

positieve effect op de verminderde zorglast van de mantelzorger en zijn indirect van grote invloed is geweest op het functioneren van de cliënten met dementie, zoals beschreven in de conclusies in dit proefschrift.

De vergoeding van deze interventie is momenteel wel mogelijk door middel van twee verwijzingen, één gericht op de problematiek van de cliënt met dementie en één gericht op de problematiek van de mantelzorger. Beider problematiek wordt in de ergotherapie volgens deze richtlijn behandeld en daarmee worden in totaal 20 sessies ergotherapie aan huis vergoed. Dit is echter nog lang niet bij alle verwijzers en managers bekend. Bij de landelijke implementatie van deze nieuwe interventie is het daarom van belang ook verwijzers en managers te informeren en betrekken. Hiertoe gaat vanaf januari een implementatieproject lopen waarin de implementatiestrategie zich op zowel de ergotherapeuten als ook de verwijzers en managers gaat richten. Uitbreiding van de capaciteit van de landelijke post-HBO scholing in deze richtlijn vindt momenteel al plaats door de toenemende bekendheid met deze interventie en zal door dit implementatieproject nog verder toenemen. In dit project zullen ergotherapeuten ook op de werkplek begeleid worden en feedback ontvangen, om deze interventie zo goed mogelijk te implementeren. De expertkennis die de ergotherapeuten uit deze studie hebben opgedaan wordt momenteel beschreven in het boek dat volgend jaar over deze richtlijn op de markt zal komen.

Augustus 2008,
Dr. MJL Graff,
Prof. MJFJ Vernooij-Dassen,
Prof. dr. MGM Olde-Rikkert.

Literatuur

1. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter L, Jellema S, Bakker, EB, vandenEnde CHM. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age Ageing* 2004;33:453-60.
2. Melick van MBM, Graff MJL, Mies L. Standaard ergotherapie voor de diagnostiek en behandeling van geriatrische patiënten met niet-ernstige cognitieve stoornissen. Nijmegen: UMC St. Radboud. 1998.
3. Melick van MBM, Graff MJL. Ergotherapie bij geriatrische patiënten. De standaard voor de ergotherapeutische behandeling van geriatrische patiënten met niet-ernstige cognitieve stoornissen. *Ned Tijdschr Ergother* 2000; 28:176-181.
4. Graff MJL, Melick van MBM. The development, testing and implementation of an occupational therapy guideline. The guideline for the OT diagnosis and treatment of older persons with cognitive impairments. *Ned Tijdschr Ergother* 2000; 28:169-174. [In Dutch]
5. Gitlin, LN, Corcoran MA, Occupational Therapy and Dementia Care. The home environmental skill-building program for individuals and families. American Occupational Therapy Association. New York: Boyd Printing. 2005.

Boekbespreking

Maria Wilhelmina Elizabeth Poldermans.
Wie dan leeft...wie dan zorgt? *Dissertatie*
Universiteit van Tilburg, 2008

In dit proefschrift staat een belangrijk maatschappelijk vraagstuk centraal: de elasticiteit van de informele zorg (alle zorg die niet professioneel wordt aangeboden) in Nederland, met name de informele zorg voor mensen buiten de familiekring. De maatschappelijke context waarin deze discussie speelt is genoegzaam bekend: de voortgaande vergrijzing en een sterke ontgroening, in combinatie met een omslag van de verzorgingsstaat naar vermaatschappelijking van de zorg. In de periode van 2015 tot 2035 stijgt het aantal inwoners van ons land terwijl vanaf 2010 de beroepsbevolking gaat dalen. Onderdeel van de groeiende groep ouderen zijn allochtone ouderen; de mensen die oorspronkelijk als gastarbeiders naar ons land zijn gekomen, inmiddels oud worden en grotendeels in ons land zullen blijven tot hun overlijden. Als inhoudelijke aanleiding voor haar onderzoek kiest

de auteur een bijzonder relevant probleem: een dramatisch gevolg van de vergrijzing en het afnemen van de beroepsbevolking is dat er doo-eenvoudig te weinig professionele krachten meer zullen zijn om de huidige standaard van zorg te blijven leveren. En dit betekent weer dat ouderen (en andere kwetsbare groepen) in de toekomst veel meer gebruik zullen moeten maken van informele zorg. De auteur roept de lezer op om zich te realiseren dat de tegenwoordige en toekomstige tekorten in de zorg zeker niet alleen het resultaat zijn van bezuinigingen van een zich terugtrekkende overheid. Ze hebben vooral een demografische achtergrond die we niet kunnen veranderen, maar waarop we wel kunnen anticiperen.

Poldermans heeft een verkennend onderzoek gedaan onder 30 vrouwen; gelijkelijk verdeeld over de Nederlandse, Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Molukse nationaliteit. Ook was er een differentiatie in leeftijd en burgerlijke staat. De reden dat ze haar interviews alleen met vrouwen heeft gedaan is, dat zij over het algemeen

het leeuwendeel van de informele zorg in Nederland verlenen. De globale vraagstelling van het onderzoek was, of er nog voldoende sociaal weefsel is in de samenleving waarmee we elkaar tot steun kunnen zijn, zowel binnen als buiten familiale kring, zowel jong als oud, zowel mensen van Nederlandse als allochtone afkomst. Uit deze vraag vloeit ook de vraag voort, hoe we – wanneer dat sociale weefsel niet sterk genoeg meer blijkt te zijn – dit kunnen herstellen opdat we met elkaar de zorg overeind houden die nodig is. De onderzoeker hanteert twee centrale begrippen: *sociaal kapitaal en solidariteit*. Sociaal weefsel bestaat uit sociaal kapitaal (de netwerken waar een mens over kan beschikken om op terug te vallen) en om van een sociaal weefsel te kunnen spreken is het nodig dat mensen solidair zijn met elkaar. Solidariteit en sociaal kapitaal zijn onderling afhankelijk en versterken elkaar.

De resultaten van dit onderzoek moeten beschouwd worden als indicatief omdat het een kwalitatief onderzoek geweest is met een beperkt aantal respondenten.

Een eerste belangrijke conclusie is dat de geïnterviewden zich nog niet of nauwelijks bewust waren van de toekomstige tekorten in de zorg. De informele zorgnetwerken die de geïnterviewde vrouwen op dit moment onderhielden waren vrijwel allemaal in familiale kring behalve die van moeders met kinderen (onderlinge opvang kinderen). Alleenstaande vrouwen waren zich het meest bewust van hun kwetsbare positie in de zorg en waren meer gericht op “onderling zaken doen (informele zorgnetwerken)”. Mensen om de geïnterviewde vrouwen heen vinden het vanzelfsprekend dat in eerste instantie familie hulp aanbiedt en pas als dat niet lukt, andere informele hulp aan de orde is. Er is wel bereidheid om ook buiten familiaal verband elkaar tot steun te zijn maar daar zijn grenzen aan (tijd, affiniteit, afstand, aard van de zorg) en meestal is het niet duidelijk welke vragen er in de omgeving leven op het gebied van informele zorg. Ook constateert de onderzoekster schroom om dergelijke vragen te stellen.

De eindconclusie luidt dan ook dat de overheid er niet zomaar vanuit kan gaan dat iedere burger

zijn zorgvraag kan regelen in de toekomst, omdat dit afhangt van hulpbronnen zowel in de familiale als niet familiale sfeer. Op beleidsniveau adviseert Poldermans om maatregelen te nemen om informele zorg op wijk- of buurtniveau te stimuleren met projecten zoals Seniorengenossschappen in Duitsland en het buurtzorgconcept. Een andere belangrijk actiepunt is volgens Poldermans het vergroten van de bewustwording over het tekort in de professionele zorg door wijkgesprekken en andere instrumenten.

Relevant voor de discussie over de kracht van het sociale weefsel van onze samenleving is ook het onderzoek dat onlangs door de Universiteit en Hogeschool Amsterdam is gedaan over de samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad.[1] De resultaten hiervan geven niet veel goede hoop voor de kracht van het sociale weefsel wat mantelzorgers betreft: de conclusie is dat eigenlijk alleen autochtone, hoog opgeleide mantelzorgers in staat zijn optimaal gebruik te maken van ondersteunende voorzieningen met hun bureaucratische werkwijze en overbelasting bij veel mantelzorgers op de loer ligt. Een belangrijke aanbeveling van dit onderzoek is om een emancipatiebeleid te richten op mantelzorgers: meer mannen in de mantelzorg en in de professionele zorg! Ook het belang van het ondersteunen van informele en formele netwerken van cliënten wordt door de onderzoekers onderstreept.

Het is goed dat de realiteit van de verschraving van de zorg en de daaruit voortvloeiende noodzaak van het koesteren van onze informele bronnen door Poldermans en anderen in de schijnwerpers wordt gezet. We kunnen dit tij niet meer keren, en moeten in gesprek met ervaringsdeskundigen zoeken naar wat wel en niet werkt om onze natuurlijke bronnen van onderlinge steun en zorg zo goed mogelijk in stand te houden.

Christien Begemann, Vilans

1. Tonkens E, van den Broeke, J en Hoytink, M: Weerkaats plezier, Nicis Institute 2008 www.nicis.nl

Signalementen

Zelfstandig wonende ouderen met gezondheidsproblemen hebben weinig profijt van professioneel medisch huisbezoek

Huisbezoeken uitgevoerd door wijkziekenverzorgenden van de thuiszorg zijn niet zinvol voor ouderen met gezondheidsproblemen. De bezoeken hebben geen invloed op de gezond-

heid en het zorggebruik en ze zijn ook niet kostenbesparend. Er zullen alternatieve strategieën moeten worden ontwikkeld en getoetst om de functionele status en de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen met gezondheidsproblemen te verbeteren. Veelbelovende elementen zoals zorgcoördinatie, zelfmanagement bij chronische ziekte, de integratie van (medische) technologie en persoonlijk (verpleegkundig)