het project werden verstrekt. Gedurende het project is niet alleen het hulpmiddelenbezit in de interventiegroep significant toegenomen, maar ook het hulpmiddelengebruik. Ouderen benutten dus de aangeboden hulpmiddelen, die blijkbaar aan een bepaalde behoefte voldoen. Het feit dat ouderen zoveel bruikbare hulpmiddelen geadviseerd krijgen én gebruiken, betekent dat het hulpmiddelengebruik nog niet optimaal is, zelfs bij ouderen die in het (thuis)zorgcircuit zijn opgenomen. Ook onderzoekers van het NIZW menen dat hulpmiddelen meer onder de aandacht van hulpverleners van de thuiszorg gebracht moeten worden, en hebben daartoe cursussen ontwikkeld (Daniëls et al., 1995a/b). Naast deze bijscholing zou er echter ook in de basis-opleiding van eerste-lijnshulpverleners, zoals gezinsverzorging, wijkverpleegkundigen en de huisarts, meer aandacht aan de inzet van hulpmiddelen moeten worden besteed (Lenssen, 1995). Daniëls en Schippers (1995) geven een overzicht van de

verschillende taken die deze hulpverleners (kunnen) vervullen op het gebied van hulpmiddelen.

Overigens is alleen bij de groep 75-84 jarigen de toename van het aantal gebruikte hulpmiddelen significant. De reden hiervoor is onbekend. Mogelijk staan deze ouderen meer open voor hulpmiddelen. In dat geval verdient het aanbeveling om ouderen zo vroeg mogelijk te wijzen op de mogelijkheden van hulpmiddelen.

Hoewel uit een aantal experimenten blijkt dat ergotherapeuten een belangrijke rol kunnen vervullen in de thuiszorg (Driessen et al., 1994; Brouwer, 1995), is het onduidelijk of hun specifieke deskundigheid altijd nodig is. Mogelijk kunnen ergotherapeuten andere eerste-lijnshulpverleners instrueren om bepaalde hulpmiddelen zelf te adviseren, zodat de ergotherapeuten aandacht kunnen besteden aan meer ingewikkelde zorgvragen en de training van ADL-activiteiten. Iets dergelijks wordt bijvoorbeeld voorgesteld in Zweden (Parker en Thorslund, 1991). Ook in dat geval zijn meer ergotherapeuten in de eerste lijn nodig als men het hulpmiddelengebruik door ouderen wil bevorderen. Het Ministerie van VWS onderkent dit en heeft hiervoor extra geld uitgetrokken (FOZ 1996).

In de loop van het project hebben ouderen uit de interventiegroep hun mening over hulpmiddelen op een aantal punten herzien. Zo zijn zij iets vaker gaan denken dat zij dankzij hulpmiddelen langer thuis kunnen blijven wonen en menen zij minder vaak dat hulpmiddelen zoveel begeleiding eisen dat er nog steeds zorg nodig is. Hulpmiddelen kunnen volgens deze ouderen meer als substituut voor, dan als aanvulling op professionele zorg worden ingezet. Het laten uitproberen van hulpmiddelen heeft dus een duidelijke attitude-verandering in gang gezet. Wanneer men het gebruik van hulpmiddelen wil stimuleren, verdient het aanbeveling om ruimere mogelijkheden te bieden om hulpmiddelen gedurende enige tijd uit te laten proberen voordat men ouderen voorstelt tot aanschaf over te gaan.

Het project heeft geen invloed gehad op het al dan niet gebruiken van professionele hulp, maar heeft bij de ouderen die gezinsverzorging ontvangen geleid tot een lichte afname in het aantal uren zorg dat zij krijgen. Dit verschil is echter statistisch niet significant ($p < 0,10$). Grootschaliger onderzoek zal moeten aantonen of daadwerkelijk een vermindering van het aantal uren zorg is te bereiken. Als dit inderdaad het geval is, dan zou de inzet van hulpmiddelen tot aanzienlijke kostenbesparingen kunnen leiden. In Scandinavisch onderzoek bijvoorbeeld blijkt dat het wonen in een aangepast huis leidt tot een aanzienlijke vermindering van de kosten van zorg, ook als rekening wordt gehouden met de kosten van de woningaanpassingen (Svensson et al., 1991).

Gedurende de projectperiode is, zowel bij de interventie- als bij de controlegroep, het gebruik van de wijkverpleging toegenomen, zij het niet significant. Een mogelijke verklaring hiervoor kan een lichamelijke achteruitgang van deze kwetsbare groep ouderen zijn, waardoor zij bij meer ADL-taken hulp nodig hebben.

Hoewel aan het begin van het project werd verwacht dat de inzet van hulpmiddelen zou leiden tot een vermindering van het gebruik van zorg, heeft de interventie niet geresulteerd in een afname van het percentage ouderen dat professionele zorg gebruikt of dat wordt opgenomen in een intramurale instelling. De ergotherapeuten constateerden dat de interventie voor deze ouderen te laat kwam: wanneer ouderen eenmaal zorg krijgen, is dit moeilijk terug te draaien. Er zou dan ook bij de indicatiestelling meer moeten worden gelet op de mogelijkheden van hulpmiddelen: bij iedere hulpaanvraag zou moeten worden afgewogen, meer dan nu gebeurt, of professionele zorg of hulpmiddelen of een combinatie van beide de beste oplossing is. Ditzelfde geldt voor ouderen die wachten op intramurale opname: zij hebben (vaak samen met hun familie) al de stap genomen om zich aan te melden en zijn er moeilijk van te overtuigen dat zij met hulpmiddelen wellicht toch thuis kunnen blijven wonen. Deze groep ouderen zou al in een eerder stadium hulpmiddelen moeten krijgen om nog effecten te kunnen bereiken. Er is aanvullend onderzoek nodig om vervolgens de effectiviteit van vroegtijdig ingezette hulpmiddelen te achterhalen.

Het voorgaande maakt duidelijk dat de introductie van hulpmiddelen aan ouderen niet optimaal kan renderen zonder veranderingen in de organisatie van de ouderenzorg. De suggestie om de indicatiestelling van hulpmiddelen zo vroeg mogelijk en geïntegreerd met de indicatiestelling voor zorgverlening te laten plaatsvinden is hiervan een voorbeeld. Ook de ruimere introductie van ergotherapie en van een 'proefperiode' in het gebruik van hulpmiddelen zullen consequenties hebben voor de ouderenzorg. De ontwikkeling van één-loket-ideeën en de integratie van gehandicapten- en ouderenzorg in de WVG zullen een belangrijke stimulans geven aan het hulpmiddelengebruik van ouderen.

Beperkingen van deze studie

Hoewel velen menen dat hulpmiddelen kunnen leiden tot een reductie van het gebruik van professionele zorg (Ministerie van WVC, 1991; Svensson et al., 1991; Frielle en Kerssens, 1995), blijkt dit niet uit dit onderzoek. Drie aspecten spelen hierbij mogelijk een rol: (1) het onderzoek, (2) de doelgroep en (3) de interventies.

Ad 1 (onderzoek): de uitstroom uit het onderzoek is vrij groot geweest. Slechts 39 ouderen die hulpmiddelen hebben gekregen, hebben deelgenomen aan de nameting. Daarentegen hebben tien ouderen wel aan de nameting deelgenomen, maar geen hulpmiddelen ontvangen. Bij zo'n kleine groep respondenten, die

Hoofdstuk 8

bovendien in wisselende mate aan de interventie hebben 'blootgestaan', is het niet eenvoudig om significante effecten aan te tonen. Bovendien is een onderzoeksperiode van een jaar kort voor het meten van effecten op bijvoorbeeld intramurale opname. Het feit dat ouderen uit de interventiegroep denken dat zij door hulpmiddelen langer thuis kunnen blijven, is evenwel een aanwijzing dat er op langere termijn wellicht uitstel van opname mogelijk is. Bovendien is een intramurale opname de laatste schakel in de zorgketen. Aan het begin van deze keten bespeuren wij wel effecten: het aantal uren gezinsverzorging neemt licht af. Ouderen die al hulpmiddelen in hun bezit hadden hebben vaker aan het gehele project meegewerkt. Het lijkt waarschijnlijk dat deze ouderen meer openstaan voor hulpmiddelen. Mogelijk hebben anderen moeite met het accepteren van hulpmiddelen en het stigma dat dat met zich meebrengt (Bowe, 1988; Van Berlo, 1994). Het is belangrijk te beseffen dat lang niet alle ouderen bereid zijn om hulpmiddelen te gebruiken.

Ad 2 (doelgroep): er is uit pragmatische overwegingen gekozen voor thuiszorgcliënten en ouderen op de wachtlijst voor een verzorgingshuis. Waarschijnlijk hebben deze ouderen minder behoefte (dan niet-cliënten) aan een interventie zoals die in dit project heeft plaatsgevonden. De cliënten zijn immers waarschijnlijk al in aanraking gekomen met hulpmiddelen. Bovendien zijn zij gewend geraakt aan de verstrekte zorg en zullen die niet snel willen omruilen voor relatief onbekende hulpmiddelen. Tenslotte heeft de selectie op leeftijd mogelijk geleid tot een onderschatting van de mogelijkheden van thuiszorgtechnologie, omdat jongere ouderen wellicht meer open staan voor hulpmiddelen dan oudere ouderen.

Ad 3 (interventie): achteraf moet worden geconstateerd dat de interventie wellicht te divers was: sommigen kregen een scala aan uiteenlopende hulpmiddelen en anderen niets. Ook dient met zich te realiseren dat de interventie op een aantal punten verschilt van de reguliere situatie (voorzover ergotherapie in de thuiszorg regulier is). Ten eerste hebben ouderen in dit project *ongevraagd* advies kregen. Normaal gesproken komen mensen (na verwijzing door de huisarts) met een concrete vraag bij een ergotherapeut. Ten tweede vond slechts één advies-bezoek plaats. Hierin moesten mensen in één keer zowel bewust worden gemaakt van het feit dat er technische oplossingen mogelijk zijn om hun validiteitsproblemen te compenseren als de bereidheid tonen deze oplossingen te proberen. Normaal gesproken kent een ergotherapeutische interventie een behandelplan met verschillende contacten, een uitgebreidere probleemanalyse en meer aandacht voor training en oefening. In het vervolg verdienen zowel het bezoek van de ergotherapeute als de omvang van de interventie meer aandacht.

9 Slotbeschouwing

In dit laatste hoofdstuk wordt teruggeblikt op het onderzoek en de resultaten. Eerst worden in paragraaf 9.1 de onderzoeksvragen die in hoofdstuk 1 zijn gesteld beantwoord. In paragraaf 9.2 wordt teruggekeken op de gehanteerde onderzoeksmethoden. Tenslotte wordt in paragraaf 9.3 beschreven wat de resultaten van het onderzoek betekenen voor het beleid ten aanzien van ouderen en het gebruik van hulpmiddelen.

9.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

De aanleiding van dit onderzoek is gelegen in het feit dat het aantal ouderen, en daarmee de druk op de (ouderen)zorgvoorzieningen, de komende jaren toeneemt. Deze druk leidt zowel tot stijgende kosten van de gezondheidszorg als tot een toenemend personeelstekort in de zorg (zie hoofdstuk 1). In dit onderzoek is eerst geïnventariseerd welke factoren het gebruik van hulpmiddelen beïnvloeden (onderzoeksvragen 1 en 2) en vervolgens de relatie tussen het gebruik van hulpmiddelen en het gebruik van (professionele) hulp bestudeerd om zo na te gaan of hulpmiddelen de zorg geleverd door mensen kan vervangen (onderzoeksvraag 3 t/m 5). In deze paragraaf worden bij wijze van samenvatting de vraagstellingen nogmaals beantwoord.

1 Welke actoren spelen een rol op de hulpmiddelenmarkt, welk belang hebben zij bij het gebruik van hulpmiddelen en op welke manier beïnvloeden zij het gebruik van hulpmiddelen?

In hoofdstuk 3 is een overzicht gegeven van de belangrijkste actoren die het gebruik van hulpmiddelen beïnvloeden: de overheid, financiers en verstrekkers, (oudere) consumenten, ouderenbonden, intermediairs (hulpverleners, voorlichtingsinstituten), leveranciers en producenten. Tevens is geanalyseerd welke belangen zij hebben bij het al dan niet gebruiken van hulpmiddelen, op welke wijze zij het gebruik van hulpmiddelen beïnvloeden en hoe vraag en aanbod beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

De *rijksoverheid* is verantwoordelijk voor de wet- en regelgeving ten aanzien van hulpmiddelen. Met ingang van 1 april 1994 is de wetgeving grondig gewijzigd toen de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) werd ingevoerd. De WVG was bedoeld om de wetgeving te versimpelen en om ook ouderen voor een

vergoeding voor hulpmiddelen in aanmerking te laten komen. Dit laatste is wel gerealiseerd met de WVG, maar de wetgeving is niet vereenvoudigd en heeft niet tot meer duidelijkheid geleid. De rijksoverheid zou op de langere termijn de wet- en regelgeving ten aanzien van hulpmiddelen kunnen vereenvoudigen door alle hulpmiddelen via één wet te vergoeden en bijvoorbeeld de zorgverzekeraars verantwoordelijk te stellen voor de uitvoering van die wet (Van Asbeck, 1993). Op de korte termijn zou de rijksoverheid zich kunnen inspannen om (de vergoedingsmogelijkheden voor) hulpmiddelen beter bekend te maken. Ook de ouderenbonden zouden hierbij een rol kunnen vervullen.

De gemeenten, de zorgverzekeraars en de ouderen zijn de belangrijkste *financiers* van hulpmiddelen. De gemeenten en de zorgverzekeraars hebben er niet direct belang bij om het gebruik van hulpmiddelen te stimuleren: wanneer mensen niet over de juiste hulpmiddelen beschikken en er daardoor waarschijnlijk duurdere zorg moet worden geboden, kunnen de financiële gevolgen immers op anderen, zoals de Ziekenfondsraad of de AWBZ, worden afgewenteld. Consumenten betalen eigen bijdragen voor bepaalde hulpmiddelen die zij deels via de gemeente of de zorgverzekeraar vergoed krijgen, en moeten daarnaast sommige kleine ADL-hulpmiddelen of consumentenproducten zelf bekostigen. Voor ongeveer een zesde van de ouderen vormen de financiën een belemmering om hulpmiddelen aan te schaffen, zo schatten hun hulpverleners van de thuiszorg (zie hoofdstuk 7). Bijna een derde van de WVG-cliënten die een eigen bijdrage heeft betaald is hierdoor in financiële problemen geraakt (Ipsos facta/SGBO, 1995).

Ouderen hebben tegenstrijdige belangen bij het gebruik van hulpmiddelen: enerzijds zijn zij bang voor het stigma dat het gebruik van hulpmiddelen met zich meebrengt; anderzijds kunnen zij ook veel baat hebben bij hulpmiddelen, doordat deze hen in staat kunnen stellen bepaalde activiteiten weer zelfstandig of met minder moeite te verrichten. Ouderen hebben nauwelijks invloed op de hulpmiddelenmarkt, mede doordat deze markt zeer ondoorzichtig is (ouderen hebben geen inzicht in het beschikbare assortiment) en doordat zij slechts op een indirecte manier de vraag bepalen: de verstreckende instanties schrijven voor welke hulpmiddelen worden afgenomen. Een persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen zou gebruikers invloed geven op de keuze voor hulpmiddelen. Zo'n budget is echter alleen een oplossing als er meer informatie beschikbaar is voor ouderen.

Hulpverleners kunnen problemen van ouderen signaleren en hen adviseren over hulpmiddelen. Ergotherapeuten in de eerste lijn zijn op dit moment de enige hulpverleners die in hun opleiding structureel worden geïnformeerd over hulpmiddelen. Huisartsen en thuiszorgmedewerkers hebben weinig kennis van de beschikbare hulpmiddelen en hun vergoedingsmogelijkheden. Ook hier geldt dat

er betere informatie zou moeten komen, bijvoorbeeld in de beroepsopleidingen. Voorlichting is echter weinig effectief, zolang hulpverleners geen belang hebben bij de advisering van ouderen over hulpmiddelen. Zo'n belang hebben hulpverleners bijvoorbeeld als er een thuiszorgwinkel aan hun instelling is verbonden. Of een hulpverlener goed over hulpmiddelen adviseert, is thans sterk afhankelijk van de attitudes en interesses van de individuele hulpverlener.

Er zijn, afhankelijk van het type hulpmiddel en de betrokken gemeente, verschillende *leveranciers* of verstrekkers voor hulpmiddelen. Bij de verstrekking van hulpmiddelen ontbreekt vaak een goede gebruiksaanwijzing of instructie. Ook worden er regelmatig fouten gemaakt bij de levering van hulpmiddelen. Dit gebrek aan service hangt mogelijk samen met het feit dat niet de oudere de (betalende) klant is, maar de financierende instantie, die waarschijnlijk met andere service tevreden is. Er is thans geen enkele instantie verantwoordelijk voor controle op de installatie. Ook controleert niemand of hulpmiddelen later nog steeds in gebruik zijn of eventueel elders kunnen worden ingezet.

Voor *producenten* vormt de omvangrijke groep ouderen met een gunstige financiële positie in principe een aantrekkelijke markt. Toch vinden producenten de hulpmiddelenmarkt niet interessant om in te investeren. Dit wordt ondermeer veroorzaakt door de stigmatiserende werking van sommige producten, waardoor bedrijven bang zijn voor een negatief imago als zij zich teveel op hulpbehoevende ouderen richten. Dit is deels op te lossen door marketingstrategieën toe te passen die de voordelen van producten benadrukken. Een andere reden dat producenten nauwelijks in hulpmiddelen willen investeren is gelegen in de manier waarop hulpmiddelen worden verstrekt, namelijk via gemeenten en zorgverzekeraars. Deze verstrekkers hebben geen interesse in een gevarieerder hulpmiddelenaanbod, omdat zij het goedkoopste adequate hulpmiddel moeten adviseren. Dit leidt ertoe dat producenten zich beperken tot die hulpmiddelen die zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket, omdat ze anders het risico lopen dat hun producten niet worden vergoed (Swarte, 1995). Producenten zouden zich wel kunnen richten op producten die ouderen zelf kunnen kopen. Bedrijven zouden daarbij gebruik kunnen maken van consumentenpanels die hulpmiddelen kunnen uitproberen of wensen omtrent hulpmiddelen kenbaar kunnen maken.

2 Welke karakteristieken van ouderen kunnen worden aangemerkt als determinant bij het gebruik van hulpmiddelen?

Deze vraag is beantwoord in hoofdstuk 5. Hier is aan de hand van het model van Andersen en Newman (1973), een model dat ondanks zijn geringe verklaringskracht veelvuldig gebruikt is om het gebruik van diverse zorgvoorzieningen te

verklaren, onderzocht welke kenmerken van ouderen bijdragen aan de verklaring van de variantie in het gebruik van hulpmiddelen bij de mobiliteit en de persoonlijke evzorging.

Of iemand *wel of geen hulpmiddelen* gebruikt wordt vooral verklaard door behoefte- en persoonsvariabelen: ouderen met functionele beperkingen, vrouwen en ouderen in een kleine of aangepaste woonvorm hebben een grotere kans om hulpmiddelen te gebruiken dan anderen. Dit geldt zowel voor hulpmiddelen bij de mobiliteit als bij de persoonlijke verzorging. Daarnaast wordt de kans op het gebruik van hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging vergroot door de aanwezigheid van chronische aandoeningen. De kans is juist weer kleiner bij mensen met eenzaamheidsgevoelens. De oudste groep ouderen (binnen de groep 75-plussers) maakt meer kans om mobiliteitshulpmiddelen te gebruiken. Tenslotte hebben ouderen met een gemiddeld inkomen een grotere kans om mobiliteitshulpmiddelen te gebruiken dan ouderen met een laag of een hoog inkomen.

Het *aantal hulpmiddelen* dat iemand gebruikt wordt verklaard door drie typen variabelen uit Andersens model: persoons-, structurele, en behoeftevariabelen. Ouderen die in kleine of aangepaste woningen wonen, wijkverpleging gebruiken, aan chronische aandoeningen lijden of lichamelijke beperkingen kennen, hebben een grotere kans om meer hulpmiddelen bij de persoonlijke verzorging te gebruiken dan anderen. De oudste ouderen, ouderen in een kleine of aangepaste woonvorm, met een hoger opleidingsniveau, met een gemiddeld inkomen, ouderen die hulp ontvangen (particulier, gezinsverzorging of wijkverpleging) en ouderen met beperkingen bij het uitvoeren van ADL- en huishoudelijke activiteiten hebben een grotere kans om meer hulpmiddelen bij de mobiliteit te gebruiken dan anderen. Ouderen met een hoog inkomen maken minder kans om veel mobiliteitshulpmiddelen te gebruiken dan ouderen met een gemiddeld inkomen.

De meeste relaties die wij vonden tussen de verschillende onafhankelijke variabelen en het gebruik van hulpmiddelen komen overeen met de resultaten van onderzoeken die het gebruik van de thuiszorg verklaren. De enige uitzondering hierop is de relatie tussen inkomen en het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen: ouderen met een hoog inkomen gebruiken minder hulpmiddelen dan we zouden verwachten. Hiervoor is geen goede verklaring gevonden.

Er is een positieve relatie tussen het krijgen van thuiszorg en het aantal hulpmiddelen dat men gebruikt. Het lijkt aannemelijk dat hulpverleners ouderen wijzen op de verschillende hulpmiddelen en op die manier een belangrijke verwijzende rol spelen (Verhoeven, 1987; Daniëls en Schippers, 1995). Ouderen zelf geven immers ook aan dat zij ondermeer bij de wijkverpleging zouden informeren naar

hulpmiddelen, wanneer zij deze nodig hebben (zie hoofdstuk 7). Het is echter ook mogelijk dat ouderen pas in een zeer laat stadium een beroep op de thuiszorg doen en dan al een groot aantal hulpmiddelen gebruiken.

3 Bij welke activiteiten (algemene dagelijkse levensverrichtingen, huishoudelijke activiteiten) is substitutie van thuiszorg door hulpmiddelen mogelijk?

In hoofdstuk 6 is nagegaan bij welke activiteiten hulpmiddelen worden gebruikt en bij welke activiteiten de thuiszorg ondersteuning biedt. De thuiszorg verricht een groot aantal activiteiten, waarvan slechts een deel door hulpmiddelen kan worden overgenomen. Voor bijvoorbeeld taken als voorlichting of begeleiding zijn nauwelijks hulpmiddelen beschikbaar die de thuiszorg kunnen ondersteunen. Bij de persoonlijke verzorging en de mobiliteit bestaan deze hulpmiddelen wel. Voor de huishoudelijke taken (waar 81,5% van de 75-plussers moeite mee heeft; 32% van hen wordt hierbij ondersteund door de thuiszorg) bestaan wel allerlei consumentenproducten zoals magnetrons of lichtgewicht strijkplanken, maar het onderscheid tussen deze producten en hulpmiddelen is moeilijk te maken. Dit type consumentenproducten heeft geen deel uitgemaakt van ons onderzoek.

Van de ouderen die moeite hebben met hun persoonlijke verzorging (24,1% van de 75-plussers) krijgt ongeveer 20% thuiszorg, vooral bij het aan- en uitkleden en het wassen. Circa twee derde gebruikt ADL-hulpmiddelen; ruim een kwart gebruikt geen enkele vorm van hulp of hulpmiddelen. Slechts een beperkt percentage ouderen krijgt thuiszorg zonder dat zij hulpmiddelen gebruiken. Dit komt alleen voor bij het zichzelf wassen en het aan- en uitkleden. Bij het aan- en uitkleden zouden ouderen meer gebruik kunnen maken van kousenaantrekkers en klittebandsluitingen, maar ook hieraan kleven bezwaren. Ouderen gebruiken al veel hulpmiddelen bij het wassen. Van de ouderen die moeite hebben om zich te wassen is bijna de helft bang om te vallen; hulpmiddelen kunnen deze angst niet helemaal wegnemen. Daarom zullen angstige ouderen vaak liever de hulp van de thuiszorg inroepen, zodat zij zeker weten dat iemand hen helpt als zij vallen.

Slechts 5% van de ouderen met mobiliteitsproblemen (waarmee 42% van de ouderen te kampen heeft) wordt door de thuiszorg geholpen. Ouderen worden hierbij vooral ondersteund door hulpmiddelen en informele hulpverleners. Dit betekent dat de inzet van extra mobiliteitshulpmiddelen niet of nauwelijks zal leiden tot een afname van het gebruik van thuiszorg.

We concluderen dat hulpmiddelen belangrijk zijn voor de zelfredzaamheid van ouderen, maar dat er weinig mogelijkheden zijn om de thuiszorg te vervangen door de inzet van extra hulpmiddelen. Dit betekent dat een toename van het

gebruik van hulpmiddelen bij ouderen nauwelijks leidt tot een afname van de werkdruk bij de thuiszorg.

4 Zijn er schattingen te maken van de mogelijke effecten van de inzet van extra hulpmiddelen op het gebruik van thuiszorg of verzorgingshuisaanvragen?

Thans vindt binnen de thuiszorg geen substitutie van personele zorg door hulpmiddelen plaats, zo blijkt ook uit de gegevens in hoofdstuk 7. In dat geval zouden ouderen met hulpmiddelen immers minder vaak professionele zorg krijgen dan ouderen zonder hulpmiddelen. Hulpverleners noemen echter wel hulpmiddelen waarvan zij menen dat deze hen werk zullen besparen, met name bij het douchen. Het is echter de vraag of deze hulpmiddelen in staat zijn om de (professionele) thuiszorg volledig te vervangen (zie ook onderzoeksvraag 3).

Ouderen zelf noemen veel hulpmiddelen waarbij zij baat zouden kunnen hebben, maar waarover zij op dit moment niet beschikken. Met andere woorden: het werkelijke gebruik van hulpmiddelen blijft achter bij het potentiële gebruik van hulpmiddelen. Hiervoor worden redenen genoemd als een gebrekkige kennis, financiële problemen en gebrek aan instructie. Mogelijk zou gerichte stimulatie van het gebruik van hulpmiddelen er toe kunnen leiden dat ouderen minder zorg nodig hebben (zie hiervoor ook onderzoeksvraag 5). Het lijkt immers aannemelijk dat het voor de thuiszorg makkelijker is om iemand te wassen in een volledig aangepaste badkamer dan in een badkamer zonder aanpassingen. Anderzijds is uit het antwoord bij vraag 3 duidelijk geworden dat volledige substitutie van de thuiszorg door hulpmiddelen niet mogelijk is, omdat de thuiszorg ook allerlei taken uitvoert waarvoor geen hulpmiddelen beschikbaar zijn.

Met betrekking tot de substitutie-effecten op (aanvragen voor) verzorgingshuisopnamen: ongeveer een zesde van de ouderen op de wachtlijst verwacht zelf dat zij dankzij hulpmiddelen langer zelfstandig zullen kunnen blijven wonen. Enerzijds zijn deze schattingen conservatief, omdat zij uitgaan van de huidige bekendheid van hulpmiddelen en bereidheid van ouderen om hulpmiddelen aan te schaffen. Het is echter denkbaar dat door goede informatie en begeleiding ouderen meer interesse krijgen voor het gebruik van hulpmiddelen. Anderzijds ondervinden ouderen vaak gelijktijdig verschillende ADL-problemen en spelen dikwijls naast lichamelijke beperkingen ook angst of eenzaamheid een rol bij de aanvraag voor een verzorgingshuis. Hiervoor kunnen hulpmiddelen geen oplossing bieden.

5 *Wat zijn de daadwerkelijke effecten op het gebruik van thuiszorg en verzorgingshuisaanvragen als via een interventie het gebruik van hulpmiddelen wordt vergroot?*

In hoofdstuk 8 werden de resultaten beschreven van een project waarin ergotherapeuten zelfstandig wonende, alleenstaande, hulpbehoevende 75-plussers thuis bezochten om hulpmiddelen te adviseren en eventueel te verstrekken. Voor dure of zeer specifieke hulpmiddelen of ingrijpende woningaanpassingen werden de ouderen verwezen naar de ziektekostenverzekeraar of gemeente. De deelnemende ouderen, die allen in zorg waren bij de thuiszorg of op de wachtlijst stonden voor een verzorgingshuis, werden met behulp van een telefonische enquête geselecteerd op grond van hun aantal ADL-beperkingen. Met behulp van een quasi-experimenteel onderzoek werden de effecten van de interventie (het advies van de ergotherapeute en de verstrekking van een aantal hulpmiddelen) vastgesteld. De verwachting was dat ouderen als gevolg van het project meer hulpmiddelen zouden gebruiken en dat zij daardoor minder thuiszorg nodig zouden hebben en langer zelfstandig thuis konden blijven wonen.

Gemiddeld kregen ouderen uit de interventie-groep vijf hulpmiddelen geadviseerd en drie verstrekt. Deze interventie vergrootte het gebruik van hulpmiddelen (gemiddeld gebruikten mensen twee hulpmiddelen meer aan het eind van het project), hetgeen er op wijst dat de meeste hulpmiddelen daadwerkelijk werden gebruikt. Hierdoor veranderden de attitudes van ouderen ten aanzien van hulpmiddelen. Zo denkt aan het begin van het project 80% langer zelfstandig thuis te kunnen wonen met behulp van hulpmiddelen en aan het eind van het project 90%. Er was een geringe, niet-significante, afname van het aantal uren gezinsverzorging (van 5,4 naar 4,7 uur per persoon per week). Er werd geen effect geconstateerd op het percentage ouderen met thuiszorg, op de wachtlijst voor het verzorgingshuis of het aantal intramurale opnames. Mogelijk spelen de diversiteit van de interventie, de beperkte doelgroep en de korte interventieperiode een rol bij het uitblijven van de verwachte resultaten.

9.2 Reflectie onderzoeksmethode

In deze paragraaf wordt teruggeblikt op de gehanteerde onderzoeksmethode, waarbij vooral enkele beperkingen van het onderzoek worden belicht.

Definitie hulpmiddelen

Een van de dilemma's in dit onderzoek is de definitie van hulpmiddelen. Zo is de grens tussen 'hulpmiddelen bij dagelijkse activiteiten' en 'consumentenproducten'

Hoofdstuk 9

niet altijd scherp te trekken: een anti-slipvloer kan een hulpmiddel zijn voor mensen die evenwichtsstoornissen hebben, maar kan ook voor anderen makkelijk zijn. Een mogelijke insteek voor de definitie van hulpmiddelen is te kijken naar de bestaande vergoedingsmogelijkheden. Er is echter nergens duidelijk vastgelegd welke hulpmiddelen worden vergoed. Bovendien was bij aanvang van het onderzoek (eind 1992) duidelijk dat de wet- en regelgeving omtrent de vergoedingen van hulpmiddelen zou veranderen, maar op dat moment was onbekend hoe de nieuwe regelgeving er uit zou zien en welke hulpmiddelen precies zouden worden vergoed in de nieuwe situatie. Daarom is er voor gekozen om het begrip hulpmiddelen breed te definiëren en allerlei voorbeelden uit de literatuur waarvoor geen financiële vergoeding is, ook als hulpmiddel te beschouwen. Voorbeelden hiervan zijn een krukje in de douche of een verhoogd bed.

Er is bovendien geen aandacht geschonken aan het feit dat veel ouderen over hulpmiddelen beschikken die zij niet gebruiken (zie ook de hoofdstukken 2 en 3). In deze studie is alleen gekeken naar het feitelijk gebruik van hulpmiddelen.

Onderzoekspopulatie

De basis voor dit onderzoek vormen twee empirische studies onder zelfstandig wonende, alleenstaande 75-plussers. Deze mensen werden geselecteerd omdat zij de meeste kans maakten om hulpmiddelen, thuiszorg of een combinatie van beide te gebruiken en het meeste risico lopen om in een verzorgingshuis te worden opgenomen. Op grond van een vergelijking van de respondenten met de Nederlandse populatie is er geen reden om aan te nemen dat de onderzochte groepen niet representatief zijn voor de alleenstaande 75-plussers. Dit onderzoek is echter niet zonder meer te generaliseren naar andere groepen ouderen. Zo is het goed mogelijk dat ouderen met een partner een beroep doen op deze partner wanneer zij iets niet meer kunnen en daardoor minder gebruik maken van hulpmiddelen dan alleenstaande ouderen. Anderzijds zal de thuiszorg mogelijk eerder een negatieve indicatie voor thuiszorg afgeven en eerder naar hulpmiddelen verwijzen bij ouderen die een partner hebben. Er is nader onderzoek nodig om te bestuderen of de gepresenteerde resultaten uniek zijn voor alleenstaande ouderen.

Naast een steekproef uit het bevolkingsregister hebben we een groep ouderen bestudeerd die zich hadden aangemeld voor een verzorgingshuis. Het is niet bekend of deze mensen uiteindelijk naar een verzorgingshuis zijn verhuisd.

Onderzoeksopzet

De hoofdstukken 5 tot en met 7 zijn gebaseerd op een dwarsdoorsnede-onderzoek. Dit betekent dat een eventuele causale samenhang op veronderstellingen berust. Om de effecten van bijvoorbeeld de inzet van hulpmiddelen op het hulpgebruik daadwerkelijk te kunnen vaststellen, zijn echter longitudinale data nodig. Dit soort longitudinale gegevens vormt de basis van hoofdstuk 8. Hierbij

trad echter de beperking op dat de uitstroom uit dit onderzoek vrij groot was en dat de tijdspanne van het onderzoek beperkt was, waardoor het moeilijk was om effecten op bijvoorbeeld verzorgingshuisopname vast te stellen.

9.3 Implicaties voor beleid

In deze paragraaf bekijken we welke implicaties de onderzoeksresultaten kunnen hebben voor beleidmakers. In paragraaf 9.3.1 wordt beschreven hoe het gebruik van hulpmiddelen kan worden vergroot. In paragraaf 9.3.2 wordt ingegaan op de relatie tussen het gebruik van hulpmiddelen enerzijds en het gebruik van (professionele) hulp anderzijds.

9.3.1 Het vergroten van het gebruik van hulpmiddelen

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat het werkelijke hulpmiddelengebruik achterblijft bij het potentiële hulpmiddelengebruik (Den Uyl en Fleur, 1991; Swarte, 1995). In ons onderzoek geeft een aanzienlijk deel van de ouderen (zie tabel 7.2) aan dat zij menen baat te kunnen hebben bij hulpmiddelen die zij nog niet hebben. Er zijn verschillende manieren om het gebruik van hulpmiddelen te vergroten:

- Er zou meer informatie moeten komen over hulpmiddelen en hun vergoedingsmogelijkheden. Op dit moment is gebrek aan kennis, zowel bij ouderen als bij verwijzers, een groot knelpunt bij het verkrijgen van hulpmiddelen.
- Het beperkte inzicht in de vergoedingsmogelijkheden van hulpmiddelen hangt ook samen met de sterk verbrokkelde wet- en regelgeving (zie bijlage 2 en hoofdstuk 3). Wanneer alle hulpmiddelen via één wet zouden worden vergoed, met één financier, bijvoorbeeld de zorgverzekeraars, dan zou iedereen weten waar hij of zij hulpmiddelen kan aanvragen. Zo kan ook worden voorkomen dat een klant voor verschillende producten naar verschillende winkels toe moet, omdat die winkels met verschillende financiers van hulpmiddelen contracten hebben afgesloten.
- Er zouden voor mensen met een laag inkomen meer vergoedingsmogelijkheden moeten zijn voor hulpmiddelen die nu niet worden vergoed, zoals kleine ADL-hulpmiddelen of aangepaste meubels. Ouderen met een hoger inkomen maken niet zoveel gebruik van hulpmiddelen als we zouden verwachten. Wellicht spelen de hoge eigen (WVG)bijdragen hierbij een rol. Met ingang van 1 januari 1996 is de eigen bijdrage aanzienlijk verlaagd, waardoor het waarschijnlijk is dat de eigen bijdragen niet langer een probleem vormen. Een

manier waarop mogelijk kan worden bespaard op de uitgaven van hulpmiddelen is een recyclestelsel van hulpmiddelen.

- In hoofdstuk 3 is uit de doeken gedaan dat hulpverleners ouderen 'op het spoor kunnen zetten' van hulpmiddelen, juist omdat veel ouderen niet weten dat er voor sommige ADL-problemen hulpmiddelen bestaan. Het is wel belangrijk dat hulpverleners ouderen direct bij de indicatiestelling wijzen op de mogelijkheden van hulpmiddelen. Wanneer een oudere eenmaal zorg krijgt, dan is het vaak moeilijk om de zorg weer terug te draaien (hoofdstuk 8).

9.3.2 Het effect van hulpmiddelen op het gebruik van zorg

Het overheidsbeleid is er al sinds de *eerste Nota Bejaardenbeleid (1970)* op gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Niet alleen sluit dat aan bij de wens van veel ouderen, maar ook meent de overheid dat op die manier aanzienlijke financiële besparingen kunnen worden bereikt. Pas in de *Nota Thuiszorg in de jaren '90* werd er specifiek aandacht besteed aan de rol die hulpmiddelen hierbij kunnen spelen. Er wordt algemeen aangenomen dat hulpmiddelen ouderen kunnen helpen bij het vergroten van de zelfredzaamheid. In Nederland was echter nog niet eerder onderzocht of ADL-hulpmiddelen thuiszorg kunnen vervangen en of de inzet van deze hulpmiddelen een (aanvraag voor een) intramurale opname kan helpen voorkomen.

Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat de aanname dat de inzet van ADL-hulpmiddelen helpt om de druk op de thuiszorg te verkleinen, in het algemeen niet werd bevestigd, al leidde de inzet van extra hulpmiddelen na een ergotherapeutisch advies er toe dat het aantal uren gezinsverzorging licht (maar niet significant) afnam (hoofdstuk 8). Hulpmiddelen en thuiszorg lijken op verschillende terreinen te worden ingezet (hoofdstuk 6). Zo helpt de thuiszorg vooral bij huishoudelijke activiteiten, waarvoor nauwelijks hulpmiddelen (wel consumentenproducten) beschikbaar zijn en ondersteunen hulpmiddelen ouderen vaak bij de mobiliteit, een activiteit waarbij de thuiszorg nauwelijks hulp biedt. Vooral bij het zichzelf wassen spelen zowel hulpmiddelen als professionele thuiszorg een ondersteunende rol. Hulpmiddelen lijken hier de thuiszorg nooit helemaal te kunnen vervangen; zowel hulpverleners (zie hoofdstuk 7) als ouderen zelf (zie hoofdstuk 6) geven aan dat ouderen vaak bang zijn om te vallen en dat hulpmiddelen hierbij niet altijd de zekerheid geven die hulpverleners geven.

Toch noemen hulpverleners een aantal hulpmiddelen waarvan zij denken dat deze hun werkzaamheden kunnen verlichten. Dit zijn met name hulpmiddelen bij het wassen: het is gemakkelijker om iemand te helpen wassen in een volledig

aangepaste badkamer. Toch kan een aangepaste badkamer de wijkverpleging niet volledig overbodig te maken. Vaak immers speelt de angst om te vallen een grote rol bij de inschakeling van hulp (zie hierboven). Tenslotte moet niet worden onderschat dat hulp ook een belangrijke sociale functie vervult: hulpverleners kunnen mensen sociale en emotionele ondersteuning bieden die hulpmiddelen niet kunnen verschaffen.

Met betrekking tot het uitstellen van een intramurale opname kan dit onderzoek geen uitsluitel bieden. Ouderen zelf denken over het algemeen dat zij dankzij het gebruik van hulpmiddelen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. In ons onderzoek, dat beperkt van opzet was (zie ook de vorige paragraaf), worden echter geen uitstel-effecten aangetoond.

De algemene conclusie uit dit onderzoek luidt dat de inzet van hulpmiddelen de personele zorg niet lijkt te kunnen vervangen: het gebruik van hulpmiddelen leidt immers niet tot een reductie van het gebruik van formele zorg. De verwachtingen dat het stimuleren van het gebruik van hulpmiddelen in de thuiszorg kan leiden tot mogelijke besparingen zijn waarschijnlijk te hoog gespannen. Dit betekent uiteraard niet dat hulpmiddelen geen belangrijk instrument kunnen zijn om het leven van ouderen te vergemakkelijken. Heijnen en Graafmans (1991) spreken in dit kader van een 'comfortgrens' en een 'afhankelijkheidsgrens': waar sommige (medische) hulpmiddelen ouderen onafhankelijk lijken te maken van de (intramurale ziekenhuis)zorg, lijken de hier onderzochte ADL-hulpmiddelen vooral het comfort van ouderen te vergroten. Dit stemt overeen met de ideeën van Haber (1986), die erop wijst dat de 'ecologische' hulpmiddelen (dat wil zeggen de niet strikt-medische hulpmiddelen) de kwaliteit van leven van de ouderen vergroten. Het feit dat hulpmiddelen de thuiszorg niet of nauwelijks kunnen vervangen, wil dan ook beslist niet zeggen dat hulpmiddelen niet heel belangrijk kunnen zijn voor ouderen. Daarom is het ook zo belangrijk dat ouderen over de juiste hulpmiddelen kunnen beschikken. Het is echter de vraag of de overheid extra wil investeren in hulpmiddelen als dit niet tot financiële besparingen in de zorgverlening leidt.

10 Summary

Recently, Dutch policy-makers have shown an interest in the implementation of technical aids in the lives of elderly people. Technical aids are aids for daily life (housing adaptations such as a shower seat or grab-bars, mobility aids such as a cane or a wheelchair and devices such as a button hook or a stocking aid). These aids are believed to be a potential substitute for care: they might enable elderly people to live independently for a longer period. As such, technical aids might form part of the solution to the financial problems (associated with growing numbers of elderly people and the chronically ill, and the increasing need for care) and increasing staff shortages in the care sector. However, the subject of the potential substitution between technical aids and care has never before been studied (in the Netherlands).

Chapter three provides an overview of the different actors (elderly consumers, producers of technical aids, care providers, government), active in the field of technical aids for the elderly, their interests and the instruments they use in their interests. The market for technical aids is not transparent for the elderly consumers nor their advisers as an array of regulations and procedures must be followed to obtain these technical aids and the necessary information is lacking. The market for technical aids is uninteresting for producers as there is no 'market pull'. Two different strategies may be employed to improve the use of technical aids: (1) a single system to finance and provide technical aids - a long-term option, (2) On the short term, several strategies to improve the power imbalance for elderly consumers come to mind: an improvement in information or a budget so that the elderly may buy their own aids.

Chapters five to eight are descriptions of the results of empirical analyses. Data were gathered on 602 elderly persons (498 randomly selected; 104 via waiting lists for residential care) who were single, 75 years or older and living independently (see chapter four).

In chapter five, the variables were identified which are able to explain the use of technical aids by elderly people. The Andersen and Newman model (1973) formed the basis for this research. The use of mobility aids and technical aids for basic ADL activities are mainly predicted by need (functional status, chronic illnesses) and predisposing variables (gender, housing). The number of technical aids used may be explained by predisposition (age, housing, education), enabling (income, receiving help) and need (functional status, chronic illness) variables.

In chapter six we examined whether the use of technical aids may substitute home care. About 20% of the elderly people who have difficulties with personal care receive home care, especially in dressing and bathing. Elderly people who have problems dressing could use more stocking aids or Velcro, although using these technical aids might also present problems. Many elderly people use technical aids in bathing. However, many are afraid of falling over and technical aids cannot remove this fear, so those with this fear will always opt for home care. Only 5% of the elderly having mobility problems receive home care for mobility activities; most use technical aids or informal helpers. This implies that stimulating the use of more mobility aids will not lead to a decrease in the need for home care. Although technical aids are very important to the elderly, there is little likelihood that they will replace home care.

Chapter seven revealed that most elderly people having physical limitations, use technical aids to support themselves. Many would like to use more technical aids, however. This substantial gap between the actual and potential use of these aids is the result of lack of information (the elderly do not know which technical aids are available or where they may be obtained) and financial considerations (elderly people cannot sometimes afford even the inexpensive technical aids). There are indications that it may be possible to extend the use of technical aids and to increase the elderly's possibilities of remaining independent.

In chapter eight we described the results of a project in which occupational therapists visited 83 independently living, single, elderly people (home care clients) and advised them on technical aids. Some technical aids were subsequently provided. The intervention group received, on average, three out of five advised technical aids. The effect of this intervention was an increase in the use of technical aids (people used, on average, two technical aids more at the end of the project). This also led to a change in attitudes towards technical aids: at the project's inception 80% of the elderly believed technical aids could help them to remain independent and, at the end, 90% held this view. There was a slight, insignificant decrease in the number of hours of home help (from 5.4 to 4.7 hours a week). However, we were unable to ascertain an effect on the percentage of elderly using community care or institutional care. This may have been due to the heterogeneity of the intervention, the small research population and the relatively short intervention period.

Referenties

- Andersen, R. en L.A. Aday. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Medical Care* 1978;16(7):533-546.
- Andersen, R. en J.F. Newman. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 1973;51(1):95-124.
- Asbeck, F. van. Wet Voorzieningen Gehandicapten: een gemiste miljoenenkans. *Medisch Contact* 1993;48(8):237-238.
- Bass, D.M., W.J. Looman en P. Ehrlich. Predicting the volume of health and social services: integrating cognitive impairment into the modified Andersen framework. *The Gerontologist* 1992;32(1):33-43.
- Bass, D.M. en L.S. Noelker. The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: an expanded conceptual framework. *Journal of Health and Social Behavior* 1987;28:184-196.
- Beekun, W.T. van. Thuiszorgtechnologie op de drempel. *Techniek in de Gezondheidszorg* 1989;(12):5-7.
- Beer, J. de, W. van Hoorn, A. de Jong en D. Manting. Bevolkings- en huishoudensprognose 1994. *CBS/Maandstatistiek Bevolking* 1995;43(1):6-11.
- Berkel-van Schaik, A.B. van en B. Tax. *Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek*. 's-Gravenhage: DOP, 1990.
- Berlo, A. van. Ouderen hebben geen angst voor techniek. *Leeftijd* 1994;32(2):4-5.
- Bic, L. de. *Gehandicapten in een vernieuwende samenleving*. 's-Gravenhage: Voorlichtingsdienst Wetenschapsbeleid, 1982.
- Blom-Fuhri Snethlage, M.H. (Red.). *Techniek voor ouderen*. 's-Gravenhage: Stichting Toekomstbeeld der Techniek, 1986.
- Blommestijn, P.J. *Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985; een beleidshistorisch evaluatie-onderzoek*. Enschede: Universiteit Twente, Faculteit Bestuurskunde, 1990.
- Blosser-Reisen, L. Selbständige Lebens- und Haushaltsführung bei Behinderungen im Alter mit Hilfe neuer Technologien. *Zeitschrift für Gerontologie* 1990;23:3-11.
- Boer, A.H. de, J.C. Hessing-Wagner, M. Mootz en I.S. Schoemakers-Salkinoja. *Informele zorg: een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen*. Rijswijk/'s-Gravenhage: SCP/VUGA, 1994.
- Boesten, N. en R. Huijsman. Ziekenhuistechnologie naar de thuiszorg; het 'Medische Technologie Thuiszorgproject' te Gorinchem. *Ziekenhuis Management Magazine* 1993;(4):96-101.
- Bos, G.A.M. van den. *Zorgen van en voor chronisch zieken* (proefschrift). Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- Bosma, E.S., H. Verhoeven en I. Voorthuis. Technologie en thuiszorg: consequenties voor de verpleging. In: Schrijvers, A.J.P., P.G.J.J. Stevens, H.F.J.M. Crebolder et al. (Red.). *Handboek Thuiszorg*. 's-Gravenhage: VUGA, 1993.
- Bowe, F. Why seniors don't use technology. *Technology Review* 1988;35-40.
- Bowling, A., M. Farquhar en P. Browne. Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. *Social Science and Medicine* 1991;33(6):689-700.
- Branch, L.G. en A.M. Jette. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health* 1982;72(12):1373-1379.
- Branch, L., A. Jette, C. Evashwick, M. Polansky, G. Rowe en P. Dihr. Toward understanding elders' health service utilization. *Journal of Community Health* 1981;7(2):80-92.

Referenties

- Breemhaar, B., J. Keijsers, A.Ph. Visser en I. Wouters. Sociale contacten en het gebruik van professionele hulp door zelfstandig wonende ouderen. *Gedrag en Gezondheid* 1991;19(3):145-159.
- Brickfield, C.F. Attitudes and perceptions of older people toward technology. In: Robinson, P.K. (Red.). *Aging and technological advances*. New York: Plenum, 1984.
- Brouwer, M. Ergotherapeut verdient erkenning! Ervaringen van 5 jaar ergotherapie in de eerste lijn. *MGZ* 1995;23(4):24-25.
- Bynum, H.S. en J.C. Rogers. The use and effectiveness of assistive devices possessed by patients seen in home care. *The Occupational Therapy Journal of Research* 1987;7(3):181-191.
- Cafferata, G.L. Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons. *Journal of Gerontology* 1987;42(6):613-618.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Gehandicapten wel geteld. Lichamelijk gehandicapten 1971/1972. Deel 1: Kerncijfers*. 's-Gravenhage: Sdu, 1974.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Gehandicapten wel geteld. Lichamelijk gehandicapten 1971/1972. Deel 2: Verantwoording van het onderzoek*. 's-Gravenhage: Sdu, 1977.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Gehandicapten wel geteld. Lichamelijk gehandicapten 1971/1972. Deel 3: Demografische en fysieke gegevens, speciale voorzieningen, medische en maatschappelijke dienstverlening*. 's-Gravenhage: Sdu, 1976.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Gehandicapten wel geteld. Lichamelijk gehandicapten 1971/1972. Deel 4: Huisvesting en verzorging, openbare voorzieningen, recreatie en contacten*. 's-Gravenhage: Sdu, 1978.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Statistisch vademecum ouderen 1990*. 's-Gravenhage: Sdu, 1990.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Nederland internationaal gezien. *Maandstatistiek van de bevolking 1992a*;40(3):40-49.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Statistiek van de bejaardenoorden 1989 en 1990*. 's-Gravenhage: Sdu, 1992b.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). *Ouder worden in Nederland 1993*. 's-Gravenhage: Sdu, 1993.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek)/NIMAWO. *Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking 1986/1988*. 's-Gravenhage: Sdu, 1990.
- Commissie Dekker (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg). *Bereidheid tot verandering*. 's-Gravenhage: DOP, 1987.
- Consumentenbond. Allerhande medische hulpmiddelen verkrijgbaar bij zorgwinkels. *Consumentengids* 1995;(6):408-409.
- Coolen, J.A.I. (Red.). *Changing care for the elderly in the Netherlands; experiences and research findings from policy experiments*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993.
- Coolen, J.A.I. en J.A. van Pelt. Beschermd wonen en het probleem van doelbereiking: evaluatie van een voorziening. In: Coolen, J.A.I. (Red.). *Verschuivingen in de ouderenzorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1985.
- Coolen, J.A.I. en R. Smid. *Wonen en zorg voor ouderen; een verkenning van de samenhang van twee beleidssectoren*. Enschede: Universiteit Twente, Centrum voor Bestuurskundig Onderzoek, 1989.
- Cornelisse, K. WVG komt méér onder bereik van ouderen; platforms oudere gehandicapten adviseren rond WVG. *Leeftijd* 1995;33(9):14-15.
- Coughlin, T.A., T.D. McBride, M. Perozek en K. Liu. Home care for the disabled elderly: predictors and expected costs. *Health Services Research* 1992;27(4):453-479.
- Coulton, C. en A.K. Frost. Use of social and health services by the elderly. *Journal of Health and Social Behavior* 1982;23:330-339.
- CTSV (College van Toezicht Sociale Verzekeringen). *Kroniek van de sociale verzekeringen 1995 Wetgeving en volume-ontwikkeling in historisch perspectief*. Zoetermeer: CTSV, 1995.

- Cullen, K. en R. Moran. *Technology and the elderly; the role of technology in prolonging the independence of the elderly in the community care context*. Dublin: Work Research Centre and Ekos, 1991.
- Daniëls, R., G.E. Oosterheert en A.M. Schippers. *Cursus hulpmiddelen en woningaanpassing voor de wijkverpleging*. Utrecht: NIZW, 1995a.
- Daniëls, R., G.E. Oosterheert en A.M. Schippers. *Cursus hulpmiddelen en woningaanpassing voor de gezinsverzorging*. Utrecht: NIZW, 1995b.
- Daniëls, R. en A.M. Schippers. Raakvlakken op het gebied van hulpmiddelen en woningaanpassing. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 1995;23(2):50-55.
- Dinther, M. van. De keuze tussen een rolstoel en een extra lantaarnpaal. *De Volkskrant*, 9 februari 1994.
- Driessen, M., J. Dekker en H. Abrahamse. *Ergotherapie thuis. Evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993*. Utrecht: NIVEL, 1994.
- Drost, I. *De helpende hand; handige hulpmiddelen voor ouderen*. 's-Gravenhage: Sdu, 1989.
- Duine, T.J. en H.J.M. Peters. Genormaliseerd Wonen - een incident? Een onderzoek naar de omvang van de doelgroep voor genormaliseerd wonen in verpleeghuizen en groepsverzorgingsafdelingen van verzorgingstehuizen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1987;18:225-231.
- Evashwick, C., G. Rowe, P. Diehr en L. Branch. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Services Research* 1984;19(3):357-382.
- Feijter, C. de. Wie betaalt/bepaalt het incontinentiemateriaal? *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 1993;(13):449.
- Fleuren, M.A.H. en D. Wijkkel. Een experiment met ergotherapeutische nazorg in de thuissituatie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1993;71(1):51-56.
- FOZ: zie Tweede Kamer.
- Frederiks, C.M.A. *Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen* (proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- Frederiks, C.M.A., M.J.M. te Wierik en H.J.L. van Rossum. Factors associated with differential utilization of professional care among elderly people: residents of old people's homes compared to elderly people living at home. *Acta Hospitalia* 1991;(3):33-45.
- Friele, R.D. en J.J. Kerssens. *Techniek in de thuiszorg, een evaluatie van het stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie*. Utrecht: NIVEL, 1995.
- Fris, A.S. *Het bejaardenbeleid; een onderzoek naar instituties en wet- en regelgeving inzake het ouderenbeleid, 1945-1990*. 's-Gravenhage: Ministerie van WVC/Rijksarchiefdienst, 1993.
- Gardner, L., L. Powell en M. Page. An appraisal of a selection of products currently available to older consumers. *Applied Ergonomics* 1993;24(1):35-39.
- Gehandicaptenraad. *Actief omgaan met de WVG*. Utrecht: Gehandicaptenraad, 1995.
- Gelder, K. van en B. Winants. *Voorzieningen voor gehandicapten en de openstelling van de AAW voor ouderen*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1992.
- Gommer, B.J. *Thuiszorgtechnologie; afstemming van vraag en aanbod* (afstudeerscriptie). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Beleid en Beheer, 1991.
- Gorter, K.A. *Thuishulp gewogen: een onderzoek naar de behoefte van lichamelijk gehandicapte mensen aan hulp thuis*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1989.
- Gosman-Hedström, G., A. Aniansson en G. Persson. ADL-reduction and need for technical aids among 70-year-olds; from the population study of 70-year-olds in Göteborg. *Comprehensive Gerontology* 1988;2:16-23.
- Goudriaan, F.G.W. *De mogelijkheden van substitutie in de zorg voor ouderen*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.
- Grady, J.H. Hulpmiddelen: stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen. In: Schrijvers, A.J.P., P.G.J.J. Stevens, H.F.J.M. Crebolder et al. (Red.). *Handboek Thuiszorg*. 's-Gravenhage: VUGA, 1994.

Referenties

- Greene, V.L. en J.I. Ondrich. Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology* 1990;45:S250-258.
- Grinten, T.E.D. van der. Scope for policy: essence, operation and reform of the policy system of Dutch health care. In: Gunning-Schepers, L.J., G.J. Kronee en R.A. Spasoff (Red.). *Fundamental questions about the future of health care* (WRR-rapport). 's-Gravenhage: Sdu, 1996.
- Groen, A. *Van hulp naar hulpmiddel; een onderzoek naar de knelpunten bij het verwijzen van ouderen naar hulpmiddelen in de provincie Noord-Brabant* (afstudeerscriptie). Rotterdam: Erasmus Universiteit, iBMG, 1996.
- Groenewegen, P.P. en J.B.F. Hutten. Improving primary health care through technological innovation. *Health Policy* 1989;(13):199-211.
- Haber, P.A.L. Technology in aging. *The Gerontologist* 1986;26(4):350-357.
- Heijdt, J. van der en W.D. van Hoorn. Huishoudenssituatie en gezondheid van ouderen. *Maandstatistiek Bevolking* 1995;43(4):6-12.
- Heijnen, M.C.G. en J.A.M. Graafmans. *Thuiszorgtechnologie; verkenning van kwalitatieve criteria voor de beoordeling van ontwikkelingen op het gebied van thuiszorgtechnologie*. Eindhoven: Technische Universiteit, Centrum BMGT, 1991.
- Herbschleb, G. Even 'boodschappen doen' bij de Thuiszorgwinkel slaat aan; uitleen in Purmerend gestegen met 300 procent. *MGZ* 1990;18(11):13-14.
- Herbschleb, G. Gorinchem: proeftuin voor thuiszorgtechnologie. *MGZ* 1992;20(3):26-28.
- Hesterman, J. Rolstoelen in rood, blauw, geel en paars. *Thuiszorg* 1995;(7/8):4-7.
- Hosmer, D.W. en S. Lemeshow. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & sons, 1989.
- Houben, P.P.J. *Maatschappelijke participatie van ouderen en volkshuisvesting* (proefschrift). Delft: Technische Universiteit Delft, 1985a.
- Houben, P.P.J. Tussenvoorzieningen: plaats en functie in het voorzieningenbestel. In: Coolen, J.A.I. (Red.). *Verschuivingen in de ouderenzorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1985b.
- Houben, P. *De ontwikkelingsopgave in ouderenhuisvesting* (oratie). Assen: Van Gorcum, 1994.
- Huijsman, R. *Model van voorzieningen voor ouderen* (proefschrift). Zeist: Kerckebosch, 1990.
- Huijsman, R. Care provisions for the elderly: a review. In: Coolen, J.A.I. (Red.). *Changing care for the elderly in the Netherlands; experiences and research findings from policy experiments*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993.
- Huijsman, R. De kosten van transmurale zorg; een illustratie. *Medisch Contact* 1995;50(24):777-780.
- Huijsman, R. en M.M.Y. de Klerk. Inzichten uit reeds verricht substitutie-onderzoek. In: ODO. *Demonstratieprojecten Ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; het onderzoek van de projecten in de beginfase*. Nijmegen: ITS, 1989.
- Huijsman, R., M.M.Y. de Klerk, G.K.C. Groenenboom en F.F.H. Rutten. *Ouderenzorg in berekend perspectief; achtergrondstudie ten behoeve van de Commissie Modernisering Ouderenzorg*. Rijswijk: Enproprint, 1994.
- Huijsman, R. en D.J. Wolfson. Demand and supply: Siamese twins in the care for elderly? *Public Finance/Finances publiques* 1993;48:322-342 (supplement).
- Ipsos Facto/SGBO. *Een verstrekende wet; evaluatie van de Wet Voorzieningen Gehandicapten, eerste meting*. 's-Gravenhage: VUGA, 1995.
- Jong-Gierveld, J. de en F. Kamphuis. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 1985;9(3):289-299.
- Jonkers, H.L. *Enkele aspecten van bruikbaarheid en gebruik van hulpmiddelen voor mensen met lichamelijke functiestoornissen*. Delft: Delftse Universitaire Pers, 1978.
- Katz, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society* 1983;31:721-727.

- Katz, S., A.B. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson en M.W. Jaffe. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functioning. *Journal of the American Medical Association* 1963;185:94-99.
- Kemp, A.A.M. de. *Kosten en opbrengsten van substitutie in de zorg voor ouderen*. 's-Gravenhage: IOO, 1995.
- Kempen, G.I.J.M. *Thuiszorg voor ouderen; een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en/of gezinsverzorging op verzorgend en huishoudelijk gebied* (proefschrift). Groningen: Styx, 1990.
- Kempen, G.I.J.M. en F.L.P. van Sonderen. Individuele determinanten van het gebruik van professionele en informele thuiszorg. In: Kempen, G.I.J.M. en J. Ormel (Red.). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996.
- Kempen, G.I.J.M. en T.P.B.M. Suurmeijer. The development of a hierarchical polytomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The Gerontologist* 1990;30(4):497-502.
- Kempen, G.I.J.M. en Th.P.B.M. Suurmeijer. Professional home care for the elderly: an application of the Andersen-Newman model in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 1991;33:1081-1089.
- KITZ (Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing). *KITZ-Randstadproject Thuiszorgtechnologie: realisatieprotocol*. Groningen: KITZ, 1995.
- Klaassen-van den Berg Jeths, A. *Zorgvoorzieningen voor ouderen. Determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Planning, Organisatie en Beleid, 1989.
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. *De start van het SENSE-project: uitgangssituatie van Sittardse ouderen. Deel I van de evaluatie van het SENSE-project*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, iMTA, 1992.
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. *Ouderen en het gebruik van hulpmiddelen; een marktbehoefte-onderzoek*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, iMTA, 1993.
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. Ouderen en hulpmiddelen; mogelijkheden voor substitutie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1995a;73(5):282-288.
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman. *KITZ-Randstadproject Thuiszorgtechnologie: effectmeting. Resultaten van een longitudinaal onderzoek naar ADL-hulpmiddelen en woningaanpassingen bij ouderen thuis*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, iBMG/iMTA, 1995b.
- Klerk, M.M.Y. de, R. Huijsman en F.F.H. Rutten. New options in long-term care for the elderly: evaluation results of demonstration projects in the Netherlands. *Home Health Care Services Quarterly* 1995;15(2):19-40.
- Knapen, M.H.J.M. Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging, 1: coördinatiefunctie en rolverdeling. *Medisch Contact* 1988a;43(37):1083-1085.
- Knapen, M.H.J.M. Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging, 2: de inzet van middelen in de proeffase. *Medisch Contact* 1988b;43(38):1123-1126.
- Knops, H. en C. Bakker. *De meest gebruikte hulpmiddelen in de thuiszorg. Beschrijving - toepassing - verkrijgbaarheid - vergoeding*. Nijkerk: Intro, 1992.
- Koedoot, C.G., A.A.C. Hommel en C.P.M. Knipscheer. *De ouderen in het project individuele zorgsubsidie Rotterdam. Deel I: verslag van de eerste meting van het evaluatie-onderzoek*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociologie, 1990.
- Langen, J.A.H. van. Technologie en thuiszorg. *Gezondheidszorg en Management* 1993;1(4):35-37.
- Langman, M.A. Vergrijzing als wenkend perspectief. *Het Financieele Dagblad*, 29 juni 1993.
- Leemijer, M., Th. Suurmeijer en W.J.A. van den Heuvel. *Thuiszorg door 24-uurskruis zorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Medische Sociologie, 1986.
- Leeuwen, F.L. van. Technologie en thuiszorg; op de drempel van ongekende mogelijkheden. *MGZ* 1992;20(3):26-28.

Referenties

- Leijen, J. Ontwerpers hebben te weinig oog voor ouderen. *Zorg en Ondernemen* 1993;4(11):20-22.
- Lenssen, P. Seniorenmarkt: naar gebruiksgemak voor iedereen? Flitsende ontwerpen voor 'vijfde percentiele gebruiker'. *Leeftijd* 1992;30(6):10-13.
- Lenssen, P. Zorg voor gehandicapten naar gemeentelijke charitas. *Leeftijd* 1993a;31(7):8-12.
- Lenssen, P. Zonder betutteling shoppen in zorgland. *Leeftijd* 1993b;31(10):14-17.
- Lenssen, P. Beroepsopleidingen missen aansluiting op technologie. *Leeftijd* 1995;33(3):29-31.
- Mann, W.C., D. Hurren en M. Tomita. Comparison of assistive device use and needs of home-based older persons with different impairments. *The American Journal of Occupational Therapy* 1993;47(11):980-987.
- Marel, A. van der. 'Mondige mensen eisen vanzelf kwaliteit en lagere prijzen'; persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen nog ver weg. *Leeftijd* 1995;33(3):14-15,34.
- McAuley, W.J. en G. Arling. Use of in-home care by very old people. *Journal of Health and Social Behavior* 1984;25:54-64.
- McCaslin, R. Service utilization by the elderly: the importance of orientation to the formal system. *Journal of Gerontological Social Work* 1989;14(1/2):153-174.
- Miltenburg, T. *Experimenten thuisverpleging; een tussentijdse evaluatie*. Nijmegen: ITS, 1989.
- Ministerie van Financiën. *Heroverwegingsrapport Demografische veranderingen en de ontwikkeling van de collectieve sector*. 's-Gravenhage: Ministerie van Financiën, 1986.
- Ministeries van SZW, VROM en WVC. *Voorzieningen om langer zelfstandig te blijven* (brochure), 1994.
- Ministerie van VROM. *Aangepaste woningen voor gehandicapten; regionale vraag en aanbod*. 's-Gravenhage: Ministerie van VROM, 1990.
- Ministerie van VWS. *Stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie; projectresultaten 1991-1994*. Groningen: KITTZ, 1995.
- Ministerie van WVC. *Flankerend bejaardenbeleid*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1983.
- Ministerie van WVC. *Thuiszorg in de jaren '90: notitie over de toekomstige ontwikkeling en stimulering van de Thuiszorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
- Moerdijk, H. *Evaluatie IOP-Hulpmiddelen Gehandicapten*. Mijdrecht: Moerdijk en van Oosten, 1988.
- Moerkens, M. Wet Voorzieningen Gehandicapten; nieuwe wet per 1 april 1994. *Tijdschrift voor Verzorgenden* 1994;(4):112-114.
- Mootz, M. en J. van den Berg. Indicatoren voor gezondheidstoestand in de CBS-gezondheidsenquête. *CBS-Maandbericht gezondheid* 1989;(2):4-10.
- Mulder, I. Nieuw stelsel voorzieningen gehandicapten. *Sociaal Recht* 1993;(3):55-61.
- Nationale Kruisvereniging. *Project ergotherapie in de eerste lijn; eindrapportage*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1988.
- Nies, H.L.G.R. Dagopvang en dagverzorging voor ouderen; nieuwe voorzieningen in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1989;20:67-72.
- Nies, H.L.G.R. *Beleidsonderzoek in de ouderenzorg* (proefschrift). Nijmegen: Bureau Bèta, 1992.
- NIVEL, NcGv, NZi, LBC. *Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1992/93*. 's-Gravenhage: VUGA, 1993.
- NNI (Nederlands Normalisatie Instituut). *Technische hulpmiddelen voor gehandicapten; internationale classificatie*. Delft: NNI, 1984.
- NOTA (Nederlandse Organisatie voor Technologisch Aspectenonderzoek). *Hulpmiddelen voor gehandicapten; innovatie en kwaliteit*. 's-Gravenhage: NOTA, 1993.
- Nouws, H., P. Massar en H. van Rossum. *Uitvoering en gebruik RGSHG 1992*. Amsterdam: RIGO, 1993.
- NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid). *Verpleegkundig beroepsprofiel*. Zoetermeer: NRV, 1988.

- NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid). *Afstemming verzekerd; advies over samenhangend beleid voor mensen met een lichamelijke handicap*. Zoetermeer: NRV, 1994.
- Nuy, M.H.R., J.J. van der Plaats en M. Vernooy. *Dagbehandeling in verpleeghuizen*. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Instituut Sociale Geneeskunde, 1984 (3 delen).
- Nuyens, M.J.M. *Evaluatie-onderzoek sociale dagopvang in Arnhem*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988.
- Nuyens, W.J.F.S. en M.H.L. van Tits. *Alternatieven voor ziekenhuiszorg*. Tilburg: IVA, 1986.
- ODO (Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg). *Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; het onderzoek van de projecten in de beginfase*. Nijmegen: ITS, 1989.
- ODO (Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg). *Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; vormgeving van de projecten en voortgang van de beleidsmaatregelen in 1988 en 1989*. Nijmegen: ITS, 1990.
- ODO (Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg). *Demonstratieprojecten in de ouderenzorg: evaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid*. Nijmegen: ITS, 1991.
- Oosterheert, T. en A. Schippers. Hulpverlener leert signaleren en adviseren. *Leeftijd 1994;32(5):31-34*.
- Oostrom, M. van. Wet voorzieningen gehandicapten; decentralisatie gehandicaptenvoorzieningen. *Senior 1994;40(3):10-11*.
- Parker, M.G. en M. Thorslund. The use of technical aids among community-based elderly. *The American Journal of Occupational Therapy 1991;45(8):712-718*.
- Peijl, J. van der. *Leren leven met een gebrek*. In: Aakster, C.W. (Red.). *Oud; beeld van ouderen en ouderenzorg*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1987.
- Peters, H.J.M. en T.J. Duine. Het project 'Genormaliseerd Wonen' van verpleeghuis 'de Landrijt' te Eindhoven; enkele uitkomsten van een experiment in de psychogeriatrische zorg. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1987;18:187-191*.
- Picavet, H.S.J., J.L.A. van Sonsbeek en G.A.M. van den Bos. Het meten van functionele beperkingen bij ouderen via enquêtes. *CBS/Maandbericht Gezondheid 1992;(7):5-20*.
- Pol, L.R. en E. van Leeuwen. *Evaluatie WVG-organisatie gemeente Rotterdam*. Rotterdam: Res Publica et Industria, 1995.
- Prakken, J. *De grijze coup*. Utrecht: NIZW, 1992.
- Raad van State. *Advies naar aanleiding van het concept-wetsvoorstel WVG*. Tweede Kamer 1991-1992, 22815, nr. b.
- Raad voor de Volkshuisvesting. *Advies inzake het concept-wetsvoorstel Wet Voorzieningen Gehandicapten*. Zoetermeer: Raad voor de Volkshuisvesting, 1992.
- Raad voor Gezondheidsresearch TNO. *Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps 1980*. Vertaling van de *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; a manual of classification relating to the consequences of disease*. Voorburg: TNO, 1981.
- Raak, A. van, G. Jongerius-de Gier, J. Massop en I. Mur-Veenman. *Brug tussen gisteren en morgen; zorgvernieuwing als veranderingsstrategie voor een betere zorg in de toekomst*. *Evaluatie 'Programma Zorgvernieuwingprojecten Thuiszorg van WVC'; eindrapportage*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Beleidswetenschap, 1993.
- Raalte, B. van en A. Kranendonk. *Mag het iets eenvoudiger? Verslag 1990 van het Scenarioproject integraal circuit thuiszorgartikelen*. Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk, 1991.
- Reuten, G. en P. Stienen. *100 en een handige hulpmiddelen voor eenhandigen*. Nijkerk: Intro, 1988.
- Rivnyak, M.H., T.T.H. Wan, M.H. Stegall, M. Jacobs en S. Li. Ambulatory care use among the noninstitutionalized elderly: a causal model. *Research on Aging 1989;11(3):292-311*.

Referenties

- Roeloffzen, L. *Hulpmiddelen thuis: eindrapport van het project hulpmiddelen in de thuissituatie bij verminderd functioneren*. Bunnik: ATIS, 1988.
- Rogers, J.C. en M.B. Holm. Assistive technology device use in patients with rheumatic disease: a literature review. *The American Journal of Occupational Therapy* 1992;46(2):120-127.
- Romijn, C.M., T. Janssen en Cl. Woldringh. *Onderzoek demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid. Resultaten van het landelijk onderzoek onder ouderen*. Nijmegen: ITS, 1990.
- Roorda, J. Wachten op voorzieningen: een extra handicap. *MGZ* 1990;18(10):39-41.
- Royers, T. De confrontatie met de oudere klant; ouderenpanel als nieuwe vorm van gebruikersraadpleging. *Leeftijd* 1994;32(7):27-30.
- Royers, T. en P. Vermijs. Bruggen slaan; over de kloof tussen ouderen en techniek. *Senior* 1993;39(10):2-5.
- Scherpenisse, R. Eerste Seniorenlabel-projecten een feit. *Senior* 1994;40(2):17.
- Schmidt, H. *Acceptatie van techniek door ouderen*. Delft: Technische Universiteit Delft, Vakgroep Productergonomie, 1986.
- Schoemakers-Salkinoja, I. en J. Hessing-Wagner. *Samenhang in de zorg voor lichamelijke gehandicapten*. Rijswijk: SCP, 1987.
- Schrijnemaekers, V.J.J. en M.J. Haveman. *Evaluatie-onderzoek poliklinische geriatrie. Deel 1: thuiswonende ouderen in de gemeente Sittard*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, 1990.
- Schrijvers, A.J.P. en J. van Londen. Ontwikkelingen in de thuiszorg; slot: de toekomst. *Medisch Contact* 1990;45(24):768-772.
- SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau). *Sociaal en Cultureel Rapport 1988*. Rijswijk: SCP, 1988.
- Seysener, M. Kruisvereniging Waterland start met eerste thuiszorgwinkel. *MGZ* 1990;18(2):24-27.
- Smolenaars, E. (Red.). *Ouderen: financiële rechten en voorlichting*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, Wetenschapswinkel, 1993.
- Snider, E.L. Factors influencing health service knowledge among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior* 1980;21:371-377.
- Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam. *Tussenevaluatie Voorzieningen Gehandicapten*. Rotterdam: Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam, 1994.
- Sonderen, F.L.P. van, Th.P.B.M. Suurmeijer en W.J.A. van den Heuvel. *Op maat gemeten, verslag van een onderzoek naar 7x24 uurs hulp bij de gezinsverzorging in Velp*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Medische Sociologie, 1985.
- Spiering-Wolter, M.G. De toekomst van de thuiszorg. In: Schrijvers, A.J.P., P.G.J.J. Stevens, H.F.J.M. Crebolder et al. (Red.). *Handboek Thuiszorg*. 's-Gravenhage: VUGA, 1994.
- Staatsblad. Wet van 13 juni 1963, houdende nieuwe regelen betreffende de verlening van bijstand door de overheid (Algemene Bijstandswet). *Staatsblad* 1963;(284).
- Staatsblad. Wet van 14 december 1967, houdende Algemene verzekering (bijzondere) ziektekosten (Algemene Wet (Bijzondere) Ziektekosten). *Staatsblad* 1967;(617).
- Staatsblad. Wet van 11 december 1975 tot vaststelling van een algemene arbeidsongeschiktheidsverzekering (Algemene Arbeidsongeschiktheidswet). *Staatsblad* 1975;(674).
- Staatsblad. Wet van 7 oktober 1993, houdende regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten (Wet voorzieningen gehandicapten). *Staatsblad* 1993;(545).
- Staatscourant. SVR verdeeld over wijzigingen in voorzieningen voor gehandicapten. *Staatscourant* 21 oktober 1991 (204):3,20.
- Staatscourant. Regeling geldelijke steun huisvesting gehandicapten 1992. *Staatscourant* 15 november 1991 (223):14-20.
- Staatscourant. Ravo gekant tegen wetsvoorstel voorzieningen gehandicapten. *Staatscourant* 3 april 1992 (67):7.

- Staatscourant. Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring ADL-clusters en ADL-assistentie. *Staatscourant* 3 november 1993 (211):10-11.
- Staatscourant. Beëindiging van de verstrekking AAW-zorgvoorzieningen en inkomensondersteunende voorzieningen. *Staatscourant* 11 november 1993 (217):10.
- Staatscourant. Regeling financiële tegemoetkomingen en eigen bijdragen WVG. *Staatscourant* 25 november 1993 (227):6.
- Staatscourant. Besluit AAW-voorzieningenverstrekking. *Staatscourant* 2 maart 1994 (43):8-10.
- Staatscourant. Besluit tot wijziging van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring woningaanpassingen gehandicapten. *Staatscourant* 4 oktober 1994 (190):6.
- Staatscourant. Wijziging regeling hulpmiddelen AWBZ 1994. *Staatscourant* 25 november 1994 (228):10-11.
- Staatscourant. Ouderen nauwelijks bekend met Wet voorzieningen gehandicapten. *Staatscourant* 10 april 1995 (71):3.
- Staatscourant. Eigen bijdragen gehandicapten beperkt. *Staatscourant* 6 november 1995 (215):5.
- Staatscourant. Regeling hulpmiddelen 1996. *Staatscourant* 24 november 1995 (229):8-14.
- Stephan, C.A. *Ouderen en hulpmiddelen: een gebruiksonderzoek*. Amsterdam: P_s-RCA, 1993.
- Stephan, C. en C. Bloos. *Innovatie voor bejaarden: vernieuwing verouderd?* 's-Gravenhage: SWOKA, 1985.
- Stephan, C.A., Th. Bosma, M. Grooteman, S.M. Jongejan en J.C. Ouwerkerk. *KITZ-Randstadproject Thuiszorgtechnologie: produktevaluatie; een gebruiksonderzoek naar ADL-hulpmiddelen en woningaanpassingen bij ouderen thuis*. Groningen: KITZ, 1995.
- Ster, W. van der. Vergrijzing en consumentenkoopgedrag. *Economisch Statistische Berichten* 1989;74:534-537.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). *De invloed van de bevolkingsontwikkeling op ziektebelasting en zorgvoorzieningen; ramingen tot 2005*. Utrecht: Jan van Arkel, 1992.
- Stikker, A.J. *Varianten van substitutie: hun betekenis, toepassing en opbrengst*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1985.
- Stolwijk, A.M. en H. Raat. *Sociaal-economische status; het begrip, de meting en de classificatie in epidemiologisch onderzoek*. Rotterdam: GGD, Afdeling Epidemiologie, 1990.
- Svensson, M., P.G. Edebalk en U. Persson. Home service costs: the Swedish experience. *Health Policy* 1991;(19):197-209.
- Swanborn, P.G. *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam/Meppel: Boom, 1993.
- Swarte, V.P.P. *Innoveren met idealen en gevestigde belangen. Stimulering en belemmering van innovatie van technische hulpmiddelen voor gehandicapten* (proefschrift). Delft: Delftse Universitaire Pers, 1995.
- Tabibian, N. *Wie betaalt de rekening? Cumulatie eigen bijdragen voor zorgvoorzieningen voor ouderen*. Amsterdam: O+S, het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek, 1994.
- Thie, J., L. Giezen-Biegstraaten en E. Bosma. Thuiszorgtechnologie. *Senior* 1994;40(11):2-3.
- Thorslund, M., T. Norström en K. Wernberg. The utilization of home help in Sweden: a multivariate analysis. *The Gerontologist* 1991;31(1):116-119.
- Tijssen, I., G. Jongerius-de Gier, A. van Raak en I. Mur-Veenman. *Over starten en volhouden; evaluatie 'Programma Zorgvernieuwingprojecten Thuiszorg van WVC'; voortgangsrapportage 1990*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Beleidswetenschap, 1991.
- Timmermans, J.M. (m.m.v. P. Dekker). *Rapportage ouderen 1993*. Rijswijk/'s-Gravenhage: SCP/VUGA, 1993.
- Timmermans, J.M. (m.m.v. I.K. Schoemakers-Salkinoja, J.S.J. de Wit en J.G.F. Merens). *Rapportage Gehandicapten*. Rijswijk: SCP, 1994.
- Tits, M.H.L., van. Vervanging van ziekenhuiszorg. In: Grinten, T.E.D., van der, R. Lapré en P.L. Meurs (Red.). *Kan het eenvoudiger? Over substitutie in de gezondheidszorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1989.

Referenties

- Tits, M. van en W. Groot. Zorgen om kruiswerk en verzorging. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 1991;(2):56-59.
- TNO. *Technologische innovatie van zintuiglijk en orgaangehandicapten*. Leiden: TNO, 1980.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Bejaardenbeleid 1970*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer: vergaderjaar 1970-1971, 10934, 1970.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota Ouderenbeleid*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer: vergaderjaar 1987-1988, 20539, nrs. 1-2, 1987.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1989*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, 20848, nrs. 1-2, 1988.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1990*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21310, nrs. 1-2, 1989.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1991*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 21812, nrs. 1-2, 1990.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1992*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22311, nrs. 1-2, 1991.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1993*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 22808, nrs. 1-2, 1992.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten (Wet Voorzieningen Gehandicapten)*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 22815, nr. 274f, 1993.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1994*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23407, nrs. 1-2, 1993.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1995*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 23904, nrs. 1-2, 1994.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *De perken te buiten. Nota Gehandicaptenbeleid, meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995-1998*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24170, nrs. 1-2, 1995.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Financieel Overzicht Zorg 1996*. 's-Gravenhage: Sdu. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 24404, nrs. 1-2, 1995.
- Uyl, R. den en E. Fleur. *Het potentieel en feitelijk gebruik van voorzieningen door ouderen*. 's-Gravenhage: VUGA, 1991.
- Verhoeven, H. *Nieuwe technologie bij thuiszorg: een nieuwe zorg in huis? Een terreinverkenning*. 's-Gravenhage: NOTA, 1987.
- Vermeulen, C.A. en A.M.M. Bosma. *De gezondheid van ouderen; epidemiologie en beleid* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- Verschuur, A. Slechte hulpmiddelen maken mensen depressief. *Leeftijd* 1995;33(3):6-8.
- Victor, C.R. en N.J. Vetter. Poverty, disability and use of services by the elderly: analysis of the 1980 general household survey. *Social Science and Medicine* 1986;22(10):1087-1091.
- Visser, J. Onderzoek naar thuiszorgtechnologie: techniek helpt als ook de patiënt ermee kan werken. *MGZ* 1995;23(6):17-19.
- VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten). *Handboek Wet Voorzieningen Gehandicapten*. 's-Gravenhage: VNG, 1993 (2 delen).
- Walker, A., A. Guillemard en J. Alber. *Social and economic policies and older people. The impact of social and economic policies on older people in the European community*. Brussel: Commission of the European Communities, 1991.
- Wan, T.T.H. en G. Arling. Differential use of health services among disabled elderly. *Research on Aging* 1983;5(3):411-431.
- Wan, T.T.H. en B.G. Odell. Factors affecting the use of social and health services among the elderly. *Ageing and Society* 1981;1:95-115.

- Wesemael, J.L.M. van, L.M.C. Ongering, C.A.B. Birkhoff en M.R.P.M. Camps. *Zuinig met zorg; rapport ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1995.
- WHO (World Health Organisation). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneve: WHO, 1980.
- Wielink, G., M.M.Y. de Klerk en R. Huijsman. Substitution of home care by technical aids. Attitudes and preferences of the elderly. In: Wild, C. en A. Kirschner (Red.). *Technology for the elderly: safety-alarm systems, technical aids and smart homes*. Knegsel: Akontes, 1994.
- Wierda, L.S. Project Intensieve Thuiszorg Amsterdam: waar een wil is.... In: Grinten, T.E.D. van der, R. Lapré en P.L. Meurs (Red.). *Kan het eenvoudiger? Over substitutie in de gezondheidszorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1989.
- Wierik, M.J.M. te. *Verpleeghuisopname* (proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
- Willems & van den Wildenberg. 'Europees Jaar voor de Ouderen 1993': kadernotitie voor de thuiszorgtechnologie-pilotprojecten'. 's-Gravenhage: Willems & van den Wildenberg, 1992.
- Willems & van den Wildenberg. *Marktverkenning ouderentechnologie*. 's-Gravenhage: Willems & van den Wildenberg, 1994.
- Windt, W. van der. Een arbeidsmarktverkenning voor de jaren negentig. *MGZ 1991;19(5):6-10*.
- Wingard, D.L., D. Williams Jones en R.M. Kaplan. Institutional care utilization by the elderly: a critical review. *The Gerontologist 1987;27(2):156-163*.
- Wolinsky, F.D. Assessing the effects of predisposing, enabling, and illness-morbidity characteristics on health service utilization. *Journal of Health and Social Behavior 1978;19:384-396*.
- Wolinsky, F.D., R.M. Coe, D.K. Miller, J.M. Prendergast, M.J. Creel en M.N. Chávez. Health services utilization among the noninstitutionalized elderly. *Journal of Health and Social Behavior 1983;24:325-337*.
- Zung, W.W.K. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry 1965;12:63-70*.

Bijlagen

Bijlage 1 Lijst met gebruikte afkortingen

AAF	Algemeen Arbeidsongeschiktheids Fonds
AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet
ABW	Algemene Bijstandswet
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BGSHG	Beschikking Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
EZ	(Ministerie van) Economische Zaken
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GAK	Gewestelijk Administratie Kantoor
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GSD	Gemeentelijke Sociale Dienst
iBMG	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
IDC/NIG	Informatie en Documentatie Centra/Nederlands Informatiesysteem Gehandicapten
iMTA	institute for Medical Technology Assessment
IOO	Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven
IOP/HG	Innovatiegericht Onderzoek Programma Hulpmiddelen voor Gehandicapten
ISO	International Standardization Organisation (Internationale Organisatie voor Normering en Standaardisatie)
ITS	Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen
KBOH	Kwaliteits en Bruikbaarheidsonderzoek van Hulpmiddelen voor gehandicapten en ouderen
KBOP	Kwaliteits- en Bruikbaarheids Onderzoek Programma
KIC	Kruiswerk Inkoop Combinatie
KITZ	Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing
LBC	Landelijk Bureau Coördinatie 1 ^e 2 ^e lijn
NcGv	Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
NIMAWO	Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NNI	Nederlands Normalisatie Instituut
NOTA	Nederlandse Organisatie voor Technologisch Aspectenonderzoek
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
O&W	(Ministerie van) Onderwijs en Wetenschappen
ODO	Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RCA	Revalidatiecentrum Amsterdam
RGSHG	Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten
RIC	Revalidatie Informatie Centrum

Bijlagen

SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
Stb	Staatsblad
Stc	Staatscourant
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
STN	Stichting Thuiszorgwinkels Nederland
SVR	Sociale Verzekerings Raad
SWOG	Stichting Warenonderzoek Gehandicapten
SWOKA	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenaangelegenheden
SZW	(Ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	(Nederlandse Organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TWN	Thuiszorgwinkels Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VRM	(Ministerie van) Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereldgezondheidsraad)
WVC	(Ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZFW	Ziekenfondswet
ZVN	Zorgvoorzieningen Nederland

Bijlage 2 Wet- en regelgeving rondom hulpmiddelen

Met ingang van 1 april 1994 is de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) van kracht, waarmee de wetgeving rond de verstrekking van hulpmiddelen ingrijpend is gewijzigd. Omdat dit onderzoek zowel de periode vóór als ná 1 april 1994 bestrijkt, wordt in deze bijlage zowel de vroegere als de huidige wetgeving beschreven.²⁴

Wet- en regelgeving tot 1 april 1994

In Nederland wordt sinds de invoering van de Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet op 1 oktober 1976 (Stb. 1975, nr. 674) een groot deel van de hulpmiddelen vergoed via wettelijke regelingen. De aanleiding voor deze wettelijke verankering van de beschikbaarheid van hulpmiddelen was enerzijds het inzicht dat gehandicapten niet in staat zijn zelf alle hulpmiddelen aan te schaffen en anderzijds het integratiebeleid voor gehandicapten van de overheid (Swarte, 1995). De wetgeving waarin de verstrekking²⁵ van hulpmiddelen is geregeld is tussen 1976 en 1 april 1994 niet wezenlijk gewijzigd. Deze wetgeving kende de volgende regelingen: AAW, AWBZ, RGSHG en ABW (Moerkens, 1994), die hieronder worden besproken.

*AAW (Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet)*²⁶

De AAW (Stb. 1975, nr. 674) is een verplichte volksverzekering voor ingezetenen tegen de geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid, hetgeen wil zeggen dat iemand als gevolg van ziekte of gebreken niet in staat is met arbeid te verdienen wat gezonde personen in staat zijn te verdienen. Hoewel de AAW een volksverzekering is, vallen personen van 65 jaar en ouder (tenzij zij voor hun 65^e jaar al aanspraak maakten op de AAW) en verzekerden bij een aantal pensioenfondsen, waaronder het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds, buiten de wet. De AAW kent naast uitkeringen de volgende voorzieningen²⁷ (Grady, 1994; Moerkens, 1994):

- Ter behoud, herstel of bevordering van de arbeidsgeschiktheid (zoals vervoer van en naar het werk, (om)scholing, aanpassingen op de werkplek of hulpmiddelen die nodig zijn om werkzaamheden te kunnen verrichten).
- In de leefsituatie (aanpassingen aan eigen auto, rolstoelen voor buitenvervoer, taxikosten, bruikleenauto, rolstoelen voor binnen, kleine woningaanpassingen zoals woningsanering).
- In de genees- en heelkundige sfeer (ADL-hulpmiddelen, prothesen, orthesen, hulpmiddelen bij medische thuisbehandeling, dieetkosten, hulpmiddelen in het huishouden, hulpmiddelen in

²⁴ Sommige AAW-voorzieningen zijn reeds per 1 januari overgeheveld naar de AWBZ (zie beschrijvingen bij AAW en AWBZ).

²⁵ Onder verstrekken wordt verstaan het adviseren over en het indiceren van een hulpmiddel, alsmede het toekennen en de financiering van het hulpmiddel (Swarte, 1995).

²⁶ De tekst over de AAW is, tenzij anders vermeld, gebaseerd op het Handboek WVG (VNG, 1993) en de Kroniek van de Sociale Verzekeringen 1995 (CTSV, 1995).

²⁷ Voorzieningen zijn verstrekkingen in verband met een handicap in geld (vergoedingen wegens gemaakte kosten, zoals taxivergoedingen) of in natura (zoals rolstoelen) (Mulder, 1993).

Bijlagen

de communicatieve sfeer, ADL-assistentie en huishoudelijke hulp. Deze voorzieningen zijn slechts van toepassing voor zover de ziektekostenverzekering of AWBZ hierin niet voorziet).

- Om het inkomen te ondersteunen (periodieke uitkeringen om de kosten ten gevolge van ziekte te compenseren, zoals diëten, hogere stookkosten, telefoonkosten, extra slijtage beddengoed).

In 1990 zijn er circa 450.000 AAW-voorzieningen verstrekt, waarvan circa 25% aan personen van 65 jaar en ouder. Dit betrof mensen die voor hun 65^e jaar reeds aanspraak deden op AAW-voorzieningen (Van Gelder en Winants, 1992).

Binnen de AAW zijn veel voorzieningen mogelijk: nergens is precies vastgesteld wat wel en wat niet kan worden verstrekt. Als algemene regel geldt dat de AAW aanvullend is ten opzichte van aan de AAW grenzende voorzieningen, zoals de voorzieningen die in het kader van de AWBZ of RGSBG (zie later) worden verstrekt. Bovendien verstrekt de AAW geen voorzieningen die tot het algemene consumptiepatroon horen: een auto kan alleen beneden een zekere inkomensgrens in bruikleen worden verstrekt (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987).

De AAW wordt uitgevoerd door de bedrijfsverenigingen. Deze waren tot 1 januari 1995 wettelijk verplicht advies te vragen aan de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD), die de mate van arbeidsongeschiktheid beoordeelde en de noodzaak en de aard van de gewenste voorziening onderzocht. De bedrijfsvereniging kent uiteindelijk de gevraagde voorzieningen al dan niet toe, maar volgt als regel het GMD-advies. De GMD informeert de gebruiker, verricht de aanschaf van een hulpmiddel en handelt financiële zaken af.

Het toezicht op de uitvoering is opgedragen aan de Sociale Verzekerings Raad (SVR), die met ingang van 1 januari 1995 is opgegaan in het CTSV (College van Toezicht Sociale Verzekeringen; CTSV, 1995).

De AAW-voorzieningen worden gefinancierd uit het Algemeen Arbeidsongeschiktheids Fonds (AAF), dat zijn inkomsten verwerft uit premies. De verzekerden zijn geen eigen bijdrage verschuldigd voor verstrekkingen. De kosten moeten echter wel een drempelbedrag overstijgen (f185,00 per jaar sinds 1 juli 1992). Daarnaast is de omvang van een aantal verstrekkingen, zoals reiskostenvergoedingen, aan een maximum gebonden.

In tabel B2.1 worden de kosten van de verschillende AAW-voorzieningen tussen 1980 en 1994 weergegeven. Deze stegen van ruim f450 miljoen in 1980 tot ruim f915 miljoen in 1991. De meeste kosten werden gemaakt ten behoeve van het verplaatsen.

In 1992 en 1993 namen de kosten voor AAW-voorzieningen af, doordat met ingang van 1 juli 1992 de inkomensgrens voor ondermeer bruikleenauto's en taxikostenvergoedingen van circa f50.000 tot ongeveer f44.000 per jaar werd verlaagd en doordat de maximumvergoedingen voor taxikostenvergoeding en kilometervergoedingen in drie tranches van 10% werden verlaagd (VNG, 1993). Bovendien werd vanaf 1 januari 1992 een eigen bijdrage van f172 per AAW-voorziening per persoon gevraagd, met een maximum van f516 per jaar (Van Gelder en Winants, 1992).

In 1994 zijn de kosten aanzienlijk gedaald als gevolg van de invoering van de WVG per 1 april 1994 (zie later). Veel gehandicapten hebben, met het oog op de wetwijziging, nog net voor 1 april voorzieningen aangevraagd (Sociale Zaken en Werkgelegenheid gemeente

Rotterdam, 1994). Daarnaast zijn er in 1994 kosten vanwege een overgangsregeling in de WVG, waardoor de bruikleenvoorzieningen die zijn verstrekt onder de AAW doorlopen totdat sprake is van beëindiging of vervanging van de bruikleenvoorziening.

Tabel B2.1. Kosten AAW-voorzieningen in f miljoenen 1980-1994, naar hoofdgroep

jaar	totaal	codering voorziening hoofdgroep ¹									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1980	453,9	8,3	267,9	22,5	3,7	7,2	68,0	3,6	0,5	45,3	27,1
1981	463,5	9,9	296,4	30,8	3,2	8,6	75,7	3,3	0,7	39,5	-4,6
1982	527,6	9,1	328,5	33,6	3,8	11,4	80,7	3,7	0,7	41,7	14,4
1983	518,2	9,3	339,7	34,2	4,3	15,3	78,5	3,4	0,6	27,5	5,3
1984	530,6	8,9	354,0	41,4	4,4	16,2	70,8	3,6	1,0	23,3	7,0
1985	541,4	8,8	366,2	43,3	5,5	22,1	64,0	5,4	1,0	23,4	1,4
1986	587,7	8,9	395,3	54,6	6,9	27,3	66,6	5,2	1,4	27,6	-6,2
1987	664,4	9,6	440,4	67,0	7,8	33,7	72,0	6,3	1,6	32,0	-6,2
1988	706,7	11,6	460,1	78,8	7,8	40,5	73,9	7,5	2,9	32,9	-9,3
1989	738,0	13,2	487,0	89,0	8,6	45,2	75,4	8,8	4,9	36,4	-30,5
1990	842,7	16,3	483,0	100,3	8,8	55,0	79,9	10,5	0,8	93,1	-5,0
1991	915,5	20,5	525,7	136,2	10,3	63,7	91,7	13,4	1,8	50,7	1,5
1992	904,9	23,2	510,4	133,0	9,6	60,0	101,7	12,4	2,8	49,9	1,8
1993	823,7	20,3	425,1	122,2	10,9	65,1	108,6	14,8	3,4	52,3	1,1
1994	340,7	17,9	167,8	99,9	6,6	23,0	6,1	12,0	1,6	5,3	0,4

¹ 1: verrichten van arbeid; 2: verplaatsen, gesloten vervoer; 3: verplaatsen: open vervoer; 4: wonen; 5: algemene dagelijkse levensverrichtingen; 6: huishouden; 7: communicatie, informatie en signalering; 8: ontspanning en ontwikkeling; 9: aanvullende voorzieningen; 10: overige voorzieningen (negatieve bedragen worden veroorzaakt doordat deze post ook wordt gebruikt als correctie-post)

Bron: CTSV, 1995

Ouderen konden tot 1 april 1994 geen aanspraak maken op nieuwe AAW-voorzieningen (wel konden zij voorzieningen die hen voor het 65^e levensjaar waren toegekend behouden).²⁸ Dit was de belangrijkste reden om de AAW-voorzieningen over te hevelen naar andere wetten. Per 1 januari 1994 zijn de zorgvoorzieningen uit de AAW overgeheveld naar de AWBZ en worden de inkomensondersteunende voorzieningen niet meer krachtens de AAW vergoed (wel kan men inkomensondersteuning aanvragen bij de Algemene Bijstandswet). Op 1 april 1994 zijn de AAW vervoers- en woonvoorzieningen naar de WVG (gemeenten) overgeheveld. De AAW heeft dan alleen nog betrekking op werk- en onderwijsvoorzieningen en een aantal leefvoorzieningen, zoals een doventolk (Stc. 1994, nr. 43).

²⁸ Officieel moesten 65-plussers na de belastingwijziging in 1990 (in het kader van 'Oort') AAW-premie betalen. Omdat zij echter geen aanspraak konden doen op AAW-voorzieningen werden 65-plussers (tijdelijk) ontheven van de AAW-premieplicht.

Bijlagen

*AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)*²⁹

De AWBZ is in 1968 opgezet met als doel de gehele bevolking te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van langdurige en zware ziekte waarvan de kosten niet individueel zijn op te brengen (Stb. 1967, nr. 617). Oorspronkelijk omvatte het verzekeringspakket vooral intramurale zorg. Later is dit pakket aanzienlijk uitgebreid, terwijl recentelijk weer een omgekeerde beweging te zien is. De uitvoering van de AWBZ wordt verricht door ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, onder toezicht van de Ziekenfondsraad. Om in aanmerking te komen voor een financiële vergoeding via de AWBZ, is een voorschrift van een huisarts of medisch specialist vereist.

Tot 1989 was het '*Besluit Kunst- en Hulpmiddelen Ziekenfondsverzekering*' van kracht, dat een limitatieve lijst bevatte van hulpmiddelen die door de ziekenfondsen in eigendom of bruikleen werden verstrekt. Voor particulier verzekerden maakten de hulpmiddelen deel uit van de dekking van de particuliere ziektekostenverzekering. De kunst- en hulpmiddelen vormen een zeer heterogene verstrekking: van pruiken tot orthopedisch schoeisel en van loophulpen tot apparatuur voor positieve uitademingsdruk.

Er zijn verschillende categorieën hulpmiddelen te onderscheiden:

- Verbruiksartikelen (incontinentiemateriaal, stoma-artikelen, diabetes-middelen).
- Producten, dat wil zeggen hulpmiddelen
 - Die op het lichaam worden gedragen (prothesen, orthesen, elastische kousen).
 - Voor het dagelijks leven (zoals aangepaste bedden en stoelen).
 - Op het gebied van de communicatie (zoals gehoorapparaten).

Het Besluit onderging een aantal kleine aanpassingen. Zo werden in 1987 meer mogelijkheden geboden tot bruikleenverstrekking, pooling, leasing en prijsafspraken tussen ziekenfondsen en leveranciers. Per 1 juni 1988 werd het incontinentiemateriaal overgeheveld van de verstrekking farmaceutische hulp naar de hulpmiddelen.

Met ingang van 1 januari 1989 werden de medische hulpmiddelen overgeheveld naar de AWBZ en vallen daar onder de '*Regeling Hulpmiddelen AWBZ*' (FOZ 1990). Ook de Regeling onderging een aantal kleine wijzigingen. Zo zijn in het najaar van 1989 solo- en tactiëlees-apparatuur aan het verstrekkingenpakket toegevoegd en vallen per 1 januari 1990 ook ringleidingen onder hulpmiddelen. Per 1 januari 1992 vonden er aanpassingen van de regelgeving plaats betreffende de verstrekking van spalk-, redressie- en correctie-apparatuur en incontinentiemateriaal. Per 1 juli 1993 maken de optische hulpmiddelen niet langer deel uit van de Regeling, tenzij sprake is van een medische indicatie. Dit leidde tot een daling van de kosten van gezichtshulpmiddelen met 69%. In 1994 werd hierdoor circa f35 miljoen minder uitgegeven (FOZ 1996).

De fabrikant van hulpmiddelen is redelijk autonoom in het stellen van de prijs. Er is op verschillende deelmarkten nauwelijks sprake van concurrentie. In vergelijking met het buitenland is het prijsniveau van de medische hulpmiddelen in Nederland hoog (Van Wesemael et al., 1995). Zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten af met leveranciers en

²⁹ De tekst over de AWBZ is, tenzij anders vermeld, ontleend aan diverse FOZ's (Financieel Overzicht Zorg).

maken afspraken over de prijs en het af te leveren pakket. Voor verzekerden kan dit betekenen dat zij bepaalde hulpmiddelen niet vergoed krijgen, omdat deze niet voorkomen in het pakket van hun zorgverzekeraar (Feijter, 1993).

De uitgaven aan (medische) hulpmiddelen zijn opgelopen van f210 miljoen in 1982 tot f904 miljoen in 1995 (zie tabel B2.2).

Tabel B2.2. Kosten kunst- en hulpmiddelen in f miljoenen 1982-1995, naar financieringsbron

	AWBZ	zieken -fonds	part. verz.	eigen bijdrage	totaal	% groei per jaar
1982	-	177	33	-	210	
1983	-	186	47	-	233	+11,0
1984	-	197	55	-	252	8,2
1985	-	211	74	-	285	13,1
1986	-	228	98	-	326	14,4
1987	-	244	123	-	367	12,6
1988	-	313	135	-	448	22,1
1989	520	-	35	-	555	23,9
1990	625	-	36	-	661	19,1
1991	700	-	40	-	740	12,0
1992	796	-	47	-	843	13,9
1993	849	-	47	-	896	6,3
1994	824	-	-	60	884	-1,4
1995	904	-	-	-	904	2,3

Bron: diverse FOZ's (1989-1995)

Uitgezonderd het jaar 1994 is er een eigen bijdrage-regeling voor bepaalde hulpmiddelen.³⁰ Het gaat hierbij om het besparingsmotief (wie orthopedische schoenen nodig heeft, hoeft geen confectieschoenen aan te schaffen). Daarnaast zijn voor een aantal hulpmiddelen maximumvergoedingen vastgesteld, zoals f1132 bij gehoortoestellen (FOZ 1994). Wil iemand een duurder type of merk, dan moet hij of zij het meerdere zelf bijbetalen. Deze zelfbetalingen voor hulpmiddelen (eigen bijdragen plus meerkosten) worden in 1991 op f1250 miljoen geschat en in 1992 op f1425 miljoen. Verreweg het grootste gedeelte van de zelfbetalingen heeft betrekking op optische hulpmiddelen (brillen).

In het kader van de herziening van de voorzieningen voor gehandicapten is per 1 januari 1994 een aantal voorzieningen overgeheveld vanuit de AAW naar de Regeling Hulpmiddelen AWBZ (Stc. 1994, nr. 228). Op die manier was wettelijk geregeld dat hulpmiddelen voor ouderen beschikbaar waren. Het gaat hierbij om ADL-hulpmiddelen, hulpmiddelen in

³⁰ In 1994 werd daarnaast voor alle hulpmiddelen die in eigendom werden verschaft een eigen bijdrage aan de voet van 15% geheven, met een maximum van f200 per verzekerde per kalenderjaar. Dit leidde tot een financieringsverschuiving van f60 miljoen en een daling van de uitgaven voor hulpmiddelen.

Bijlagen

verband met het voeren van een eigen huishouding, alsmede communicatievoorzieningen. Als voorbeelden van deze voorzieningen kunnen aangepaste tafels, computers en schrijfmachines voor gehandicapten die voor communicatie geheel op deze middelen zijn aangewezen worden genoemd. Het gaat hierbij om een bedrag van f80 miljoen in 1994.

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de hulpmiddelen overgeheveld van de AWBZ naar de Ziekenfondswet (ZFW) en particuliere verzekering (Stc. 1995, nr. 229), omdat het kabinet Kok alleen langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's in de AWBZ wil onderbrengen. Met de particuliere verzekeraars is afgesproken dat deze verstrekkingen zonder aanvullende risicoselectie in de polissen worden aangeboden (FOZ 1996).

*RGSHG (Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten)*³¹

In 1978 is de Beschikking Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (BGSHG) in werking getreden, met terugwerkende kracht tot 1 oktober 1976 (Ministerie van VROM, 1990). In 1986 is de BGSHG gewijzigd en omgedoopt tot Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG). De BGSHG/RGSHG voorziet in de mogelijkheid de bestaande woning dusdanig aan te passen dat de gehandicapte er kan blijven wonen, dan wel dat men kan verhuizen naar een aangepaste woning (Stc. 1991, nr. 223). De RGSHG heeft betrekking op onroerende zaken (zoals het aanbrenge van voorzieningen) en de AAW op roerende zaken (zoals woningsanering).

Doel van de regeling, die zich richt op personen die als gevolg van fysieke beperkingen bouw-technische belemmeringen in hun woning ondervinden, is "mensen met een lichamelijke beperking in staat te stellen om zelfstandig te (blijven) wonen". Criterium voor het verkrijgen van een bijdrage vormt de medische noodzaak van de aanpassing. Aard en oorzaak van de beperking, noch factoren als leeftijd, inkomen of samenlevingsvorm, spelen bij de toekenning een rol (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). De regeling geldt zowel voor huurwoningen als voor eigen woningen.

De RGSHG wordt voor woningaanpassingen beneden de f45.000 uitgevoerd door de gemeenten, die de kosten declareren bij het Ministerie van VROM. Woningaanpassingen boven de f45.000 moeten door het Ministerie van VROM worden goedgekeurd (dat wil zeggen dat zij in een provinciaal overleg aan de orde worden gesteld). Deze duurdere aanpassingen geschieden vrijwel altijd bij mensen met een opname-indicatie.

Op grond van de RGSHG worden kosten vergoed voor:

- Bouwkundige aanpassingen of woontechnische ingrepen in/aan woonruimte.
- Onderhoud, keuring en reparatie van aanpassingen (onderhoud).
- Kosten van verhuizing en tijdelijke huisvesting.
- Huurderving tijdens aanpassing.
- Advieskosten.
- ADL-clusterwoningen.

³¹ De tekst over de RGSHG is, tenzij anders vermeld, gebaseerd op het Handboek WVG, VNG, 1993.

Op 1 augustus 1986 is de RGSHG aangepast. De veranderingen dienen vooral ter vereenvoudiging en bekorting van de procedure. Bedragen beneden de f250 worden niet vergoed, aanpassingen tot f15.000 (in de oude regeling was dit f6.000) worden als bijdrage ineens gefinancierd, zonder dat daar goedkeuring van een vertegenwoordiger van het Ministerie van VROM voor nodig is. Aanpassingen tussen de f15.000 en f45.000 worden vergoed in de vorm van een jaarlijkse bijdrage, gedurende twintig jaar, ter hoogte van de rente en aflossing van de lening die door de aanvrager ten behoeve van de aanpassing wordt gesloten (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). Bovendien is het vanaf 1986 mogelijk om tot een totaalbedrag van f2.000 een aantal voorzieningen in de woning te treffen zonder vereist medisch (GMD)advies. Ook veel verzorgingshuizen hebben wooneenheden laten aanpassen. In 1989 is de mogelijkheid voor subsidie van niet-zelfstandige wooneenheden geschrapt (Nouws et al., 1993).

Tussen de totstandkoming van de RGSHG in 1978 en 1 januari 1986 waren in het kader van de RGSHG in totaal 57.266 woningen aangepast. De RGSHG kent een geringer bereik dan op grond van het aantal huishoudens met gehandicapte leden verwacht zou mogen worden: 57.000 aangepaste woningen is 1% van het totale woningbestand, terwijl het aantal huishoudens met gehandicapte leden 9 à 14% van het totaal aantal huishoudens bedraagt (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). Een reden daarvoor is ongetwijfeld dat niet alle handicaps aanpassingen in huis vereisen, maar misschien draagt de onbekendheid van de RGSHG ook bij tot dit naar verhouding geringe bereik (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987).

Van Gelder en Winants (1992) schatten dat er tot 1990 circa 132.000 *door ouderen* bewoonde woningen met behulp van de RGSHG zijn aangepast.

Vanaf 1986 steeg het aantal verplichtingen in het kader van de RGSHG jaarlijks met ongeveer 30% (VNG, 1993). Om de groei te beteugelen zijn er (naast de stopzetting van de mogelijkheid om niet-zelfstandige woningen op grond van de RGSHG aan te passen in 1989) in 1991 enkele beheersingsmaatregelen genomen, die er vooral op gericht zijn om het aantal kleine woningaanpassingen te verminderen. De belangrijkste zijn (Van Gelder en Winants, 1992; VNG, 1993):

- Tijdelijke subsidiestop voor aanvragen onder de f2000 (voor voorzieningen zoals een verhoogde toiletput of een douchezitje) in eerste helft 1991.
- (Sociaal-)medische keuring (GMD-advies) voor alle voorzieningen, ook voor voorzieningen onder de f2.000 (juni 1991). Tot 1992 was de GMD de enige adviesinstantie. Vanaf 1992 mag de gemeente zich ook laten adviseren door anderen, mits aan zekere kwaliteitseisen wordt voldaan.
- Invoering eigen bijdrage van f500 voor alle voorzieningen, waardoor de verhuiskostenvergoeding daalt van f3000 naar f2500 (vanaf juni 1991). Eventueel kan men een beroep doen op de Algemene Bijstandswet, waarop de eigen bijdrage wordt verlaagd tot f186.
- Afschaffing verwijderingssubsidie (voor het verwijderen van aangebrachte voorzieningen) per 1 januari 1992.

In tabel B2.3 wordt een overzicht gegeven van de kosten die gemoeid zijn met de woningaanpassingen in het kader van de RGSHG. De kosten voor bijvoorbeeld verhuizingen, huurderiving of adviezen blijven in deze tabel buiten beschouwing. De kosten liepen op van

Bijlagen

f73 miljoen in 1980 tot f269 miljoen in 1991. In 1991 namen, als gevolg van de beheersingsmaatregelen, de kosten af tot f199 miljoen. Vooral de geïntroduceerde eigen bijdrage van f500 heeft geleid tot een daling van het beroep dat op de RGSHG werd gedaan (Nouws et al., 1993). In 1991 bedroegen de totale vergoedingen (inclusief bijvoorbeeld verhuizingen) krachtens de RGSHG f419 miljoen. In 1992 is dit gedaald tot f298 miljoen (VNG, 1993).

Tabel B2.3. Totaal aantal beschikkingen voor woningaanpassingen en subsidiabele kosten 1980-1992

	aantal bijdragen	omvang subsidiabele kosten * f 1 miljoen
1980	6.600	73
1981	8.600	85
1982	8.700	79
1983	8.600	85
1984	9.100	85
1985	9.500	65
1986	12.000	78
1987	19.500	106
1988	29.400	125
1989	41.700	179
1990	49.200	260
1991	37.200	269
1992	19.100	199

Bron: Nouws et al., 1993

Met ingang van 1 april 1994 is de RGSHG vervallen. Woonvoorzieningen vallen vanaf die datum onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten, als uitvoerders van de WVG (Stb. 1993, nr. 545).

ABW (Algemene Bijstandswet)

Huishoudens die geconfronteerd worden met zogenaamde 'bijzondere noodzakelijke bestaanskosten' (kosten die men noodzakelijkerwijs moet maken en die buiten het normale bestedingspatroon vallen) kunnen een beroep doen op de bijzondere bijstand (Stb. 1963, nr. 284). Men kan hierop aanspraak maken als deze kosten niet op grond van andere regelingen (zoals AWBZ of AAW) kunnen worden vergoed en als men voldoet aan criteria met betrekking tot de 'draagkracht' van het inkomen in verhouding tot de omvang van de bijzondere kosten (Smolenaars, 1993). Zo kunnen ouderen die zelfstandig of in een verzorgingshuis wonen, hulpmiddelen uit het AAW-pakket aanvragen via de Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD), omdat zij geen recht hebben op AAW-voorzieningen.

Gemeenten hebben, tot op zekere hoogte, de vrijheid om te bepalen welke kosten zij als bijzonder aanmerken. Voorbeelden van kosten waarvoor vergoeding wordt verleend zijn: kosten voor bril, gebit, gehoorapparaat, rolstoel, woningaanpassing, verwarming, dieet, was of reiskosten (Smolenaars, 1993). Hierbij geldt een drempelbedrag van f186 per jaar.

Ouderen maken bijna geen gebruik van de bijzondere bijstand: 72% van de rechthebbende ouderen maakt hiervan geen gebruik. Er blijken voor ouderen twee drempels te zijn om een aanvraag in te dienen. De eerste drempel is het gewoonweg niet op de hoogte zijn van het bestaan van een regeling. De tweede drempel is het, ten onrechte, denken geen recht te hebben. Schaamte vormt zelden een onoverkomelijke drempel (Smolenaars, 1993).

Overige regelingen

Hulpmiddelen kunnen ook worden bekostigd via de Wet op het Speciaal onderwijs. Omdat ouderen hiervan nauwelijks gebruik maken, wordt hierop niet ingegaan. Ook bestaan er particuliere fondsen die zich het verstrekken van bijdragen of voorzieningen aan gehandicapten ten doel stellen, zoals het Reumafonds.

Wet- en regelgeving na 1 april 1994

Met ingang van 1 april 1994 is de WVG van kracht. Vanaf dat moment is de RGSHG afgeschaft en heeft de AAW vooral betrekking op werk- en onderwijsvoorzieningen. Met betrekking tot hulpmiddelen zijn voor ouderen vanaf 1 april 1994 vooral de WVG, AWBZ en ABW van belang. Omdat de beide laatste vrijwel niet zijn veranderd ten opzichte van de situatie voor 1 april 1994 wordt hier alleen aandacht besteed aan de WVG.

*WVG*³²

In een brief van 6 mei 1991 presenteerden de staatssecretarissen van SZW, VROM en WVC hun voornemen tot verbetering en vereenvoudiging van het voorzieningenstelsel voor gehandicapten, waarbij ze een groot deel van de voorzieningen wilden onderbrengen in een nieuwe wet, de WVG. De directe aanleiding tot herziening van het voorzieningenstelsel van gehandicapten was dat het kabinet een einde moest maken aan de ongelijke behandeling in de AAW van mensen die jonger en mensen die ouder zijn dan 65 jaar.³³ Daarnaast beoogt dit wetsvoorstel het stelsel van voorzieningen ten aanzien van gehandicapten overzichtelijker te maken en meer samenhang in de verstrekking van voorzieningen aan te brengen. De hulpmiddelenverstrekking is nu een gemeentetaak. Op deze manier tracht men de bereikbaarheid en overzichtelijkheid te vergroten. Idee achter de WVG is dat gemeenten een voorzieningenpakket aanbieden dat aansluit op de lokale mogelijkheden en individuele omstandigheden van de gehandicapte. Zo kan de gemeente kiezen voor een collectieve vervoersmogelijkheid in plaats van voor taxikostenvergoeding, of kan zij in plaats van een gevraagde woningaanpassing een verhuiskostenvergoeding aanbevelen. Uitgangspunt van het nieuwe stelsel is dat ouderen en gehandicapten zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven. Tenslotte speelde de financiële onbeheersbaarheid van de RGSHG een rol bij de herziening van het voorzieningenstelsel. Bij de WVG geldt als uitgangspunt dat de beslisser betaalt. Dit

³² De tekst over de WVG is, tenzij anders vermeld, gebaseerd op het Handboek WVG, VNG, 1993.

³³ Omdat 65-plussers na de wijziging van het belastingstelsel in 1990 ook AAW-premie zouden moeten betalen, kon hen het recht op AAW-voorzieningen niet langer dan enkele jaren worden ontzegd.

Bijlagen

in tegenstelling tot de RGSHG, die werd uitgevoerd door de gemeente, maar werd gefinancierd door het Rijk (Grady, 1994; Moerkens, 1994).

Sinds de in werking treding van de WVG zijn de gemeenten belast met de verlening van woon- en vervoersvoorzieningen en rolstoelen. Iemand kan in aanmerking komen voor zo'n voorziening als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De aangevraagde voorziening mag alleen voor de aanvrager zijn bedoeld.
- De voorziening moet langdurig noodzakelijk zijn.
- De voorziening mag niet algemeen gebruikelijk zijn.

De WVG is een raamwet, hetgeen betekent dat gemeenten beleidsvrijheid hebben om, binnen wettelijke grenzen, de omvang en inhoud van het lokale voorzieningenpakket te bepalen. Wel heeft de gemeente een zorgplicht, hetgeen wil zeggen dat zij de plicht heeft om iedereen die terecht beroep doet op de WVG ten minste de noodzakelijke zorg te verlenen.

De WVG schrijft gemeenten voor om een verordening op te stellen, die ten minste bepalingen dient te bevatten over:

- De gevallen en de vorm waarin de voorzieningen worden verleend.
- De hoogte van de financiële tegemoetkoming.
- Regels voor toekenning, herziening, beëindiging en terugvordering.

De financiering van de voorzieningen en de uitvoering loopt via het Gemeentefonds. Het kabinet stort hierin vanaf 1994 circa f1,1 miljard per jaar voor de financiering van de diverse WVG-voorzieningen en de uitvoering van de WVG. Bij de berekening van het budget is uitgegaan van een vergroting van de doelgroep, doordat ook 65-plussers voorzieningen kunnen aanvragen. Daarbij is ingeschat dat 30% van de ouderen geen gebruik zal maken van gehandicaptenvoorzieningen (Wet Voorzieningen Gehandicapten, Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, nr. 22815). De verdeling van de budgetten uit het Gemeentefonds wordt gebaseerd op het aantal inwoners in een gemeente (Mulder, 1993). Het budget voor de WVG groeit van 1994 tot 1997 van f68 tot f95 per hoofd van de bevolking.

Doordat vanaf 1 april 1994 ook mensen van 65 jaar en ouder een beroep kunnen doen op vervoersvoorzieningen en rolstoelen wordt het aantal gebruikers van deze voorzieningen groter. De beschikbare gelden blijven echter vrijwel hetzelfde. Gemeenten hebben hierom een beperkte vrijheid om een eigen bijdrage te vragen (Stc. 1993, nr. 227). De eigen bijdrage, die de gemeente kan heffen over een voorziening in natura (zoals een rolstoel), is wettelijk gemaximeerd en aan een inkomensgrens gekoppeld.^{34,35} De eigen bedragen voor de AWBZ en de WVG samen mogen niet meer zijn dan het maximum van de eigen bijdrage voor de WVG alleen. Behalve de bijdrage zijn er eigen betalingen. Hierbij gaat het om het eigen aandeel dat de gehandicapte betaalt aan een voorziening, waarvoor de gemeente een

³⁴ Voor mensen met een minimuminkomen was de eigen bijdrage vastgelegd op ten hoogste f186 per jaar per huishouden. Voor inkomens tot anderhalf keer bijstandsniveau was dit maximaal f500. Hogere inkomens moesten een hogere eigen bijdrage betalen (maximaal een kwart van het deel van het inkomen dat boven het sociaal minimum uitkomt).

³⁵ Met ingang van 1 januari 1996 is de eigen bijdrage voor rolstoelen afgeschaft. Voor andere voorzieningen wordt de bijdrage beperkt tot maximaal f100 (Stc. 1995, nr. 215).

financiële tegemoetkoming verleent (zoals woningaanpassingen). Hier gold een eigen betaling van f500 (Stc. 1995. nr. 215). Als dat bedrag de draagkracht van de aanvrager te boven gaat, kan de gemeente meer vergoeden in het kader van de Algemene Bijstandswet.

De gemeenteraad besluit wie de intake, indicatiestelling en selectie van hulpmiddelen uitvoert. Zo kan de gemeente keuringen laten verrichten door Zorg Voorzieningen Nederland (het voormalige GAK/GMD), maar ook door een bedrijfsgezondheidsdienst, GGD, revalidatiecentrum, indicatiecommissie voor verzorgings- en verpleeghuizen, RIAGG, Stichting Welzijn Ouderen of de thuiszorg. De medische advisering kan door de huisarts, GMD of GGD gebeuren. Het feit dat vele instanties zich bezighouden met de advisering en verstrekking van bijvoorbeeld rolstoelen maakt het er voor gehandicapten vaak niet duidelijker op (Grady, 1994).

De huidige vergoedingsmogelijkheden worden weergegeven in tabel B2.4.

Tabel B2.4. Overzicht van de financiers van voorzieningen

GEMEENTE	GEMEENTE	ZORGVERZEKERAAR	BEDRIJFSVERENIGING	ZIEKENFONDSRAAD
vervoersvoorzieningen	rolstoelen	zorgvoorzieningen	werk- en onderwijsvoorzieningen	woningaanpassingen
aanvullend collectief	handbewogen	prothesen/orthesen	voorzieningen	boven f45.000
(openbaar) vervoer	rolstoelen	gezichtshulpmiddelen	werkvoorzieningen	ADL-clusterwoningen
vergoedingen	sportrolstoelen	gehoorhulpmiddelen	- aanpassingen op	ADL-assistentie
- gebruikskosten	elektrische rolstoelen	verzorgingshulpm.	werkplek	
(bruikleen)auto/(rolstoel)taxi/	hulpmiddelen voor	anti-conceptiepillars	- hulpmiddelen t.b.v.	
- aanpassingskosten	jeugdigen (kinderwagens/speelvoertuigen)	loophulpmiddelen en	verrichten van arbeid	
eigen auto	woonvoorzieningen	serveerwagens	- vervoersvoorzieningen t.b.v. werk- en	
- aanschaf/gebruik	onder f45.000	pruiken	leefvervoer	
ander verplaatsingsmiddel (open/gesloten buitenwagens)	toegankelijk maken van woning	injectiespuiten	rolstoelen op werk	
- begeleidingskosten	- drempelhulpen	elastische kousen	onderwijsvoorzieningen	
- reparatiekosten	- plaatsen vlonders	hulpmiddelen diabetes	- scholing	
- onderhoudskosten	- verbreden (door)gang	apparatuur positieve	- hulpmiddelen t.b.v.	
voorzieningen in natura	douche-, bad-, toilet-hulpmiddelen	uitademingsdruk	regulier onderwijs	
- open of gesloten buitenwagens	- verhoogde toilet-pot	draagbare uitwendige	doventolk	
- open elektrische buitenwagens (scootmobiel)	- plaatsen beugels	influxpompen	blindengeleidehond	
- andere verplaatsingsmiddelen (driewielers-fietsen)	hulpmiddelen voor verticaal verplaatsen	schoenvoorzieningen		
	- trapliften	dieetpreparaten/		
	- hefplateaus	hulpmiddelen voor toedienen voeding		
	keukenaanpassingen	aangepast meubilair (stoelen/bedden)		
	patiëntenliften	hulpmiddelen voor communicatie, informatie-voorziening en		
	- mobiele liften	signalering		
	- vaste liften	blindentaststokken		

Bron: Brochure 'voorzieningen om langer zelfstandig te blijven'. Ministeries van SZW, VROM en WVC, 1994

Bijlagen

Overzicht wijzigingen wet- en regelgeving voor en na 1 april 1994

Samenvattend zijn per 1 april 1994 de volgende veranderingen opgetreden (Van Oostrom, 1994, zie ook tabel B2.5):

- **Vervoersvoorzieningen en rolstoelen**
De AAW-vervoersvoorzieningen en rolstoelen vallen per 1 april 1994 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zij zijn tevens onder het bereik gekomen van 65-plussers. Het gaat hier om rolstoelen, auto-aanpassingen, taxikostenvergoedingen en kilometervergoedingen (Stb. 1993, nr. 545). Vanaf 1 april 1994 tot 1 januari 1996 gold een eigen bijdrage voor rolstoelen.
- **Woonvoorzieningen**
De AAW-woonvoorzieningen en de woonvoorzieningen op basis van de RGSHG zijn samengevoegd. Per 1 april 1994 zijn de gemeenten belast met de verlening van woonvoorzieningen onder de f45.000 (Stb. 1993, nr. 545). De woningaanpassingen boven de f45.000 (die nooit meer mogen kosten dan f100.000) zijn per 1 januari 1994 naar de AWBZ gegaan en worden beoordeeld door de Ziekenfondsraad (Stc. 1994, nr. 190). Voor deze kostbare aanpassingen gelden strenge indicatiecriteria. Zo moet de aanvrager een indicatie hebben voor een opname in een AWBZ-instelling. De subsidie voor woningaanpassingen boven de f45.000 bedraagt nooit meer dan 75% van de kosten (dit was vroeger 100%).
- **Zorgvoorzieningen**
De AAW-zorgvoorzieningen worden per 1 januari 1994 verstrekt door de ziektekostenverzekeraars op grond van de AWBZ (Stc. 1994, nr. 228). In januari 1996 zijn de hulpmiddelen overgeheveld van de AWBZ naar de ZFW en particuliere verzekering (FOZ 1996). De ADL-clusterwoningen, die eerst onder de AAW vielen, vallen nu onder de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsraad (Stc. 1993, nr. 211).

Tabel B2.5. Overzicht van de belangrijkste instanties die verantwoordelijk zijn voor hulpmiddelen

	voor 1 april 1994	na 1 april 1994
AAW-vervoersvoorziening	bedrijfsvereniging/GAK	gemeente
AAW-rolstoelen	bedrijfsvereniging/GAK	gemeente
AAW-woonvoorziening	bedrijfsvereniging/GAK	gemeente
RGSHG-woonvoorziening < f45.000	gemeente	gemeente
RGSHG-woonvoorziening > f45.000	ministerie VROM	ziekenfondsraad
AAW-zorgvoorziening	bedrijfsvereniging/GAK	zorgverzekeraar
AAW-clusterwoningen	bedrijfsvereniging/GAK	ziekenfondsraad
AWBZ-hulpmiddelen	zorgverzekeraar	zorgverzekeraar
AAW-werk en onderwijsvoorz.	bedrijfsvereniging/GAK	bedrijfsver./GAK
AAW-inkomensaanvulling	bedrijfsvereniging	gemeente (bijstand)
andere inkomensaanvulling	gemeente (bijstand)	gemeente (bijstand)

Bron: Moerkens, 1994

- **Werk- en onderwijsvoorzieningen**
De werk- en onderwijsvoorzieningen vallen in het kader van de AAW onder verantwoordelijkheid van de bedrijfsverenigingen, evenals de (taxikosten)vergoedingen voor woonwerkverkeer (Stc. 1994, nr. 43).
- **Inkomensondersteunende voorzieningen**
Deze AAW-voorzieningen (zoals vergoedingen voor dieetkosten, extra stookkosten of kosten in verband met extra kledingslijtage) zijn per 1 januari 1994 afgeschaft (Stc. 1993, nr. 217). De lagere inkomensgroepen kunnen hiervoor een beroep doen bij de ABW, zoals 65-plussers dat altijd al konden doen.

Kritiek op de verstrekingsprocedures

Met name rond de invoering van de WVG is er een storm van kritiek losgebarsten. Dit kwam mede doordat met de invoering van de wet de budgetten landelijk met circa 25% werden gekort terwijl de groep 65-plussers ook onder de werkingssfeer van de wet kwam te vallen (Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Rotterdam, 1994). Hierdoor werden gehandicapten onder de 65 jaar plotseling geconfronteerd met drastische bezuinigingen in hun voorzieningen (Van Asbeck, 1993). De Raad voor de Volkshuisvesting had dan ook ernstige bezwaren tegen de WVG, omdat de wet onvoldoende garanties geeft dat woningaanpassingen betaalbaar blijven voor gehandicapten met een laag inkomen (Stc. 1992, nr. 67). Ook de Sociale Verzekeringsraad was verdeeld over de wetswijziging (Stc. 1991, nr. 204).

Onderstaand is de kritiek geordend naar zes aspecten (in willekeurige volgorde): verbrokkeling van de regelgeving, rechtsongelijkheid, financiële problemen, gebrekkige informatie over de WVG, wachttijden en kwaliteit van de voorzieningen.

Verbrokkeling van de regelgeving

Voordat de WVG werd ingevoerd, was de wijze waarop hulpmiddelen in Nederland werden verstrekt uiterst gecompliceerd en tijdrovend (zie ook hoofdstuk 3). Deze verbrokkelde wetgeving was de aanleiding om het voorzieningenstelsel te wijzigen. Uitgangspunt hierbij was dat gehandicapten met zo weinig mogelijk instanties van doen moesten krijgen. Echter, na de invoering van de WVG zijn de meeste loketten (bedrijfsverenigingen, ziektekostenverzekeraars, gemeenten) blijven bestaan (Mulder, 1993; Moerkens, 1994). Het is dan ook de vraag of de WVG leidt tot betere afstemming of meer duidelijkheid voor gehandicapten.

De WVG leidt tot nieuwe afstemmingsproblemen, bijvoorbeeld tussen de gemeente en de zorgverzekeraar (Raad van State, 1991-1992; Van Gelder en Winants, 1992; Stc. 1992, nr. 67; Raad voor de Volkshuisvesting, 1992; Mulder, 1993; NRV, 1994). Zo kunnen er geschillen ontstaan over het bedrag dat met een woningaanpassing is gemoeid (Van Asbeck, 1993). Ook kunnen er afstemmingsproblemen ontstaan wanneer iemand bijvoorbeeld een rollator nodig heeft en daarom ook de drempels moet laten verwijderen: de rollator wordt door de AWBZ vergoed en de woningaanpassingen door de WVG. Tenslotte kunnen er afstemmingsproblemen ontstaan wanneer iemand eerst een aantal maanden een hulpmiddel heeft geleend via het kruiswerk (AWBZ), maar het hulpmiddel langer nodig heeft en in dat kader aanspraak doet op de WVG.

Bijlagen

De WVG kan tot duurdere voorzieningen leiden. De gemeente heeft immers niet altijd belang bij een efficiënt voorzieningenpakket, omdat bepaalde gevolgen (woningaanpassingen boven de f45.000 of een intramurale opname) buiten het gemeentebudget vallen (zie ook hoofdstuk 3).

Rechtsongelijkheid

Gemeenten verschillen in omvang, bevolkingssamenstelling en financiële middelen. De verdeling van het Gemeentefonds, louter op basis van het gemeentelijk inwonertal, gaat voorbij aan factoren zoals leeftijdsopbouw, inkomenspositie en concentraties van gehandicapten. Lokale verschillen worden hierdoor vergroot (Raad voor de Volkshuisvesting, 1992; Mulder, 1993; Moerkens, 1994).³⁶ De verschillen tussen gemeenten worden nog groter doordat sommige gemeenten eigen bijdragen vragen en andere niet (Van Dinther, 1994). Daarnaast komen er waarschijnlijk afstemmingsproblemen tussen gemeenten, doordat iedere gemeente de WVG zelf in kan vullen (Lensen, 1993a).

Financiële problemen

De invoering van de WVG heeft tot een verhoging van de eigen bijdragen geleid. Zo zijn de inkomensgrenzen om voor een vergoeding in aanmerking te komen verhoogd en zijn de tegemoetkomingen voor vervoerskosten verlaagd tot 50% van het niveau in 1991 (in 1992 en 1993 had de overheid de vergoedingen al met 30% gekort en na de invoering van de WVG zullen gemeenten nog 20% moeten korten op vervoerskostenvergoedingen om uit te komen met het budget; VNG, 1993). Daarnaast wordt voor een aantal vervoersvoorzieningen (rolstoelen, scootmobiel) een eigen bijdrage geheven die aanzienlijk hoger kan zijn dan die bij de AAW-voorzieningen werd gevraagd (Gehandicaptenraad, 1995).

Voordat de WVG werd ingevoerd, werd verwacht dat het aantal ouderen met financiële problemen zou stijgen als gevolg van de WVG en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen (Van Gelder en Winants, 1992). Vooral de groep met een inkomen net boven het minimum-inkomen zou het slachtoffer van de bezuinigingen worden (Tabibian, 1994). Bijna een derde (30%) van de WVG-cliënten die een eigen bijdrage of eigen betaling heeft betaald, geeft aan dat zij hierdoor in financiële problemen is geraakt (Ipsa facto/SGBO, 1995). De overheid heeft hierop besloten om met ingang van 1 januari 1996 de eigen bijdrage voor rolstoelen af te schaffen (zie voetnoot 35).

Gebrekkige informatie over de WVG

Voor de invoering van de WVG klaagden de gehandicaptenorganisaties over het gebrek aan informatie over en zicht op de diverse regelingen (Grady, 1994). Na de invoering van de WVG blijkt meer dan 50% van de ouderen niet of onvoldoende op de hoogte te zijn van de WVG (Stc. 1995, nr. 71). Eén van de oorzaken is mogelijk de gebrekkige naamgeving van deze regeling: 'Wet Voorzieningen Gehandicapten en Ouderen' was wellicht duidelijker geweest (Cornelisse, 1995). Een andere belangrijke oorzaak van deze leemte aan kennis is de terughoudende en voorzichtige voorlichting van veel gemeenten (Cornelisse, 1995).

³⁶ Overigens zijn er 80 gemeenten die een hoger bedrag per inwoner hebben gekregen, omdat zij in in eerdere jaren beduidend meer hebben uitgegeven aan voorzieningen voor gehandicapten.

Wachttijden

Voor de invoering van de WVG klaagden gehandicaptenorganisaties ondermeer over de lange wachttijden, zowel bij de beoordeling van de aanvraag als tussen bestelling en levering van het hulpmiddel (Grady, 1994). Lange wachttijden werden daarnaast veroorzaakt door de onduidelijke regelgeving rond voorzieningen, waardoor mensen eerst bij de verkeerde instantie wachtten, alvorens ze werden doorverwezen (Roorda, 1990).

Na de invoering van de WVG bedraagt de totale behandelingstermijn van aanvraag naar verstrekking gemiddeld 12 weken. De wachttijd is korter voor woonvoorzieningen en vervoersvoorzieningen dan voor woningaanpassingen en rolstoelen; zo is de gemiddelde wachttijd bij rolstoelen 20 weken. Cliënten zijn over het algemeen tevreden over de doorlooptijden bij vervoersvoorzieningen, maar vinden de wachttijden bij rolstoelen en voorzieningen zoals tilliften en douchestoelen te lang (Ipsa Facto/SGBO, 1995; Pol en Van Leeuwen, 1995).

Kwaliteit van de voorzieningen

Met de invoering van de WVG is de verplichte adviesaanvraag bij de GMD, die een lange ervaring en deskundigheid kent, vervallen. Gemeenten kunnen zelf bepalen aan wie ze de indicatiestelling overlaten. Velen vragen zich af of de gemeente wel over voldoende deskundigheid beschikt (bijvoorbeeld om over de technische kwaliteit van voorzieningen te beslissen) en of de landelijk opgebouwde kennis bij de GMD niet verloren zal gaan (Raad van State, 1991-1992; NOTA, 1993; Moerkens, 1994). Bovendien vreest men dat voorzieningen kwalitatief achteruitgaan, omdat er meer verstrekkingen uit eenzelfde budget moeten worden betaald (Grady, 1994). De gemeenten kiezen ook vaker voor een collectieve vervoersvoorziening in plaats van een individuele vervoersvergoeding, hetgeen een beperking in de bewegingsvrijheid van gehandicapten betekent (Timmermans, 1994). Er bestaat onduidelijkheid over het vervoer buiten de gemeentegrenzen en de mogelijkheden, kosten en kwaliteit van collectieve vervoersvoorzieningen (Mulder, 1993).

Samenvattend: met ingang van 1 april 1994 is de wet- en regelgeving ten aanzien van de verstrekking van hulpmiddelen ingrijpend gewijzigd. De voornaamste aanleiding voor deze wijziging was het feit dat de wetgeving zeer verbrokkeld was en mensen bij verschillende loketten hulpmiddelen moesten aanvragen. Na de invoering van de WVG is de wetgeving nog steeds verbrokkeld. Ouderen zijn na 1 april 1994 voor hulpmiddelen met name aangewezen op de WVG (voor rolstoelen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen) en de AWBZ (voor bijvoorbeeld rollators of het lenen van hulpmiddelen via de thuiszorg).

Daarnaast kan de WVG leiden tot rechtsongelijkheid, doordat gemeenten binnen bepaalde grenzen hun eigen beleid kunnen vaststellen. Verder bestond gedurende de eerste 1½ jaar na invoering van de WVG het gevaar dat sommige hulpmiddelen voor mensen onbetaalbaar zouden zijn, omdat er (soms aanzienlijke) eigen bijdragen werden gevraagd. Door verlaging of afschaffing van eigen bijdragen per 1 januari 1996 is hieraan tegemoet gekomen.

Het belangrijkste pluspunt van de WVG is dat 65-plussers nu ook een beroep kunnen doen op een aantal voorzieningen die vroeger buiten hun bereik waren. Anderzijds bestaan er nog steeds verschillende financieringsstromen, voorschriften, indicatiestellingstrajecten, controles en uitvoeringen. Bovendien gaat het feit dat de voorzieningen ook beschikbaar zijn voor ouderen ten koste van het budget voor gehandicapten.

Bijlage 3 Overheidsbeleid ten aanzien van hulpmiddelen

Vanaf de jaren zeventig heeft in het ouderenbeleid de zelfstandigheid van ouderen voorop gestaan.³⁷ Hoewel algemeen wordt aangenomen dat hulpmiddelen een bijdrage kunnen leveren aan deze zelfstandigheid (zie bijvoorbeeld de Nota 'Flankerend Bejaardenbeleid', Ministerie van WVC, 1983), heeft de overheid pas later expliciet beleid geformuleerd om het gebruik van hulpmiddelen te bevorderen. Het overheidsbeleid ten aanzien van hulpmiddelen was in de jaren tachtig vooral gericht op het vergroten van de kansen voor het bedrijfsleven (zie bijvoorbeeld Stephan en Bloos, 1985), naast het bevorderen van de informatie rondom en de kwaliteit van hulpmiddelen. Zo heeft de overheid met behulp van de volgende twee stimuleringsinstrumenten getracht om het gebruik van hulpmiddelen te verbeteren (NOTA, 1993):

- *Het Innovatiegericht OnderzoekProgramma/Hulpmiddelen voor Gehandicapten (IOP/HG), gericht op de bevordering van de innovatie in de gehandicapten-technologie.*

Het IOP/HG richtte zich op de stimulering van hulpmiddelen ten behoeve van de mobiliteit en de communicatie. Voor het IOP/HG programma is tussen 1984 en 1989 een bedrag van f14,8 miljoen beschikbaar gesteld door de ministeries van EZ en O&W (Swarte, 1995). Hiermee zijn circa zestig halfjaarlijkse onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten gesubsidieerd (Verhoeven, 1987).

De doelstelling van het IOP/HG was tweeledig (Swarte, 1995):

- Het realiseren van structurele onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten gericht op het ontwerpen of verbeteren van hulpmiddelen en op de samenwerking tussen onderzoekers, bedrijfsleven, financiers, consumenten en adviseurs.
- Het verhogen van industriële en commerciële activiteit op het gebied van hulpmiddelen.

Uit een evaluatie van Moerdijk (1988) blijkt dat het IOP/HG slechts een tijdelijke invloed heeft gehad op onderzoek en ontwikkeling. Veel onderzoeksinstellingen hebben zich tijdelijk gericht op de hulpmiddelenmarkt, maar hebben daarna weer andere onderwerpen gezocht. Het bedrijfsleven bleek geen grote bereidheid te hebben om in nieuwe hulpmiddelen te investeren (Swarte, 1995).

- *Het Kwaliteits- en Bruikbaarheids Onderzoek Programma, gericht op het vervaardigen van onpartijdig informatiemateriaal over de kwaliteit en bruikbaarheid van hulpmiddelen.*

De Ministeries van WVC, O&W en EZ hebben tussen 1984 en 1988 het KBOP gerealiseerd en de uitvoering ondergebracht bij de Stichting Warenonderzoek Gehandicapten (SWOG). De SWOG, in 1980 opgericht door gehandicaptenorganisaties en wetenschappers, stelt zich ten doel het kwaliteitsniveau en de bruikbaarheid van hulpmiddelen te optimaliseren door:

- Systematisch signaleren en selecteren van problemen die gehandicapten ondervinden bij het gebruik van hulpmiddelen en algemene gebruiksgoederen.

³⁷ Voor een bespreking van het overheidsbeleid met betrekking tot ouderen wordt verwezen naar overzichten van Blommestijn (1990), Huijsman (1990) en Fris (1993).

- Stimuleren, coördineren respectievelijk doen verrichten van onderzoek naar kwaliteit en bruikbaarheid van hulpmiddelen.
- Het gericht en algemeen bekend maken van onderzoeksresultaten.

De resultaten van de in het kader van het KBOP gesubsidieerde onderzoeken zijn gepubliceerd in informatiebrochures. Deze hebben veel invloed gehad op het koop- en adviesgedrag van begeleiders van gehandicapten (Swarte, 1995).

Het duurde tot het begin van de jaren negentig voordat de overheid (stimulerings)beleid formuleerde om het gebruik van hulpmiddelen door ouderen te bevorderen om op die manier hun zelfredzaamheid te bevorderen. Vanuit het Ministerie van VWS (indertijd WVC) werd aanvankelijk vooral vanuit de Directie Gehandicaptenbeleid beleid geformuleerd ten aanzien van hulpmiddelen. Deze directie bereidde ook de WVG (zie bijlage 2) voor. Vanaf begin jaren negentig werd ook door de Directies Generaal Volksgezondheid³⁸ en Ouderenbeleid aandacht besteed aan hulpmiddelen.

Directie Generaal Volksgezondheid

In de nota 'Thuiszorg in de jaren '90' (Ministerie van WVC, 1991) bepleitte de toenmalige staatssecretaris Simons een versterking van de thuiszorg. Daarbinnen werd het bevorderen van het gebruik van hulpmiddelen als één van de speerpunten van het overheidsbeleid genoemd. Dit heeft geresulteerd in het *Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie*, dat mede is opgezet omdat er in Nederland, in vergelijking met het buitenland, nog weinig oog was voor de mogelijkheden van hulpmiddelen als aanvulling op (thuis)zorg (Van Langen, 1993). Hoofddoel van het programma (met een budget van f15 miljoen voor de periode 1991-1994; Ministerie van VWS, 1995) was de stimulering van de verspreiding van reeds bestaande hulpmiddelen (met de nadruk op medische hulpmiddelen) in de thuiszorg teneinde de thuiszorg te versterken. Uiteindelijke doel hiervan was ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. De resultaten van de ruim 40 projecten zijn beschreven door Friele en Kerssens (1995). Met betrekking tot ADL-hulpmiddelen wijzen zij ondermeer op het succes van een project waarin kousenaantrekkers worden gebruikt voor het aantrekken van steunkousen en een tilliftenproject, waarin is aangetoond dat de inzet van tilliften leidde tot een grotere onafhankelijkheid bij de patiënt van formele zorg.

Met ingang van 1 januari 1996 heeft deze directie van het Ministerie van VWS de beschikbare gelden voor thuiszorgtechnologie overgeheveld naar de Ziekenfondsraad.

Directie Ouderenbeleid

Hoewel in de Nota Flankerend Bejaardenbeleid (Ministerie van WVC, 1983) al wel aandacht werd geschonken aan het belang van hulpmiddelen voor ouderen, werden hulpmiddelen pas begin jaren negentig een belangrijk aandachtsgebied binnen het ouderenbeleid. De meeste subsidie wordt verstrekt aan het *Project Ouderentechnologie*, waarin de Ministeries van EZ, VWS en VROM samenwerken (zij dragen respectievelijk f600.000, f400.000 en f100.000 bij). Dit project, dat medio 1995 is begonnen en drie jaar duurt, kent drie actielijnen:

³⁸ Thans opgegaan in de Directie Curatieve Somatische Zorg.

Bijlagen

- Ouderen meer betrekken bij het ontwerpen van producten.
- Veranderen van de distributie van hulpmiddelen (bijvoorbeeld via postorderbedrijven).
- Alarmering (waaronder de combinatie van sociale alarmering en inbraakalarmering).

Dit project is vooral gericht op 'design for all' en op het samenbrengen van vraag en aanbod: producenten houden vaak te weinig rekening met de specifieke eisen van afnemers (Royers en Vermijs, 1993). Zo zijn bij ouderen vaak de perceptieve, cognitieve en motorische vaardigheden verminderd, waardoor zij niet goed met de producten om kunnen gaan (Royers en Vermijs, 1993). Achterliggend idee van het Project Ouderentechnologie is de middelgrote en kleine bedrijven te stimuleren om de specifieke behoeften van ouderen te zien als een uitdaging tot innovatie (Willems & Van den Wildenberg, 1994).

Daarnaast besteedt de Directie Ouderenbeleid ondermeer subsidies aan:

- Het Centrum voor Techniek en Ouderen (door de Hogeschool in Eindhoven en de Technische Universiteit Eindhoven), waarin ouderen en bedrijven met elkaar in gesprek raken (ondermeer in discussiebijeenkomsten) om zo op de hoogte te raken van elkaars wensen en ideeën ten aanzien van hulpmiddelen.
- De Technische Universiteit Delft, voor het ontwerpen van richtlijnen voor ontwerpers die rekening willen houden met ouderen.
- Een project van TNO waarin een alternatief voor elastische kousen wordt ontwikkeld.

Samenvattend: het overheidsbeleid ten aanzien van hulpmiddelen heeft zich, naast de wet- en regelgeving (zie bijlage 2), aanvankelijk vooral gericht op het stimuleren van het bedrijfsleven en het waarborgen van de kwaliteit van hulpmiddelen. Pas aan het begin van de jaren negentig kreeg de overheid meer aandacht voor de mogelijkheden die hulpmiddelen aan ouderen kunnen bieden bij het compenseren van lichamelijke beperkingen. Om dit gebruik van hulpmiddelen door ouderen te stimuleren hebben verschillende ministeries het Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie (1991-1995) en het Project Ouderentechnologie (1995-1997) gestart.³⁹

³⁹ Dit blijkt uit gesprekken met ambtenaren van de beide directoraten.

Bijlage 4 Leveranciers van hulpmiddelen

Nederland telt naar schatting enkele honderden handelaren in hulpmiddelen (Swarte, 1995). Hier wordt een beschrijving gegeven van een aantal leveranciers van hulpmiddelen.

Huishoudelijke winkels

Veel eenvoudige ADL-hulpmiddelen zijn als consumentenproducten verkrijgbaar in winkels voor huishoudelijke artikelen. Zij worden door geen enkele regeling vergoed. De aankopen in de detailhandel zijn vrij omvangrijk, maar betreffen vermoedelijk de goedkopere middelen, zoals brillenglazen, huishoudelijke en verzorgingsmiddelen. De verwachting is dat het aandeel van de vrije markt voor hulpmiddelen groter wordt (Swarte, 1995).

Vakhandels

De levering van medische hulpmiddelen vindt plaats door farmaceutische groothandels en groothandels die zich exclusief toeleggen op de distributie van medische apparatuur en hulpmiddelen, apotheken, bandagisten, gespecialiseerde winkels, opticiens en kruisverenigingen (thuiszorgwinkels). Bij de (revalidatie)vakhandel, waaraan vaak een adaptatiewerkplaats is gekoppeld om hulpmiddelen aan te passen, vindt men een grote sortering producten die zijn gericht op een bepaalde handicap, zoals reuma of slechthziendheid (Peijl, 1987). Recent breiden apothekers en drogisterijen hun assortiment uit met hulpmiddelen, zoals kleine ADL-hulpmiddelen of incontinentie-artikelen. De postorderbedrijven worden een steeds belangrijker leverancier, bijvoorbeeld bij de levering van incontinentiemateriaal (FOZ 1995).

Uitleen van (AWBZ)hulpmiddelen

Een aantal hulpmiddelen zijn tijdelijk te leen bij de kruisvereniging via de thuiszorgwinkels. Dit betreft met name de standaardproducten: eenvoudige, niet individueel aangepaste, hulpmiddelen en verpleegartikelen voor tijdelijk gebruik (maximaal drie maanden; eventueel te verlengen tot een half jaar). Indien hulpmiddelen langer nodig zijn, wordt geadviseerd het middel bij andere verstreckende instanties, zoals de zorgverzekeraar aan te vragen (Schoemakers-Salkinoja en Hessing-Wagner, 1987). Het uitleenen van magazijnartikelen is voor de leden kosteloos. Het lidmaatschap kost circa f47,50 per gezin per jaar.

Thuiszorg- en Welzorgwinkels

De toenemende vraag naar zowel (uitleen)artikelen was de aanleiding tot het opzetten van de eerste Thuiszorgwinkel in 1990. Aan het traditionele uitleenpakket werden ADL-artikelen toegevoegd, die kunnen worden geleend (alleen door leden voor de duur van maximaal zes maanden), gehuurd of gekocht (Herbschleb, 1990; Seysener, 1990). De Stichting Thuiszorgwinkels Nederland (STN) trad op als franchisegever voor de afzonderlijke winkels, die geëxploiteerd worden door kruisverenigingen: centraal regelt men de winkelinrichting, het assortiment, de personeelsscholing en de inkoop (via de Kruiswerk Inkoop Combinatie, KIC). Met ingang van 1 januari 1995 zijn STN en KIC samengegaan onder de naam Thuiszorgwinkels Nederland (TWN; Visser, 1995). In 1995 waren er 38 thuiszorgwinkels, een warenhuis en zes servicepunten (Hesterman, 1995).

Bijlagen

In 1993 werd het (commerciële) Welzorgwarenhuis in Amsterdam geopend. Hier ligt de nadruk meer op 'luxe producten, die het comfort verhogen' dan op hulpmiddelen. Welzorg heeft naast het warenhuis vijf winkels en een reeks van steunpunten.

De klanten van Welzorg en de thuiszorgwinkels verschillen (Lenssen, 1993b). Bij de thuiszorgwinkels is meer sprake van patiënten en bij Welzorg ook van jongere klanten. De thuiszorgwinkels kennen het voordeel van een landelijke dekking en veel verkooppunten, maar daar tegenover staat dat het assortiment veel kleiner is dan bij Welzorg (Hesterman, 1995). Uit een onderzoek van de Consumentenbond (1995) blijkt dat de voorlichting door beide type zorgwinkels beneden de maat is.

Afhankelijk van contracten die winkels al dan niet met financiers sluiten, worden in de ene winkel sommige producten vergoed door de AWBZ en andere producten door de WVG. In andere winkels worden sommige producten vergoed door de zorgverzekeraars en andere producten helemaal niet (Hesterman, 1995). Een klant moet dan voor verschillende producten naar verschillende winkels. Dit scheidt veel onduidelijkheid bij (oudere) klanten. Anderzijds is de klant ook gebaat bij concurrentie, omdat dit gunstig is voor de prijzen.

Zorgvoorzieningen Nederland

Het GAK en de GMD (die voor 1 april 1994 de indicatiestelling in het kader van de AAW en RGSHG verrichte) hebben hun expertise op het terrein van advisering en realisering van voorzieningen gebundeld in Zorgvoorzieningen Nederland (ZVN). ZVN biedt aan gemeenten een dienstenpakket aan dat bestaat uit de indicatiestelling, de selectie van het goedkoopste adequate middel, de realisering en het beheer van de te verstrekken hulpmiddelen.

Concluderend: hulpmiddelen worden niet alleen door diverse instanties vergoed, maar kunnen ook bij verschillende leveranciers worden aangeschaft. Hierdoor is de hulpmiddelenmarkt zeer ondoorzichtig voor ouderen.

Dankwoord

Veel mensen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit proefschrift. Ik ben hen daarvoor veel dank verschuldigd. Enkelen wil ik er met name noemen.

Dr. Robbert Huijsman, die mij in 1988 introduceerde in het onderzoek op het terrein van de ouderenzorg. Hij is aanvankelijk intensief, later meer op afstand, bij mijn onderzoek betrokken geweest. Hij heeft gedurende het hele proefschrift-traject meegedacht over de opzet en de uitwerking. Robbert, zonder jou zou ik dit proefschrift nooit zijn begonnen, laat staan hebben afgemaakt.

Prof.dr. Frans Rutten was aanvankelijk betrokken bij de opzet van dit proefschrift. Hij gaf me daarbij zeer veel vrijheid om zelf het onderwerp nader in te vullen, hetgeen ik bijzonder heb gewaardeerd. Uiteindelijk leidde deze vrijheid er toe dat ik mijn onderwerp dusdanig veranderde dat niet Frans, maar Tom van der Grinten mijn promotor werd.

Prof.dr. Tom van der Grinten was gedurende de laatste twee jaar bij het onderzoek betrokken. Zijn begeleiding voltrok zich aanvankelijk wat meer op afstand, maar was daarom niet minder belangrijk. Hij heeft concept-teksten van zeer waardevol commentaar voorzien (waarbij hij de kunst verstaat om de vinger op de zwakke plek in een redenering te leggen) en leerde me daarbij door de ogen van anderen (beleidmakers) kritisch naar mijn bevindingen te kijken.

Jaco van Rijn is van februari 1993 tot januari 1996 als onderzoeks-assistent bij het Randstadproject betrokken geweest. Hij heeft gedurende deze jaren vrijwel alle literatuur verzameld en vele databestanden aangemaakt, geschoond en geanalyseerd. Ook heeft hij alle concept-artikelen zeer consciëntieus becommentarieerd. Jaco, dat je dit alles altijd opgeruimd deed, ook als ik mijn ideeën over een analyse of lay-out bleef veranderen, heb ik enorm gewaardeerd. Ik ben blij dat je mijn paranimf wilt zijn.

Gina Wielink, die gelijktijdig aan haar promotie-onderzoek in de ouderenzorg werkte. Dit betekende dat we heel regelmatig samen nadachten over concept-artikelen, mogelijke reacties van referenten én de invulling van de promotiedag. Het spreekwoord 'gedeelde smart is halve smart' is wat mij betreft zeker van toepassing!

Dankwoord

Joseph McDonnel en Maiwenn Al gaven gedurende het gehele project talloze statistische adviezen, waarbij zij de kunst verstaan om de meest ingewikkelde formules met eenvoudige voorbeelden ook voor een leek begrijpelijk te maken. Joseph voerde ook de loglineaire regressie-analyses in hoofdstuk 5 uit.

Het iBMG heeft mij in de eindfase van dit proefschrift in staat gesteld om vier maanden lang vrijwel aan een stuk te schrijven. Voor een 'toegevoegd onderzoeker' die allerlei opdrachtgevers en deadlines gewend was die belangrijker leken dan het vervaardigen van een proefschrift, was dat een unieke ervaring.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de drie randstadprovincies en het KITZ. In het bijzonder wil ik Jan Edens, Erik Ijpema en Egbert Bosma danken voor het meedenken over vraagstellingen en onderzoeksopzetten.

Het Randstadproject heeft twee begeleidingscommissies gekend, die elkaar deels overlaptten. In totaal hebben 40 mensen, onder voorzitterschap van Prof.dr. T. de Vries, het onderzoek begeleid. Caren Stephan heeft het 'proeftuinonderzoek' en de 'productevaluatie' uitgevoerd en op deze manier waardevolle informatie boven tafel kreeg die in gesloten interviews nooit boven komen.

Aan de verschillende onderdelen van het onderzoek hebben bijna 1000 ouderen meegewerkt die mij van zeer waardevolle gegevens hebben voorzien. NSS/marktonderzoek, en in het bijzonder Ans Hoogendoorn, ben ik dank verschuldigd voor het uitvoeren van het veldwerk. Daarnaast wil ik de vele hulpverleners van thuiszorginstellingen en indicatiecommissies danken die respondenten selecteerden en in schriftelijke enquêtes hun meningen weergaven.

Hier wil ik ook mijn familie danken. Met name mijn ouders hebben, ieder op hun eigen manier, mijn werkzaamheden altijd met veel belangstelling gevolgd. Dat mijn moeder het eindresultaat net niet meer heeft kunnen meemaken doet mij meer verdriet dan ik hier kan uitdrukken. Ik weet dat zij trots zou zijn geweest.

Geert, mijn laatste dankwoord is voor jou. Niet alleen thuis heb je me op alle mogelijke manieren gesteund, maar ook inhoudelijk heb je voortdurend meege-dacht en concepten steeds weer van commentaar voorzien. Ik besef dat deze combinatie zeldzaam is!

Curriculum Vitae

Mirjam Maria Yvonne de Klerk werd geboren op 29 februari 1964 te Utrecht. In 1982 deed zij eindexamen aan het Stedelijk Gymnasium te Leiden. Na een jaar 'au pair' in Engeland startte zij in 1983 haar studie Psychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden, waar zij in 1988 cum laude afstudeerde in de Ontwikkelingspsychologie.

Van 1988 tot 1991 was zij als toegevoegd onderzoeker werkzaam bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Sinds 1991 werkt zij als toegevoegd onderzoeker bij de Erasmus Universiteit Rotterdam, aanvankelijk bij het institute for Medical Technology Assessment en later bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Tijdens deze periode werd het onderzoek uitgevoerd dat de basis vormt van dit proefschrift. Daarnaast vervult zij sinds 1994 een coördinerende functie bij het Centrum voor Verouderingsvraagstukken aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

