

Werken in de gezinsverzorging



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

Suzanne Arts
Hans Kersten
Ada Kerkstra

Werken in de gezinsverzorging

De Tijdstroom
Landelijk Centrum
Verpleging & Verzorging

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging/NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 1997

Basisvormgeving Robbert Zweegman, Nijmegen

Fotografie omslag Hans van den Boogaard, Zwanenburg

Uitgever Uitgeverij De Tijdstroom BV, Postbus 19135, 3501 DC Utrecht

 Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), Postbus 3135, 3502 GC Utrecht

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

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351 zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van één of meer gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 352 1783 7

NUGI 663

Inhoud

Voorwoord [9]

1 Inleiding [11]

- 1.1 Achtergronden en doel van het onderzoek [11]
- 1.2 De gezinsverzorging in historisch perspectief [14]
 - 1.2.1 *De geschiedenis van de gezinsverzorging [14]*
 - 1.2.2 *Huidige ontwikkelingen in de gezinsverzorging [17]*
- 1.3 Opbouw van het rapport [23]

2 Het vooronderzoek: instrumentontwikkeling [24]

- 2.1 Inleiding [24]
- 2.2 Methode [25]
 - 2.2.1 *Steekproef [25]*
 - 2.2.2 *Instrument [25]*
 - 2.2.3 *Procedure [26]*
 - 2.2.4 *Analyses [26]*
- 2.3 Resultaten [27]
 - 2.3.1 *Betrouwbaarheid van het contact-registratieformulier [28]*
 - 2.3.2 *Validiteit van het contact-registratieformulier [40]*
- 2.4 Conclusies [40]

3 Opzet van het onderzoek [42]

- 3.1 Steekproef [42]
 - 3.1.1 *Steekproef instellingen [42]*
 - 3.1.2 *Steekproef intake-functionarissen [46]*
 - 3.1.3 *Steekproef uitvoerenden [46]*
 - 3.1.4 *Steekproef cliënten [49]*
- 3.2 Meetinstrumenten [51]
 - 3.2.1 *Interviewschema [51]*

- 3.2.2 *Vragenlijst naar organisatiekenmerken* [51]
- 3.2.3 *Persoonlijk cliëntenplan* [51]
- 3.2.4 *Contact-registratieformulier* [52]
- 3.2.5 *Weekoverzicht* [52]
- 3.2.6 *Vragenlijst naar werkdruk* [53]
- 3.3 *Methode van dataverzameling* [56]

- 4 Het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing** [58]
 - 4.1 *Inleiding* [58]
 - 4.2 *Resultaten* [61]
 - 4.2.1 *De aanmelding* [62]
 - 4.2.2 *De indicatiestelling* [62]
 - 4.2.3 *Toewijzing van de benodigde hulp* [71]
 - 4.2.4 *Discrepanties tussen geïndiceerde en toegewezen hulp* [80]
 - 4.3 *Conclusies* [84]

- 5 De dagelijkse praktijk van de uitvoerenden in de gezinsverzorging** [87]
 - 5.1 *Inleiding* [87]
 - 5.2 *Resultaten* [91]
 - 5.2.1 *De tijdsbesteding van de uitvoerenden, onderverdeeld naar cliëntgebonden en niet-clientgebonden activiteiten* [92]
 - 5.2.2 *Verdeling van de activiteiten van de vier hoofdcategorieën per functieniveau* [98]
 - 5.2.3 *De verschillen in werkzaamheden tussen de zes functieniveaus* [106]
 - 5.2.4 *Discrepanties tussen de toegewezen hulp en de hulp die daadwerkelijk is verleend, naar functieniveau, omvang en inhoud* [108]
 - 5.3 *Conclusies* [116]

- 6 De werkdruk binnen de gezinsverzorging** [119]
 - 6.1 *Inleiding* [119]
 - 6.2 *Resultaten* [123]
 - 6.2.1 *Verschillen tussen de uitvoerenden met betrekking tot werklast* [123]
 - 6.2.2 *Verschillen tussen uitvoerenden met betrekking tot verwerkingsvermogen* [126]
 - 6.2.3 *Verschillen tussen de uitvoerenden met betrekking tot werkdruk* [129]
 - 6.3 *Conclusies* [132]

- 7 Factoren van invloed op werkdruk in de gezinsverzorging** [136]
 - 7.1 *Inleiding* [136]

- 7.2 Resultaten [136]
- 7.2.1 *De relatie tussen werklast en werkdruk* [137]
- 7.2.2 *De relatie tussen verwerkingsvermogen en werkdruk* [139]
- 7.2.3 *De onderlinge relatie tussen de werkdruk variabelen* [140]
- 7.3 Conclusies [143]

8 Conclusies en aanbevelingen [146]

- 8.1 Indicatiestelling en zorgtoewijzing [147]
- 8.2 Inhoud van het werk van de uitvoerenden [151]
- 8.3 Werkdruk in de gezinsverzorging [156]

Literatuur [161]

Bijlagen

- 1 Indeling van de hoofdcategorieën van het werk [171]
- 2 Werkzaamheden en opleidingseisen per functieniveau [173]
- 3 Interviewschema voor personen die intakes verrichten [175]
- 4 Vragenlijst naar organisatiekenmerken [183]
- 5 Persoonlijk cliëntenplan [186]
- 6 Contact-registratieformulier [194]
- 7 Weekoverzicht [200]
- 8 Vragenlijst naar werkdruk [202]

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar het werken in de gezinsverzorging. Het betreft een beschrijving van het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing, de inhoud van het werk, de werkdruk in de gezinsverzorging en factoren die hierop van invloed zijn. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen om het werken in de gezinsverzorging aantrekkelijker te maken.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op initiatief van, en in overleg met vertegenwoordigers van de beroepsvereniging STING, STRATEGO, en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en werd gefinancierd door het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging.

Hierbij willen we allereerst de instellingen voor gezinsverzorging en thuiszorg die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend en de contactpersonen bedanken. Het betreft de volgende instellingen: Stichting Thuiszorg Midden-Brabant, Stichting Thuiszorg Zuid-Limburg, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Thuiszorg Flevoland, Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, Stichting Westelijke Mijnstreek, Stichting Thuiszorg & MaWe Noord-Oost Utrecht, Meander Thuiszorg, Stichting Thuiszorg Kennemerland-Zuid, Stichting Thuiszorg Enschede/Haaksbergen, Oosterschelde Thuiszorg, Thuiszorg Den Haag (Haagse Hout), Stichting Thuiszorg Zuid-West-Friesland, Stichting Capelse Kruisvereniging, Protestant Christelijke Stichting MaWe & Gv Ede en Stichting Thuiszorg Noord en Midden Friesland. Echter, zonder de medewerking en enorme inzet van alle uitvoerenden was dit onderzoek nooit mogelijk geweest. In het bijzonder gaat onze dank naar hen uit.

Tevens willen wij de leden van de begeleidingscommissie van harte bedanken voor hun constructieve bijdrage. De begeleidingscommissie die ter ondersteuning van dit onderzoek was samengesteld, bestond uit de volgende personen:

- Drs. C.P. Schouwstra, arts, (voorzitter)

- Drs. P. Divendal, STRATEGO
 - Mw. C. de Kort, Thuiszorg Stad Utrecht/STING
 - Ir. H.J. Kruidenier, AS/tri
 - Dhr. R.R. Laagewaard, ministerie van VWS
 - Mw. dr. M. Morée, Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Vrouwenstudies
 - Drs. G.A.P. Rutten, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
 - Mw. H.E.M. Sales, Thuiszorg Centraal Twente
 - Mw. drs. M. van Vliet, Geneeskundige Hoofdinspectie
- Tot slot worden ook alle andere personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt bedankt, met name mw. Brigit Sluijk voor de secretariële ondersteuning en Ellen Schinkel, Anneke Franke en Ingrid de Grijter voor het invoeren en controleren van de gegevens.

Utrecht, voorjaar 1997

1

Algemene inleiding

1.1

Achtergronden en doel van het onderzoek

Binnen de gezondheidszorg en met name de thuiszorg, zijn nogal wat ontwikkelingen gaande. De instellingen voor gezinsverzorging zijn geconfronteerd met een toename van het aantal aanvragen voor (complexere) hulp/zorg. Ten eerste door de (dubbele) vergrijzing van de bevolking en ten tweede door het substitutiebeleid (extramuraal zorg in plaats van intramuraal zorg). Dit, samen met de bezuinigingen op het gezondheidszorgbudget, veroorzaakt lange wachtlijsten bij de instellingen (Groenewegen, Kerkstra & Jansen 1993). In juni 1996 stonden ruim 10.000 huishoudens, die al positief geïndiceerd waren, op de wachtlijst om hulp te krijgen (van 't Hoff 1996). Een ander probleem is het tekort aan personeel, iets wat in de toekomst nog een groter probleem zal worden: een tekort van 7500 uitvoerenden wordt verwacht in het jaar 2000 (Van Tits & Groot 1991; van Tits & Vermeulen 1992). Dit zal de wachtlijsten in de gezinsverzorging alleen maar vergroten.

Deze ontwikkelingen vragen om een verdere professionalisering van de gezinsverzorging. Om hieraan bij te kunnen dragen, zal onderzoek moeten worden verricht naar het werken in de gezinsverzorging. Tot nog toe is er op het terrein van de gezinsverzorging in Nederland geen sprake van een systematische onderzoekstraditie; er zijn geen gedetailleerde gegevens voorhanden over de werkdruk in de gezinsverzorging, over de daadwerkelijke zorg die door de beroepsgroep van gezinsverzorgende/-helpende wordt verleend, over de verschillen in werkzaamheden tussen de verschillende functieniveaus, en over de relatie tussen de verschillende fasen van het hulpverleningsproces: de indicatiestelling, de geïndiceerde hulp, de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp. Wel er is een groeiende belangstelling voor dit veld. Dat blijkt uit het feit dat de laatste jaren een aantal onderzoeken

op dit gebied heeft plaatsgevonden. Naast enkele onderzoeken op instellingsniveau, zijn er ook grootschalige onderzoeken gedaan. Veerman heeft in 1989 een landelijk onderzoek verricht naar het ziekteverzuim in de gezinsverzorging (Veerman 1989), de vakgroep Vrouwenstudies uit Leiden heeft onlangs een onderzoek naar professionalisering van het uitvoerend werk in de gezinsverzorging afgerond (Vulto e.a. 1994; Van den Herik e.a. 1995), het NIZW heeft begin 1996 een onderzoek afgerond naar richtlijnen voor huishoudelijk werk in de thuiszorg (Schlötjes e.a. 1996) en in 1995 is het rapport van de Commissie Verzorging verschenen (Commissie Verzorging 1995).

De Commissie Verzorging had tot taak de problemen op het gebied van beroepsontwikkeling, de opleiding en de werkdruk in de sector Verzorging te analyseren en voorstellen te doen omtrent maatregelen die leiden tot het waarborgen respectievelijk vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep van verzorgende, gediplomeerd helpende en ongediplomeerd helpende (Commissie Verzorging 1995).

De Commissie Verzorging is van mening dat er meer erkenning voor het beroep van gezinsverzorgende/-helpende moet komen en dat de beroepseisen, en uiteindelijk ook het opleidingsstelsel, moeten worden afgestemd op huidige en toekomstige ontwikkelingen. Ook moet het opleidingsstelsel carrière- en doorstroommogelijkheden bieden. Daarnaast verwacht de Commissie Verzorging een ernstig tekort aan verzorgenden en helpenden. Een actie-programma moet worden opgezet om de instroom te vergroten, de uitstroom te beperken, en de beeldvorming van het beroep van verzorgenden te veranderen. De Commissie Verzorging rapporteert verder dat de verzorgenden aangeven dat de werkdruk zeer hoog is, en dat de arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en autonomie verbeterd moeten worden. Tot slot zou er een onderzoek gedaan moeten worden naar factoren welke de werkdruk beïnvloeden.

Het onderzoek dat in dit rapport beschreven wordt, sluit qua doel goed aan bij de analyse van de Commissie Verzorging. Het doel van dit onderzoek is een representatief beeld te verkrijgen van het werk van de uitvoerenden in de gezinsverzorging en van de belastende aspecten in hun werk. Op deze manier wordt geprobeerd een bijdrage te leveren aan professionalisering van het beroep gezinsverzorgende/helpende en aan het aantrekkelijker maken van het werken in de gezinsverzorging. Hierbij gaat het *in de eerste plaats* om inzicht te krijgen in de wijze waarop in de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging bij de indicatiestelling

wordt gedifferentieerd naar de verschillende functies van uitvoerenden. Met ander woorden, op basis van welke criteria een bepaald functieniveau wordt geïndiceerd bij een bepaalde cliënt.

Ten tweede wordt nagegaan welke hulp vervolgens wordt toegewezen en of er een discrepantie bestaat met de geïndiceerde hulp (zowel wat de inhoud en de omvang van de hulp betreft, alsmede het functieniveau van degene die de hulp gaat verlenen). Indien deze discrepantie aanwezig is, wordt onderzocht wat hiervan de redenen zijn.

Ten derde wordt onderzocht welke hulp daarna door de uitvoerenden daadwerkelijk wordt verleend. Met andere woorden, welke werkzaamheden door de verschillende typen functionarissen worden verricht alsmede de tijdsbesteding aan deze werkzaamheden. Het betreft hier een beschrijving van de inhoud van het werk van de uitvoerenden in de volle breedte alsmede van de tijdsbesteding aan de diverse werkzaamheden. De operationalisatie van de werkzaamheden vindt plaats vanuit theorieën over zorg en huishoudwetenschappelijke theorieën.

Daarnaast wordt gebruik gemaakt van het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende (Werkgroep SOGW 1992). Op deze wijze wordt inzicht gekregen in de inhoud van en de tijdsbesteding aan de werkzaamheden van de verschillende functionarissen en derhalve in de wijze waarop de werkzaamheden van de verschillende uitvoerenden van elkaar verschillen. Tevens zal hierbij worden onderzocht of er een discrepantie aanwezig is tussen de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp, en indien dit het geval is, waar die discrepantie uit bestaat. *Tot slot* wordt nagegaan welke werkzaamheden of aspecten van het werk door de verschillende uitvoerenden lichamelijk en/of psychisch belastend worden ervaren. Ook willen we nagaan op welke wijze dit verbeterd zou kunnen worden.

De vragen die in dit onderzoek beantwoord zullen worden, zijn als volgt geformuleerd:

- 1a Welke hulp wordt geïndiceerd naar inhoud, omvang en functie van de uitvoerende?
- 1b Op grond van welke criteria van de cliëntsituatie wordt in de praktijk van de gezinsverzorging bij de indicatiestelling gedifferentieerd naar de verschillende functies van uitvoerenden?
- 2 Is er een discrepantie aanwezig tussen de geïndiceerde hulp en de hulp die vervolgens wordt toegewezen qua inhoud en omvang van de hulp, alsmede het functieniveau van degene die de hulp gaat verlenen? Indien deze discrepantie aanwezig is, wat zijn hiervoor de redenen?

- 3 Welke hulp wordt daarna door de verschillende uitvoerenden daadwerkelijk verleend?
- 3a Waaruit bestaat de tijdsbesteding van de verschillende uitvoerenden binnen de gezinsverzorging, onderverdeeld naar cliëntgebonden en niet-cliantgebonden activiteiten?
- 3b Hoe is de verdeling van de activiteiten per hoofdcategorie?
- 3c Op welke wijze verschillen de werkzaamheden van de verschillende uitvoerenden van elkaar?
- 3d Is er een discrepantie aanwezig tussen de toegekende hulp en de hulp die daadwerkelijk wordt verleend?
- 4 Welke werkzaamheden en/of aspecten van het werk worden door de verschillende uitvoerenden binnen de gezinsverzorging als belastend ervaren, en op welke wijze zou dit verbeterd kunnen worden.

1.2

De gezinsverzorging in historisch perspectief

1.2.1

De geschiedenis van de gezinsverzorging

Gezinsverzorging is één van de verworvenheden van de Nederlandse verzorgingsstaat. Het gaat daarbij om concrete hulp van huishoudelijke en verzorgende aard bij gezinnen, chronisch zieken en gehandicapten, en bij ouderen, wanneer dat nodig is. De geschiedenis van de gezinsverzorging gaat terug tot rond de eeuwwisseling (Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging 1987; Handboek Gezinsverzorging 1989; Maessen 1989). De gevolgen van de industriële ontwikkelingen betekende voor grote delen van de bevolking slechte woon- en werkomstandigheden, verpaupering, kinder- en vrouwenarbeid, moreel verval, ziekte en kindersterfte. Als reactie hierop werden vakverenigingen opgericht, wetgeving ter verbetering van de arbeidsomstandigheden kwam tot stand, meer of minder filantropische initiatieven van gegoede burgers bloeiden op en kerken breidden hun sociale activiteiten uit. Tegen deze achtergrond ontstonden ook de eerste gezinsverzorgingsactiviteiten. De huishoudelijke hulp van de zogeheten huisverzorging werd soms gecombineerd met huisverpleging, vaak ook met materiële hulp (bijvoorbeeld voedsel, kleding of zeegras voor bedvulling). Deventer was in 1895 de eerste stad die kwam met hulp in het huisgezin. In 1901 ontstond de Vereniging voor Huisverzorging in Amsterdam en in 1903 de Huiszorg in Rotterdam. Ook in kerkelijke kring werden in die tijd soortgelijke initiatieven genomen. Goedwillende burgers, kerken en gezondheidszorgorganisaties waren in deze beginjaren vaak de

initiatiefnemers van gezinsverzorgingsactiviteiten (Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging 1987; Handboek Gezinsverzorging 1989). In de jaren dertig werd deze hulp, onder invloed van een toenemende betrokkenheid van kerkelijke organisaties en de invloed van het in opkomst zijnde maatschappelijk werk, verbreed tot gezinnen waar sprake was van sociale nood en gezinsontreding. De hulpverlening werd voor het merendeel niet beroepsmatig, maar door vrijwilligers geboden. De bekostiging geschiedde in die jaren uit kerkelijke bijdragen, donaties, gemeentelijke subsidies en bijdragen van cliënten (Profiel Beroepspraktijk Gezinsverzorging 1987; Handboek Gezinsverzorging 1989; Maessen 1989). Na de Tweede Wereldoorlog is het aantal instellingen voor gezinsverzorging enorm gegroeid, zowel vanuit kerkelijke groeperingen als op algemene grondslag. De kerkelijke instellingen waren geneigd gezinsverzorging, maatschappelijk werk en geestelijk opbouwend werk in een sterke samenhang te zien. De algemene instellingen (Humanitas) en de kruisverenigingen (Groene Kruis) legden meer de nadruk op het normaal functioneren van de huishouding tijdens de ziekte van de huisvrouw (Handboek Gezinsverzorging 1989).

In 1948 valt voor de eerste maal de bemoeienis van de rijksoverheid met de gezinsverzorging te constateren in de vorm van subsidieregelingen, welke duidelijk gericht waren op kwaliteitsverbetering^[1] (Maessen 1989; Veerman 1989). De hulpverlening door de gezinsverzorging wordt vanaf dat moment beroepsmatig geboden. Waar de hulpverlening in eerste instantie gericht was op tijdelijke hulp aan de huisvrouw en haar gezin, werd in deze jaren de behoefte aan langdurige hulp bij chronisch zieken en bejaarden duidelijk (Handboek Gezinsverzorging 1989; Maessen 1989). Deze groei zette zich voort in de jaren zestig, met name de hulp aan bejaarden, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen woonomgeving zouden kunnen blijven (Maessen 1989). Deze bejaarden (en chronisch zieken) echter, hadden permanent behoefte aan enkele uren hulp per dag. Tot die tijd was het slechts mogelijk om voor bepaalde tijd hulp te krijgen. Mede hierdoor ontstond de part-time medewerkster. Sindsdien wordt er ook een onderscheid gemaakt tussen de gezinsverzorgende en de gezinshelpende, waarbij de eerste ook zorg aan kinderen verleend en enige sociale begeleiding geeft en de laatste vooral huishoudelijke werkzaamheden verricht en meestal part-time werkzaam is (Maessen 1989). Ook aan alleenstaanden werd hulp verleend. De groei van de instellingen bereikte in 1962 de top met een aantal van 979

[1]

In 1948 was er 414.000 gulden mee gemoeid. In 1970 bedroegen de uitgaven 77 miljoen en dat verdrievoudigde in één jaar tot 245 miljoen gulden. Eind jaren tachtig ging er ongeveer 1,5 miljard gulden om in deze sector, waarvan ruim 80% afkomstig is van overheidssubsidies (Maessen 1989; Veerman 1989).

instellingen. Mede op grond van de behoefte om tot een doelmatiger werkwijze en verbetering van de hulp aan de cliënt te komen, begonnen er samenwerkingsprocessen op gang te komen die in verschillende gevallen tot een vorm van schaalvergroting leidden. De 979 instellingen in 1962 liepen terug van 856 in 1970 via 321 in 1975 en 245 in 1980 naar 99 instellingen die gezinsverzorging verlenen, al dan niet in samenwerking met het kruiswerk, in april 1996 (Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging 1987; Handboek Gezinsverzorging 1989; Maessen 1989; Groenewegen, Kerkstra & Jansen 1993; Friele & Beemster 1994; ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1996).

De Nota Bejaardenbeleid in 1970 (ministerie van CRM (later WVC, thans VWS) 1970) gaf een sterke impuls aan de reeds eerder langzaam toenemende hulpverlening aan bejaarden. Het accent zou hierdoor van maatschappelijk werk voor gezinnen-in-moeilijkheden verschuiven in de richting van praktische hulpverlening voor bejaarden. Veel instellingen hadden tot dan toe geweigerd voor bejaarden te werken omdat zij geen gewone huishoudelijke hulp wilden verlenen. Dit resulteerde in een enorme groei van de gezinsverzorging in de jaren zeventig. De overheid speelde hierin een stimulerende rol, wat leidde tot een, landelijke financiering. Hoewel de bemoeienis van de overheid door de nota intensiever werd, lag het daadwerkelijke initiatief voor de uitvoerende hulp nog bij de instellingen. Dit had tot gevolg dat de hulp over het land ongelijk verdeeld was. De Nota Bejaardenbeleid (ministerie van CRM 1975) kondigde aan dat de zorg verdeeld zou worden volgens de '*werkelijke behoeften*' in de regio's (Maessen 1989).

De enorme groei van de gezinsverzorging zoals die was gepland in de Nota Bejaardenbeleid (ministerie van CRM 1970), leidde enkele jaren later tot grote problemen bij de kostenbeheersing (Maessen 1989). Grote bezuinigingsmaatregelen troffen de instellingen voor gezinsverzorging: terwijl de hulpbehoefte groeide, nam het aantal hulp-uren dat een instelling ter beschikking had af. Er kwam een uniform landelijk beleid voor de toekenning van hulp (indicatiestelling) en het financieringssysteem werd veranderd (Maessen 1989). Begin jaren zeventig is er in de gezinsverzorging een aantal experimenten gestart, die enerzijds een uitbreiding dan wel een aanvulling op het bestaande pakket zouden vormen en anderzijds met dezelfde financiële middelen aan meer mensen hulp zouden kunnen bieden. Eén van die experimenten is de alfahulpverlening geweest. In 1973 werd als eerste nieuwe hulpverleningsvorm de alfahulp geïntroduceerd, sterk gestimuleerd door de

rijksoverheid gezien de geringe kosten van deze vorm van hulpverlening. Doel van dit experiment was: 'Bemiddeling in particuliere, louter huishoudelijke hulpverlening op indicatie vanuit verruimde doelstelling van de gezinsverzorging, voor zover de hulpvrager in staat is de werkgeversrol te vervullen.'

De instelling bemiddelde dus, bij indicatie voor alfahulp, tussen de hulpvrager en de alfahelpster, welke in dienst kwam van de cliënt. De cliënt moest de alfahelpster per week een vastgesteld uurloon uitbetalen. Mocht de cliënt dit bedrag niet kunnen opbrengen, dan kon deze een beroep doen op de Algemene Bijstandswet. In 1977 echter, werd de alfahulp aangegrepen om de begrotingstekorten weg te werken. De toenmalige staatssecretaris van CRM, Meyer, eiste eerst dat een groot gedeelte van de traditionele hulpverlening omgezet werd in alfahulp. Uit het experiment was namelijk gebleken dat de alfahulp 1,4 maal goedkoper was dan traditionele hulpverlening. Naderhand kwam de regeling dat de instelling eerst een bepaald aantal uren moest inleveren, waarna men 'vrijwillig' de alfahulp kon invoeren (Landelijke Actiegroep Gezinsverzorging 1979). De ontwikkeling in deze jaren binnen de gezinsverzorging is er één van hulp op tijd en maat. Naast de 'gewone' gezinsverzorging zijn dan ook nieuwe vormen ontstaan: onder andere wijkbejaardenverzorgenden, gastgezinshulp en avond- en weekendopvang (Handboek Gezinsverzorging 1990).

1.2.2

Huidige ontwikkelingen in de gezinsverzorging

Op 11 juni 1990 is de LVT, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, opgericht. Dit overkoepelend orgaan is ontstaan na een fusie tussen de landelijke koepel van instellingen voor gezinsverzorging, voorheen de Centrale Raad voor Gezinsverzorging, en de landelijke koepel voor instellingen voor het kruiswerk, de Nationale Kruisvereniging. Tot 1 maart 1996 kende de LVT een getrapte vertegenwoordiging van de lid-instellingen in het hoogste orgaan: de Ledenraad. De voorbereiding van de inbreng van de lid-instellingen in de ledenraad vond plaats binnen een vijftal regionale districten. Echter de toenemende diversiteit tussen de lid-instellingen in schaalgrootte, in product-assortiment en in bedrijfsvoering, verdroeg zich niet langer met die verenigingsstructuur (LVT 1996a). Met name omdat de kern van die structuur (districten en ledenraad) gebonden was aan een territoriale indeling die niet meer spoorde met specifieke belangen van een aantal groeperingen binnen de

thuiszorg. De getrapte vertegenwoordiging in de Ledenraad werd dan ook niet meer adequaat bevonden voor een representatieve afspiegeling van de verschillende stromingen binnen de LVT. Dit gold des te meer aangezien de LVT per 1 januari 1996 is gaan functioneren als een 'gereguleerd open' branche-organisatie voor de thuiszorg (LVT 1996a). Een en andere leidde tot een wijziging van de verenigingsstructuur per 1 maart 1996. Uitgangspunten zijn onder andere dat binnen de besluitvormingsstructuur, welke gebaseerd is op individueel lidmaatschap van instellingen, niet gekozen is voor districten. De aangesloten instellingen kunnen desgewenst zelf allianties of fracties organiseren ter voorbereiding op besluitvormende vergaderingen van de Algemene Instellingsraad. Het bestuur van de LVT kan zich laten bijstaan door colleges van advies of externe adviseurs. Statutair is bepaald dat een College van Advies voor Arbeidszaken en een Onderhandelingscommissie CAO deel uitmaken van de permanente structuur van de LVT. Het bestuur bestaat uit minimaal 6 en maximaal 10 leden inclusief de voorzitter (LVT 1996a).

In 1992 werd een beroepsvereniging voor medewerkers (m/v) in de gezinsverzorging/ thuiszorg opgericht, onder de naam STING (voorheen Stichting Netwerk Gezinsverzorging). STING kent nu ongeveer 3900 leden en streeft onder meer naar een betere erkenning en waardering van het werk van de werknemers in de gezinsverzorging/thuiszorg. Daarnaast streeft STING naar positie-verbetering van de werknemers door middel van emancipatie en door verbetering van de arbeidsomstandigheden en personeelsbeleid (STING 1992).

In Nederland wordt gezinsverzorging verleend òf door instellingen voor gezinsverzorging òf door instellingen voor thuiszorg (geïntegreerde instellingen voor gezinsverzorging en kruiswerk). In april 1996 waren 47 thuiszorg-instellingen reeds gefuseerd. De overige 52 (traditionele) instellingen verlenen alleen gezinsverzorging (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1996). Daarnaast zijn er nog 20 kruisorganisaties die niet geïntegreerd zijn. Per 1 januari 1997 moeten alle instellingen een integraal pakket thuiszorg aanbieden. Dit pakket moet bestaan uit wijkverpleging, wijkverzorging, gezinsverzorging en hulpmiddelen-uitleen (Ziekenfondsraad 1996).

Gezinsverzorging is een vorm van thuiszorg waarbij hulp wordt geboden aan huishoudens die tekorten hebben of dreigen te krijgen in de eigen verzorging. Het doel daarbij is een zo zelfstandig mogelijk functioneren van

de betreffende huishouding te bereiken of te behouden' (Werkgroep SOGW 1992). De Werkgroep SOGW heeft een beroepsprofiel voor de verzorgende/helpende ontwikkeld, waarbij wordt uitgegaan van de volgende definitie:

'Het beroep van verzorgende en helpende biedt hulp op die plaatsen en momenten waar in de primaire leefomgeving van de zorgvrager aanvulling nodig is. Het betreft hulp van verzorgende, huishoudelijke en begeleidende aard. De primaire leefomgeving kan het eigen huishouden van de zorgvrager betreffen of een vervangende leefomgeving. Uitgangspunt voor de zorgverlening is het zoveel mogelijk handhaven en stimuleren van de zelfzorg en de daarbij behorende mantelzorg. Verzorging heeft een beroepsmatig karakter. Dit houdt in dat de verzorgende en de helpende een systematische en methodische werkwijze hanteren, waarbij de beroepshouding van essentieel belang is. Aspecten van zorg die verleend worden zijn:

- . Het scheppen van voorwaarden om de zelfzorg van de zorgvrager te handhaven.*
- . Het zoveel mogelijk herstellen c.q. aanvullen van tekorten in de zelfzorg.*
- . Het bieden van hulp bij de verwerking van tekorten in de zelfzorg met een permanent karakter' (dit laatste geldt alleen voor verzorgenden) (Werkgroep SOGW 1992).*

In het beroepsprofiel heeft de werkgroep ook de taakgebieden en taken van de verzorgenden en helpenden vastgelegd. Tot de taakgebieden van de gezinsverzorging kunnen worden gerekend: huishoudelijke taken, verzorgende taken, begeleidende taken en taken op het gebied van overleg en samenwerking (signaleren, rapporteren, overleggen) (Werkgroep SOGW 1992). Een overzicht van de taken per taakgebied staat in bijlage 1.

Een grote verscheidenheid aan uitvoerenden is werkzaam in de gezinsverzorging. Met de nieuwe CAO-regeling in 1993 kwamen ook nieuwe functiebenamingen. Hiervoor werd de basis gelegd in het Functiewaarderingsonderzoek Gezinsverzorging, uitgevoerd door KPMG (Welschen & Griffioen 1990). Sindsdien zijn er zes typen uitvoerenden te onderscheiden: thuishulp A, verzorgingshulp B, verzorgende C, verzorgende D, gespecialiseerd verzorgende E en tot slot de alfahulp. Aan de verschillende functieniveaus zijn ook verschillende functieomschrijvingen gekoppeld (AbvaKabo 1994).

De thuishulp A verricht nagenoeg uitsluitend huishoudelijk werk, waarvan de aard, omvang en frequentie aan weinig verandering onderhevig zijn. Zij verricht haar werkzaamheden volgens het hulpverleningsplan. Daarnaast heeft de thuishulp A periodiek contact met collega's en leidinggevendenden.

- De verzorgingshulp B verricht naast huishoudelijke werkzaamheden ook enkele verzorgende taken, beperkt in tijd en soort. De aard, omvang en frequentie van de werkzaamheden zijn aan verandering onderhevig. Zij werkt volgens een hulpverleningsplan en past zelf kleine wijzigingen toe in het hulpverleningspatroon. Naast periodiek contact met collega's en leidinggevenden, heeft de verzorgingshulp B ook incidenteel contact met andere hulpverleners.
- De verzorgende C verricht naast verzorgende taken, ook huishoudelijke werkzaamheden, hetzij beperkt in tijd. De werkzaamheden binnen het hulpverleningsplan verricht zij deels naar eigen inzicht, en past zelfstandig wijzigingen in het plan toe. De werkzaamheden zijn aan verandering onderhevig. Net als de verzorgingshulp B, heeft zij naast periodiek contact met collega's en leidinggevenden, ook incidenteel contact met andere hulpverleners.
- De verzorgende D verricht nagenoeg uitsluitend verzorgende en begeleidende activiteiten, waarvan de aard, omvang en frequentie sterk aan verandering onderhevig zijn. Zij verricht de werkzaamheden binnen het hulpverleningsplan deels naar eigen inzicht, en past ook zelfstandig wijzigingen toe. Naast periodiek contact met collega's en leidinggevende, onderhoudt de verzorgende D ook contact met andere hulpverleners.
- De gespecialiseerd verzorgende E verricht begeleidende werkzaamheden gericht op gedragsverandering van de cliënt. Daarnaast worden huishoudelijke en verzorgende taken verricht. De aard, omvang en frequentie van de werkzaamheden zijn sterk aan verandering onderhevig. De verzorgende E verricht de activiteiten binnen het hulpverleningsplan deels naar eigen inzicht, en past wijzigingen toe in het hulpverleningspatroon. De activiteiten worden volgens een planmatige aanpak afgestemd op andere hulpverleners, waarmee frequent contact wordt gehouden.
Alle uitvoerenden signaleren eventuele veranderingen in de leefeenheid en rapporteren deze aan de leidinggevenden.
- Tot slot is er de alfahulp, die niet in dienst is van de instelling. Formeel gezien is de cliënt de werkgever, waarbij de instelling als bemiddelingspersoon fungeert tussen de hulpvrager en hulpverlener. De alfahulp heeft tot taak de cliënt bij te staan bij het verrichten van dagelijkse en/of wekelijkse huishoudelijke werkzaamheden, waartoe de cliënt niet, of niet alleen in staat is. De alfahulp heeft geen mogelijkheden tot contact met collega's. Zij kan contact met de bemiddelingspersoon opnemen indien er grote veranderingen of problemen plaatsvinden.

In bijlage 2 zijn de werkzaamheden per functieniveau uitgebreid weergegeven, gebaseerd op de functieomschrijvingen uit de CAO.

Een schematische weergave van de verschillende werkzaamheden per functieniveau in hoofdcategorieën is te vinden in tabel 1.1.

Tabel 1.1
Takenpakket per functieniveau

<i>Activiteiten →</i>	<i>Huishoudelijk Verzorgend</i>	<i>Begeleidend</i>	<i>Samenwerking & overleg</i>
<i>Functieniveaus ↓</i>			
Alfahulp	x		
Thuishulp A	x		
Verzorgingshulp B	x	x	
Verzorgende C	x	x	
Verzorgende D		x	x
Gespecialiseerd verzorgende E	x	x	x

x = hoofdtaken

x = taken die minder vaak worden verricht

Er waren in 1993 ongeveer 45.000 alfahulpen in Nederland werkzaam (Hornman 1994). Dit is een stijging van 50% in één jaar tijd, aangezien in 1992 het aantal alfahulpen nog op 30.000 werd geschat. In 1993 waren er naast de alfahulpen in Nederland ongeveer 110.000 uitvoerenden werkzaam binnen de gezinsverzorging.

Tabel 1.2 geeft een overzicht van de verdeling van het aantal FTE's naar de verschillende uitvoerende functies in de gezinsverzorging over 1994. In 1994 zijn wegens beëindiging van de AAW-regeling geen nieuwe AAW-cliënten meer in zorg genomen. Per 1 januari 1994 is deze regeling in een nieuwe regeling overgegaan: Ziekenfondsraad Subsidieering Vergoeding voor Huishoudelijke Hulp (Baars & Spaan 1996). Vanaf 1994 zijn de AAW-hulpverleners niet meer opgenomen in de tabellen waarin het aantal arbeidsplaatsen is weergegeven.

Tabel 1.2

Verdeling van het aantal FTE's naar de verschillende uitvoerende functies in de gezinsverzorging over 1994

Functieniveaus	FTE's	Percentages
Thuishulpen A	11.565	40%
Verzorgingshulpen B	7.301	25%
Verzorgenden C	6.442	23%
Verzorgenden D	1.505	9%
Gespecialiseerd verzorgenden E	851	3%
Totaal traditionele hulpverlening	28.682	100%
Alfahulpen	5.003	
Totaal uitvoerend personeel	33.685	

Bron: Baars & Spaan 1996

Van alle uitvoerenden binnen de gezinsverzorging is het merendeel (ruim 95%) vrouwelijk (Vulto & Morée 1993; Hornman 1994). Bij de leidinggevendenden is het percentage vrouwen ook nog 92%, maar in de hoofd- en staffuncties is het percentage vrouwen nog maar 42%. Veel meer mannen dan vrouwen bekleden de functies van adjunct directeur, hoofdleidinggevende en stafmedewerker. De topfunctie van directeur wordt vrijwel alleen door mannen vervuld. En dat terwijl de gezinsverzorging als een vrouwensector bij uitstek moet worden gekarakteriseerd (Vulto & Morée 1993).

Van alle uitvoerenden heeft 77% geen specifieke opleiding gehad. Dat wil zeggen dat slechts 23% van met name de verzorgenden en in mindere mate de helpenden een externe, langer durende opleiding voor gezins-, bejaardenverzorgende of gespecialiseerd gezinsverzorgende heeft gevolgd (Hornman 1994). Tot voor kort had 12% van de uitvoerenden een full-time contract. In 1994 is dat gedaald tot 4,7%. Dat wil zeggen dat bijna alle uitvoerenden in de gezinsverzorging (95%) part-time werken (Hornman 1994).

1.3

Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van de ontwikkeling van de meetinstrumenten en het vooronderzoek waarin het belangrijkste meetinstrument op validiteit en betrouwbaarheid is getoetst. Hoofdstuk 3 geeft de opzet van het hoofdonderzoek weer, met daarin een beschrijving van de steekproef, de meetinstrumenten en de methode van dataverzameling.

Hoofdstukken 4, 5, 6, en 7 omvatten de resultaten van het hoofdonderzoek. Hoofdstuk 4 gaat over het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing en beantwoordt de vragen 1.1, 1.2 en 2 over welke hulp er geïndiceerd is, welke criteria bij het indiceren gehanteerd zijn en of er discrepanties bestaan tussen de geïndiceerde en toegewezen hulp.

In hoofdstuk 5 wordt een overzicht van de inhoud van het werk in de gezinsverzorging gegeven en wordt vraag 3 over de daadwerkelijk verleende hulp, de tijdsbesteding aan de werkzaamheden, de verschillen tussen de diverse uitvoerenden en de eventuele discrepanties tussen de daadwerkelijk verleende en toegewezen hulp beantwoord.

Hoofdstukken 6 en 7 bevatten respectievelijk de gegevens over de werkdruk en de beïnvloedende factoren op werkdruk in de gezinsverzorging. In deze hoofdstukken zal de laatste vraag over de belastende aspecten in het werk van uitvoerenden in de gezinsverzorging worden beantwoord.

Tot slot worden in hoofdstuk 8 de conclusies en knelpunten beschreven en worden aanbevelingen gedaan om het werken in de gezinsverzorging aantrekkelijker te maken.

2

Het vooronderzoek: instrumentontwikkeling

2.1

Inleiding

Op basis van de in hoofdstuk 1 geschetste achtergronden en doel van het onderzoek, is een viertal vragen geformuleerd. Om deze te kunnen beantwoorden, zijn vijf instrumenten ontwikkeld en gebruikt. Het gaat om een persoonlijk cliëntenplan voor achtergrondinformatie en gegevens over de geïndiceerde en toegewezen hulp van de cliënt, een interviewschema voor intake-functionarissen over gehanteerde criteria bij het indiceren van de hulp, een contact-registratieformulier voor het scoren van de dagelijkse activiteiten van de uitvoerenden, een weekoverzicht voor de niet-cliëntgebonden activiteiten en tot slot een vragenlijst om de werkdruk in de gezinsverzorging te meten. Het contact-registratieformulier is het enige instrument dat niet op reeds bestaande instrumenten of schalen is gebaseerd. Van dit formulier moesten de betrouwbaarheid en validiteit nog worden vastgesteld. Een vooronderzoek is uitgevoerd om na te gaan of het contact-registratieformulier een betrouwbaar en valide instrument is om de dagelijkse praktijk in de gezinsverzorging te meten. De vraagstelling van het vooronderzoek is: Zijn de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument voldoende, om gebruik ervan in het hoofdonderzoek te garanderen?

De betrouwbaarheid van een meetinstrument kan beschreven worden in termen van consistentie en van accuratesse. Consistentie staat voor de mate waarmee het instrument één dimensie meet. Een instrument is ook betrouwbaar wanneer het accuraat de 'ware scores' reflecteert, met andere woorden: zo min mogelijk fouten. Vertrouwen in het instrument wordt bepaald door de mate van betrouwbaarheid. De validiteit van een meetinstrument staat voor de mate waarin een instrument meet wat het behoort te meten (Polit & Hungler 1987).

2.2

Methode

2.2.1

Steekproef

Acht thuiszorginstellingen zijn benaderd om mee te doen aan het vooronderzoek. Drie instellingen, die òf te druk waren met een fusie of reorganisatie, òf al betrokken waren bij ander onderzoek, zagen af van deelname. Uiteindelijk hebben dus vijf instellingen voor gezinsverzorging aan het vooronderzoek deelgenomen. Twee van hen zijn geïntegreerd met het kruiswerk, één instelling bevindt zich in het integratieproces en de overige twee instellingen zijn zelfstandige instellingen voor gezinsverzorging. In het vooronderzoek zijn we uitgegaan van vijf functies (ongediplomeerd helpende, helpende, verzorgende, gespecialiseerd gezinsverzorgende en alfahulp), echter de functiebenamingen zijn met de nieuwe CAO veranderd (AbvaKabo 1994). De instellingen hebben daarom die vijf functies benaderd die het meest overeenkwamen met de gevraagde vijf functies. Dit waren respectievelijk de huishulp A, de verzorgingshulp B, de verzorgende C, en de gespecialiseerd verzorgende E (voor een uitgebreidere beschrijving van de functieniveaus, zie hoofdstuk 1). De functie van alfahulp is niet veranderd. De verzorgende D, een nieuwe functie die in 1993 met de nieuwe functiebenamingen is ontstaan, is niet betrokken bij het vooronderzoek aangezien we toen zijn uitgegaan van slechts 5 functies, maar heeft wel meegedaan aan het hoofdonderzoek. Per instelling zijn vijf uitvoerenden, één van elk functieniveau, gevraagd om mee te doen. In totaal hebben 25 uitvoerenden deelgenomen aan het vooronderzoek, waarvan 24 vrouwen en 1 man. De gemiddelde leeftijd van de uitvoerenden was 41 jaar, uiteenlopend van 22 tot 58 jaar. De gemiddelde tijd dat uitvoerenden al in de gezinsverzorging werkzaam zijn, was 8 jaar en 8 maanden. Dit varieerde van 7 maanden tot 21 jaar.

2.2.2

Instrument

Het contact-registratieformulier

De uitvoerenden besteden het merendeel van hun tijd aan zogenaamde *cliëntgebonden activiteiten*. Om een goed beeld te krijgen van de activiteiten die daadwerkelijk worden uitgevoerd, zullen de uitvoerenden daarom hun activiteiten per huisbezoek registreren. Hiervoor is een registratie-formulier ontwikkeld. Dit instrument is gebaseerd op een geïntegreerd onderzoeksmodel voor het meten van de dagelijkse praktijk in

de gezinsverzorging (hoofdstuk 5, figuur 5.1) waar een onderscheid wordt gemaakt in een viertal hoofdtaken op het gebied van de gezinsverzorging: huishoudelijke taken, verzorgende taken, begeleidende taken en taken op het gebied van overleg en samenwerking. Voor een indeling van deze vier hoofdcategorieën is gebruik gemaakt van bestaande taakindelingen en verschillende bestaande indicatieformulieren zoals die in de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging gebruikt worden (Werkgroep SOGW 1992; AbvaKabo 1992; Stichting Thuiszorg Hilversum, 's-Graveland & Loosdrecht 1992; Verheij e.a. 1993; AbvaKabo 1994). Verder is gekeken naar het onderscheid dat gemaakt kan worden bij de activiteiten van de hoofdcategorieën huishoudelijke, verzorgende en begeleidende activiteiten. Deze activiteiten kunnen namelijk op drie niveaus plaatsvinden: ondersteunend, gedeeltelijk compenserend en geheel compenserend. In de gezinsverzorging betekent dit respectievelijk begeleiden, helpen bij en overnemen van. Het begeleiden komt terug bij de begeleidende activiteiten. Bij het scoren van de activiteiten moet de uitvoerende dus een keuze maken tussen 1) het overnemen van de activiteiten (door uitvoerende zelf uitgevoerd) of 2) het helpen bij die activiteiten (door uitvoerende samen met cliënt uitgevoerd). Tot slot kunnen de uitvoerenden op het formulier zowel de tijd besteed aan de vier hoofdcategorieën als de reistijden tussen cliënten, tussen cliënt en thuis en/of instelling noteren.

2.2.3

Procedure

Per instelling is een instructiebijeenkomst georganiseerd, waarin het doel van het onderzoek aan de deelnemende uitvoerenden werd uitgelegd. Vervolgens is elke uitvoerende gedurende een werkweek geobserveerd door één van de twee onderzoekers. De onderzoekers observeerden tijdens alle huisbezoeken, tenzij de cliënt, de uitvoerende of de instelling hiertegen bezwaar maakten. Na het huisbezoek werd zowel door de uitvoerende als door de observator, onafhankelijk van elkaar op een registratieformulier de activiteiten geregistreerd die tijdens het huisbezoek zijn uitgevoerd. Ook de tijd die aan reizen en aan de verschillende hoofdcategorieën is besteed werd genoteerd.

2.2.4

Analyses

De betrouwbaarheid van het registratieformulier is beoordeeld door

inter-beoordelaars-betrouwbaarheid: de uitvoerende en de observator scoren tegelijkertijd en onafhankelijk van elkaar de activiteiten die zijn uitgevoerd (Polit & Hungler 1987). De mate van overeenstemming, dat wil zeggen de mate waarin dezelfde activiteiten gescoord worden door de uitvoerende en de observator uitgedrukt in percentages, is berekend voor elke activiteit, subcategorie en hoofdcategorie. Als de frequenties gelijk zijn, is de mate van overeenstemming 100%. Er zijn twee overeenstemmingspercentages berekend: één percentage is gebaseerd op de scores wanneer geen rekening is gehouden met het onderscheid tussen de score 1 en 2 op het registratieformulier, het andere is een percentage waarbij dit onderscheid wel is gemaakt.

De validiteit van het registratie-formulier wordt vooral bepaald door de inhoudsvaliditeit, wat staat voor de mate waarin de items van het meetinstrument adequaat het geheel van de inhoud (het dagelijks werk van uitvoerenden in de gezinsverzorging) representeren. Voor het registratieformulier wordt dit bepaald door enerzijds de hoeveelheid activiteiten die niet expliciet op het registratie-formulier staan vermeld, maar die onder het kopje 'overige' geregistreerd kunnen worden. Anderzijds speelt het commentaar dat de respondenten op het registratie-formulier kunnen geven (volledigheid, werkbaarheid) een grote rol (Polit & Hungler 1987).

2.3

Resultaten

Tabellen 2.2 tot en met 2.5 geven inzicht in de inter-beoordelaars-betrouwbaarheid van het registratieformulier voor wat betreft de activiteiten van uitvoerenden gemeten over 159 huisbezoeken. De vier tabellen bevatten vier kolommen gegevens. De eerste kolom heeft betrekking op de frequentie, uitgedrukt in percentages waarmee een activiteit gescoord is door uitvoerenden. In dezelfde kolom worden gegevens gepresenteerd per subcategorie en hoofdcategorie. Bijvoorbeeld de subcategorie 'dagelijks huishoudelijk werk' in tabel 2.2. Dit getal (66%) geeft weer dat één of meer activiteiten die tot deze subcategorie behoren, in 66% van de huisbezoeken is aangekruist door uitvoerenden. Per hoofdcategorie laat de tabel bijvoorbeeld zien dat uitvoerenden in 79% van de 159 huisbezoeken één of meer activiteiten volgens henzelf hebben verricht in de hoofdcategorie huishoudelijke activiteiten. De tweede kolom met gegevens is analoog opgebouwd aan de eerste, maar heeft dan betrekking op de scores van de observator. Kolommen 3 en 4 bevatten

gegevens over de mate van overeenstemming tussen registratie-formulieren van de uitvoerende en de parallelle registratie-formulieren van de observatoren over 159 afzonderlijke huisbezoeken. De mate van overeenstemming, uitgedrukt in percentages, is weergegeven per activiteit, per subcategorie, en per hoofdcategorie. De verschillen in waarde tussen kolom 3 en kolom 4 zijn terug te voeren op de score-mogelijkheden van het formulier. In het formulier zijn 111 activiteiten opgenomen, waarvan 57 activiteiten de score 0 of 1 of 2 aan kunnen nemen en 54 de score 0 of 1. De score 0 betekent dat de activiteit niet verricht is, 1 betekent dat de activiteit door de uitvoerende zelf is verricht (overnemen van de taken) en de score 2 houdt in dat een activiteit samen met de cliënt/het cliëntsysteem is uitgevoerd (helpen bij). In kolom 3 wordt het percentage overeenstemming gegeven ongeacht of er door uitvoerende/observator een 1 of een 2 is gescoord, maar ook wanneer er door beide een 0 is gescoord. In de vierde kolom wordt de uitsplitsing tussen 1 en 2 wel gemaakt. Deze cijfers zijn dus iets nauwkeuriger.

2.3.1

Betrouwbaarheid van het contact-registratieformulier

In totaal zijn 223 huisbezoeken door de 25 uitvoerenden afgelegd. Om praktische redenen zijn de uitvoerenden gedurende 159 huisbezoeken geobserveerd (bezwaar tegen aanwezigheid van observator of het zich voordoen van meerdere werkzaamheden van de observator tegelijkertijd). Bijna de helft van de 64 niet-geobserveerde huisbezoeken is afgelegd door gespecialiseerd verzorgenden E (46%), 28% door verzorgenden C, en de overige 26% door verzorgingshulp B, huishulp A en alfahulp (17%, 6% en 3% respectievelijk). Chi-kwadraat analyses zijn gebruikt om de activiteiten die gescoord zijn door de uitvoerenden tijdens de 159 geobserveerde huisbezoeken te vergelijken met de activiteiten die gescoord zijn door de uitvoerenden tijdens de 64 niet-observeerde huisbezoeken. De resultaten laten zien dat 101 van de 111 activiteiten (91%) niet significant van elkaar verschillen. De tien activiteiten, welke significant verschillend zijn, staan in tabel 2.1.

De huishoudelijke activiteiten zijn minder frequent uitgevoerd in de niet-geobserveerde huisbezoeken, terwijl de psychosociale/begeleidende activiteiten vaker zijn uitgevoerd in de niet-geobserveerde huisbezoeken. Deze uitkomst was min of meer verwacht, aangezien de gespecialiseerd verzorgenden E, die voornamelijk psychosociale/begeleidende activiteiten

Tabel 2.1
Significante verschillen in gescoorde activiteiten tussen de 159 geobserveerde huisbezoeken en de 64 niet-geobserveerde huisbezoeken, gebruikmakend van Chi-kwadraat analyses

Activiteiten	n = 159 %	n = 64 %	χ^2	p- waarde
<i>Huishoudelijke activiteiten</i>				
. afwassen en wegzetten	29%	16%	4.29	0.04
. bedden opmaken	33%	19%	4.69	0.03
. keuken schoonmaken	26%	13%	4.69	0.03
<i>Psychosociale/Begeleidende activiteiten</i>				
Gespreksonderwerpen				
. eenzaamheid	8%	20%	7.47	0.00
. ouder-kind relatie	6%	19%	9.16	0.00
Omgaan met gespreksonderwerpen				
. oplossing zoeken	11%	23%	5.31	0.02
. cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	11%	33%	15.79	0.00
. cliënt observeren op psychische veranderingen	19%	44%	14.68	0.00
. cliënt observeren op sociale veranderingen	7%	38%	32.25	0.00
Begeleiden kinderen	6%	16%	5.81	0.02

verrichten, bijna de helft van deze niet-geobserveerde huisbezoeken hebben gedaan.

De formulieren van de 159 huisbezoeken, van zowel de uitvoerenden en als de observatoren, zijn gebruikt voor de analyses. Activiteiten die zijn gescoord in minder dan 5% van de huisbezoeken zijn wel meegenomen in de analyses, maar zijn niet gepresenteerd in de tabellen.

Huishoudelijke activiteiten zijn uitgevoerd in 79% van de huisbezoeken. Tabel 2.2 laat zien dat het overeenstemmingspercentage tussen uitvoerenden en observatoren voor deze hoofdcategorie hoog is (94%). De mate van overeenstemming daalt echter wanneer het onderscheid tussen de scores 1 en 2 wordt gemaakt (72%). De subcategorie 'boodschappen doen' had de hoogste overeenstemming tussen

uitvoerenden en observatoren (98%), de subcategorie 'maaltijd (voor)-bereiding' had de laagste overeenstemming (87%). 'Stofzuigen' is de activiteit die het meest frequent is gedaan tijdens de huisbezoeken (40%), met een hoge mate van overeenstemming (99%).

Tabel 2.2

Frequenties daadwerkelijk uitgevoerde huishoudelijke activiteiten, genoteerd door uitvoerenden (kolom 1), door observator (kolom 2), de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator ongeacht de toegekende waarde (1, 2) (kolom 3) en de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator, rekening houdend met de toegekende waarde (1, 2) (kolom 4), uitgedrukt in percentages, n = 159 huisbezoeken

	1	2	3	4
	% uitvoe- rende	% obser- vator	% overeen- stemming	% overeen- stemming
<i>Huishoudelijke activiteiten (26 items)</i>	79	79	94	72
Dagelijks huishoudelijk werk (6 items)	66	66	97	87
. kamer opruimen	19	19	89	86
. stofzuigen	40	42	99	99
. afwassen/wegzetten	29	30	91	89
. bedden opmaken	33	26	89	88
. stoffen	36	39	92	89
. vloeren soppen	19	27	89	88
Sanitair schoonmaken (3 items)	42	45	95	94
. wc schoonmaken	36	36	97	97
. keuken schoonmaken	26	28	91	90
. douche/badkamer schoonmaken	33	33	98	98
Periodiek huishoudelijk werk (7 items)	30	35	90	88
. bedden verschon	13	14	97	97
. deuren/ramen zemen	16	17	96	96
. kamerplanten verzorgen	3	6	97	97
. kasten opruimen	3	6	96	96
. tuin onderhouden	0	0	100	100
. vuilniszakken verwisselen/buitenzetten	9	13	93	92
. buiten schoonmaken (stoep/balkon)	4	3	99	99
Verzorging kleding/linnen/schoeisel (4 items)	19	21	94	92
. wassen/ophangen/afhalen	15	18	94	92

. strijken/vouwen/opbergen	12	13	96	96
. schoenen poetsen	1	1	100	100
. verstellen/naaien kleding, linnengoed	1	1	100	100
Maaltijd (voor-)bereiding (4 items)	45	48	87	87
. koffie/thee/andere dranken verzorgen	37	42	82	72
. tafel dekken/afruimen	8	14	92	89
. ontbijt of lunch maken	13	14	97	96
. koken (evt. invriezen)	7	7	97	96
Boodschappen doen (2 items)	13	14	98	96
. dagelijkse boodschappen doen	11	12	95	94
. niet-dagelijkse boodschappen doen	3	3	97	97

Ook de hoofdcategorie *Verzorgende activiteiten* (tabel 2.3) heeft een hoge mate van overeenstemming (94%). Het overeenstemmingspercentage tussen uitvoerenden en observatoren daalt iets wanneer rekening wordt gehouden met de scores 1 en 2 (82%). In 52% van de huisbezoeken zijn verzorgende activiteiten verricht. De activiteit die volgens de uitvoerenden het meest frequent is uitgevoerd, is het 'aan-/uittrekken van kousen/schoenen' (26%). Volgens de observatoren echter, is 'het aan-/uittrekken van de cliënt' de meest verrichte activiteit geweest (28%). De subcategorie 'complexe persoonlijke verzorging' heeft een hogere mate overeenstemming (98%) dan de subcategorie 'eenvoudige persoonlijke verzorging' (89%), zowel met als zonder het onderscheid tussen de scores 1 en 2.

Het merendeel van de activiteiten in de categorie *Psychosociale/-begeleidende activiteiten* (tabel 2.4) is minder frequent gescoord dan de activiteiten in de andere hoofdcategorieën. Desondanks is de mate van overeenstemming erg hoog (98%). De mate van overeenstemming voor deze hoofdcategorie daalt ruim 10% wanneer rekening wordt gehouden met het onderscheid in de scores 1 en 2 (84%). Sociale activiteiten, zoals een praatje maken en informeren naar de gezondheid van de cliënt, moeten onderscheiden worden van 'echte' begeleidende activiteiten, zoals praten over (emotionele) problemen en het hiermee omgaan. Een gevolg daarvan is dat het hoge frequentie-percentage voor de totale categorie (98%) grotendeels bepaald wordt door het hoge percentage van de sociale activiteiten (94%). De frequentie-percentages van de andere subcategorieën zijn aanzienlijk lager, bijvoorbeeld 'het omgaan met

gespreksonderwerpen': 51-67%. De andere subcategorieën hebben tevens lagere overeenstemmingspercentages. De subcategorie 'gespreks-
onderwerpen' bijvoorbeeld heeft een overeenstemmingspercentage tussen uitvoerenden en observator van 63%, met aanzienlijke verschillen tussen de frequenties van de uitvoerenden (35%) en observatoren (59%). Kennelijk is er onduidelijkheid geweest over de onderwerpen.

Tabel 2.3

Frequenties daadwerkelijk uitgevoerde verzorgende activiteiten, genoteerd door uitvoerenden (kolom 1), door observator (kolom 2), de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator ongeacht de toegekende waarde (1, 2) (kolom 3) en de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator, rekening houdend met de toegekende waarde (1, 2) (kolom 4), uitgedrukt in percentages, n = 159 huisbezoeken

	1 % uitvoe- rende	2 % obser- vator	3 % overeen- stemming	4 % overeen- stemming
<i>Verzorgende activiteiten (25 items)</i>	52	52	94	82
<i>Eenvoudige persoonlijke verzorging (12 items)</i>	40	45	89	67
. verzorging van kinderen	2	4	97	97
. dieetvoeding voorbereiden	0	0	100	100
. helpen bij eten	3	4	97	
. kousen/schoenen aan- uittrekken	26	27	86	81
. aan- uitkleden	21	28	93	88
. in/uit bed helpen	11	9	92	
. haar- nagelverzorging	10	13	96	94
. nat en droog scheren	0	0	100	100
. mondhygiene	4	3	99	98
. hulp bij toiletgang	4	3	99	
. aanbrengen/verzorgen gehoorapparaat	3	1	99	99
. verzorging van andere hulpmiddelen	3	3	97	97
<i>Complexe persoonlijke verzorging (13 items)</i>	42	43	98	77
. steunkousen aan- uittrekken	21	21	98	97
. toedienen neus-, oor- oogdruppels	1	1	100	100
. verplaatsen van cliënt, bijv. in bed	4	3	98	97
. bed verschonen met cliënt erin	1	0	99	99
. baden/douchen/wassen (evt. op bed)	23	23	97	92

. hanteren postoeel/steek/urinaal	1	3	98	97
. katheterzakjes e.d. verwisselen	3	3	100	99
. aan-/uittrekken steunkorset, -kousen, prothesen, spalken	3	4	98	98
. helpen met oefeningen voor therapieën	3	3	97	96
. intacte huidverzorging/decubituspreventie	12	15	96	94
. incontinentiemateriaal wegnemen/aanbrengen	6	6	98	97
. medicijnen klaarzetten	6	4	95	95
. medicijnen toedienen (oraal)	8	8	96	94

Tabel 2.4

Frequenties daadwerkelijk uitgevoerde begeleidende activiteiten, genoteerd door uitvoerenden (kolom 1), door observator (kolom 2), de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator ongeacht de toegekende waarde (1, 2) (kolom 3) en de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator, rekening houdend met de toegekende waarde (1, 2) (kolom 4), uitgedrukt in percentages, n = 159 huisbezoeken)

	1 % uitvoerende	2 % observator	3 % overeenstemming	4 % overeenstemming
<i>Begeleidende activiteiten (42 items)</i>	98	100	98	84
Sociale activiteiten (3 items)	94	99	95	
. praatje maken	93	99	94	
. informeren naar toestand cliënt	67	67	74	
. informeren naar wat gedaan moet worden	25	25	86	
Gespreksonderwerpen (11 items)	35	59	63	
. de hulpverlening	18	35	68	
. opname/ontslag zieken-/verpleeghuis	3	5	97	
. opname bejaardenhuis	1	1	99	
. acceptatie ziekte/handicap	8	14	84	
. acceptatie van sterven door cliënt	0	0	100	
. acceptatie van sterven van cliënt door naasten	1	1	100	
. eenzaamheid	8	16	91	
. relatieproblemen	1	3	97	
. verlies partner/naaste (dood, scheiding)	2	6	90	

. naaste is niet in staat tot mantelzorg	2	1	99	
. ouder-kind relatie	6	17	85	
Omgaan met problemen (6 items)	51	67	74	
. niets doen (negeren)	4	1	97	
. luisteren	47	66	70	
. begrip/medeleven tonen	33	33	70	
. oplossing zoeken	11	13	86	
. voorlichting/advies geven	9	9	89	
. cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	11	11	86	
Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (2 items)	16	11	86	
. informeren over medicijngebruik	11	6	91	
. informeren over aard ziekte/klachten	8	4	92	
Stimuleren bij het realiseren van: (4 items)	13	27	79	
. voeding/dieet	8	9	91	
. gebruik hulpmiddelen	1	3	97	
. voorgeschreven leefwijze	1	9	92	
. bezoek andere hulpverleners	4	10	90	
Observeren, signaleren van veranderingen (3 items)	37	48	71	
. op lichamelijk vlak	31	31	75	
. op psychisch vlak	19	11	79	
. op sociaal vlak	7	16	84	
Mantelzorg (4 items)	13	6	89	
. toestand cliënt bespreken	6	4	93	
. instructie geven	4	3	97	
. emotionele steun verlenen	6	3	93	
. mogelijkheden bespreken	4	5	95	
Bijzondere activiteiten (3 items)	9	18	80	78
. gezelligheid in huis brengen	9	18	81	79
. ziekenhuisbezoek met cliënt	0	1	99	
. bezoek aan tijdelijk buitenshuis verblijvend gezinslid	0	0	100	100
Kinderen (3 items)	9	10	99	94
. spelen met/vermaken van kind(eren)	8	8	97	96
. begeleiden van kind(eren)	6	6	96	94
. opvoeden van kind(eren)	5	3	97	96
Financiële aangelegenheden (3 items)	2	1	98	98
. regelen huishouden	1	0	99	99

. budgetteren/grote inkopen	1	0	99	99
. financiële administratie	2	1	98	98

De uitvoerenden verrichtten in ongeveer 30% van de huisbezoeken *Rapportage-activiteiten* (tabel 2.5). Net als de andere hoofdcategorieën, had ook deze categorie een hoge mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observatoren (96%). De meest voorkomende rapportage activiteit is rapporteren in een logboek (26%). Dit is een schrift dat bij de cliënt ligt, wat ook gebruikt kan worden door andere hulpverleners en familieleden van de cliënt. 'Rapporteren over de gezondheid van de cliënt' is vaker gescoord door de uitvoerenden dan door de observatoren (10% en 2% respectievelijk). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de uitvoerenden na afloop van het huisbezoek en dus uit het zicht van de observator hierover rapporteerden en dit ook pas later op het formulier scoorden.

Tabel 2.5

Frequenties daadwerkelijk uitgevoerde rapportage activiteiten, genoteerd door uitvoerenden (kolom 1), door observator (kolom 2), de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observator (kolom 3), uitgedrukt in percentages, n = 159 huisbezoeken)

	1 % uitvoe- rende	2 % obser- vator	3 % overeen- stemming
<i>Rapportage activiteiten</i> (18 items)	30	27	96
Rapportage in logboek (6 items)	26	25	98
. Aan leidinggevende	2	0	98
. Aan teamleider	0	0	100
. Aan collega's	24	24	97
. Aan wijkverpleging	3	4	98
. Aan huisarts	3	3	98
. Aan mantelzorg	15	16	97
Rapportage tekorten in de zorgverlening (6 items)	1	1	99
. Aan leidinggevende	0	0	100

. Aan teamleider	0	0	100
. Aan collega's	0	0	100
. Aan wijkverpleging	1	1	100
. Aan huisarts	1	0	99
. Aan mantelzorg	1	0	99
Rapportage gezondheidsproblemen van de cliënt (6 items)	10	2	90
. Aan leidinggevende	2	1	99
. Aan teamleider	0	0	100
. Aan collega's	6	1	92
. Aan wijkverpleging	1	1	98
. Aan huisarts	1	1	99
. Aan mantelzorg	9	1	92

Er is ook getoetst of de mate van overeenstemming voor de verschillende functieniveaus gelijk was. De overeenstemming op hoofdcategorie-niveau (huishoudelijke, verzorgende, psychosociale/begeleidende en rapportage activiteiten) is hoog voor alle functieniveaus: 85% of hoger. In tabel 2.6 staan de subcategorieën waarvan de overeenstemmingspercentages tussen de functieniveaus behoorlijk verschillen. Drie huishoudelijke en twee psychosociale/begeleidende subcategorieën werden minder betrouwbaar gescoord door verzorgingshulpen B, verzorgenden C en gespecialiseerd verzorgenden E (70%-82% overeenstemming). Vijf andere subcategorieën van de psychosociale/begeleidende activiteiten hadden een lage mate van overeenstemming voor alle functieniveaus (41% tot 85%). Voor deze subcategorieën geldt dat niet de verschillende functieniveaus, maar de activiteiten zelf minder betrouwbaar zijn gescoord.

Tabel 2.6

De mate van overeenstemming tussen de uitvoerenden en observatoren per functieniveau, uitgedrukt in percentages (n = 159 huisbezoeken)

	Ah n = 8	A n = 27	B n = 37	C n = 70	E n = 17
<i>Huishoudelijke activiteiten</i>					
Badkamer/toilet/keuken schoonmaken	100	100	95	96	82

Periodiek huishoudelijke activiteiten	100	85	84	96	88
Maaltijden (voor)bereiding	88	89	87	84	100
<i>Psychosociale/Begeleidende activiteiten</i>					
Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	88	89	73	91	88
Mantelzorg	100	100	70	96	82
Gespreksonderwerpen	63	63	65	64	53
Omgaan met gespreksonderwerpen	63	70	73	73	88
Cliënt stimuleren in het bereiken van bepaalde doelen	100	85	76	77	71
Observeren van cliënt op veranderingen	100	78	65	76	41
Bijzondere activiteiten	63	85	89	83	47

Hoewel het merendeel van de activiteiten van het registratieformulier betrouwbaar is gescoord, zijn enkele activiteiten minder betrouwbaar gescoord: 17 items hebben een verschil in frequentie tussen uitvoerende en observator van 5% of meer. Dit kan deels worden verklaard door een lage 'face' validiteit van sommige items. 'Stofzuigen' is immers een meer evidente activiteit dan een gespreksonderwerp 'over de hulpverlening'. In 2 van de 17 gevallen gaat het om een overschatting van de uitvoerenden. Dit zijn de activiteiten 'bedden opmaken' en 'observeren/signaleren van veranderingen op psychisch vlak'. Een mogelijke verklaring voor de eerstgenoemde 'overschatte' activiteit is dat de uitvoerenden in eerste instantie de bedden hebben moeten verschonen. Omdat ze tevens de bedden weer hebben opgemaakt, hebben ze op het registratie-formulier zowel 'bedden verschonen' als 'bedden opmaken' aangekruist. De observatoren hebben gemeend dat 'bedden verschonen' ook betekent dat de bedden weer opgemaakt worden, en hebben dus alleen de activiteit 'bedden verschonen' aangekruist. De tweede 'overschatte' activiteit is het 'observeren/signaleren van veranderingen op psychisch vlak'. Dit is een voorbeeld van een 'onzichtbare' activiteit. Observatoren kunnen moeilijk zien of bepalen of de uitvoerende bij de cliënt eventuele veranderingen op dit vlak geobserveerd heeft. In deze gevallen scoort dus meestal alleen de uitvoerende deze activiteit op het registratie-formulier, wat tot een overschatting ten opzichte van de observatoren leidt. Dit in tegenstelling tot het 'observeren/signaleren van veranderingen op sociaal vlak', hetgeen door de observatoren vaker is gescoord. Zij interpreteren dus bepaalde handelingen vaker als zijnde 'observaties op sociaal vlak'. Een voorbeeld: een uitvoerende komt na het weekend bij haar cliënt en vraagt of de

kinderen van de cliënt in het weekend zijn geweest. De cliënt beaamt dit en vertelt hoe gezellig het is geweest. De observator denkt dat de uitvoerende hiermee vraagt naar het sociale leven van de cliënt. Dus door de observator wordt dit gezien als 'observeren/signaleren van veranderingen op sociaal vlak' en kruist het zo op het registratie-formulier aan. Dat de uitvoerende het wellicht niet zo heeft bedoeld, blijkt uit het grote verschil tussenbeide: 7% door uitvoerenden gescoord en 16% door de observatoren gescoord.

Voor de overige 15 items geldt een onderschatting door de uitvoerenden. Een onderschatting kan twee dingen betekenen. Ten eerste, de uitvoerende scoort dezelfde activiteit op een ander item dan de observator. Dit heeft te maken met begripsafbakening. Een voorbeeld hiervan is de activiteit 'vloeren soppen'. Bij het schoonmaken van de keuken of badkamer wordt meestal ook de vloer gedweild of gesopt. De uitvoerenden hebben het soppen/dweilen van deze vloer niet apart gescoord onder het item 'vloeren soppen/dweilen', maar alleen onder het item 'keuken (of badkamer) schoonmaken'. De observatoren hebben daarentegen regelmatig naast het aankruisen van bijvoorbeeld 'badkamer schoonmaken', ook 'vloeren soppen' aangekruist. Dit heeft geleid tot een onderschatting door de uitvoerenden. Ten tweede, de uitvoerende scoort de betreffende activiteit niet en de observator scoort de activiteit wel. Een voorbeeld hiervan is de activiteit 'tafel dekken/afruimen'. Veel cliënten krijgen rond het middaguur een warme maaltijd van de maaltijdsdienst. Meestal wordt door de uitvoerende dan alvast het bestek en een bord op tafel klaargezet. Dit is een kortdurende, eenvoudige handeling, die makkelijk door de uitvoerenden over het hoofd kan worden gezien bij het invullen van het registratie-formulier. De observator, die direct het formulier invult, scoort het item wel en dit zou de onderschatting door uitvoerenden mogelijk verklaren. Dit zou ook kunnen spelen bij het opbeuren van de cliënt. Het item 'gezelligheid in huis brengen' wordt veel vaker door de observator aangekruist. Ook bij een aantal begeleidende activiteiten is er sprake van deze vorm van onderschatting door uitvoerenden. Dit is vooral het geval bij bepaalde gespreksonderwerpen: 'praten over de hulpverlening', 'acceptatie van de ziekte of handicap', 'eenzaamheid' en 'ouder-kind relatie'. Het praten over bijvoorbeeld 'over de hulpverlening' die wordt gegeven, is waarschijnlijk vanzelfsprekend voor uitvoerenden en zullen het dus niet als zodanig registreren. De observatoren interpreteren dit wel als 'praten over de hulpverlening' en zullen het ook zo registreren. Hetzelfde geldt voor de andere gespreksonderwerpen.

Naast de activiteiten zelf, hebben de uitvoerenden en observatoren ook de tijdsduur van de activiteiten geregistreerd. Beschrijvende statistieken, zoals medianen en quartielen zijn gebruikt om de verdeling van de reistijd tussen cliënten, de duur van het huisbezoek, en de tijd besteed aan de vier hoofdcategorieën van het werk in kaart te brengen (tabel 2.7). Deze tijden bleken niet normaal te zijn verdeeld. Om na te gaan of de verdelingen hetzelfde zijn voor uitvoerenden en voor observatoren, is de Wilcoxon signed-rank test gebruikt. De resultaten bevestigen de assumptie, met significantie waarden tussen 0.11 en 0.88, dat de verdelingen van de reistijd, duur van het huisbezoek en de tijd besteed aan de vier hoofdcategorieën van het werk hetzelfde is voor uitvoerenden en observatoren.

Tabel 2.7

Verdeling van de reistijden, duur van het huisbezoek en de tijd besteed aan de vier hoofdcategorieën van het werk, gescoord door uitvoerenden en observatoren, in minuten met p-waarden (n = 159 huisbezoeken)

	uitvoerenden			observatoren			p-waarc
	25%	50% mediaan	75%	25%	50% mediaan	75%	
Reistijden tussen cliënten	5	5	10	5	5	10	0.88
Duur van het huisbezoek	30	85	180	30	85	180	0.25
Tijd besteed aan huish. act.	5	45	120	5	60	135	0.11
Tijd besteed aan verz. act.	0	0	15	0	0	15	0.59
Tijd besteed aan begel. act.	10	23	45	10	30	45	0.15
Tijd besteed aan rapp. act.	0	0	5	0	0	2	0.56

huish. act. = huishoudelijke activiteiten

verz. act. = verzorgenden activiteiten

begel. act. = psychosociale/begeleidende activiteiten

rapp. act. = rapportageactiviteiten

Aan het eind van het betrouwbaarheidsonderzoek is gekeken naar een mogelijk leereffect dat zich voor kan doen in de registratie van gegevens over langere tijd: wordt het instrument beter gehanteerd naarmate men het langer gebruikt? In het vooronderzoek is gedurende vijf

opeenvolgende werkdagen geregistreerd door uitvoerenden en observatoren. De uitkomst van de variantie-analyse, met als afhankelijke variabelen de betrouwbaarheidsscores van de vier hoofdcategorieën van activiteiten en als onafhankelijke variabelen de vijf werkdagen, leverde geen significante verschillen op. Van een leereffect is over een werkweek registreren dus geen sprake. Indien het effect zich wel voorgedaan zou hebben zou dit een ongelijke verdeling van de resultaten betekenen over uitvoerenden die weinig werken en uitvoerenden met grote arbeidscontracten.

2.3.2

Validiteit van het contact-registratieformulier

Door een aantal uitvoerenden is commentaar gegeven op het formulier zelf en in hoeverre het de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging weergeeft (inhoudsvaliditeit). De meeste opmerkingen hadden dezelfde strekking. Het formulier is duidelijk en overzichtelijk genoeg, maar niet volledig naar hun idee. Er kon bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt worden in stofzuigen boven of stofzuigen beneden. Idem dito met het toilet schoonmaken. Bij de ontwikkeling van het registratie-formulier werd echter niet beoogd dit onderscheid te maken. Ook misten de uitvoerenden een aantal werkzaamheden, voornamelijk activiteiten die weinig tijd kosten of weinig voorkomen (1x per 3 of 6 maanden). Deze konden worden gescoord onder de kopjes 'overige' van de vier hoofdcategorieën. De 'overige' activiteiten die in het hele vooronderzoek meer dan 10 keer zijn gescoord, zijn opgenomen in de aangepaste versie van het formulier. Voorbeelden hiervan zijn het wassen van de gordijnen, het verzorgen van planten/dieren, het brengen/halen van kinderen naar/van school en het klaarmaken van de cliënt voor dagopvang. Eén uitvoerende had moeite met het scoren van de psychosociale/begeleidende activiteiten.

2.4

Conclusies

Over het algemeen is gebleken dat het contact-registratieformulier een helder formulier is en duidelijk is ingedeeld. Dit zelf-registratieformulier lijkt een valide en betrouwbaar instrument om de dagelijkse praktijk van uitvoerenden te beschrijven: het representeert nagenoeg alle werkzaamheden die vallen onder 'het werken in de gezinsverzorging'. Tekortkomingen beperken zich tot het ontbreken van weinig voorkomende activiteiten. Toch zijn de activiteiten, die onder de kopjes 'overige' zijn

gescoord en vaker dan 10 keer zijn gescoord, toegevoegd aan het aangepaste registratieformulier, zoals bijvoorbeeld het wassen van de gordijnen, het verzorgen van dieren/planten, en het klaarmaken van cliënten voor dagopvang. Ook is de layout van het formulier verbeterd. Het type onderschatting door uitvoerenden, waarbij door hen activiteiten niet worden gescoord en door de observatoren wel, deed zich ook voor in een vergelijkbare studie van Kerkstra & De Wit (1987) bij wijkverpleegkundigen en een studie van Sluijs (1988) bij fysiotherapeuten. Sluijs noemt als meest voor de hand liggende verklaring: '... dat fysiotherapeuten het voorlichten van de patiënt zo'n vanzelfsprekend onderdeel van hun werk beschouwen dat zij dat niet speciaal als patiëntenvoorlichting ervaren (en dus ook niet registreren)'. Zij maakt ook melding van het vergeten van activiteiten of het onbelangrijk achten ervan. Dergelijke verklaringen zijn wellicht ook in deze studie van toepassing. Het neemt echter niet weg dat een onderschatting van het werk op dit terrein een betrouwbaar en valide beeld enigszins in de weg staat.

Ten behoeve van het hoofdonderzoek zal door middel van clustering worden getracht het effect van deze vorm van onderschatting te minimaliseren. Een poging hiertoe is gedaan met het clusteren van de items uit de subcategorie 'gespreksonderwerpen'. Na nieuwe analyses bleek dat de mate van overeenstemming tussen uitvoerenden en observatoren hierdoor toenam.

Om onderschatting door uitvoerenden als gevolg van begripsafbakening zo laag mogelijk te houden, moet in de instructie aandacht worden besteed aan dit fenomeen. Alle items die mogelijk begripsverwarring kunnen opleveren, zullen tijdens de instructie en in de handleiding duidelijk worden toegelicht. Dergelijke constatering gaven handvatten voor verbetering van het instrument op onderdelen. Het aangepaste registratieformulier is in het hoofdonderzoek gebruikt.

3

Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Het betreft een beschrijving van de selectie van de deelnemende instellingen, intake-functionarissen, uitvoerenden en cliënten. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de meetinstrumenten die in dit onderzoek gebruikt zijn. Tot slot wordt de methode van dataverzameling beschreven.

3.1

Steekproef

3.1.1

Steekproef instellingen

Alle instellingen die per 1 januari 1995 gezinsverzorging verleenden, al dan niet in combinatie met wijkverpleging (n = 104) zijn verdeeld in vier landsdelen (noord, oost, zuid, west). De vier groepen instellingen zijn vervolgens opgedeeld in instellingen die wel of niet geïntegreerd zijn met het kruiswerk. Vervolgens is per groep een onderscheid gemaakt in instellingen die zorg verlenen in een gebied met kleine en middelgrote gemeenten (tot 100.000 inwoners), en instellingen die zorg verlenen in een gebied met een stad met meer dan 100.000 inwoners. Dit leverde 16 groepen op. Uit elk van de ontstane 16 groepen is aselekt één instelling getrokken die is benaderd om aan het onderzoek te participeren. Indien een instelling niet aan het onderzoek kon of wilde deelnemen, is uit dezelfde categorie een andere instelling benaderd. Veertien geselecteerde instellingen wilden niet aan het onderzoek deelnemen om de volgende redenen: een reorganisatie of fusie met het kruiswerk die veel extra tijd en werk met zich meebrengt (6x) en 'onderzoeksmoeheid' als gevolg van deelname aan ander onderzoek (8x). Uiteindelijk hebben 16 instellingen, verspreid over heel Nederland deelgenomen aan het onderzoek.

Uit het zuiden en oosten van het land zijn elk vier instellingen afkomstig.

Uit het noorden deden drie instellingen mee en uit het westen vijf instellingen. Van de zestien instellingen zijn er dus acht geïntegreerd met het kruiswerk. De overige acht instellingen zijn traditionele instellingen, dat wil zeggen ze verlenen alleen gezinsverzorging, of soms in combinatie met maatschappelijke dienstverlening. Vier van deze traditionele instellingen hebben echter wel een hoge mate van samenwerking met het kruiswerk. De helft van de deelnemende instellingen verleent zorg in een gebied met daarin een stad met meer dan 100.000 inwoners. De andere acht instellingen verlenen zorg in gebieden met middelgrote steden (tussen de 20.000 en \pm 100.000 inwoners) (6 instellingen) of in gebieden met alleen dorpen (minder dan 20.000 inwoners) (2 instellingen).

Per instelling is het gemiddeld aantal werknemers in de gezinsverzorging van de 16 participerende instellingen 1210 (430 FTE's), met een minimum van 243 en een maximum van 3841 werknemers (respectievelijk 85 en 1537 FTE's). Tabel 3.1 geeft een overzicht van de aantallen werknemers (en de FTE's) werkzaam in de zestien instellingen, per functieniveau. Het totaal aantal uitvoerenden werkzaam in de zestien instellingen is 17.953.

De cijfers zijn niet geheel precies, aangezien twee instellingen de cijfers per 'team' hebben aangeleverd: cijfers voor de huishulpen A en verzorgingshulpen B samen, en cijfers voor de verzorgenden C en D samen. Eén instelling heeft geen alfa-hulpen in dienst, en een andere instelling heeft hierover geen cijfers aangeleverd. Eén instelling verleent geen gespecialiseerde gezinsverzorging, en heeft derhalve geen gespecialiseerd verzorgenden E in dienst. Een andere instelling heeft geen verzorgenden D in dienst.

In hoeverre de instellingen te maken hebben met tekorten als gevolg van vacatures, ziekte en verlof, staat weergegeven in tabel 3.2. Hier wordt een overzicht gegeven van de percentages vacatures, ziekteverzuim, verlof en tekorten aan alfa-hulpen van de 16 deelnemende instellingen.

Tabel 3.1

Overzicht van gemiddelde aantallen en FTE's van de diverse groepen werknemers, met tussen haakjes respectievelijk het minimum en maximum aantal uitvoerenden en FTE's

Soort personeel	Gemiddelde aantallen	FTE's
Alfahulpen	410	(0-959) 47 (0-130)
Thuishulpen A	385	(73-2159) 152 (26-933)
Verzorgingshulpen B	162	(32-422) 82 (13-213)
Verzorgenden C	128	(17-433) 69 (9-214)
Verzorgenden D	69	(0-200) 35 (0-93)
Gespecialiseerd verzorgenden E	12	(0-29) 19 (0-171)
Totaal uitvoerenden	1122	(226-3567) 374 (75-1328)
Leidinggevend	43	(9-128) 28 (6-96)
Ondersteunend personeel	46	(4-156) 44 (1-307)

Tabel 3.2

Overzicht van de gemiddelde percentages vacatures, ziekteverzuim, verloop en tekorten van de 16 instellingen

	Gemiddelde	minimum	maximum
Percentage vacatures uitvoerenden (A t/m E)	1,6	0	8,2
Percentage ziekteverzuim (A t/m E)	10,2	7,1	16
Percentage verloop (A t/m E)	12,6	0	38
Percentage tekort aan alfahulpen	4,8	0	14

Er blijken geen instellingen te zijn waar de uitvoerenden solistisch werken. Enige vorm van werken in teamverband is dus altijd aanwezig. In welke samenstelling verschilt echter tussen de instellingen. In vijf instellingen bestaat er samenwerking per functieniveau. Samenwerking met een mix van functieniveaus vindt in negen instellingen plaats. Geïntegreerde thuiszorgteams blijken in drie instellingen te bestaan. In drie andere

instellingen vindt er op nog een andere manier samenwerking plaats.

Om inzicht te krijgen in het zorgaanbod van de instellingen, is gevraagd naar welke vormen van zorg deze 16 instellingen aanbieden. In tabel 3.3 is hiervan een overzicht gegeven. Meerdere antwoorden konden gegeven worden. Uit de tabel blijkt dat de meeste instellingen een groot en ongeveer hetzelfde assortiment aan zorg bieden.

*Tabel 3.3
Overzicht van de aangeboden vormen van zorg*

Soort zorg	Aantal instellingen
Bemiddeling alfahulp	15
Flexibele hulpverlening	14
Kortdurende hulp	15
Langdurige/permanente hulp	16
Uitsluitend huishoudelijke hulp	13
Uitsluitend verzorgende hulp	15
Combinatie van huishoudelijke en verzorgende hulp	15
Gespecialiseerde gezinsverzorging	15
Avond- en weekendhulp	16
Intensieve thuishulp	15
Andere hulp	17

'Andere hulp' werd als volgt gespecificeerd: wijkverpleging (8x), dagverzorging (5x), en bejaardenalarm en maaltijdvoorziening, praktische thuishulp, video-hometraining, thuiszorgwinkel, intake WVG, klussendienst, kraamzorg, oppashulp en nachtdienst (allen 1x).

Gemiddeld wordt per instelling aan 2228 huishoudens traditionele hulp verleend (variërend van 583 tot 9278 huishoudens) en bij gemiddeld 620 huishoudens wordt bemiddeld in alfahulp (variërend van 0 tot 1977 huishoudens).

Vervolgens is nagegaan of de instellingen een wachtlijst hebben voor positief geïndiceerde huishoudens (traditionele hulp en/of alfahulp). Dit

zijn huishoudens die reeds positief geïndiceerd zijn, maar nog geen hulp hebben gekregen. Bij tien van de 16 instellingen bleek een dergelijke wachtlijst te bestaan. Ook in de wachtlijsten wordt een onderscheid gemaakt tussen huishoudens voor traditionele hulp en huishoudens voor alfahulp. De wachtlijst-grootte voor traditionele hulp varieert tussen 10 en ongeveer 369 huishoudens, wat een gemiddelde oplevert van ongeveer 100 huishoudens per instelling. De wachtlijst voor alfahulp is aanmerkelijk kleiner en varieert tussen de 3 en ongeveer 200 huishoudens, met een gemiddelde van ongeveer 58 huishoudens. De precieze cijfers zijn niet voorhanden, aangezien één instelling geen onderscheid in de wachtlijst kon maken tussen traditionele hulp en alfahulp.

3.1.2

Steekproef intake-functionarissen

In iedere instelling is een intake-functionaris, ook wel intaker genoemd, geïnterviewd. Hij of zij is verantwoordelijk voor het indiceren en toewijzen van de benodigde zorg/hulp bij cliënten. Het betreft 14 vrouwelijke en 3 mannelijke intakers met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar. De intakers zijn, op één na allemaal HBO opgeleid, meestal Sociale Academie maatschappelijk werk. Daarnaast hebben twaalf van hen een gerichte vervolgopleiding gehad voor hun functie als intaker. De geïnterviewden beschikken over een ruime werkervaring in gezinsverzorging, variërend van 6 tot 23 jaar. De gemiddelde werkervaring als intaker is 6 1/2 jaar.

3.1.3

Steekproef uitvoerenden

De selectieprocedure leverde 16 instellingen op. Eén instelling deed echter mee met twee volledige regio's, daarom wordt vanaf nu gesproken over 17 instellingen.

Van deze 17 instellingen hebben zes typen uitvoerenden, gebaseerd op functieomschrijvingen van de AbvaKabo (1994) deelgenomen: alfahulpen, thuishulpen A, verzorgingshulpen B, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E. Een uitgebreide beschrijving van de zes functieniveaus staat in bijlage 2. De instellingen werd gevraagd 30 uitvoerenden te selecteren: vijf uitvoerenden van elk van de zes functieniveaus. Niet alle instellingen waren in staat om vijf van elk functieniveau te selecteren, omdat er niet altijd vijf uitvoerenden van een bepaald functieniveau beschikbaar of aanwezig waren. In vier instellingen

was zelfs één van de functieniveaus in zijn geheel niet aanwezig. De instellingen hebben eventuele tekorten geprobeerd aan te vullen met een groter aantal uitvoerenden van andere functieniveaus.

In eerste instantie hebben 474 uitvoerenden aan het onderzoek deelgenomen. Van deze 474 uitvoerenden was 3% mannelijk en 97% vrouwelijk. De verdelingen van de leeftijd en de contract-uren van de uitvoerenden staan in tabel 3.4. De gemiddelde leeftijd van de uitvoerenden was 39 jaar en de meeste uitvoerenden vielen in de leeftijdsgroep van 41 tot 50 jaar. Het gemiddeld aantal contract-uren per week was 20 uur en het merendeel van de uitvoerenden werkte tussen de 11 en 20 uur per week.

Tabel 3.4

Verdeling van leeftijd (A) en contract-uren (uren per week) (B), (n = 474 uitvoerenden)

		Totale groep (n = 474)	
A	Leeftijdverdeling	B	Dienstverband (uren per week)
	20-30 jaar	0-10 uren	20.8%
	31-40 jaar	11-20 uren	37.2%
	41-50 jaar	21-30 uren	22.3%
	> 51 jaar	31-40 uren	19.7%
	gemiddelde leeftijd	gem. aantal uren	20.2 uren

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom uitvoerenden speciaal in de gezinsverzorging zijn gaan werken. Aan de uitvoerenden zijn 10 mogelijke redenen voorgelegd. Vervolgens is hen gevraagd of de betreffende reden destijds voor hen meespeelde, een beetje meespeelde of niet meespeelde in hun keuze om in de gezinsverzorging te gaan werken. In tabel 3.5 staat een overzicht van deze redenen en voor hoeveel uitvoerenden deze hebben meegespeeld in hun keuze om in de gezinsverzorging te gaan werken. 'Het leek me fijn en dankbaar werk' is een reden die voor veel uitvoerenden heeft meegespeeld om in de gezinsverzorging te gaan werken. Ook het part-time werken, de zelfstandigheid/autonomie in het werk en het verzorgend werk waren voor veel uitvoerenden redenen om in de gezinsverzorging te gaan werken.

Tabel 3.5

Overzicht van redenen die voor de uitvoerenden meespeelden om in de gezinsverzorging te gaan werken, in percentages

het leek me fijn en dankbaar werk toen ik begon	64
ik had altijd al verzorgend werk willen doen	59
daar kon ik part-time werken	52
ik wilde graag (meer) zelfstandigheid en verantwoordelijkheid in mijn werk	40
daar was toevallig een vacature toen ik werk zocht	37
ik was nu eenmaal bedreven in huishoudelijk werk	26
ik had voor dit werk de opleiding gevolgd	25
ik wilde weer terug de (gezins-)verzorging in	20
alle andere banen die ik kon krijgen waren minder leuk	11
ik kon daar beter verdienen dan met ander werk	7

Zestien uitvoerenden hebben voor aanvang van de registratieperiode of net na de eerste week afgezien van deelname aan het onderzoek, waardoor het totaal aantal uitvoerenden dat heeft deelgenomen aan het onderzoek 458 is. Dit is 2,6% van het totaal aantal uitvoerenden werkzaam in de deelnemende instellingen. In tabel 3.6 staan de aantallen uitvoerenden per functieniveau van

Tabel 3.6

Overzicht van het totaal aantal uitvoerenden en de deelnemende uitvoerenden per functieniveau

Functieniveau	Totaal aantal uitvoerenden	Aantal deelnemende uitvoerenden	Percentage
Alfahulp	6319	73	1,2%
Thuishulp A	6160	88	1,4%
Verzorgingshulp B	2204	87	3,8%
Verzorgende C	2051	81	3,9%
Verzorgende D	965	75	7,8%
Gespecialiseerd verzorgende E	194	54	27,8%
Totaal	17.953	458	2,6%

de deelnemende instellingen, met daarbij het aantal en het percentage uitvoerenden dat heeft deelgenomen in het onderzoek.

In totaal werd door deze uitvoerenden tijdens de registratieperiode aan 2968 verschillende cliënten hulp verleend.

3.1.4

Steekproef cliënten

Van deze 2968 cliënten zijn retrospectief data verzameld die instellingen voor gezinsverzorging standaard registreren, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, samenstelling huishouden en mantelzorg.

De gemiddelde leeftijd van de 2968 cliënten is 73.7 jaar. Het betreft hoofdzakelijk vrouwelijke cliënten (76.7%), die gemiddeld 73.6 jaar oud zijn. De mannelijke cliënten hebben een gemiddelde leeftijd van 74 jaar. De 65-plussers vormen het leeuwendeel van het cliëntenbestand, namelijk ruim 80%, waarvan 4 mensen de 100 gepasseerd zijn (zie tabel 3.7).

Tabel 3.7

Verdeling van cliënten naar leeftijd en geslacht (n = 2968), in percentages

	Totale groep	Geslacht	
		man	vrouw
jonger dan 55 jaar	14.6	13.0	15.0
55 t/m 64 jaar	4.2	5.6	3.8
65 t/m 74 jaar	16.4	19.4	15.5
75 t/m 84 jaar	38.7	36.7	39.3
85 t/m 94 jaar	24.8	23.7	25.1
95 en ouder	1.3	1.6	1.3
Totaal	100.0	100.0	100.0

Vergeleken met de totale cliënten-populatie in de gezinsverzorging (Baars & Spaan 1996), bevat deze steekproef meer cliënten jonger dan 55 jaar (14.6% versus 12.7% van de totale populatie), en meer cliënten ouder dan 75 jaar (64.7% versus 58.2% van de totale cliënten-populatie). De totale cliënten-populatie in de gezinsverzorging bevat meer cliënten tussen de 55 en 75 jaar dan de 2968 cliënten uit het onderzoek: 29.1% en 20.6%

respectievelijk. De reden waarom deze steekproef meer cliënten van jonger dan 55 jaar bevat, is omdat de gespecialiseerd verzorgenden E, die vooral hulp aan jongere cliënten verlenen, oververtegenwoordigd zijn. In 85.9% van de huishoudens is per huishouden één cliënt aanwezig. Dit wil zeggen dat één persoon betrokken is in het hulpverleningsproces. Door de systeembenadering van de gezinsverzorging kan echter ook aan meerdere cliënten per huishouden hulp verleend worden, bijvoorbeeld aan een echtpaar of aan een ouder met kinderen. In 10.3% van de huishoudens zijn twee personen cliënt van de gezinsverzorging. In de overige gevallen zijn meer dan twee personen in het hulpverleningsproces betrokken. Van 12 cliënt-situaties is dit onbekend.

Meer dan de helft van de cliënten (57.2%) is gehuwd geweest, hetgeen wil zeggen dat men weduwe/weduwenaar of gescheiden is. Ongeveer een derde van de cliënten is gehuwd/samenwonend (32.4%). Ten slotte is 10.4% ongehuwd. Van 17 cliënten is de burgerlijke staat onbekend.

De samenstelling van het huishouden die het meest voorkomt is alleenstaand zonder inwonende kinderen (63.3%). Gehuwd of samenwonend zonder inwonende kinderen komt in 22.9% van de gevallen voor. Huishoudens met inwonende kinderen vormen een minderheid: 9.3% is gehuwd of samenwonend met kinderen en er zijn 4.5% één-ouder gezinnen. In de meeste gevallen is dit één kind. De leeftijden van de kinderen variëren van 0 tot 67 jaar. De gemiddelde leeftijd van het oudste kind bedraagt 17.6 jaar ($n = 301$) en van het jongste kind 6 1/2 jaar ($n = 193$). Van 17 huishoudens is de samenstelling van het huishouden onbekend.

In 57.3% van de gevallen heeft de cliënt de beschikking over mantelzorg. Ruim een derde van de cliënten krijgt hulp van één mantelzorger (36.7%). Ruim een vijfde van de cliënten heeft twee of meer verschillende mantelzorgers om zich heen (20.6%). Degene die deze rol het meest vervult is een uitwonende kind (31.8%), gevolgd door de partner, overige familielid, vrienden/buren/kennissen en andere huisgenoten. Van 33 cliënt-situaties is het onbekend of hierbij mantelzorg aanwezig is.

3.2

Meetinstrumenten

Hieronder volgt een overzicht van de gebruikte meetinstrumenten om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

3.2.1

Interviewschema

Een semi-gestructureerd interviewschema is vervaardigd met als doel kennis te verkrijgen van het proces van aanmelding, indicatiestelling en zorgtoewijzing. In het interviewschema is tevens aandacht besteed aan de criteria die men in de praktijk gebruikt voor het te indiceren functieniveau van de uitvoerende. Aan de hand van dit interviewschema zijn de eerder genoemde 17 intake-ers geïnterviewd. Het interviewschema is als bijlage 3 bijgevoegd.

3.2.2

Vragenlijst naar organisatiekenmerken

Een gestructureerde vragenlijst met vragen over de organisatie is naar elk van de 16 instellingen gestuurd. Op deze manier is inzicht verkregen in onder andere de aanwezigheid en de grootte van wachtlijsten in de instelling, de mate van verzuim en verloop, en het aantal werknemers verdeeld naar de verschillende functieniveaus. Deze vragenlijst is als bijlage 4 in dit rapport opgenomen.

3.2.3

Persoonlijk cliëntenplan

Van de 2968 cliënten die tijdens de registratieperiode van de deelnemende uitvoerenden hulp hebben gekregen is retrospectief een aantal gegevens over de geïndiceerde hulp en de toegewezen hulp, gespecificeerd naar omvang, inhoud en functieniveau uit de dossiers overgenomen. Om een beschrijving van deze cliëntenpopulatie te kunnen geven zijn ook (geanonimiseerde) achtergrondkenmerken uit de dossiers gebruikt, zoals de reden voor het inschakelen van de gezinsverzorging, samenstelling van het huishouden, leeftijd en geslacht van de cliënt en dergelijke. Deze gegevens zijn verzameld op een speciaal voor dit doel ontwikkeld formulier wat een verkorte, gecombineerde uitvoering is van een intake- en indicatieformulier: het persoonlijk cliëntenplan (zie bijlage 5).

3.2.4

Contact-registratieformulier

De uitvoerenden besteden het merendeel van hun tijd aan zogenaamde cliëntgebonden activiteiten. Om een goed beeld te krijgen van de activiteiten die daadwerkelijk worden uitgevoerd, hebben de uitvoerenden hun activiteiten per huisbezoek geregistreerd. Hiertoe is een contact-registratieformulier ontwikkeld (zie bijlage 6). Dit instrument is gebaseerd op het onderzoeksmodel (figuur 5.1), dat uitgebreid besproken zal worden in hoofdstuk 5, waarin een onderscheid wordt gemaakt in een viertal taken op het gebied van de gezinsverzorging: huishoudelijke taken, verzorgende taken, begeleidende taken en taken op het gebied van overleg en samenwerking. De indeling van de vier hoofdcategorieën is afgeleid van bestaande taakindelingen en verschillende bestaande indicatieformulieren zoals die in de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging gebruikt worden (Werkgroep SOGW 1992; AbvaKabo 1992; Stichting Thuiszorg Hilversum, 's-Graveland & Loosdrecht 1992; Verheij e.a. 1993; AbvaKabo 1994).

Uit het vooronderzoek (zie hoofdstuk 2) is gebleken dat het contact-registratieformulier een betrouwbaar en valide meetinstrument is om de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging te meten en nagenoeg alle werkzaamheden in de gezinsverzorging representeert. Daarnaast is ook rekening gehouden met het onderscheid dat gemaakt kan worden bij de activiteiten van de hoofdcategorieën huishoudelijke, verzorgende en begeleidende activiteiten. Deze activiteiten kunnen namelijk op drie niveaus plaatsvinden: ondersteunend, gedeeltelijk compenserend en geheel compenserend. In de gezinsverzorging betekent dit respectievelijk begeleiden, helpen bij en overnemen van. Het begeleiden komt terug bij de begeleidende activiteiten: helpen veranderen van huishoudelijke, verzorgende, sociale en/of begeleidende activiteiten. Maar bij het scoren van de activiteiten moet de uitvoerende dus een keuze maken tussen het overnemen van de activiteiten (1: door uitvoerende zelf uitgevoerd) of het helpen bij die activiteiten (2: door uitvoerende samen met cliënt uitgevoerd). Tot slot kunnen de uitvoerenden op het formulier zowel de tijd besteed aan de vier hoofdcategorieën als de reistijden tussen cliënten, tussen cliënt en thuis en/of instelling noteren.

3.2.5

Weekoverzicht

Naast het registratie-formulier is er een zogenaamd weekoverzicht

gemaakt. Daarin wordt aandacht besteed aan activiteiten om de cliëntbezoeken heen, zoals planningsbijeenkomsten en overleg en de tijd die daaraan is besteed. Ook is er ruimte om aan te geven welke andere werkzaamheden ze hebben verricht (zoals bereikbaarheidsdienst, cursus, administratie, en verlof) buiten de cliënt-situatie. Op deze manier worden de zogenaamde niet-clientgebonden activiteiten in kaart gebracht. Een exemplaar van het weekoverzicht is te vinden in bijlage 7.

3.2.6

Vragenlijst naar werkdruk

Om de vragen over de belastende aspecten van het werk te kunnen beantwoorden, is een vragenlijst ontwikkeld, gebaseerd op het onderzoeksmodel 'Werkdruk in de gezinsverzorging' (figuur 6.1) dat in hoofdstuk 6 zal worden besproken. De onderwerpen waar de vragenlijst zich op richt zijn gebaseerd op de dimensies uit het onderzoeksmodel: werklust (organisatie-kenmerken, taakkenmerken, arbeidsomstandigheden), werkdruk (arbeidsatisfactie, burnout, gezondheid) en verwerkingsvermogen (sociale steun, leiderschapstijl, coping, individuele kenmerken).

Werklast

De vragenlijst 'Beleving en Beoordeling van de Arbeid' (VBBA) van van Veldhoven & Meijman (1994) is gebruikt voor de schalen van organisatie-kenmerken, taakkenmerken en arbeidsomstandigheden. De organisatie-kenmerken zijn geoperationaliseerd in drie subschalen: communicatie met de instelling, mogelijkheden voor contact met collega's en vervanging bij ziekte. Vier taakkenmerken zijn gemeten: afwisseling, feedback, autonomie en leer- en groeimogelijkheden.

Arbeidsomstandigheden, de condities waaronder werk verricht moet worden, zijn geoperationaliseerd in rolonduidelijkheid, dat wil zeggen de mate van ervaren onzekerheid in de werksituatie over de te vervullen taakinhoud, wat van iemand verwacht wordt; rolconflict, dat wil zeggen het moeten uitvoeren van onderling tegenstrijdige taken of het krijgen van tegenstrijdige instructies; lichamelijke, geestelijke en emotionele belasting, werktempo, en veiligheid.

Werkdruk

Gebaseerd op het onderzoek van Boumans (1990) naar het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, is arbeidstevredenheid

gemeten aan de hand van zeven subschalen: tevredenheid met werkprestatie, met duidelijkheid in het werk, met het contact met collega's, leidinggevende en cliënten, en tevredenheid met groei- en promotiemogelijkheden in het werk. Ook vragen over algemene werkvolvoening en intrinsieke motivatie zijn opgenomen (Boumans 1990). Om burnout te meten is gebruik gemaakt van de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Schaufeli & Van Dierendonck 1994). In de MBI worden drie dimensies onderscheiden: emotionele uitputting, depersonalisatie en gevoelens van persoonlijke bekwaamheid. Door middel van één vraag wordt naar de algemene gezondheidstoestand van de respondenten gevraagd (Van Dierendonck e.a. 1992; Knibbe e.a. 1994). Voor de mate van (ziekte-)verzuim wordt gevraagd hoe vaak en hoe lang ze in het afgelopen jaar ziek zijn geweest (Boumans 1990; Jansen & Kerkstra 1995). Verder zijn er drie vragen geformuleerd over het voorkomen van rugklachten (Knibbe e.a. 1994; Bakker e.a. 1995).

Verwerkingsvermogen

In hoeverre de uitvoerenden in de gezinsverzorging sociale steun ervaren van leidinggevendens, collega's en de partner/het thuisfront is gemeten met een schaal uit de Vragenlijst Organisatie Stress (VOS-D) van Bergers, Marcelissen en De Wolff (1986). Leiderschapstijl is gemeten aan de hand van een door Boumans (1990) aangepaste versie van de lijst van Stogdill (1963), met twee dimensies van leiderschapstijl: sociaal-emotioneel leiderschap en instrumenteel leiderschap. Ook worden de copingstrategieën, manieren van omgaan met problemen en bepaalde gebeurtenissen, van de uitvoerenden gemeten. Hiervoor wordt de Utrechtse Coping List (UCL) (Scheurs e.a. 1988) gebruikt met drie dimensies van coping: actief problemen aanpakken, passief blijven, en het opzoeken van sociale steun.

In tabel 3.8 staan de schalen en subschalen van de vragenlijst, met de Cronbachs alfa's en het aantal items per schaal. De betrouwbaarheid van deze schalen is berekend en de alfa's (α) van twee onderdelen van schalen bleken onvoldoende: intrinsieke motivatie (arbeidstevredenheid) ($\alpha = .47$) en depersonalisatie (burnout) ($\alpha = .52$). Deze vragen zijn uit het bestand verwijderd voordat verdere analyses zijn uitgevoerd. De interne consistentie van de overige schalen was voldoende en varieerde tussen 0.63 and 0.94.

Tabel 3.8
 De schalen en subschalen van de vragenlijst naar werkdruk, met de
 Cronbachs alfa's en het aantal items

Variabelen	α	aantal
<i>Werklast</i>		
Organisatie-kenmerken		
. communicatie met organisatie	.72	4
. contact met collega's	.65	4
Taakkenmerken		
. afwisseling	.77	6
. feedback	.77	6
. autonomie	.85	11
. leer- en groeimogelijkheden	.84	9
Arbeidsomstandigheden		
. rolonduidelijkheid	.64	5
. rolconflict	.63	6
. lichamelijke belasting	.84	7
. mentale belasting	.90	7
. emotionele belasting	.78	7
. werktempo	.78	1
<i>Verwerkingsvermogen</i>		
Ervaren sociale steun		
. leidinggevenden	.85	4
. collega's	.93	4
. partner	.94	4
. overleg	.73	3
. leiderschapstijl		
. sociaal-emotioneel	.77	11
. instrumenteel	.72	9
Coping-strategieën		
. actieve benadering	.74	7
. passieve benadering	.75	12
. zoeken van sociale steun	.77	6
<i>Werkdruk</i>		
Arbeidstevredenheid		
. duidelijkheid	.64	5
. collega's	.89	6

. leidinggevende	.84	6
. groei	.77	3
. promotie	.83	4
. cliënten	.76	4
. werkprestatie	.74	7
. algemene werkvoldoening	.79	7
. intrinsieke motivatie	.47	4
. totale tevredenheid	.92	42
Burnout		
. emotionele uitputting	.85	9
. persoonlijke bekwaamheid	.73	8
. depersonalisatie	.52	5

3.3

Methode van dataverzameling

Per instelling is een instructiebijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten werd aan de 474 deelnemende uitvoerenden het doel van het onderzoek uitgelegd. De uitvoerenden is gevraagd om gedurende één periode (vier weken) een registratie bij te houden van alle activiteiten die tijdens de huisbezoeken worden verricht, op het contact-registratie-formulier.

Naast het invullen van registratieformulieren na ieder huisbezoek, is de uitvoerenden gevraagd om aan het eind van iedere week een weekoverzicht met daarop de niet-cliëntgebonden activiteiten in te vullen. Ook wanneer een uitvoerende ziek of vrij was geweest, diende ze een weekoverzicht in te vullen. Samen met de ingevulde registratieformulieren van de betreffende week, diende ze wekelijks een overzicht op te sturen. Alle formulieren die de uitvoerenden tijdens het onderzoek moesten gebruiken, zijn uitvoerig uitgelegd. Aan het eind van elke instructiebijeenkomst werd aan de deelnemende uitvoerenden gevraagd om de vragenlijst naar werkdruk in te vullen. Deze werden na afloop van de bijeenkomst ingevuld ingeleverd. Ook de uitvoerenden die later zouden stoppen hebben deze vragenlijst ingevuld en teruggegeven, wat dus een totaal van 474 vragenlijsten heeft opgeleverd.

De registratie-periodes van de 17 instellingen zijn verdeeld over 8 maanden, om invloed door seizoensfluctuaties te beperken.

Per instelling is de cliëntinformatie behorende bij de registratieformulieren retrospectief verzameld op het voor dit doel ontwikkeld persoonlijk cliëntenplan. Hiervoor moest inzage in de cliëntendossiers en/of cliëntenadministratie worden verleend. De medewerking ten aanzien van deze inzage is door de instellingen vrij vlot verleend. Ook door instellingen die nog te maken hadden met de gevolgen van een recentelijk fusie of integratie en zodoende druk waren met het fuseren/aanpassen van de cliëntenadministraties. Het verzamelen van de benodigde gegevens ging echter bij de ene instelling sneller dan bij de andere instelling. Dit was voornamelijk afhankelijk van de mate van automatisering. Sommige instellingen beschikken over een volledig geautomatiseerde cliëntenadministratie met daarin de benodigde gegevens, terwijl andere instellingen bijvoorbeeld de persoonlijke gegevens wel geautomatiseerd hebben vastgelegd en de geïndiceerde en toegewezen zorg (nog) niet. Dan zijn er ook instellingen die (nog) niet geautomatiseerd zijn en waarbij de gegevens uit de dossiers moesten worden gehaald.

De vragenlijst naar organisatiekenmerken is tijdens de registratieperiode in eerste instantie naar de contactpersoon van de instelling gestuurd. Hij of zij heeft óf zelf de vragen beantwoord óf dit laten doen door de administratieve afdeling óf door personeelszaken.

De interviews met de intake-functionarissen zijn tijdens de registratieperiode van de betreffende instelling afgenomen.

4

Het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing

4.1

Inleiding

Als een huishouden (tijdelijk) geen beroep kan doen op de belangrijkste verzorger, kan de hulp ingeroepen worden van de gezinsverzorging. Dit kan het geval zijn voor thuis-verblijvende ouderen, zieken en gehandicapten die zorgbehoevend zijn. Een andere doelgroep is gezinnen en alleenstaanden die tijdelijk moeilijk kunnen functioneren door psychosociale problemen.

Na de aanvraag van gezinsverzorging door de cliënt of door derden uit de omgeving van de cliënt, wordt door de intaker een afspraak gemaakt voor een zogenaamd intake-gesprek. Onder intake wordt over het algemeen verstaan het opnemen van de cliënt in het hulpverleningssysteem (Slingerland & Van Amelsvoort 1991). Een intake omvat de volgende stappen:

- de aanmelding (persoonlijke gegevens);
- het verhelderen van de hulpvraag;
- het vaststellen van de problematiek (diagnose);
- formulering doelstelling;
- indicatiestelling.

In overleg met de cliënt en eventuele mantelzorg wordt door de intaker vastgesteld welke hulp nodig is, op welk tijdstip, hoe vaak en hoe lang. Het doel van het intake-proces is dus vast te stellen welk deel van het cliënt-systeem ondersteund moet worden om het systeem als geheel weer te kunnen laten functioneren.

Een en ander gebeurt met behulp van een intake-instrument. Het LIER-systeem (Landelijk Indicatie- en Registratiesysteem) (Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging 1986) dat veel wordt gebruikt in de gezinsverzorging, beoogt een grote objectiviteit door middel van een eenduidige beschrijving van de hulpvraag van de cliënt. Het LIER-systeem

bestaat uit drie delen: complexen (anamnese aan de hand van fysiek vermogen, regelvermogen en redzaamheid), het ponsconcept (hulpvraag gespecificeerd naar huishoudelijk verzorgend, zorg/verzorgend en begeleidend/sociaal) en een formulier dat ruimte biedt voor eventuele aandachtspunten/bijzonderheden. In een dergelijk systeem kan de intaker informatie kwijt omtrent de aard, omvang en benodigd functieniveau wat betreft de hulpvraag, in aanvulling op de resterende mogelijkheden van het cliënt-systeem. Vervolgens kan de leidinggevende dezelfde gegevens noteren inzake de toewijzing. Naast een (geautomatiseerd) hulpmiddel voor de inhoud, en planning van de hulp, levert een dergelijk systeem tevens relevante beleidsinformatie op voor het management van de instelling. Het LIER-systeem tracht vier elementen samen in beeld te brengen die de hulpverleningssituatie bepalen: eigen mogelijkheden van het huishouden, afspraken over taken en taakverdeling, tijd die nodig is om taken verantwoord uit te voeren en het functieniveau dat dient te worden ingezet. Een wijziging binnen een element heeft consequenties voor de overige drie.

Naast het LIER-systeem wordt door instellingen voor gezinsverzorging (thuiszorg) ook gewerkt met andere systemen die men soms zelf ontwikkeld heeft. Vanaf 1990 worden integraties gerealiseerd tussen gezinsverzorging en kruiswerk (Heroverwegingsonderzoek) (ministerie van WVC 1990). Met deze ontwikkeling wil men onder andere het intakeproces voor kruiswerk en gezinsverzorging integreren en de indicatiestelling loskoppelen van de uitvoering, teneinde de objectiviteit te bevorderen. In dit kader is door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg in samenwerking met Compliance Consult in 1995 het LVT-indicatiesysteem ontwikkeld, waarbij men streeft weer te komen tot één landelijk uniform indicatiesysteem voor de thuiszorg (LVT 1995). De doelstelling van dat indicatiesysteem is externen (verzekeraars en cliënten) het vertrouwen te geven dat een thuiszorgorganisatie alle zorgvragen op een transparante en objectieveerbare, dat wil zeggen via persoons- en instellingsoverstijgende richtlijnen, wijze beoordeelt. In dit geïntegreerde indicatiesysteem voor wijkverpleging en gezinsverzorging staat de hulpvraag van de cliënt centraal. Tijdens het intakeproces wordt de hulpvraag vertaald naar zorgproducten (indicatie naar inhoud van de zorg). Vervolgens wordt tijdens de indicatiestelling de benodigde zorg vastgesteld naar inhoud, kwaliteit (functieniveau) en volume. Dit tezamen bepaalt ook de kosten die gepaard gaan met de inzet van zorg. Andere voorbeelden van geïntegreerde intake-instrumenten zijn: TIRS (Thuiszorg Indicatie

Registratiesysteem), GIRST (Geïntegreerd Informatiesysteem en Registratie Systeem Thuiszorg), TIS (Thuiszorg Indicatie Systeem) en het Intake formulier Thuiszorg IJmond.

Sommige instellingen maken reeds gebruik van een op zichzelf staand centraal intake-bureau, dat niet alleen indiceert voor gezinsverzorging en kruiswerk, maar soms ook voor maaltijdvoorziening, verpleeghuis en andere diensten.

Na afloop van de intake worden de gegevens door de intaker overgedragen aan meestal een leidinggevende. Een leidinggevende geeft leiding aan en begeleidt uitvoerende medewerkers. De leidinggevende stelt aan de hand van de indicatiestelling, in overeenstemming met de cliënt en de betreffende uitvoerende een hulpverleningsplan op dat vervolgens opgenomen wordt in de algemene planning van de werkzaamheden van uitvoerenden (Handboek Gezinsverzorging 1989). De herindicatie wordt verricht door de leidinggevende of door een intaker. In deze laatste fase van het hulpverleningsproces worden de bereikte resultaten afgezet tegen de doelstelling die werd vastgesteld bij de indicatiestelling. Op grond hiervan wordt de hulpverlening beëindigd, of wordt het zorgplan zonodig bijgesteld en wordt de hulpverlening gecontinueerd. Ook de uitvoerenden spelen bij een herindicatie een rol. Door te signaleren en methodisch te werken stellen zij voortdurend de zorgbehoefte van de cliënt vast en gaan zij na of de zorgsituatie nog gelijk is. Bij wezenlijke veranderingen in de zorgsituatie dient de leidinggevende en/of intaker gewaarschuwd te worden. Deze kan dan een herindicatie laten plaatsvinden, waardoor het zorgplan kan worden aangepast. Soms hebben uitvoerenden zelf, met name de hogere functieniveaus, autonomie om zelfstandig het zorgplan bij te stellen.

Indicaties die betrekking hebben op alfahulpverlening worden door de intaker overgedragen aan de bemiddelaar alfahulpverlening, die verantwoordelijk is voor een juiste en volledige typering van aard en omvang van de hulpverlening, bemiddeling en afhandeling van elke inkomende alfahulpaanvraag.

De indicatiestelling zoals vastgelegd door de intaker, wordt in het ideale geval overgenomen door de leidinggevende. Het kan echter voorkomen dat de leidinggevende niet aan de indicatiestelling kan voldoen. Er kunnen zich (tijdelijk) discrepanties voordoen op het gebied van inhoud, omvang en functieniveau. De cliënt kan ook op een wachtlijst geplaatst worden, indien de urgentie van de cliënt-situatie dat toestaat.

De toegewezen inhoud van de zorg kan afwijken van de indicatiestelling als gevolg van een andere toewijzing qua uren en frequentie per week voor de betreffende cliënt-situatie en/of een ander toegewezen functieniveau.

De toegewezen uren of frequentie per week kunnen afwijken, omdat:

- de instelling door budgettaire of organisatorische redenen de geïndiceerde hoeveelheid hulp niet volledig kan bieden;
- omstandigheden in het cliënt-systeem, (bijvoorbeeld retributie, privacy) de geïndiceerde hulp beperken.

Het toegewezen functieniveau kan afwijken, omdat:

- het geïndiceerde functieniveau niet aanwezig is;
- persoonlijke kwaliteiten van een uitvoerende prevaleren;
- er sprake is van organisatorische beperkingen, zoals de reis-afstand of combinatie van gezinnen (Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging 1986).

Na de indicatiestelling en de zorgtoewijzing volgt de daadwerkelijke hulpverlening als derde fase in het hulpverleningsproces, hetgeen aan de orde komt in hoofdstuk 5. De vraagstellingen die in dit hoofdstuk beantwoord worden hebben betrekking op de eerste twee fasen van het hulpverleningsproces: de intake (aanmelding en indicatiestelling) en de toewijzing van zorg. De vragen luiden als volgt:

- 1 Welke hulp wordt geïndiceerd naar inhoud, omvang en functieniveau van de uitvoerende medewerkers in de gezinsverzorging?
- 2 Op grond van welke criteria van de cliënt-situatie wordt in de praktijk van de gezinsverzorging bij de indicatiestelling gedifferentieerd naar functieniveau?
- 3 Is er discrepantie aanwezig tussen de geïndiceerde hulp en de hulp die vervolgens wordt toegewezen qua inhoud, omvang en functieniveau? Indien deze discrepantie aanwezig is, wat zijn hiervoor de redenen?

4.2

Resultaten

Bij de beschrijving van de resultaten worden de fasen van het hulpverleningsproces chronologisch gevolgd: aanmelding, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Afwisselend worden resultaten gepresenteerd afkomstig uit de interviews met de intakekers en uit de persoonlijke cliëntenplannen van de 2968 cliënten die tijdens de registratieperiode van de deelnemende uitvoerenden hulp hebben gekregen. De cliëntgegevens zijn retrospectief verzameld (zie § 3.3).

4.2.1

De aanmelding

Procedure

Volgens de intakers melden de cliënten van de gezinsverzorging meestal zichzelf telefonisch aan. In een enkel geval komen ze langs bij de instelling of worden ze verwezen. Hiervan wordt bij alle instellingen op één na notitie gemaakt op een apart daarvoor bestemd aanmeldingsformulier. Een dergelijke aanmelding wordt bij 13 van de 17 instellingen in eerste instantie verwerkt door de telefoniste, die in de meeste gevallen MBO-opgeleid is. Bij de andere vier instellingen komen de aanmelders (cliënten of derden) direct terecht bij een intaker of bij een centraal aanmeldpunt. In vier van de 13 instellingen, waarbij de telefoniste de aanmelding in eerste instantie verwerkt kan deze direct een beroep doen op een inhoudelijk deskundige (intaker, leidinggevende) die de aanmelding verder verwerkt. In de negen andere instellingen geven de geïnterviewden aan dat telefonistes soms op een dergelijke ondersteuning kunnen rekenen. Of aanmelders direct afdoende geholpen worden is afhankelijk van het tijdstip waarop men belt. Meestal 's morgens, soms ook 's middags hebben de meeste instellingen spreekuurtijden waarop intakers/leidinggevenden direct bereikbaar zijn. De openingstijden en -dagen van de instellingen voor het aanmelden van zorg zijn ongeveer gelijk. Op werkdagen tijdens kantooruren, meestal van 8.30 tot 17.00 uur, kan men bij de instellingen terecht. Daarnaast zijn er vijf instellingen die 24 uur per dag bereikbaar zijn. Bij verschillende andere instellingen is dit ook de bedoeling voor de toekomst. Bij de meeste instellingen wordt de datum van aanmelding genoteerd en de datum waarop de hulp is aangevangen. Van 86.4% van de cliënten zijn beide data bekend.

In ongeveer de helft van de gevallen ontvangt men binnen week na aanmelding daadwerkelijk hulp (zie tabel 4.1). De gemiddelde wachttijd bedraagt 20.5 dagen, uiteenlopend van 0 dagen (16.6%) tot 319 dagen (4.2%).

4.2.2

De indicatiestelling

Procedure

Na de aanmelding wordt een intakegesprek gehouden met de hulpvrager. In twaalf instellingen wordt dit gesprek gehouden door een intaker van een zogenaamd 'centraal intake bureau'. Dit is een afdeling van de

Tabel 4.1

Wachttijd in dagen tussen aanmelding en ontvangen van hulp (n = 2563 cliënten), in percentages

Wachtdagen	Percentage
0 dagen	16.6
1 t/m 2 dagen	10.6
3 t/m 5 dagen	12.8
6 t/m 7 dagen	10.4
8 t/m 10 dagen	7.8
11 t/m 14 dagen	9.6
15 t/m 21 dagen	9.2
22 t/m 30 dagen	6.6
31 t/m 50 dagen	6.5
51 t/m 100 dagen	5.7
101 t/m 319 dagen	4.2
Totaal	100.0

instelling die als meldpunt fungeert voor informatie, advies en zorgaanvragen voor de gezinsverzorging of thuiszorg. Bij drie instellingen is er geen sprake van een centraal intake bureau en bij twee instellingen vindt de indicatiestelling los van de instelling plaats. In het laatste geval valt de indicatiestelling onder verantwoordelijkheid van de gemeente die ook indicaties voor verpleeghuizen verricht.

Tien geïnterviewden zeggen de intake te verzorgen tussen 2 en 5 dagen na de aanmelding. Drie intakers geven aan dit gemiddeld binnen 2 dagen te doen en vier intakers zeggen dat de intake binnen een week na aanmelding geschiedt.

Alle geïnterviewde intakers maken tijdens de intake-procedure gebruik van specifieke intake-formulieren. Bij negen van de 17 instellingen wordt het LIER-systeem gebruikt. Vijf instellingen maken gebruik van intake-formulieren, die men zelf ontwikkeld heeft of heeft laten ontwikkelen. Ten slotte wordt door drie instellingen gebruik gemaakt van het GINO of RIT. Daarnaast past men in twee instellingen het E3-systeem toe, hetgeen wil zeggen dat men door een andere werkwijze (standaardisatie) voordeel tracht te bereiken op het gebied van Effectiviteit, Efficiency en Ergonomie

(Bedrijfssystemen Thuiszorg BV, 1994).

Op basis van de gegevens die worden verzameld tijdens het intake-gesprek indiceert de intaker de hulp naar inhoud, omvang (aantal uren en frequentie per week) en functieniveau. Dit is bij alle 17 instellingen het geval. Uitvoerenden, leidinggevenden of anderen komen hierbij in principe niet aan te pas. Hetzelfde geldt voor het vaststellen van de gewenste duur en de urgentie van de hulp. Eén intaker merkt op dat de urgentie-bepaling geen aandacht heeft binnen de instelling, daar er geen wachtlijst is.

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is aangegeven, wordt een hoge mate van onafhankelijkheid en objectiviteit in de intake-procedure nagestreefd. Vijftien van de 17 intakers geven aan inderdaad geen rekening te houden bij de indicatiestelling met de feitelijke beschikbaarheid van uitvoerenden: men gaat uit van wat de cliënt nodig heeft. De andere twee intakers hanteren het schaarste-model, dat wil zeggen omdat de vraag groter is dan het aanbod wordt er zo streng mogelijk geïndiceerd naar inhoud, omvang en functieniveau. Een van die intakers wijst cliënten daarbij op het alternatief van het Persoonsgebonden Budget.

Twaalf intakers geven te kennen dat zorgdoelen meestal tijdens de intake vastgelegd worden, vier doen dit soms en één intaker zegt dat dit zelden of nooit gebeurt. De laatste geeft aan dat dit een zaak is van de leidinggevende. Zeven van de twaalf intakers die meestal zelf de zorgdoelen formuleren geven wel aan dat de uitvoerenden, in overleg met de leidinggevende, deze doelen bij kunnen stellen. De redenen hiervoor zijn dat de intake een momentopname is en dat met name bij cliënten die hulp krijgen van een verzorgende of gespecialiseerde verzorgende de zorgsituatie niet stabiel is. Bij de rest van de instellingen is de mogelijkheid tot bijstellen door uitvoerenden beperkt. Wanneer er veel verandering optreedt in de cliënt-situatie wordt er een herindicatie gedaan.

Hulpvraag van cliënten

Tijdens het intake-gesprek wordt door de intaker eerst de hulpvraag van de cliënt in kaart gebracht voordat de daadwerkelijke indicatiestelling plaatsvindt. Het gaat hierbij om de aanleiding of reden van de aanvraag voor gezinsverzorging en het bepalen van de eigen mogelijkheden van het cliëntensysteem.

Een overzicht van de aanleiding of reden van de aanvraag voor gezinsverzorging door de cliënten is weergegeven in tabel 4.2. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de gehanteerde categorieën voor de aanleiding/-

reden voor de aanvraag per instelling verschilt. Daarom zijn hier de aanleidingen/redenen samengevoegd tot vier categorieën. Zoals uit de tabel blijkt is een langdurige aandoening de meest voorkomende reden om hulp van de gezinsverzorging in te roepen, bijna 65%. Deze categorie omvat chronische aandoeningen, ouderdomsklachten, dementie en lichamelijk en zintuiglijke handicaps. Verder doet ruim 14% van de cliënten een beroep op de gezinsverzorging in verband met opname/ontslag uit de tweede lijn. Dit zijn cliënten die bijvoorbeeld hulp nodig hebben na ontslag uit het ziekenhuis of in afwachting van een verpleeghuisopname. Psychosociale problemen zijn voor 11% van de cliënten aanleiding om gezinsverzorging aan te vragen. Het betreft hier bijvoorbeeld cliënten met een psychische of psychiatrische stoornis, een verslaving, opvoedingsproblemen, problemen rond echtscheiding of overlijden van partner. Cliënten die vanwege psychosociale problemen gezinsverzorging aanvragen zijn in dit onderzoek waarschijnlijk oververtegenwoordigd, omdat er relatief veel gespecialiseerde verzorgenden E in dit onderzoek participeren. Ook een kortstondige ziekte, een ziekte die korter dan 6 maanden duurt, is voor ruim 11% van de cliënten de reden om gezinsverzorging aan te vragen. Bij 45 cliënten is de aanleiding onbekend.

Tabel 4.2

Aanleiding/reden tot aanvraag voor gezinsverzorging (n = 2923), in percentages

Aanleiding/Reden tot aanvraag gezinsverzorging	Percentage
Langdurige/chronische aandoening (≥ 6 maanden)	64.8
Kortstondige ziekte (< 6 maanden)	11.4
Opname/ontslag 2e lijn	14.2
Psychosociale problemen	11.1
Overige	1.2

Bij 16 van de 17 instellingen worden door de intaker de eigen mogelijkheden van het cliëntstelsel uitgedrukt in A) lichamelijk/fysiek vermogen, B) regelvermogen en C) redzaamheid van het cliëntstelsel. De hoogte van de score op het fysiek vermogen (A) hangt af van de mate waarin het cliëntstelsel *lichamelijk* in staat is handelingen te verrichten,

welke betrekking hebben op de huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken. De hoogte van de score op het regelvermogen (B) hangt af van de mate waarin het cliëntsysteem *psychisch/mentaal* in staat is de huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken te verrichten of te organiseren. De hoogte van de score op *redzaamheid* van het cliëntsysteem (C), ten slotte, hangt af van de score op A en B, de mate waarin het cliëntsysteem in staat is te komen tot een herverdeling van de huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken en de mate waarin er hulp vanuit de directe omgeving beschikbaar is. De scores op deze drie variabelen lopen van 0 tot 3, waarbij 0 staat voor een goed vermogen en 3 voor een zeer ernstig onvermogen (Stichting Centrale Raad voor de Gezinsverzorging 1986). In tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van eigen mogelijkheden van de cliëntsysteem van de 16 instellingen die deze scores hanteren bij de intake-procedure. Daarnaast zijn deze scores voor 122 cliëntsysteem onbekend.

Tabel 4.3

Overzicht van de eigen mogelijkheden van de cliëntsysteem die hulp ontvangen van de gezinsverzorging (n = 2651), in percentages

	Score A lichamelijk/fysiek vermogen	Score B regelvermogen	Score C redzaamheid
0	2.6	38.3	1.4
1	33.6	37.4	50.3
2	58.4	21.3	44.8
3	5.5	3.1	3.4

Uit dit overzicht blijkt dat het fysieke onvermogen van ruim 60% van de cliëntsysteem als ernstig tot zeer ernstig wordt beoordeeld bij de intake. Het regelvermogen is bij ongeveer een kwart van de cliëntsysteem ernstig tot zeer ernstig aangetast en de zelfredzaamheid bij bijna de helft.

Geïndiceerde hulp

Na het vaststellen van de hulpvraag wordt vervolgens tijdens het intake-gesprek door de intaker de benodigde hulp geïndiceerd, zowel naar inhoud, omvang (aantal uren en frequentie per week) en benodigd

functieniveau. Deze indicatiegegevens zijn retrospectief verzameld. In het onderzoek is uitgegaan van de meest recente (her)indicatiegegevens, omdat een aantal cliënten al heel lang in zorg is bij de gezinsverzorging en later in dit hoofdstuk de geïndiceerde hulp zal worden vergeleken met de toegewezen hulp. In tabel 4.4 is weergegeven hoe lang het geleden is dat bij de cliënten de (her)indicatie plaatsvond. Daaruit blijkt dat dit bij 37% van de cliënten korter dan een half jaar geleden is, bij eveneens 37% langer dan een jaar geleden is en bij 20% van de cliënten zelfs langer dan twee jaar.

Tabel 4.4

Verdeling van de tijdsperiode sinds de meest recente (her)indicatie van de cliënten (n = 2968), in percentages

Tijd verstreken na (her-)indicatie	Percentage
t/m één maand	7
één t/m drie maanden	13
drie t/m zes maanden	17
zes maanden t/m 1 jaar	26
1 t/m 2 jaar	17
2 t/m 3 jaar	7
3 t/m 4 jaar	4
4 t/m 5 jaar	2
5 jaar of meer	4
onbekend	3

De *indicatie van de inhoud van de hulp* wordt uitgedrukt in drie hoofdtaken: huishoudelijke hulp, verzorging, en begeleiding, waarbij een combinatie van deze taken mogelijk is. In tabel 4.5 is de geïndiceerde inhoud van de zorg voor alle cliënten weergegeven.

Zoals te verwachten is, is huishoudelijke hulp het vaakst geïndiceerd, en wel bij 80% van de cliënten. Opvallend is echter dat het bij ruim 50% van de cliënten huishoudelijke hulp is geïndiceerd in combinatie met verzorging en/of begeleiding. Verzorging, al dan niet in combinatie met huishoudelijke hulp of begeleiding is geïndiceerd bij 54% en begeleiding, al dan niet in combinatie met huishoudelijke of verzorgende hulp, bij 47% van de cliënten.

Tabel 4.5

Inhoud van de geïndiceerde zorg voor de cliënten van de gezinsverzorging (n = 2968), in percentages

Geïndiceerde zorg	Percentage
Huishoudelijke hulp	26
Verzorging	14
Begeleiding	2
Huishoudelijke hulp en verzorging	13
Huishoudelijke hulp en begeleiding	18
Verzorging en begeleiding	5
Huishoudelijke hulp, verzorging en begeleiding	21
Onbekend	1
Totaal	100

De *indicatie van de omvang van de hulp* is verdeeld in aantal uren per week en de frequentie per week. Tabellen 4.6 en 4.7 laten respectievelijk de geïndiceerde uren en de geïndiceerde frequentie per week zien. Het gemiddelde aantal uren dat per week is geïndiceerd, is 6 uur, uiteenlopend van 20 minuten tot 55 uur per week. De gemiddeld geïndiceerde frequentie per week is 3 1/2 keer, uiteenlopend van 1 tot 30 keer per week.

Tabel 4.6

Geïndiceerd aantal uren hulp per week voor cliënten (n = 2902), in percentages

Aantal uren per week	Percentage
Minder dan 1 uur	3
1 tot 4 uur	41
4 tot 7 uur	31
7 tot 10 uur	21
10 tot 20 uur	1
20 tot 30 uur	1
30 tot 40 uur	1
Meer dan 40 uur	1
Totaal	100

Tabel 4.7

Geïndiceerde frequentie per week dat cliënten hulp krijgen (n = 2461), in percentages

Geïndiceerde frequentie per week	Percentage
1 keer	33
2 keer	22
3 keer	8
4 keer	3
5 keer	15
6 keer	1
7 keer	12
8 tot 10 keer	2
10 tot 20 keer	3
20 tot 30 keer	1
Totaal	100

Van 2913 cliënten (98.1%) is het *geïndiceerde functieniveau* bekend. In tabel 4.8 is de verdeling van het geïndiceerde functieniveau weergegeven. Bij iedere cliënt werd één functieniveau geïndiceerd, meervoudige indicaties kwamen niet voor.

Tabel 4.8

Verdeling van de geïndiceerde functieniveaus voor cliënten van de gezinsverzorging (n = 2913), in percentages

Functieniveau	Percentage
Alfahulp	5.6
Thuishulp A	22.8
Verzorgingshulp B	21.2
Verzorgende C	19.1
Verzorgende D	24.0
Gespecialiseerd verzorgende E	7.2
Totaal	100

Tot slot is door de intakekers de verwachte duur van de hulpverlening aangegeven. Dit gebeurt in drie categorieën: korter dan een maand, één tot zes maanden of langer dan zes maanden. Bij ruim drie kwart van de cliënten verwacht men dat de hulpverlening langer dan zes maanden zal duren. Bij de overige cliënten wordt de duur van hulpverlening als tijdelijk ingeschat, echter maar **zeer** zelden (2%) korter dan een maand.

Indicatie-criteria

Aan de intakekers zijn zes criteria voorgelegd, met de vraag in hoeverre deze een rol spelen bij het indiceren naar functieniveau. Deze criteria zijn:

- De aard van de hulpvraag. De hulpvraag van de cliënt kan op 6 terreinen of een combinatie daarvan liggen: huishoudelijk, verzorgend, sociaal/begeleidend, reactiverend, lichamelijk verzorgend gebied en/of verpleeg-technisch.
- De samenstelling van het huishouden: zijn er kinderen in het huishouden aanwezig, en, indien dit het geval is, zijn ze jonger of ouder dan 16 jaar?
- De leeftijd van de cliënt: hier wordt een onderscheid gemaakt tussen cliënten jonger dan 65 en cliënten ouder dan 65 jaar.
- De mate van stabiliteit van de cliënt-situatie: is een bepaalde situatie stabiel of instabiel (onder stabiel wordt verstaan dat er geen veranderingen in de cliënt-situatie of het huishouden of de hulpvraag plaatsvinden).
- De cliënt als werkgever: is de cliënt in staat om de werkgeversrol te vervullen, met andere woorden kan de cliënt 'toezicht' houden op de uitvoerende en de financiën met betrekking tot salaris regelen.
- Hulp uitsluitend overdag: is er uitsluitend hulp gewenst tijdens kantooruren (tussen 7.00 en 18.00 uur, 5 dagen per week) of is er (ook) hulp 's avonds, 's nachts en/of in het weekend nodig?

Volgens de intakekers is de aard van de hulpvraag het belangrijkste criterium bij het indiceren naar functieniveau. Ook de volgende criteria spelen volgens alle intakekers hierbij een rol: stabiliteit van de cliënt-situatie, hulp overdag of 's avonds, 's nachts en/of in het weekend en de cliënt als werkgever. De samenstelling van het huishouden en met name de leeftijd van de cliënt worden van weinig belang geacht bij het indiceren naar functieniveau.

Een indicatiestelling gedifferentieerd naar functieniveau ziet er volgens de intakekers op basis van bovenstaande criteria als volgt uit:

Een alfahulp wordt geïndiceerd wanneer het een (puur) huishoudelijke hulpvraag betreft in een situatie waar alleen overdag hulp verleend hoeft te worden. De cliënt moet de werkgeversrol kunnen vervullen, en

daarnaast is het belangrijk dat de cliënt-situatie stabiel is.

Wanneer het een huishoudelijke hulpvraag betreft, en de hulp is voor overdag, maar de cliënt is niet geschikt als werkgever, dan wordt een thuishulp A geïndiceerd.

Bij een gecombineerde hulpvraag van voornamelijk verzorgende taken en enkele huishoudelijke taken, in een situatie waar kinderen jonger dan 16 jaar zijn, wordt de verzorgingshulp B geïndiceerd. Het gaat bovendien om hulp overdag.

Een verzorgende C wordt geïndiceerd wanneer de hulpvraag een combinatie is tussen verzorging en, in mindere mate, reactivering. Het gaat vaak om instabiele situaties met jonge kinderen (jonger dan 16 jaar).

Wanneer het gaat om een hulpvraag die lichamelijk verzorgend van aard is, soms in combinatie met reactivering, dan wordt vrijwel altijd de verzorgende D geïndiceerd. De cliënt-situatie is instabiel en de hulp moet vooral 's avonds, 's nachts en/of in het weekend verleend worden.

De gespecialiseerd verzorgende E wordt geïndiceerd wanneer het een sociaal/begeleidende hulpvraag betreft en er sprake is van een instabiele cliënt-situatie.

Naast de bovenstaande criteria, hanteren sommige intakekers nog andere criteria. Voorbeelden daarvan zijn:

Een alfahulp wordt geïndiceerd wanneer de hulp minstens 6 maanden nodig is en gedurende maximaal 12 uur per week.

Een verzorgende C wordt geïndiceerd wanneer het om een gecombineerde hulpvraag van huishoudelijke aard en begeleiding gaat.

Een verzorgende C of D wordt geïndiceerd wanneer de hulpvraag lichamelijke verzorging betreft, en de mantelzorg ontbreekt. Is er wel mantelzorg, dan wordt voor dezelfde hulpvraag een verzorgingshulp B of verzorgende C geïndiceerd.

Wanneer er sprake is van psycho-geriatrische of psychische problemen, dan wordt ten minste een verzorgende C geïndiceerd.

4.2.3

Toewijzing van de benodigde hulp

Procedure

Nadat de indicatiestelling door de intaker is afgerond, wordt het ingevulde intakeformulier doorgestuurd naar de betreffende afdeling. De zorgtoewijzing gebeurt namelijk niet door de intaker, maar door de leidinggevende of thuiszorgmanager. Op het intake-formulier wijst de leidinggevende de zorg toe naar de inhoud van de hulp, de omvang van de hulp

(frequentie en aantal uren per week) en het functieniveau dat de hulp moet gaan verlenen. In eerste instantie gaan alle leidinggevendenden bij de zorgtoewijzing uit van wat de intaker heeft geïndiceerd. Vervolgens wordt gekeken of het geïndiceerde functieniveau beschikbaar is. Een grotere vraag dan het aanbod veroorzaakt een structureel tekort aan personeel. Ook door vakantie, verlof of ziekte kan de beschikbaarheid van het personeel tijdelijk teruglopen. Enkele leidinggevendenden geven aan dat persoonlijke kwaliteiten van uitvoerendenden ook een rol bij de toewijzing van het functieniveau kunnen spelen. Ten slotte spelen eigen inzicht en ervaring van de leidinggevende een grote rol bij de zorgtoewijzing.

Toegewezen hulp

Op het intake-formulier wijst de leidinggevende de hulp toe naar inhoud, omvang en functieniveau.

Tabel 4.9 presenteert *de toegewezen hulp naar inhoud*, welke wordt uitgedrukt in drie hoofdtaken, waarin onderlinge combinaties mogelijk zijn. Huishoudelijke hulp, al dan niet in combinatie met verzorging en/of begeleiding, is bij bijna 80% van de cliënten toegewezen. Uitsluitend huishoudelijke hulp is slechts bij een kwart van de cliënten toegewezen. Zowel verzorgende hulp als begeleidende hulp zijn in combinatie met elkaar en/of huishoudelijke hulp in meer dan de helft van de gevallen toegewezen.

Tabel 4.9

Inhoud van de toegewezen zorg voor de cliënten van de gezinsverzorging (n = 2968), in percentages

Toegewezen zorg	Percentage
Huishoudelijke hulp	25
Verzorging	10
Begeleiding	1
Huishoudelijke hulp en verzorging	10
Huishoudelijke hulp en begeleiding	21
Verzorging en begeleiding	9
Huishoudelijke hulp, verzorging en begeleiding	22
Onbekend	2
Totaal	100

In de tabellen 4.10 t/m 4.13 wordt een overzicht gegeven van de toegewezen inhoud van de hulp, uitgesplitst naar functieniveau. Huishoudelijke taken (tabel 4.10) worden gemiddeld bij 79% van de cliënten toegewezen, waarbij dagelijks en periodiek huishoudelijk werk en het sanitair het meest frequent worden toegewezen. Huishoudelijke taken worden bijna altijd bij de alfahulpen toegewezen (98%) en het minst bij de verzorgenden D (47%).

Verzorgende taken zijn bij meer dan de helft van cliënten toegewezen (52%, tabel 4.11). Bij 88% van de cliënten van de verzorgenden D worden verzorgende taken toegewezen, bij cliënten van de alfahulpen nauwelijks (2%).

De toewijzing van begeleidende taken, zie tabel 4.12, gebeurt bij meer dan de helft van de cliënten (53%), waarbij de cliënten van de gespecialiseerd verzorgenden E het meest frequent begeleidende taken toegewezen krijgen (91%).

Uit tabel 4.13 blijkt dat bij bijna alle cliënten rapportagetaken zijn toegewezen. De hoge percentages bij het rapporteren over tekorten en over gezondheidsproblemen zijn toe te schrijven aan het feit dat de leidinggevende toezicht op de hulpverlening dient te houden, wat betekent dat de uitvoerenden in geval van problemen dit aan hem/haar moet rapporteren. Het lage percentage bij de alfahulpen kan worden verklaard uit het feit dat de alfahulpen vooral in stabiele cliëntsituaties worden ingezet en niet in dienst zijn van de instelling.

Tabel 4.10

Verdeling van de toegewezen inhoud van de hulp binnen de hoofdcategorie 'Huishoudelijke taken' (n = 2913), in percentages per functieniveau

	Ah (157)	A (595)	B (564)	C (644)	D (747)	E (206)	Totaal (2913)
<i>Huishoudelijke taken</i> (30 items)	98	94	92	83	47	84	79
Huishoudelijk werk (1 item)	3	23	34	28	13	63	25
Dagelijks huishoudelijk werk (7 items)	95	94	91	81	37	64	74
. kamer opruimen	51	66	74	66	26	53	56
. stofzuigen	96	92	86	73	28	61	68
. afwassen/wegzetten	1	9	20	27	14	19	17

. bedden opmaken	51	65	74	70	31	53	58
. stof afnemen/raggen	61	72	78	69	26	50	59
. vloeren soppen (excl. sanitair)	96	90	85	70	26	61	67
. post halen/brengen	0	4	8	12	3	7	6
Periodiek huishoudelijk werk (9 items)	95	93	87	76	30	61	70
. bedden verschonen (incl. opmaken)	87	86	85	75	29	61	67
. deuren/ramen/houtwerk zemen	97	92	85	71	26	60	67
. planten/dieren verzorgen	4	5	10	12	4	8	8
. kasten opruimen	5	17	24	28	8	27	19
. tuin onderhouden	0	0	0	1	0	0	0
. vuilniszakken verwisselen/ buitenzetten	81	78	75	65	26	55	60
. buiten schoonmaken (stoep/ balkon)	3	2	3	2	2	2	2
. kleden/matten kloppen	4	13	19	22	7	22	15
. koper/zilver poetsen	1	1	0	1	0	0	1
Sanitair schoonmaken (3 items)	96	93	86	72	29	61	68
. wc schoonmaken	97	92	86	73	29	60	69
. keuken schoonmaken	97	92	85	72	27	61	68
. douche/badkamer schoon- maken	97	92	87	73	27	61	68
Verzorging kleding/linnen/ schoeisel (5 items)	23	50	57	54	19	42	42
. wassen/ophangen/afhalen	17	34	46	46	16	38	34
. strijken/vouwen/opbergen	18	43	52	48	16	38	37
. schoenen poetsen	1	4	8	9	4	10	6
. verstelwerk	2	4	6	8	2	9	5
. gordijnen/vitrage afhalen/ wassen/ophangen	7	12	21	23	8	16	15
Maaltijd (voor-)bereiding (4 items)	1	8	24	34	22	26	21
. koffie/thee/andere dranken verzorgen	0	3	8	17	12	15	10
. tafel dekken/afruimen	0	5	12	20	11	16	12
. ontbijt of lunch maken	0	5	15	24	17	17	15
. koken (evt. invriezen)	1	6	14	18	8	21	12
Boodschappen doen (2 items)	11	22	30	28	11	25	21

. dagelijkse boodschappen	3	15	23	22	8	20	16
. periodieke boodschappen	10	14	19	17	6	17	14

Tabel 4.11

Verdeling van de toegewezen inhoud van de hulp binnen de hoofdcategorie 'Verzorgenden taken' (n = 2913), in percentages per functieniveau

	Ah (157)	A (595)	B (564)	C (644)	D (747)	E (206)	Totaal (2913)
Verzorgende taken (22 items)	2	19	46	65	88	30	52
Eenvoudige persoonlijke verzorging (12 items)	1	17	43	62	82	28	49
. aan- uitkleden	1	6	19	38	59	6	29
. kousen/schoenen aan-/uittrekken	1	7	22	39	60	6	30
. haar-/nagel-/gezichtsverzorging	1	8	26	46	64	11	34
. nat of droog scheren	1	1	3	5	5	1	3
. helpen bij eten	0	0	4	9	8	2	5
. hulp bij toiletgang	0	1	4	7	6	2	4
. steunkousen aan-/uittrekken	0	6	8	11	14	1	9
. mondhygiene (ook kunstgebit)	1	1	5	10	8	4	6
. verzorgen/aanbrengen hulp- middelen, gehoorapparaat e.d.	0	0	0	1	3	0	1
. hulp bij beweging in/rond 't huis	1	2	8	14	13	4	9
. tillen/verplaatsen hulpvrager	1	0	4	7	8	1	4
. verzorging van kinderen	0	0	5	4	1	15	3
Complexe persoonlijke verzorging (10 items)	2	9	31	54	77	13	41
. helpen met therapie-oefeningen	1	1	3	8	4	2	4
. bed verschonen met hulpvrager erin	0	0	0	0	1	0	0
. baden/douchen/wassen (evt. op bed)	1	8	26	46	67	11	35
. steunkorset/prothesen/spalken aanbrengen/wegnemen	0	0	1	1	4	1	1

. medicijnen klaarzetten/toe- dienen (oraal)	1	2	6	16	18	5	10
. druppelen/zalven volgens voorschrift	0	2	6	10	17	1	8
. behandelen van smetten/kleine wondjes	0	2	3	6	11	1	5
. incontinentiemateriaal weg- nemen/aanbrengen	1	1	1	4	7	0	3
. decubituspreventie	1	0	1	4	6	1	3
. katheterzakjes verwisselen	0	0	0	1	2	0	1

Tabel 4.12

Verdeling van de toegewezen inhoud van de hulp binnen de hoofdcategorie 'Begeleidende taken' (n = 2913), in percentages per functieniveaus

	Ah (157)	A (595)	B (564)	C (644)	D (747)	E (206)	Totaal (2913)
<i>Begeleidende taken (37 items)</i>	8	34	51	63	58	91	53
<i>Problemen (9 items)</i>	6	13	23	27	32	47	25
. problemen rond de hulp- verlening	0	1	1	2	3	4	2
. eenzaamheid	0	3	4	8	5	8	5
. relatieproblemen met partner	0	1	1	3	1	14	2
. problemen met kinderen	0	1	2	3	1	27	3
. problemen rond opname/ontslag zieken/verpleeg-/bejaardenhuis	0	0	1	2	2	5	1
. problemen rond ziekte/gezond- heid/handicap	5	10	19	21	28	33	20
. de dood	1	3	3	4	3	4	3
<i>Omgaan met problemen (6 items)</i>	6	24	37	49	38	86	39
. niets doen (negeren)	0	0	0	1	0	1	0
. luisteren	6	22	30	43	35	76	34
. begrip/medeleven tonen	1	6	11	16	15	43	14
. psychische steun	1	13	24	34	23	82	26
. oplossing zoeken	1	1	4	6	5	42	6

. cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	1	1	4	7	6	47	7
Observeren, signaleren van veranderingen (3 items)	4	18	36	46	44	82	38
. op lichamelijk vlak	2	10	24	32	40	43	27
. op psychisch vlak	4	18	36	45	40	83	37
. op sociaal vlak	4	18	36	45	39	81	36
Toeziën op/stimuleren van: (4 items)	2	8	17	23	31	37	21
. correct medicijngebruik	1	2	6	14	17	9	10
. voeding/dieet/leefwijze	2	4	9	15	15	29	12
. gebruik hulpmiddelen	1	0	1	3	8	1	3
. bezoek andere hulpverleners	0	3	5	4	5	14	5
Helpen veranderen van: (4 items)	1	5	11	13	9	73	13
. huishoudelijke taken	1	3	7	7	3	52	8
. verzorgende taken	1	2	6	7	6	35	7
. sociale activiteiten	0	3	6	8	4	60	9
. begeleidende taken	0	2	6	8	4	62	9
Mantelzorg (4 items)	1	0	3	8	12	10	6
. toestand cliënt bespreken	1	0	3	6	10	8	5
. instructie geven	1	0	1	2	3	4	2
. emotionele steun verlenen	1	0	1	4	5	6	3
. mogelijkheden bespreken	1	0	1	4	5	8	3
Bijzondere taken (3 items)	0	3	7	7	6	15	6
. gezelligheid in huis brengen	0	2	5	6	4	11	4
. klaarmaken voor dagopvang	0	0	1	1	2	0	1
. vergezellen naar/bij adres buitenshuis	0	1	2	2	1	9	2
Kinderen (3 items)	0	1	4	6	1	38	5
. brengen/halen naar/van school/kinderdagverblijf	0	0	1	2	1	15	2
. opvangen van kind(-eren)	0	0	3	5	1	33	5
. begeleiden van kind(-eren)	0	0	2	3	1	33	4
Financiële aangelegenheden (2 items)	0	2	3	3	2	17	3
. financiële administratie	0	2	1	2	1	12	2
. plannen/beheren van middelen/budgetteren	0	1	2	2	1	13	2

Tabel 4.13
 Verdeling van de toegewezen taken binnen de hoofdcategorie
 'Rapportagetaken' (n = 2913), in percentages per functieniveau

	Ah (157)	A (595)	B (564)	C (644)	D (747)	E (206)	Totaal (2913)
<i>Rapportagetaken</i> (18 items)	38	77	82	86	91	94	82
Rapportage in logboek (6 items)	1	1	2	3	10	5	4
. aan leidinggevende	0	0	1	1	1	5	1
. aan collega's	1	0	2	3	9	3	4
. aan wijkverpleging	1	0	1	1	4	1	2
. aan huisarts	1	0	1	0	3	1	1
. aan mantelzorg	1	0	1	2	7	1	3
. aan anderen	0	0	0	1	1	3	1
Rapportage tekorten in de zorg- verlening (6 items)	38	76	82	84	85	94	81
. aan leidinggevende	43	78	84	86	86	98	83
. aan collega's	0	1	4	10	7	1	5
. aan wijkverpleging	0	4	10	12	15	3	10
. aan huisarts	0	0	1	1	2	2	1
. aan mantelzorg	0	2	6	12	7	10	7
. aan anderen	0	1	2	4	3	38	5
Rapportage gezondheids- problemen van de cliënt (6 items)	36	76	82	85	91	94	82
. aan leidinggevende	40	78	84	87	87	97	83
. aan collega's	2	5	11	14	28	3	14
. aan wijkverpleging	1	6	14	16	27	5	15
. aan huisarts	4	14	15	12	37	17	19
. aan mantelzorg	4	10	16	20	30	25	20
. aan anderen	0	2	3	6	5	49	7

Net als de geïndiceerde hulp, kent ook *de toegewezen omvang van de hulp* een onderscheid tussen de frequentie in hulp en het aantal uren hulp per week. Tabel 4.14 en tabel 4.15 laten respectievelijk het toegewezen aantal uren en de toegewezen frequentie per week zien. Het gemiddelde aantal uren dat per week is toegewezen, is een kleine 6 uur, uiteenlopend van 20 minuten tot 55 uur per week.

Tabel 4.14

Toegewezen aantal uren hulp per week voor cliënten (n = 2900), in percentages

Aantal uren per week	Percentage
minder dan 1 uur	3
1 tot 4 uur	42
4 tot 7 uur	29
7 tot 10 uur	12
10 tot 20 uur	10
20 tot 30 uur	2
30 tot 40 uur	1
meer dan 40 uur	<1
Totaal	100

De gemiddelde toegewezen frequentie is 3 1/2 keer per week, uiteenlopend van 1 tot 30 keer per week.

Tabel 4.15

Toegewezen frequentie per week dat cliënten hulp krijgen (n = 2461), in percentages

Frequentie per week	Percentage
1 keer	34
2 keer	22
3 keer	7
4 keer	3
5 keer	15
6 keer	1
7 keer	12
8 tot 10 keer	2
10 tot 20 keer	3
20 tot 30 keer	1
Totaal	100

Van 2910 cliënten (98%) is het *toegewezen functieniveau* bekend. In tabel 4.16 is de verdeling van het toegewezen functieniveau weergegeven.

Tabel 4.16

Verdeling van de toegewezen functieniveaus bij cliënten van de gezinsverzorging (n = 2910), in percentages

Functieniveau	Percentage
Alfahulp	5.5
Thuishulp A	19.4
Verzorgingshulp B	19.6
Verzorgende C	22.4
Verzorgende D	25.9
Gespecialiseerd verzorgende E	7.2
Totaal	100

4.2.4

Discrepanties tussen geïndiceerde hulp en toegewezen hulp

Allereerst wordt nagegaan of de inhoud van de hulp die geïndiceerd is, ook daadwerkelijk is toegewezen. Ten tweede wordt de geïndiceerde omvang van de hulp vergeleken met de toegewezen omvang van de hulp (frequentie en uren per week). Tot slot wordt onderzocht of het geïndiceerde functieniveau overeenkomt met het toegewezen functieniveau.

In tabel 4.17 wordt een overzicht gegeven van de *discrepanties tussen de geïndiceerde en toegewezen inhoud van de hulp*. Over het algemeen wordt de inhoud van de hulp zoals die door de intaker is geïndiceerd ook toegewezen door de leidinggevende. Bij ruim 19% van de cliënten wijkt de inhoud van de toegewezen hulp af van de geïndiceerde hulp. Ruim 13% van de cliënten krijgt meer taken toegewezen dan geïndiceerd en ruim 5% minder taken. De discrepanties zitten vooral bij de verzorgende taken. Wanneer alleen verzorgende taken zijn geïndiceerd, wordt slechts in 62% ook alleen verzorgende taken toegewezen. Vaak zijn er dan tevens begeleidende taken (22%) of huishoudelijke taken (10%) toegewezen. Bij een gecombineerde indicatie van huishoudelijke en verzorgende taken, wordt ook slechts in 62% deze combinatie van taken toegewezen. In 14%

worden er ook begeleidende taken toegewezen. De geïndiceerde begeleidende taken, afzonderlijk of in combinatie met verzorgende taken, worden bij ruim driekwart van de cliënten ook toegewezen. Het verschil wordt veroorzaakt door het toewijzen van huishoudelijke taken (respectievelijk 16% en 17%). Wanneer alleen huishoudelijke taken zijn geïndiceerd, worden ook bijna altijd alleen huishoudelijke taken toegewezen (89%). Soms worden ook begeleidende taken toegewezen (7%). De hulpvraag waar het om een combinatie van huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken gaat, wordt ook bijna altijd (86%) toegewezen. Soms worden er geen huishoudelijke taken toegewezen (5%), en soms worden er geen verzorgende taken toegewezen (6%).

Tabel 4.17

Overzicht van de geïndiceerde en toegewezen inhoud van de hulp voor de cliënten van de gezinsverzorging, in percentages (n = 2906)

Geïndiceerde zorg	hh	vz	beg	hh + vz	hh + beg	vz + beg	hh + vz + beg
<i>Toegewezen zorg</i>							
hh	89	1	0	5	2	1	1
vz	0	62	0	8	0	3	0
beg	0	0	77	0	0	0	0
hh + vz	3	10	0	62	0	0	2
hh + beg	7	1	16	2	93	2	6
vz + beg	0	22	2	9	1	77	5
hh + vz + beg	1	4	5	14	4	17	86
totaal	100	100	100	100	100	100	100

hh = huishoudelijke taken

vz = verzorgende taken

beg = begeleidende taken

hh + vz = huishoudelijke en verzorgende taken

hh + beg = huishoudelijke en begeleidende taken

vz + beg = verzorgende en begeleidende taken

hh + vz + beg = huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken

Van 2900 cliënten is bekend hoeveel uren hulp ze per week geïndiceerd en toegewezen kregen. In tabel 4.18 is een overzicht gegeven van de *discrepanties tussen de geïndiceerde en de toegewezen hulp in uren per week*. Bijna alle cliënten (90%) hebben het aantal uren dat geïndiceerd is, ook toegewezen gekregen. Van de rest kreeg 6% minder uren per week, en 4% meer uren per week toegewezen.

In tabel 4.19 is eenzelfde overzicht gegeven voor de *discrepanties in de frequentie van de hulp per week*. Van 2461 cliënten is bekend welke frequentie per week is geïndiceerd en toegewezen. Zo goed als alle cliënten (96%) hebben hetzelfde aantal keren hulp per week toegewezen gekregen als dat was geïndiceerd. Drie procent kreeg een hogere frequentie en 1% kreeg een lagere frequentie per week.

Tabel 4.18

Overzicht van de discrepantie tussen het geïndiceerde aantal uren hulp per week en het toegewezen aantal uren hulp per week, in percentages (n = 2900)

Overeenstemming geïndiceerde en toegewezen aantal uren	Meer uren toegewezen dan geïndiceerd	Minder uren toegewezen dan geïndiceerd
90%	4%	6%

Tabel 4.19

Overzicht van de discrepantie tussen het geïndiceerde aantal keren hulp per week en het toegewezen aantal keren hulp per week, in percentages (n = 2461)

Overeenstemming geïndiceerde en toegewezen frequentie	Hogere frequentie toegewezen dan geïndiceerd	Lagere frequentie toegewezen dan geïndiceerd
96%	3%	1%

Bij ruim de helft van de cliënten (59%) waarbij een discrepantie aanwezig is tussen geïndiceerde en toegewezen aantal uren per week werd hiervoor een reden opgegeven. In 28% wordt een factor binnen de instelling als reden opgegeven (bijvoorbeeld budgettaire beperkingen) en ook in 28% wordt een factor in het cliëntensysteem als reden aangewezen om van de indicatie af te wijken. Van de overige discrepanties is er een andere reden of het is niet bekend wat de reden is.

De afwijking tussen geïndiceerde en toegewezen frequentie is bij 73% van de betreffende cliënten nader toegelicht. In 38% is het toe te schrijven aan een factor binnen de instelling en in 29% is een factor in het cliëntensysteem de reden voor afwijking geweest. Van de overige discrepanties is niet bekend wat de reden is geweest.

Van de 2968 cliënten is van 55 cliënten het geïndiceerde functieniveau onbekend. Om na te gaan of het geïndiceerde functieniveau overeenkomt met het toegewezen functieniveau, wordt dus uitgegaan van 2913 cliënten. In tabel 4.20 staat een overzicht van de *discrepanties tussen de geïndiceerde en de toegewezen functieniveaus*. In het geval dat bijvoorbeeld een alfahulp werd geïndiceerd, is in 96% ook een alfahulp toegewezen, in 3% een thuishulp A en in 1% een verzorgende C. Bij 88% van de cliënten is er geen sprake van een discrepantie tussen het geïndiceerde functieniveau en het functieniveau dat werd toegewezen. Bij 9% werd een hoger functieniveau ingezet en bij 3% van de cliënten een lager. De grootste discrepantie zien we bij de verzorgingshulpen B. Hier wordt bij 18% van de cliënten een hoger functieniveau toegewezen dan geïndiceerd.

Tabel 4.20
Overzicht van het geïndiceerde functieniveau en het toegewezen functieniveau (n = 2913)

Geïndiceerde functieniveau	Ah (162)	A (666)	B (617)	C (558)	D (701)	E (209)
<i>Toegewezen functieniveau</i>						
Alfahulp	96	0	0	0	0	0
Thuishulp A	3	84	4	2	0	0
Verzorgingshulp B	0	8	78	6	0	1
Verzorgende C	1	6	16	87	1	6

Verzorgende D	0	2	2	4	99	3
Gespecialiseerd verzorgende E	0	0	0	1	0	90
Totaal	100	100	100	100	100	100

Bij slechts 23% van de cliënten waarbij sprake is van een discrepantie werd hiervoor een reden opgegeven: het geïndiceerde functieniveau was niet beschikbaar (12%), persoonlijke kwaliteiten van uitvoerenden prevaleerden (4%) of organisatorische beperkingen, zoals te veel reistijd (7%).

4.3

Conclusies

In dit hoofdstuk is onderzocht op welke wijze de eerste twee fasen in het hulpverleningsproces in de gezinsverzorging verlopen: de intake (aanmelding en indicatiestelling) en de toewijzing van zorg. Ten eerste werd nagegaan welke hulp wordt geïndiceerd naar inhoud, omvang en functieniveau van de uitvoerende medewerkers en op grond van welke criteria bij de indicatiestelling wordt gedifferentieerd naar functieniveau. Ten tweede werd onderzocht of er een discrepantie aanwezig is tussen de geïndiceerde hulp en de hulp die vervolgens wordt toegewezen qua inhoud, omvang en functieniveau.

Van 2968 cliënten van 17 instellingen voor gezinsverzorging en geïntegreerde thuiszorg zijn retrospectief de benodigde gegevens verzameld uit de cliëntendossiers en met 17 intakers van deze instellingen zijn interviews gehouden. Het betreft cliënten van 458 uitvoerenden die ten behoeve van dit onderzoek gedurende vier weken al hun werkzaamheden registreerden (zie hoofdstuk 5).

De meeste cliënten die hulp nodig hebben van de gezinsverzorging melden zichzelf telefonisch aan. Bij de meeste instellingen wordt vervolgens tussen de twee en vijf dagen na de aanmelding een intakegesprek met de cliënt gehouden door een intaker die de hulpvraag analyseert en de indicatie vaststelt. Een langdurige aandoening zoals een chronische ziekte, ouderdomsklachten, lichamelijke handicap of dementie is de meest voorkomende reden (60%) om de hulp van de gezinsverzorging in te roepen. Verder blijkt dat ruim 60% van de cliëntsystemen lichamenlijk en een kwart van de cliëntsystemen mentaal niet tot nauwelijks meer in staat zijn zelf huishoudelijke, verzorgende of begeleidende taken te verrichten of te organiseren.

Zoals te verwachten werd huishoudelijke hulp het meest frequent geïndiceerd (bij 80% van de cliënten), echter meestal in combinatie met verzorging en/of begeleiding (bij 50%). Uitsluitend verzorging werd geïndiceerd bij 14% en uitsluitend begeleiding bij 2% van de cliënten. Het gemiddeld aantal uren dat per week werd geïndiceerd is 6 uur, variërend van 20 minuten tot 55 uur per week. De gemiddelde geïndiceerde frequentie per week bedraagt 3 1/2 keer, uiteenlopend van 1 tot 30 keer per week.

Volgens de intakeers is de aard van de hulpvraag het belangrijkste criterium bij het indiceren naar functieniveau. Daarnaast spelen de volgende criteria hierbij een rol: de mate van stabiliteit van de cliënt-situatie, tijdstip waarop de hulp nodig is en of de cliënt in staat is de werkgeversrol te vervullen. Op basis van deze criteria ziet een indicatiestelling gedifferentieerd naar functieniveau er als volgt uit:

- 1 Een alfahulp wordt geïndiceerd wanneer het een (uitsluitend) huishoudelijke hulpvraag betreft in een situatie waar alleen overdag hulp verleend hoeft te worden. De cliënt moet de werkgeversrol kunnen vervullen, en daarnaast is het belangrijk dat de cliënt-situatie stabiel is.
- 2 Wanneer het een huishoudelijke hulpvraag betreft, en de hulp is voor overdag, maar de cliënt is niet geschikt als werkgever, dan wordt een thuishulp A geïndiceerd.
- 3 Bij een gecombineerde hulpvraag voor overdag van voornamelijk verzorgende taken en enkele huishoudelijke taken, in een gezin waar kinderen jonger dan 16 jaar zijn, wordt de verzorgingshulp B geïndiceerd.
- 4 Een verzorgende C wordt geïndiceerd wanneer de hulpvraag een combinatie is van verzorging en, in mindere mate, reactivering. Het gaat daarbij vaak om instabiele situaties met jonge kinderen.
- 5 Wanneer het gaat om een hulpvraag buiten kantooruren die lichamelijk verzorgend van aard is, soms in combinatie met reactivering, dan wordt vrijwel altijd de verzorgende D geïndiceerd. De cliënt-situatie is tevens instabiel.
- 6 De gespecialiseerd verzorgende E wordt geïndiceerd wanneer het een sociaal/begeleidende hulpvraag betreft en er sprake is van een instabiele cliënt-situatie.

Bij alle instellingen wordt vervolgens de hulp toegewezen door een leidinggevende of thuiszorgmanager. De indicatiestelling en zorgtoewijzing wordt dus door verschillende personen verricht. Wat de omvang van de zorg (frequentie en aantal uren per week) betreft blijkt dat er weinig

discrepanties bestaan tussen indicatie en toewijzing: 90% van de cliënten kreeg het geïndiceerde aantal uren toegewezen en 96% de geïndiceerde frequentie. Als reden om van de indicatiestelling af te wijken werd meestal budgettaire beperkingen van de instelling, organisatorische redenen of omstandigheden in het cliëntensysteem (bijvoorbeeld retributie, privacy) genoemd. Ook kreeg het merendeel van de cliënten (88%) het geïndiceerde functieniveau toegewezen. De grootste discrepantie tussen geïndiceerde en toegewezen hulp was aanwezig met betrekking tot de inhoud van de hulp. Bij ruim 19% van de cliënten wijkt de inhoud van de toegewezen hulp af van de geïndiceerde hulp. Ruim 13% van de cliënten kreeg meer taken toegewezen dan geïndiceerd en ruim 5% minder taken. De discrepanties zitten vooral bij de verzorgende taken. Wanneer alleen verzorgende taken zijn geïndiceerd, wordt slechts in 62% ook alleen verzorgende taken toegewezen. Vaak zijn er dan tevens begeleidende taken (22%) of huishoudelijke taken (10%) toegewezen.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat in de instellingen de indicatiestelling als redelijk bindend wordt gehanteerd (harde optie) voor zover het de omvang van de hulp en het functieniveau betreft en dat de leidinggevendenden vooral hun eigen inzichten volgen voor wat betreft het opstellen van het zorgplan. Bij het interpreteren van de discrepanties tussen geïndiceerde en toegewezen hulp moeten enkele kanttekeningen geplaatst worden. Ten eerste zijn de cijfers gebaseerd op cliënten die ook daadwerkelijk cliënt zijn geworden en hulp hebben gekregen. Hulpvragers die positief geïndiceerd zijn voor gezinsverzorging, maar (nog) geen hulp hebben toegewezen gekregen, zijn dus niet meegenomen bij het vaststellen van de discrepanties tussen geïndiceerde en toegewezen hulp. Een tweede kanttekening is dat er bij de zorgtoewijzing uitgegaan wordt van bruto-uren, dat wil zeggen dat er geen rekening wordt gehouden met ziekte, cursus of verlof. Pas bij de daadwerkelijke hulpverlening kan men worden geconfronteerd met minder beschikbare uren vanwege ziekte of verlof. De kans op discrepanties tussen de toegewezen hulp en de hulp die daadwerkelijk verleend is, zal hierdoor groter zijn. De aanwezigheid van eventuele discrepanties tussen de toegewezen en daadwerkelijk verleende hulp komt aan de orde in het volgende hoofdstuk.

5

De dagelijkse praktijk van de uitvoerenden in de gezinsverzorging

5.1

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzocht wat het dagelijkse werk van uitvoerenden in de gezinsverzorging inhoudt en wat de verschillen zijn in het werk tussen de zes functieniveaus. Tevens wordt onderzocht in welke mate de daadwerkelijke verleende hulp afwijkt van de toegewezen hulp. Een theoretisch model is ontwikkeld om onderzoek naar het dagelijks werk in de gezinsverzorging uit te voeren. De basis wordt gevormd door de drie theoretische modellen van Orem (1991), Zuidberg (1978) en De Vos (1987) die het doel van de gezinsverzorging en het takenpakket van de gezinsverzorging beschrijven. Vervolgens zijn deze drie theorieën en bijbehorende begrippenkaders geïntegreerd tot het onderzoeksmodel zoals is weergegeven in figuur 5.1.

Een theoretisch kader dat goed aansluit bij *het doel* van de gezinsverzorging, is de zelfzorgtheorie van Orem (1991). Hoewel deze theorie ontwikkeld is ten behoeve van de verpleging waarbij het gaat om de individuele cliënt, heeft deze theorie ook een raakvlak met de gezinsverzorging waarbij het gaat om de zorg voor het totale huishouden en men uitgaat van tekorten die in het huishouden ontstaan of dreigen te ontstaan. Orem's zelfzorgtheorie kan als volgt worden toegepast op de gezinsverzorging. Zelfzorg is menselijk gedrag dat bijdraagt aan een gezond menselijk bestaan en aan welbevinden. Om aan zelfzorg te doen, moeten mensen bepaalde doelen, zogenaamde zelfzorgbehoeften (in dit geval het huishouden) verwezenlijken. Dit houdt in dat er bepaald gedrag verricht moet worden: namelijk therapeutisch zelfzorggedrag (in dit geval de huishouding). Om dat te kunnen, moeten er bepaalde capaciteiten aanwezig zijn: het zelfzorgvermogen. In het geval dat er een discrepantie dreigt te ontstaan of bestaat tussen zelfzorgbehoeften en vereist therapeutisch zelfzorggedrag, is er sprake van een (potentieel of actueel)

zelfzorgtekort (= tekorten of dreigende tekorten in de huishouding waar men niet in staat is zelf in te voorzien). Volgens Orem is in dit geval inschakeling van de gezinsverzorging legitiem. De gezinsverzorging dient zich te richten op het voorkomen, op het opheffen of op het beperkt houden van het zelfzorgtekort. Thuiszorgmedewerkers beschikken over het helpend/verzorgend vermogen (hulp bij de noodzakelijke verzorging van een huishouden), waardoor ze in staat zijn drie typen van gedrag te realiseren: ondersteunend/adviserend gedrag, gedeeltelijke compenserend en geheel compenserend gedrag (Orem 1991, Brouns 1988). Hattinga Verschure (1981) introduceerde in zijn theorie naast het begrip zelfzorg, het begrip mantelzorg, waar hij onder verstaat: 'de zorgverlening, die binnen beperkte sociale netwerken door de 'genoten' in dat netwerk aan elkaar vanzelfsprekend wordt gegeven' (bijvoorbeeld echtgenoten, huisgenoten, vrienden, lotgenoten etcetera). Met andere woorden de steun van informele netwerken. Beide theorieën sluiten aan bij het eerder genoemde Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende (Werkgroep SOGW 1992).

Naast het doel van de gezinsverzorging kunnen ook *de taken* volgens bestaande theorieën worden beschreven. Theorieën ontleend aan de huishoudkunde lenen zich hier goed voor, bijvoorbeeld de theorieën van Zuidberg (1978) en De Vos (1987). Deze theorieën verschaffen, in aansluiting op elkaar, een begrippenkader waarmee duidelijk gemaakt kan worden wat het huishouden inhoudt. Dankzij die theorieën is het mogelijk te benoemen wat er allemaal komt kijken bij een huishouden en bij het werken in een huishouding (STRATEGO 1991). Zuidberg (1978) gaat uit van het huishouden (huisgenoten, de leden die in een huis wonen). In Zuidbergs visie zijn de onderdelen van het huishouden onlosmakelijk met elkaar verbonden: je voert de huishouding, wat wil zeggen dat je aandacht hebt of zorgt voor de leden van het huishouden, en je zorgt voor voldoende verzorgingsniveau. Voldoet het verzorgingsniveau aan de verzorgingsstandaard van de leden van het huishouden, dan is er sprake van welzijn. Onder de verzorgingsstandaard verstaat ze de normen, opvattingen en gewoonten van de leden van het huishouden over welke taken en activiteiten binnen het huishouden verricht behoren te worden en over de wijze waarop dat gedaan zou moeten worden. Om het huishouden te kunnen voeren, wordt gebruikgemaakt van hulpbronnen, welke menselijk en niet-menselijk kunnen zijn. Eén van de menselijke hulpbronnen is 'arbeid' (Zuidberg 1978). Om dit begrip verder toe te lichten, gebruiken we de theorie van De Vos. De Vos (1987) heeft in zijn

theorie over huishoudelijke activiteiten de menselijke activiteiten ten behoeve van het huishouden bestudeerd. Hij onderscheidt drie soorten activiteiten die een toenemende complexiteit vertegenwoordigen, namelijk: huishoudelijke arbeid (in de gezinsverzorging: huishoudelijk dagelijkse levensverrichtingen), huishoudelijk werk (in de gezinsverzorging: algemeen dagelijkse levensverrichtingen) en huishoudelijk handelen (in de gezinsverzorging: psychosociaal begeleiden) (De Vos 1987). Het onderscheid in huishoudelijke arbeid, huishoudelijk werk en huishoudelijk handelen is goed te gebruiken om aan te geven wat de kerntaken van de gezinsverzorging zijn. Bij huishoudelijke arbeid gaat het om werken voor de mens, bij huishoudelijk werk gaat het om werk aan de mens en bij huishoudelijk handelen gaat het om werk met de mens (STRATEGO 1991). Het nadeel van deze terminologie is dat het zorgaspect verloren lijkt te gaan en dat de scheiding tussen arbeid, werken en handelen kunstmatig is en weinig helderheid biedt. De voorkeur gaat daarom uit naar de termen zoals ze in het Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende gehanteerd worden: huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken en taken op het gebied van samenwerking en overleg (Werkgroep SOGW 1992). Qua inhoud komen deze termen in grote mate overeen met bovenstaande termen van De Vos. Uit een combinatie van bovengenoemde theorieën kan het onderzoeksmodel worden afgeleid dat is weergegeven in figuur 5.1. Het uitgangspunt van het onderzoeksmodel is tekorten in een *huishouding; bestaande of dreigende tekorten*. Deze tekorten, waar zelfzorg en mantelzorg niet toereikend zijn geweest, moeten helemaal of zoveel mogelijk worden opgeheven, waarbij gestreefd moet worden naar *een zo zelfstandig mogelijk functioneren van de huishouding*. Dit kan worden bereikt door het inschakelen van *hulpbronnen*; menselijk of niet-menselijk. Een menselijke hulpbron is de gezinsverzorging, die, naast haar eigen kennis en vaardigheden, de benodigde *arbeid* (lichamelijk en geestelijk) verricht. In termen van het Beroepsprofiel Verzorgende/-Helpende (Werkgroep SOGW 1992) ziet de verdeling van de taken van de gezinsverzorging er als volgt uit: huishoudelijke taken, verzorgende taken, begeleidende taken en taken op het gebied van overleg en samenwerking. Afhankelijk van de oorspronkelijke hulpvraag, kunnen de taken *ondersteunend* (begeleidend, bijvoorbeeld het begeleiden van het huishouden) van aard zijn, *gedeeltelijk compenserend* (helpen bij) of *geheel compenserend* (overnemen) zijn.

Figuur 5.1

Een theoretisch model voor het werk in de gezinsverzorging



Op basis van het doel van het onderzoek en het onderzoeksmodel zijn de volgende vragen geformuleerd, welke na beantwoording een representatief beeld van de werkzaamheden in de gezinsverzorging moeten schetsen.

- 1 Waaruit bestaat de tijdsbesteding van de verschillende uitvoerenden binnen de gezinsverzorging, onderverdeeld naar cliëntgebonden en niet-cliantgebonden activiteiten?

Onder cliëntgebonden activiteiten worden activiteiten verstaan die tijdens huisbezoeken zijn verricht: huishoudelijke activiteiten, verzorgende activiteiten, begeleidende/psychosociale activiteiten, activiteiten op het gebied van samenwerking en overleg (met name rapportage), en de reistijd tussen cliënten en tussen cliënt en instelling.

Onder niet-cliantgebonden activiteiten worden activiteiten verstaan die naast de huisbezoeken worden verricht: overleg/teambespreking, planning en andere werkzaamheden zoals een cursus, scholing en administratieve werkzaamheden.

- 2 Hoe is de verdeling van de activiteiten per hoofdcategorie, dat wil zeggen welke huishoudelijke, verzorgende, begeleidende en/of rapportage activiteiten hebben de zes functieniveaus tijdens hun huisbezoeken verricht?
- 3 Op welke wijze verschillen de werkzaamheden van de verschillende uitvoerenden van elkaar?
- 4 Is er een discrepantie tussen de toegewezen hulp en de hulp die daadwerkelijk wordt verleend?

Allereerst zal er gekeken worden of door het functieniveau dat toegewezen is, ook de daadwerkelijke hulp is verleend. Vervolgens wordt bekeken of de inhoud van toegewezen hulp overeenkomt met de inhoud van de daadwerkelijk verleende hulp. De discrepantie tussen de toegewezen omvang van de hulp en daadwerkelijke omvang van de hulp (frequentie en uren per week) kan niet betrouwbaar worden vastgesteld, omdat er vaak meerdere uitvoerenden bij één cliënt komen en niet alle uitvoerenden zitten in de steekproef van het onderzoek.

5.2

Resultaten

De 458 uitvoerenden die aan het onderzoek hebben deelgenomen, hebben in totaal 15.921 ingevulde registratieformulieren teruggestuurd. Per instelling werd er in één periode door de uitvoerenden gemiddeld ruim 936 geregistreerde huisbezoeken afgelegd, uiteenlopend van 619 tot 1697 huisbezoeken.

Tabel 5.1 laat de verdeling van de 458 uitvoerenden over de zes functieniveaus zien en het aantal geregistreerde huisbezoeken dat per functieniveau is afgelegd.

Tabel 5.1

Verdeling van het aantal uitvoerenden en aantal geregistreeerde huisbezoeken over de zes functieniveaus

Functieniveau	Aantal uitvoerenden	Aantal huisbezoeken
Alfahulp	73	569
Thuishulp A	88	1623
Verzorgingshulp B	87	2125
Verzorgende C	81	3364
Verzorgende D	75	6845
Gespecialiseerd verzorgende E	54	1393
Totaal	458	15921

Naast het invullen van registratieformulieren na ieder huisbezoek, is de uitvoerenden gevraagd om aan het eind van iedere week een weekoverzicht met daarop de niet-cliëntgebonden activiteiten in te vullen. Als iedere uitvoerende vier weekoverzichten terug zou sturen, zou dit een totaal van 1832 weekoverzichten opleveren. Tweeëndertig uitvoerenden hebben echter drie in plaats van vier weekoverzichten teruggestuurd, en acht uitvoerenden slechts twee in plaats van vier. De 458 uitvoerenden hebben dus samen 1784 weekoverzichten teruggestuurd. Een groot deel van de non-respons kan verklaard worden door het niet terugsturen van weekoverzichten tijdens vakantie of ziekte, terwijl dit wel de bedoeling was. Ook is het terugsturen wel 'vergeten' of een enkeling heeft aan het eind van de registratieperiode alsnog afgehaakt.

5.2.1

De tijdsbesteding van de uitvoerenden, onderverdeeld naar cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden activiteiten

In het dagelijkse werk van de gezinsverzorging wordt een onderscheid gemaakt tussen de cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden activiteiten. In tabel 5.2 staat een overzicht van de ingeplande uren per week, het aantal gewerkte uren per week en het aantal gewerkte dagen per week voor alle uitvoerenden. Onder ingeplande uren wordt verstaan het gemiddeld aantal uren dat de leidinggevenden toewijzen aan de uitvoerenden. In het geval dat uitvoerenden flexibele contracten hebben en bijvoorbeeld voor 16 tot

20 uur ingepland zijn, is daarvan het gemiddelde genomen (18 uur). Gemiddeld zijn de 458 uitvoerenden bijna 17 uur per week ingepland. Eén uitvoerende is extreem veel uren ingepland, en wel 50 uur wegens ziekte van een collega.

Uiteindelijk hebben de uitvoerenden gemiddeld 16 uur per week gewerkt, op gemiddeld ruim 3 1/2 dag. Het verschil tussen de ingeplande en gewerkte uren kan deels verklaard worden door de al eerder genoemde flexibele contracten. Als de ingeplande uren gemiddeld 18 was, en de betreffende uitvoerende die week 16 uur had gewerkt, leverde dit een negatief verschil op van 2 uur. Een andere verklaring is verzuim en verlof. Als in de loop van de week een uitvoerende ziek is geworden of plotseling vrij heeft genomen op de dagen dat ze had moeten werken, dan leverde dit een verschil op tussen de ingeplande en gewerkte uren per week.

Tabel 5.2

Gemiddelde van het aantal ingeplande uren per week, gewerkte uren per week, het verschil ertussen en het aantal gewerkte dagen, met tussen haakjes de ranges

		Gemiddelde aantal uren ingepland	(0-50)	Gemiddelde aantal uren gewerkt	(0-52)	Vershil	Aantal dagen gewerkt
Totaal	(n = 458)	16.8	(0-50)	16.1	(0-52)	-.7	3.7

Tabel 5.3 laat de tijdsbesteding van de zes functieniveaus zien onderverdeeld naar cliëntgebonden activiteiten (huisbezoeken en reistijd) en niet-clientgebonden activiteiten (overleg en andere werkzaamheden). De totale duur is dus opgebouwd uit de duur van de huisbezoeken, de reistijden tussen cliënten en tussen cliënt en instelling, de tijd besteed aan overleg en de tijd besteed aan andere werkzaamheden buiten de huisbezoeken. Zoals de tabel blijkt wordt gemiddeld ruim 86% van de tijd besteed aan huisbezoeken. Van de resterende tijd wordt ruim 4% besteed aan reizen, ruim 5% aan overleg en ruim 4% aan andere werkzaamheden. Ook laat tabel 5.3 de tijdsverdeling per functieniveau zien. Het blijkt dat het aandeel reistijd het grootst is onder verzorgenden D en dat de tijd besteed aan overleg en andere werkzaamheden toeneemt met het stijgen van het functieniveau.

Tabel 5.3
Verdeling van de totale tijdsbesteding per functieniveau, in percentages

Functieniveaus	Ah	A	B	C	D	E	Totaal
<i>Activiteiten</i>							
Huisbezoeken	97.5	91.4	89.4	84.3	74.6	76.3	86.3
Reistijd	1.6	2.9	2.5	3.8	11.4	4.2	4.3
Overleg	0.3	3.6	4.5	6.4	7.7	10.8	5.2
Andere werkzaamheden	0.6	2.1	3.6	5.5	6.3	8.7	4.2
Totale tijdsbesteding	100	100	100	100	100	100	100

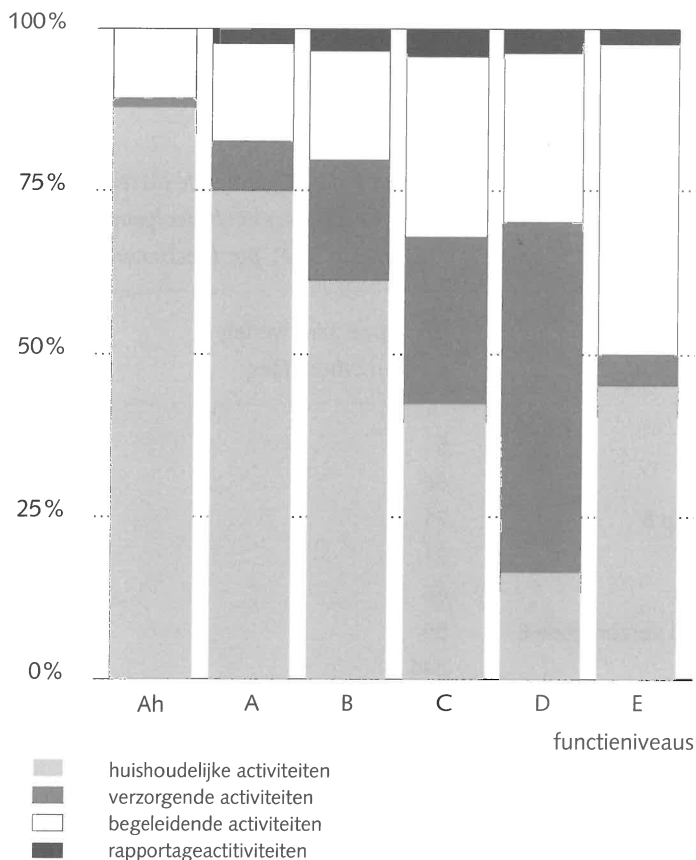
De reden van het grotere aandeel reistijd van de verzorgenden D is dat zij veel en korte bezoeken op een dagdeel afleggen, en dus veel onderweg zijn en relatief kort bij de cliënt zijn.

Cliëntgebonden activiteiten bestaan uit werkzaamheden bij de cliënt thuis en de reistijd tussen cliënten en tussen cliënt en instelling. Van de tijd besteed aan deze cliëntgebonden activiteiten neemt reizen daarvan gemiddeld 5% in, variërend van 1.7% (alfahulpen) tot 13.4% (verzorgenden D). De rest van de tijd wordt besteed aan de vier hoofdcategorieën van het werk. Tijdens de huisbezoeken is gemiddeld door alle uitvoerenden de meeste tijd besteed aan huishoudelijke activiteiten (38%), iets minder tijd aan verzorgende activiteiten (33%) en begeleidende activiteiten (27%). Twee procent van de tijd wordt besteed aan rapportage activiteiten. Per functieniveau verschilt de tijd die besteed is aan de vier hoofdcategorieën. Figuur 5.2 geeft per functieniveau een overzicht van de verdeling van de tijd over de vier hoofdcategorieën. Net als de huishulp A (75%), besteedt de alfahulp het merendeel van haar tijd aan huishoudelijke activiteiten (86%). De huishulp A doet daarnaast ook nog voor 6% aan verzorgende activiteiten. Beide typen uitvoerenden besteden 13%-18% van hun tijd aan begeleidende activiteiten. Meestal houdt dit een praatje maken in, soms gaat het om echte begeleiding. Ook de verzorgingshulpen B besteden de meeste tijd aan huishoudelijke activiteiten (62%). Daarnaast besteden ze ongeveer evenveel tijd aan verzorgende (16%) en begeleidende activiteiten (20%). Net als de huishulpen A besteden ze weinig tijd aan rapportage activiteiten (respectievelijk 1% en 2%). De alfahulpen besteden überhaupt geen tijd aan rapportage. Het percentage huishoudelijke activiteiten dat verzorgenden C verrichten (41%) ligt

aanzienlijk lager dan bij de drie lagere functieniveaus. Daarnaast besteden de verzorgenden C ongeveer evenveel tijd aan verzorgende en begeleidende activiteiten, respectievelijk 27% en 29%. De verzorgenden D daarentegen besteden meer dan de helft van hun tijd aan verzorgende activiteiten (55%). Daarnaast verrichten ze veel begeleidende activiteiten (27%) en besteden ze 15% van hun tijd aan huishoudelijke activiteiten. Net als de verzorgenden C besteden ze een klein deel van hun tijd aan rapportage activiteiten (3%). De gespecialiseerd verzorgenden E besteden de helft van hun tijd aan begeleiding (48%). Daarnaast verrichten ze relatief veel huishoudelijke werk, meestal samen met de cliënt (45%). De tijd die overblijft besteden ze aan verzorgende activiteiten (5%) en rapportage (2%).

Figuur 5.2

Tijdsbesteding aan de vier hoofdcategorieën van het werk in percentages, per functieniveau



Niet-cliëntgebonden activiteiten zijn verdeeld in drie categorieën: overleg/(team-)bespreking, andere werkzaamheden en verzuim/verlof. Aan de uitvoerenden is gevraagd of ze in de vier registratie-weken aan enige vorm van overleg of teambespreking hebben deelgenomen. Driekwart van de uitvoerenden (344 uitvoerenden) bleek tijdens één of meerdere weken hieraan te hebben deelgenomen (zie tabel 5.4). De gemiddelde tijd die door de uitvoerenden aan overleg/teambespreking in de registratieperiode is besteed, was 4 uur en 42 minuten, uiteenlopend van 1 1/2 uur door de alfahulpen tot bijna 8 uur door de gespecialiseerd verzorgenden E. Het valt op dat met name de gespecialiseerd verzorgenden E, buiten de huisbezoeken, veel tijd besteden aan overleg en/of besprekingen. Bij het overleg/de bespreking was in 87% de leidinggevende betrokken en ook waren er bijna altijd collega's aanwezig (in 87%). Andere hulpverleners, zoals de huisarts, het RIAGG, het maatschappelijk werk, waren in 15% van de overleg-/besprekingssituaties aanwezig. Relevante derden, zoals de mantelzorg, waren bij 7% van de overleg-/besprekingssituaties betrokken.

Tabel 5.4

Aantal uitvoerenden dat gedurende de registratieperiode aan overleg/(team-)bespreking heeft deelgenomen, en de gemiddelde tijd die eraan is besteed (n = 344), per functieniveau

Functieniveau	Deelname aan overleg aantal uitvoerenden	Gem. duur overleg in uren en minuten
Alfahulp	5	1 uur 32
Thuishulp A	66	2 uur 34
Verzorgingshulp B	71	3 uur 38
Verzorgende C	81	4 uur 34
Verzorgende D	66	5 uur 43
Gespecialiseerd verzorgende E	55	7 uur 54
Totaal	344	4 uur 42

De meest voorkomende onderwerpen bij het overleg/de teambespreking zijn het doornemen van de (week)planning (80%), overleg over cliënten

(76%), het functioneren van het team (29%), verslag doen aan andere disciplines van verleende zorg (17%), samenwerken en overleggen met andere disciplines waar het de uitvoering van het totale hulpverleningsplan betreft (15%), meewerken aan het opstellen van hulpverleningsplannen van andere disciplines (11%), en overleg met cliënten (6%) en met mantelzorg (6%). In 14% van de overlegsituaties/teambesprekingen ging het om andere onderwerpen. De meeste uitvoerenden (84%) vonden dat voor het overleg/de teambespreking voldoende tijd was vrij gemaakt in de planning. Negen procent van de uitvoerenden voerde overleg deels in de eigen tijd en 3% geheel in eigen tijd.

Bijna de helft van de uitvoerenden (n = 227) heeft gedurende één of meerdere weken andere werkzaamheden verricht, naast de huisbezoeken en het bovengenoemde overleg. Om een overzicht te krijgen om welke werkzaamheden het gaat, zijn de werkzaamheden gecategoriseerd in de dertien meest voorkomenden. Tabel 5.5 geeft een overzicht van deze dertien werkzaamheden. De twee meest voorkomende werkzaamheden zijn administratieve werkzaamheden voor het NIVEL-onderzoek: 38.8% van de uitvoerenden die tijdens de registratieperiode van 4 weken andere werkzaamheden hebben verricht, en werkzaamheden ten behoeve van school/studie/stage (33.5% van de uitvoerenden). Daarnaast wordt er ook veel gepland en gecoördineerd voor zichzelf en collega's (20.7%). In tabel 5.5 staat tevens de gemiddelde tijd die is besteed aan de betreffende activiteit over de 4 registratie-weken. De meeste tijd is besteed aan het 'werken in de dagopvang' wat gemiddeld bijna 17 uur duurde. 'Boodschappen doen voor de instelling' en 'boodschappen doen voor de cliënt' kosten de minste tijd, gemiddeld een uur. 'Boodschappen doen voor de cliënt' is in dit geval een niet-clientgebonden activiteit, aangezien het buiten het huisbezoek plaatsvindt.

De meest voorkomende andere werkzaamheden die verricht zijn door thuishulpen A en de verzorgenden C hebben te maken met studie, stage of scholing. De verzorgingshulpen B, verzorgenden D en gespecialiseerd verzorgenden E doen de meeste werkzaamheden op het administratief gebied, waaronder ook werkzaamheden voor het NIVEL-onderzoek. De alfhulpen doen, ook buiten de huisbezoeken bij de cliënten, de meeste werkzaamheden voor hun cliënten. Zij besteden hier ook de meeste tijd aan. De andere typen uitvoerenden besteden de meeste tijd aan studie/stage/scholing (thuishulpen A), het werken in de dagopvang (verzorgingshulpen B en verzorgenden C), OR-activiteiten (verzorgenden

Tabel 5.5

Overzicht van andere werkzaamheden die de uitvoerenden gedurende de registratieperiode hebben verricht, buiten de huisbezoeken van de cliënten, en de gemiddelde tijd die daaraan is besteed in uren over 4 weken (n = 227)

Activiteiten	Percentage	Duur in uren
Begeleiden/inwerken collega's/stagiaires	11.8%	6.2
Bereikbaarheidsdienst/telefoondienst/spreekuur	9.3%	4.3
Boodschappen/administratie e.d. doen voor cliënt	5.3%	1.1
Op stap met cliënt/op bezoek bij (overleden) cliënt	3.5%	1.9
Boodschap voor instelling doen (sleutels, boeken)	3.5%	1
Administratief werk uitvoerenden zelf (NIVEL)	38.8%	3.9
Coördineren/plannen voor zichzelf en/of collega's	20.7%	2.2
Congres/symposium/thematisch overleg/info-bijeenkomst	11.9%	2.8
Dagje uit/sollicitatie/jubileum/afscheid	7%	5
In de dagopvang werken	1.8%	16.9
OR-activiteiten	4%	10.2
(praktijk)Begeleiding en supervisie/functioneringsgesprek	7.5%	1.3
Studie/stage/cursus/scholing van uitvoerenden	33.5%	7.4

D) en aan het begeleiden/inwerken collega's/stagiaires (gespecialiseerd verzorgenden E)

Tot slot konden de uitvoerenden op het weekoverzicht aangeven of ze ziek of vrij waren geweest. Ongeveer één vijfde van de uitvoerenden was ziek tijdens de registratieperiode. De verzuimduur varieerde van 1 dag per week tot 4 weken per periode (de gehele registratieperiode dus).

Eénderde van de uitvoerenden (152 uitvoerenden) was, gedurende ten minste 1 dag en maximaal 3 weken, vrij tijdens de registratieperiode.

5.2.2

Verdeling van de activiteiten van de vier hoofdcategorieën per functieniveau

Tabel 5.6 geeft een overzicht van de frequentie-percentages voor de huishoudelijke activiteiten, tabel 5.7 voor verzorgende activiteiten, tabel 5.8 voor de begeleidende activiteiten en tot slot geeft tabel 5.9 een

overzicht van de frequentie-percentages voor de rapportage activiteiten. Uit de tabellen 5.6 t/m 5.9 blijkt dat in 61% van de 15.921 huisbezoeken huishoudelijke activiteiten zijn verricht, in de helft van de huisbezoeken (50%) verzorgende activiteiten, in 88% van de huisbezoeken begeleidende activiteiten, inclusief sociale activiteiten, en in 68% van de huisbezoeken zijn er begeleidende activiteiten exclusief sociale activiteiten verricht. Tot slot is er in 14% van de huisbezoeken gerapporteerd.

De werkzaamheden van de alfahulpen en thuishulpen A hebben vooral betrekking op huishoudelijke activiteiten, zoals ook uit figuur 5.2 blijkt. Ze verrichten in respectievelijk 90% en 88% van de huisbezoeken huishoudelijke activiteiten. Daarnaast verrichten beide functieniveaus begeleidende activiteiten (in respectievelijk 64% en 73% van de huisbezoeken). De alfahulpen houden zich, vergeleken met andere functieniveaus, relatief veel bezig met de financiële administratie van hun cliënten (6%), wat betrekking zou kunnen hebben op de (4-)wekelijkse financiële afwikkeling rond de salariering. En de thuishulpen A worden regelmatig geconfronteerd met problemen van de cliënt. Daarnaast rapporteren de thuishulpen A (16%), met name over de gezondheidsproblemen van de cliënt.

De verzorgingshulpen B doen, hetzij in mindere mate, ook veel huishoudelijke werk (83%). Daarnaast verrichten zij enkele verzorgende activiteiten (35%), met name eenvoudige persoonlijke verzorging en de verzorging van kinderen. De verzorgingshulpen B verrichten in driekwart van de huisbezoeken begeleidende activiteiten. Zij rapporteren in 15% van de huisbezoeken, vooral over tekorten in de zorgverlening.

De verzorgenden C doen in 71% van de huisbezoeken huishoudelijke activiteiten. Daarnaast verrichten ze in meer dan de helft van de huisbezoeken verzorgende activiteiten (52%). De verzorgenden C verrichten iets minder begeleidende activiteiten dan de verzorgingshulpen B (70%). Ze rapporteren het meest vergeleken met de andere functieniveaus (20%), en met name in een logboek voor collega's, en over tekorten in de zorgverlening aan wijkverpleging en mantelzorg.

Zoals ook uit figuur 5.2 blijkt, verrichten de verzorgenden D voornamelijk verzorgende activiteiten: in 71% van de huisbezoeken zijn door hen verzorgende werkzaamheden verricht, zowel eenvoudige als complexe verzorging. Hoewel ze net zo vaak als de verzorgenden C sociale activiteiten hebben verricht (86%: praatje maken en informeren hoe het met de cliënt is), deden de verzorgenden D minder begeleidende

activiteiten dan de verzorgenden C (in 59% van de huisbezoeken). Zij rapporteren regelmatig (13%), meestal in een logboek ten behoeve van andere hulpverleners.

Gespecialiseerd verzorgenden E verrichten de meeste begeleidende activiteiten (exclusief sociale activiteiten), en wel in 92% van de huisbezoeken. Zij worden het meest met problemen van cliënten geconfronteerd en gaan hier actief mee om (84%). Wat betreft de huishoudelijke activiteiten, zitten de gespecialiseerd verzorgenden E ongeveer even hoog als de verzorgenden C (78%). Het verschil is echter dat de gespecialiseerd verzorgenden E de huishoudelijke werkzaamheden vaak samen met de cliënt doen. Zij doen minder rapportage activiteiten dan de andere functieniveaus (12%). Daarnaast besteden ze veel tijd aan overleg/besprekingen buiten de huisbezoeken (tabellen 5.3 en 5.4).

Tabel 5.6

Verdeling van de activiteiten over de categorie 'Huishoudelijke activiteiten' (n = 15.921 huisbezoeken) in percentages van het aantal huisbezoeken per functieniveau

	Totaal (15921)	Ah (569)	A (1623)	B (2125)	C (3364)	D (6845)	E (1393)
<i>Huishoudelijke activiteiten</i> (30 items)	61	90	88	83	71	37	78
Organisatie huishoudelijk werk (1 item)	23	62	61	44	22	3	34
Dagelijks huishoudelijk werk (7 items)	54	96	88	80	62	27	70
. kamer opruimen	19	45	40	41	21	3	33
. stofzuigen	34	91	81	68	35	4	47
. afwassen/wegzetten	25	30	36	37	30	14	33
. bedden opmaken	25	32	36	35	33	16	20
. stof afnemen/raggen	28	80	69	57	30	3	34
. vloeren soppen (excl. sanitair)	19	56	50	36	19	2	20
. post halen/brengen	5	20	10	7	5	1	3
Periodiek huishoudelijk werk (9 items)	32	87	72	63	35	6	36
. bedden verschonon (incl. opmaken)	11	24	24	21	15	2	13

. deuren/ramen/houtwerk zemen	16	64	42	33	13	1	15
. planten/dieren verzorgen	8	15	17	16	11	2	6
. kasten opruimen	4	15	9	7	3	.2	5
. tuin onderhouden	.5	1	3	.8	.4	0	.6
. vuilniszakken verwisselen/ buitenzetten	10	23	20	21	13	2	8
. buiten schoonmaken (stoep/ balkon)	5	33	16	8	4	.3	1
. kleden/maften kloppen	8	41	25	15	6	.5	2
. koper/zilver poetsen	1	7	5	2	.4	.1	.3
Sanitair schoonmaken (3 items)	36	92	81	68	40	7	40
. wc schoonmaken	30	85	75	61	33	5	28
. keuken schoonmaken	20	73	56	43	19	2	19
. douche/badkamer schoon- maken	24	75	58	45	24	5	21
Verzorging kleding/linnen/ schoeisel (5 items)	21	35	37	39	27	4	36
. wassen/ophangen/afhalen	13	16	21	23	18	3	25
. strijken/vouwen/opbergen	13	15	23	26	18	2	25
. schoenen poetsen	.5	.2	3	1	.2	0	.1
. verstelwerk	1	2	3	2	1	.1	.5
. gordijnen/vitrage afhalen/ wassen/ophangen	3	14	8	5	2	.2	2
Maaltijd (voor-)bereiding (4 items)	34	25	38	45	44	25	30
. koffie/thee/andere dranken verzorgen	28	23	33	37	37	21	24
. tafel dekken/afruimen	9	1	7	14	14	6	12
. ontbijt of lunch maken	13	.4	8	14	20	12	8
. koken (evt. invriezen)	7	1	12	13	8	3	11
Boodschappen doen (2 items)	8	19	16	14	8	1	13
. dagelijkse boodschappen	5	8	11	10	6	.8	9
. periodieke boodschappen	3	13	7	5	3	.6	5

Tabel 5.7
 Verdeling van de activiteiten over de categorie 'Verzorgende activiteiten'
 (n = 15.921 huisbezoeken) in percentages van het aantal huisbezoeken
 per functieniveau

	Totaal (15921)	Ah (569)	A (1623)	B (2125)	C (3364)	D (6845)	E (1393)
<i>Verzorgende activiteiten</i> (22 items)	50	7	18	35	52	71	23
Eenvoudige persoonlijke verzorging (12 items)	52	6	19	36	54	74	22
. aan-/uitkleden	29	1	7	21	30	44	5
. kousen/schoenen aan-/ uittrekken	34	2	11	20	34	53	4
. haar-/nagel-/gezichts- verzorging	11	3	4	11	13	14	2
. nat of droog scheren	2	0	.9	3	2	2	.4
. helpen bij eten	2	0	.6	2	3	3	1
. hulp bij toiletgang	8	.2	2	6	9	12	1
. steunkousen aan-/uittrekken	20	.2	8	6	18	34	2
. mondhygiëne (ook kunstgebit)	7	.4	.6	4	8	10	8
. verzorgen/aanbrengen hulp- middelen, gehoorapparaat	3	.2	.9	4	3	5	.9
. hulp bij beweging in/rond huis	8	.7	3	5	9	12	.9
. tillen/verplaatsen hulpvrager	8	0	2	4	8	12	1
. verzorging van kinderen	3	.2	1	6	5	.2	1
Complexe persoonlijke verzorging (10 items)	42	3	8	27	45	63	9
. helpen met therapie- oefeningen	.9	.2	.4	.9	.8	1	.4
. bed verschonen met hulpvrager erin	.5	0	.1	.1	.7	.8	.2
. baden/douchen/wassen (evt. op bed)	22	.4	5	17	27	30	6
. steunkorset/prothesen/spalken aanbrengen/wegnemen	4	0	1	2	4	7	.5
. medicijnen klaarzetten/toedienen (oraal)	13	.9	1	7	17	19	3

. druppelen/zalven volgens voorschrift	13	.5	.8	6	13	21	.7
. behandelen van smetten/kleine wondjes	7	.7	.9	4	9	9	1
. incontinentiemateriaal wegnemen/aanbrengen	12	.4	2	7	12	18	3
. decubituspreventie	6	.2	.1	1	5	10	.5
. katheterzakjes verwisselen	1	0	0	.6	1	2	.1

Tabel 5.8

Verdeling van de activiteiten over de categorie 'Begeleidende activiteiten' (n = 15.921 huisbezoeken) in percentages van het aantal huisbezoeken per functieniveau

	Totaal (15921)	Ah (569)	A (1623)	B (2125)	C (3364)	D (6845)	E (1393)
<i>Begeleidende activiteiten</i>							
(41 items)	88	82	89	90	86	88	96
Sociale activiteiten (4 items)	91	95	96	93	92	89	93
. praatje maken	88	91	93	87	90	86	83
. informeren naar toestand cliënt	65	76	72	69	68	56	84
. informeren naar wat gedaan moet worden	21	48	36	32	20	6	45
. afspreken wie er de volgende keer komt/wat er dan gedaan moet worden	15	10	12	16	22	12	20
<i>Begeleidende activiteiten</i>							
(37 items)	68	64	73	75	70	59	92
Gespreksonderwerpen (9 items)	42	48	51	52	43	28	77
. problemen rond de hulpverlening	7	3	6	8	8	5	18
. eenzaamheid	12	17	21	15	10	8	18
. relatieproblemen met partner	4	2	3	2	3	2	21
. problemen met kinderen	8	9	7	8	8	3	40

. problemen rond opname/ontslag zieken-/verpleeg-/bejaardenhuis	4	4	4	4	6	3	5
. problemen rond ziekte/gezond- heid/handicap	21	28	32	29	24	14	25
. de dood	3	5	4	4	4	2	5
. anders	7	8	6	7	6	4	30
Omgaan met gespreksonder- werpen (6 items)	57	61	68	66	60	46	84
. niets doen (negeren)	1	.4	.9	1	1	.9	5
. luisteren	55	57	66	61	57	44	78
. begrip/medeleven tonen	41	47	53	51	41	29	71
. psychische steun	21	16	26	23	22	11	60
. oplossing zoeken	14	14	22	16	13	8	36
. cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	17	13	22	19	17	9	53
Observeren, signaleren van veranderingen (3 items)	41	22	39	42	40	39	63
. op lichamelijk vlak	36	21	35	37	35	37	41
. op psychisch vlak	29	12	28	29	28	26	56
. op sociaal vlak	16	5	17	19	13	14	37
Toezien op /stimuleren van: (4 items)	19	11	15	22	22	17	29
. correct medicijngebruik	11	7	9	10	13	11	12
. voeding/dieet/leefwijze	10	4	6	11	13	8	14
. gebruik hulpmiddelen	4	2	3	6	4	4	2
. bezoek andere hulpverleners	3	1	1	2	2	2	13
Helpen veranderen van: (4 items)	8	7	5	7	7	2	44
. huishoudelijke activiteiten	5	4	4	3	4	.5	28
. verzorgende activiteiten	3	1	2	1	3	.6	17
. sociale activiteiten	4	3	2	3	3	.8	24
. begeleidende activiteiten	3	2	1	2	3	.6	25
Mantelzorg (4 items)	7	6	4	7	7	7	10
. toestand cliënt bespreken	5	3	2	5	5	5	7
. instructie geven	2	2	.8	2	2	2	5
. emotionele steun verlenen	3	3	2	4	3	3	6
. mogelijkheden bespreken	3	3	2	4	4	3	6
Bijzondere activiteiten (3 items)	8	11	11	15	10	2	16
. gezelligheid in huis brengen	7	11	10	13	8	2	13
. klaarmaken voor dagopvang	1	0	.1	3	2	.8	1

. vergezellen naar/bij adres							
buitenshuis	.9	2	1	1	.5	.2	5
Kinderen (3 items)	5	.6	2	7	6	.2	30
. brengen/halen naar/van school/							
kinderdagverblijf	1	.2	.2	2	2	0	4
opvangen van kind(-eren)							
. begeleiden van kind(-eren)	4	.2	1	6	4	.1	19
Financiële aangelegenheden (2 items)	2	6	2	1	1	.1	7
. financiële administratie	1	6	2	1	1	.1	5
. plannen/beheren van middelen/							
budgetteren	.4	.5	.3	.2	.1	0	3

Tabel 5.9

Verdeling van de activiteiten over de categorie 'Rapportage activiteiten' (n = 15.921 huisbezoeken) in percentages van het aantal huisbezoeken per functieniveau

	Totaal (15921)	Ah (569)	A (1623)	B (2125)	C (3364)	D (6845)	E (1393)
Rapportage activiteiten (18 items)	14	2	16	15	20	13	12
Rapportage in logboek (6 items)	21	2	14	20	25	24	10
. aan leidinggevende	2	.7	3	5	1	.9	2
. aan collega's	18	.9	10	17	23	21	4
. aan wijkverpleging	5	.2	.4	3	5	9	3
. aan huisarts	1	0	.2	.3	.9	2	.6
. aan mantelzorg	6	.2	.9	6	7	9	3
. aan anderen	2	0	2	1	1	2	2
Rapportage tekorten in de zorgverlening (6 items)	2	0	2	3	3	2	2
. aan leidinggevende	1	0	1	2	2	.5	.7
. aan collega's	1	0	1	2	1	1	1
. aan wijkverpleging	.3	0	.1	.3	.5	.3	.2
. aan huisarts	.1	0	0	.1	.1	.2	.1
. aan mantelzorg	.5	0	0	.5	.8	.3	1
. aan anderen	.4	0	.4	.6	.2	.4	.6

Rapportage gezondheidsproblemen van de cliënt (6 items)	8	1	12	6	10	7	11
. aan leidinggevende	3	.9	11	4	2	1	7
. aan collega's	5	.2	8	3	5	6	5
. aan wijkverpleging	2	.2	.6	1	2	2	.7
. aan huisarts	.7	0	.1	.3	.7	.8	2
. aan mantelzorg	2	0	.6	2	4	2	2
. aan anderen	1	.2	.2	.7	.8	.7	4

Op basis van deze gegevens uit de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging, kunnen de werkzaamheden per functieniveau schematisch worden weergegeven. Tabel 5.10 laat zien hoe het takenpakket van de zes functieniveaus er op basis van de dagelijkse praktijk, zoals in dit onderzoek gemeten, er uitziet.

Tabel 5.10

Takenpakket per functieniveau, zoals uit de praktijk blijkt

Activiteiten	Huishoudelijk	Verzorgend	Begeleidend	Samenwerking & Overleg
Functieniveaus				
Alfahulp	x		x	
Thuishulp A	x	x	x	x
Verzorgingshulp B	x	x	x	x
Verzorgende C	x	x	x	x
Verzorgende D	x	x	x	x
Gespecialiseerd verzorgende E	x	x	x	x

x= hoofdtaken

x = taken die in beperkte mate worden verricht

5.2.3

De verschillen in werkzaamheden tussen de zes functieniveaus

In deze paragraaf wordt onderzocht of de zes functieniveaus verschillende werkzaamheden verrichten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de

activiteiten zoals ze tijdens de 15.921 huisbezoeken zijn verricht. In tabel 5.11 is een verdeling van de activiteiten op hoofdcategorie-niveau voor de zes functieniveaus weergegeven. De percentages in deze tabel zijn ook terug te vinden in de tabellen 5.6 t/m 5.9. Door middel van de Kruskal-Wallis toets is getoetst of er significante verschillen bestaan tussen de zes functieniveaus op hoofdcategorie-niveau. In deze tabel wordt een onderscheid gemaakt tussen begeleidende activiteiten inclusief sociale activiteiten en begeleidende activiteiten exclusief sociale activiteiten. Het gaat hierbij niet om een vijfde hoofdcategorie. Zoals uit tabel 5.11 blijkt, verschillen de zes functieniveaus op elk van de vier hoofdcategorieën significant van elkaar ($p < 0.01$). Verzorgenden D verrichten tijdens de huisbezoeken aanzienlijk minder huishoudelijke activiteiten dan de overige functieniveaus. Ook de verzorgenden C en gespecialiseerd verzorgenden E verrichten minder huishoudelijke taken dan de drie lagere functieniveaus. Qua verzorgende activiteiten springen de verzorgenden C en D er duidelijk uit. Zij verrichten meer verzorgende taken dan met name de alfahulpen en thuishulpen A. Hoewel op het eerste gezicht de percentages begeleidende activiteiten inclusief sociale activiteiten (praatje maken, informeren naar toestand cliënt) dicht bij elkaar liggen, blijken ze toch significant van elkaar te verschillen. De begeleidende activiteiten exclusief de sociale activiteiten worden het meest gedaan door de gespecialiseerd verzorgende E. De alfahulpen en de verzorgenden D verrichten op dit gebied minder activiteiten. Ook rapporteren de alfahulpen minder vaak dan de overige vijf functieniveaus.

Tabel 5.11

Verdeling van de activiteiten per hoofdcategorie in percentages, per functieniveau met de bijbehorende χ^2 - en p-waarde

Functieniveau	Ah (569)	A (1623)	B (2125)	C (3364)	D (6845)	E (1393)	χ^2 - waarde	p-waarde
Hoofdcategorieën								
Huishoudelijke activiteiten	92	88	83	71	37	78	2209.8	0.00
Verzorgende activiteiten	6	18	35	52	71	23	2177.0	0.00
Begeleidende activiteiten incl. sociale act.	81	89	90	86	88	96	440.5	0.00
Begeleidende activiteiten excl. sociale act.	63	73	75	70	59	92	41.0	0.00
Rapportage activiteiten	2	16	15	20	13	12	72.3	0.00

5.2.4

Discrepanties tussen de toegewezen hulp en de hulp die daadwerkelijk is verleend, naar functieniveau, omvang en inhoud

Allereerst is nagegaan of het functieniveau dat toegewezen is, ook de daadwerkelijke hulp heeft verleend. Ten tweede is de toegewezen omvang van de hulp vergeleken met de omvang van de hulp die daadwerkelijk is verleend (frequentie en uren per week). Tot slot is nagegaan of de inhoud van toegewezen hulp overeenkomt met de inhoud van de daadwerkelijk verleende hulp.

Van de 2968 cliënten is van 55 cliënten het toegewezen functieniveau onbekend. Om na te gaan of het toegewezen functieniveau overeenkomt met het functieniveau dat de hulp daadwerkelijk heeft verleend, is dus uitgegaan van 2913 cliënten. In tabel 5.12 staat een overzicht van de discrepanties tussen de toegewezen functieniveaus en de functieniveaus die de hulp verleend hebben. In het geval dat bijvoorbeeld een alfahulp was toegewezen, is bij 90% van de cliënten ook daadwerkelijk de hulp verleend door een alfahulp, bij 5% door een verzorgende D, bij 3% door een verzorgende C, bij 1% door een verzorgingshulp B en bij 1% door een gespecialiseerd verzorgende E.

Bij de alfahulpen, verzorgenden D en gespecialiseerd verzorgenden E blijkt dat bij ongeveer 90% van de cliënten het toegewezen functieniveau ook daadwerkelijk de hulp heeft verleend.

Tabel 5.12

Overzicht van het toegewezen functieniveau en het functieniveau dat de daadwerkelijke hulp heeft verleend (n = 2913)

Toegewezen functieniveau	Ah (157)	A (595)	B (564)	C (644)	D (747)	E (206)
<i>Daadwerkelijk functieniveau</i>						
Alfahulp	90	0	0	0	0	0
Thuishulp A	0	57	6	6	1	2
Verzorgingshulp B	1	11	59	7	5	2
Verzorgende C	3	11	10	63	3	1
Verzorgende D	5	17	21	19	91	4
Gespecialiseerd verzorgende E	1	4	4	5	0	91
Totaal	100	100	100	100	100	100

Zoals uit tabel 5.12 blijkt, is de discrepantie vooral groot bij de huishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C. Slechts bij respectievelijk 57%, 59% en 63% van de cliënten wordt door dit toegewezen functieniveau ook de daadwerkelijke hulp verleend.

Bij alle drie de functieniveaus wordt de hulp vaak verleend door een verzorgende D (bij respectievelijk 17%, 21% en 19% van de cliënten). In plaats van de toegewezen huishulp A komen ook wel verzorgingshulpen B (11%) of verzorgenden C (11%) de hulp verlenen; en in plaats van de toegewezen verzorgingshulp B komt bij 10% van de cliënten een verzorgende C. Verklaringen voor deze discrepanties kunnen zijn dat het betreffende functieniveau niet beschikbaar is, waardoor een ander (meestal hoger) functieniveau wordt ingezet of doordat de hulpvraag inmiddels veranderd is waardoor een ander functieniveau is ingezet, zonder dat een officiële herindicatie heeft plaatsgevonden. Hierdoor kan de daadwerkelijke hulpverlening in werkelijkheid anders uitvallen. Met een t-toets is nagegaan of er verschil is tussen de groep cliënten met discrepanties in functieniveau en de groep cliënten zonder discrepantie in functieniveau wat betreft de periode vanaf de laatste herindicatie. Het bleek dat voor de groep cliënten met discrepanties de herindicatie gemiddeld langer geleden was, en dat zij dus vaker verouderde (indicaties en) toewijzingen hebben. Tot slot is nagegaan of bij de 2968 cliënten de toegewezen inhoud van de hulp ook daadwerkelijk is verleend. Tabellen 5.13 t/m 5.16 laten per hoofdcategorie van het werk zien of de activiteiten correct zijn toegewezen (dus wel toegewezen en wel verricht, of niet toegewezen en niet verricht) of dat er een discrepantie is tussen de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp. Bij deze discrepantie kan het gaan om activiteiten die wel zijn toegewezen, maar niet zijn verricht of om activiteiten die niet zijn toegewezen, maar wel zijn verricht. Vooraf is vastgesteld dat wanneer de mate van overeenstemming tussen toewijzing en daadwerkelijke hulpverlening kleiner is dan 80%, er sprake is van een te grote discrepantie. Er is een tweetal redenen om voor een overeenstemmingspercentage van 80% te kiezen. Ten eerste, er is slechts gedurende 4 weken geregistreerd, waardoor er mogelijk bepaalde periodiek terugkerende activiteiten (bijvoorbeeld 1x per 6-8 weken) niet zijn gedaan. Ten tweede, niet alle cliënten zijn recentelijk geherindiceerd, waardoor er mogelijk een aantal indicaties verouderd zijn. Hierdoor is in de meeste gevallen sprake van een kleine discrepantie tussen wat toegewezen is en wat daadwerkelijk verricht is.

Bij de huishoudelijke activiteiten (tabel 5.13) gaat het om 19 van de 30

activiteiten die een te grote discrepantie vertonen. Vijftien activiteiten zijn wel toegewezen, maar niet tijdens de huisbezoeken verricht. Het gaat vooral om dagelijkse en periodiek huishoudelijke activiteiten en het sanitair schoonmaken. Tijdgebrek, andere bezigheden in het huishouden of begeleidend activiteiten kunnen mogelijke verklaringen zijn voor het grote aantal dagelijks huishoudelijke activiteiten dat wel toegewezen is, maar niet verricht. Een andere reden kan zijn dat er aan een cliënt 'hulp bij/-overname van licht huishoudelijk werk' is toegewezen, wat een diversiteit aan activiteiten kan inhouden. Het is dan niet duidelijk welke activiteiten wel en welke niet zijn toegewezen. Hierdoor zijn er mogelijk activiteiten toegewezen die niet verricht hoeven worden. Ook is het mogelijk dat een andere uitvoerende van hetzelfde functieniveau hulp heeft verleend bij de cliënt. Wanneer deze uitvoerende niet meedoet in het onderzoek, levert dit discrepanties op.

Een verklaring voor de periodiek huishoudelijke activiteiten die niet zijn verricht, maar wel toegewezen, is dat die activiteiten net niet in de registratieperiode gedaan zijn. Bijvoorbeeld deuren/ramen/houtwerk zemen (gemiddeld 1x per 6 weken) en kasten opruimen (bijvoorbeeld 1x per 3 maanden).

De overige vier activiteiten zijn wel verricht, maar niet toegewezen, zoals de organisatie van het huishoudelijk werk, afwassen, kleden/matten kloppen en koffie en andere dranken verzorgen.

Wat betreft de verzorgende activiteiten (tabel 5.14) blijkt er weinig discrepantie te bestaan tussen wat is toegewezen en wat uiteindelijk aan activiteiten is verricht. Twee keer is de activiteit wel toegewezen en niet verricht (haar-, nagel- en gezichtsverzorging, baden/douchen/wassen), en twee keer is de activiteit niet toegewezen, en toch verricht (aan-/uitkleden, kousen/schoenen aan-/uittrekken). Bij de overige 18 activiteiten ligt het overeenstemmingspercentage boven de 80%.

Voor het berekenen van de discrepanties op begeleidend gebied, zijn de sociale activiteiten buiten de analyses gehouden, aangezien deze activiteiten niet op het toewijzingsformulier staan.

Van de 36 begeleidend activiteiten (tabel 5.15) is het verschil tussen wat toegewezen is en wat is verricht voor 11 activiteiten groter dan 20%. Het gaat hier vooral om activiteiten die niet toegewezen zijn, maar wel verricht zijn. Dit zijn met name problemen van de cliënt, het omgaan met deze problemen door de uitvoerenden en het observeren/signaleren van veranderingen op lichamelijk en psychisch vlak. Een mogelijke verklaring voor het grote aantal activiteiten dat wel is verricht, maar niet is

toegewezen, is dat het vaak onvoorziene situaties zijn, waarop dus niet toegewezen had kunnen worden. Bijvoorbeeld als een cliënt te horen krijgt dat ze ernstig ziek is of zich eenzaam voelt. In die situaties worden uitvoerenden geconfronteerd met problemen, waar ze vervolgens iets mee moeten doen. In dat soort gevallen wordt meer aandacht besteed aan de cliënt in de vorm van begeleidende activiteiten dan is toegewezen. Het observeren/signaleren van sociale veranderingen wordt juist minder vaak wordt gedaan dan toegewezen is. Een plausibele verklaring hiervoor is dat de uitvoerenden dit als een vanzelfsprekend onderdeel in hun werk beschouwen en het dus niet als zodanig registreren.

Tabel 5.13

Discrepanties tussen de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp, voor de huishoudelijke activiteiten (n = 2968), in percentages

	geen discrepanties tussen toegewezen en verleende hulp	wel toegewezen, niet verleend	niet toegewezen, wel verleend
<i>Huishoudelijke activiteiten</i>			
Organisatie huishoudelijk werk	62	13	25
Dagelijks huishoudelijk werk			
. kamer opruimen	59	31	10
. stofzuigen	72	23	5
. afwassen/wegzetten	66	7	27
. bedden opmaken	58	29	13
. stof afnemen/raggen	66	23	11
. vloeren soppen (excl. sanitair)	62	34	4
. post halen/brengen	86	5	9
Periodiek huishoudelijk werk			
. bedden verschoneren (incl. opmaken)	53	43	4
. deuren/ramen/houtwerk zemen	64	32	4
. planten/dieren verzorgen	81	5	14
. kasten opruimen	76	16	8
. tuin onderhouden	98	0	2
. vuilniszakken verwisselen/buitenzetten	53	43	4
. buiten schoonmaken (stoep/balkon)	85	2	13
. kleden/matten kloppen	72	12	16

. koper/zilver poetsen	96	0	4
Sanitair schoonmaken			
. wc schoonmaken	71	24	5
. keuken schoonmaken	66	30	4
. douche/badkamer schoonmaken	66	29	5
Verzorging kleding/linnen/schoeisel			
. wassen/ophangen/afhalen	71	20	9
. strijken/vouwen/opbergen	72	21	7
. schoenen poetsen	93	5	2
. verstelwerk	93	4	3
. gordijnen/vitrage afhalen/wassen/ ophangen	79	13	8
Maaltijd (voor-)bereiding			
. koffie/thee/andere dranken verzorgen	65	4	31
. tafel dekken/afruimen	84	7	9
. ontbijt of lunch maken	82	8	10
. koken (evt. invriezen)	88	6	6
Boodschappen doen			
. dagelijkse boodschappen	83	11	6
. periodieke boodschappen	83	11	6

Tabel 5.14

Discrepanties tussen de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp, voor de verzorgende activiteiten (n = 2968), in percentages

	geen discrepanties tussen toegewezen en verleende hulp	wel toegewezen, niet verleend	niet toegewezen, wel verleend
<i>Verzorgende activiteiten</i>			
Eenvoudige persoonlijke verzorging			
. aan- uitkleden	76	9	15
. kousen/schoenen aan-/uittrekken	75	8	17
. haar-/nagel-/gezichtsverzorging	72	21	7
. nat of droog scheren	95	2	3
. helpen bij eten	93	4	3

. hulp bij toiletgang	90	3	7
. steunkousen aan-/uittrekken	84	2	14
. mondhygiene (ook kunstgebit)	87	4	9
. verzorgen/aanbrengen hulpmiddelen, gehoorapparaat	93	1	6
. hulp bij beweging in/rond huis	85	6	9
. tillen/verplaatsen hulpvrager	89	2	9
. verzorging van kinderen	97	1	2
Complexe persoonlijke verzorging			
. helpen met therapie-oefeningen	95	3	2
. bed verschonen met hulpvrager erin	98	0	2
. baden/douchen/wassen (evt. op bed)	68	23	9
. steunkorset/prothesen/spalken aanbrengen/wegnemen	93	1	6
. medicijnen klaarzetten/toedienen (oraal)	85	5	10
. druppelen/zalven volgens voorschrift	84	4	12
. behandelen v. smetten/kleine wondjes	86	4	10
. incontinentiemateriaal wegnemen/aanbrengen	86	1	13
. decubituspreventie	92	1	7
. katheterzakjes verwisselen	98	0	2

Tabel 5.15

Discrepanties tussen de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp, voor de begeleidende activiteiten (n = 2968), in percentages

	geen discrepanties tussen toegewezen en verleende hulp	wel toegewezen, niet verleend	niet toegewezen, wel verleend
--	---	----------------------------------	----------------------------------

Begeleidende activiteiten

Gespreksonderwerpen

. problemen rond de hulpverlening	80	1	19
. eenzaamheid	74	3	23
. relatieproblemen met partner	92	1	7
. problemen met kinderen	86	1	13

. problemen rond opname/ontslag			
. zieken-/verpleeg-/bejaardenhuis	88	1	11
. problemen rond ziekte/gezondheid/ handicap	54	11	35
. de dood	88	3	9
Omgaan met gespreksonderwerpen			
. niets doen (negeren)	96	0	4
. luisteren	44	8	48
. begrip/medeleven tonen	42	4	54
. psychische steun	66	12	22
. oplossing zoeken	70	3	27
. cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	69	3	28
Observeren, signaleren van veranderingen			
. op lichamelijk vlak	54	11	35
. op psychisch vlak	61	16	23
. op sociaal vlak	64	21	15
Toezien op /stimuleren van:			
. correct medicijngebruik	81	6	13
. voeding/dieet/leefwijze	77	8	14
. gebruik hulpmiddelen	90	2	8
. bezoek andere hulpverleners	90	4	6
Helpen veranderen van:			
. huishoudelijke activiteiten	89	5	6
. verzorgende activiteiten	91	5	4
. sociale activiteiten	89	6	5
. begeleidende activiteiten	90	6	4
Mantelzorg			
. toestand cliënt bespreken	87	4	9
. instructie geven	94	1	5
. emotionele steun verlenen	91	2	7
. mogelijkheden bespreken	91	2	7
Bijzondere activiteiten			
. gezelligheid in huis brengen	85	3	12
. klaarmaken voor dagopvang	97	1	2
. vergezellen naar/bij adres buitenshuis	97	1	2
Kinderen			
. brengen/halen naar/van school/kdv	98	1	1
. opvangen van kind(-eren)	97	2	1
. begeleiden van kind(-eren)	96	2	2

Financiële aangelegenheden			
. financiële administratie	96	1	3
. plannen/beheren van middelen/ budgetteren	97	2	1

Tabel 5.16

Discrepanties tussen de toegewezen hulp en de daadwerkelijk verleende hulp, voor de rapportage activiteiten (n = 2968), in percentages

	geen discrepanties tussen toegewezen en verleende hulp	wel toegewezen, niet verleend	niet toegewezen, wel verleend
<i>Rapportage activiteiten</i>			
Rapportage in logboek			
. aan leidinggevende	95	1	4
. aan collega's	81	2	17
. aan wijkverpleging	93	1	6
. aan huisarts	97	1	2
. aan mantelzorg	90	2	8
. aan anderen	96	1	3
Rapportage tekorten in de zorgverlening			
. aan leidinggevende	22	77	1
. aan collega's	93	4	3
. aan wijkverpleging	90	9	1
. aan huisarts	99	1	0
. aan mantelzorg	93	6	1
. aan anderen	94	5	1
Rapportage gezondheidsproblemen van de cliënt			
. aan leidinggevende	23	75	2
. aan collega's	81	12	7
. aan wijkverpleging	85	13	2
. aan huisarts	80	18	2
. aan mantelzorg	79	18	3
. aan anderen	92	6	2

Op het gebied van rapportage zijn er ook twee activiteiten waarbij de discrepanties tussen toegewezen en verleende hulp te groot zijn (wel toegewezen, niet verricht), en wel het aan leidinggevendenden rapporteren over tekorten in de zorgverlening en over gezondheidsproblemen van de cliënt (tabel 5.16). In beide gevallen gaat het om activiteiten waarbij de leidinggevende toezicht moet houden op de hulpverlening en dat bij problemen de uitvoerenden dit moet rapporteren aan hem/haar. In de praktijk is blijkbaar gebleken dat problemen zich minder vaak voordeden dan verwacht, wat de grote discrepantie veroorzaakt.

5.3

Conclusies

In de CAO Thuiszorg (AbvaKabo 1994) is voor alle functieniveaus in de gezinsverzorging een functieomschrijving geformuleerd. Op basis van deze formele functieomschrijvingen kan voor de zes deelnemende functieniveaus schematisch een takenpakket worden samengesteld (zie tabel 1.1). Uit dit schema blijkt wat de hoofd- en bijtaken zijn van de zes functieniveaus, naar de vier hoofdcategorieën van het werk. Wat de uitvoerenden precies in de dagelijkse praktijk doen en of dat overeenkomt met hun taakomschrijvingen, is onderzocht met dit registratieonderzoek. Gedurende vier weken hebben 458 uitvoerenden alle activiteiten geregistreerd. Op basis van deze gegevens is een tweede takenpakket samengesteld (tabel 5.10). Hieruit blijkt dat uitsluitend huishoudelijk werk of uitsluitend verzorging niet voorkomt, maar dat dit altijd in combinatie met begeleidende werkzaamheden gaat. Dat uitsluitend huishoudelijk werk in de gezinsverzorging niet voorkomt, is ook in het onderzoek van Van den Herik, De Been en Vulto (1995) vastgesteld. Uit het praktijkschema blijkt ook dat er veel overlap is tussen de elkaar opvolgende functieniveaus qua inhoud van het werk: er is geen duidelijke afbakening van het werk voor de zes functieniveaus. Ook Van den Herik e.a. (1995) concludeerden dat de grenzen tussen het werk van de elkaar opvolgende functieniveaus (met uitzondering van de gespecialiseerd verzorgenden E) vaag zijn. Zij pleitten ervoor om de overlap grotendeels weg te halen en drie nieuw functies te creëren (naast de gespecialiseerd verzorgenden E). Dit wordt gesteund door de commissie Verzorging (1995), welke in de toekomst drie nieuwe functieniveaus voorstelt: gekwalificeerd helpende, basis-beroeps-beoefenaar en vakfunctionaris.

Wanneer deze schema's (tabel 1.1 en tabel 5.10) naast elkaar worden gelegd, blijkt dat de formele functieomschrijvingen en de praktijk voor de

zes functieniveaus niet overeenkomen. Uit de praktijk blijkt dat de alfhulpen meer aan begeleiding doen dan in hun functieomschrijving staat. Dit geldt ook voor de huishulpen A. Daarnaast verrichten zij in de praktijk ook verzorgende en rapportage activiteiten. De verzorgingshulpen B doen naast huishoudelijke en verzorgende activiteiten, wat in de officiële functieomschrijving staat, begeleidende en rapportage activiteiten, wat echter niet in de CAO functieomschrijving is opgenomen. De verzorgenden C doen in de praktijk meer huishoudelijke werkzaamheden dan in de CAO staat. Daarnaast verrichten ze begeleidende en rapportage activiteiten, welke niet in hun functieomschrijving zijn opgenomen. De verzorgenden D doen daarentegen in de praktijk minder begeleidende activiteiten dan in hun functieomschrijving staat, maar zij doen in de praktijk meer huishoudelijke werkzaamheden. Ook de gespecialiseerd verzorgenden E doen in de praktijk meer op huishoudelijk gebied. Er blijken dus veel verschillen tussen de formele functieomschrijvingen en de praktijk en dit pleit voor een betere afstemming van de functieomschrijvingen op de praktijk. Daarnaast wil de commissie Verzorging dat ook het beroepsprofiel en de beroepseisen beter worden afgestemd op huidige en toekomstige ontwikkelingen (Commissie Verzorging 1995).

Een ander belangrijk verschil tussen 'theorie' en praktijk betreft de toewijzing en daadwerkelijk verlening van de hulp. Uit de resultaten blijkt dat het toegewezen functieniveau niet altijd de daadwerkelijke hulp heeft verleend. Vooral bij de huishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C is de discrepantie groot. Redenen hiervoor zijn dat is uitgegaan van verouderde indicaties en toewijzingen, dus dat de hulpvraag waarschijnlijk is veranderd waardoor een ander functieniveau is ingezet, zonder dat er een officiële herindicatie heeft plaatsgevonden of doordat het gewenste functieniveau niet beschikbaar was, waardoor een ander functieniveau moest worden ingezet. Ook qua inhoud van de hulp bestaan er verschillen tussen wat is toegewezen en wat is verleend. Er zijn dan activiteiten die wel zijn toegewezen, maar niet verricht; of die niet zijn toegewezen, maar wel zijn verricht. Ook hier kan een deel van de discrepanties verklaard worden door verouderde indicaties en toewijzingen. De grootste discrepanties bestaan op het gebied van huishoudelijke en begeleidende activiteiten. Enkele verschillen met betrekking tot periodiek huishoudelijke taken kunnen verklaard worden door het feit dat die activiteiten niet tijdens de registratieperiode van vier weken verricht. Een mogelijk andere verklaring is onduidelijkheid omtrent de termen licht en zwaar huishoudelijk werk en wat daar onder wordt verstaan. Een laatste

mogelijke verklaring is het feit dat andere uitvoerenden, die niet aan het onderzoek hebben deelgenomen, bepaalde activiteiten hebben uitgevoerd. De begeleidende activiteiten worden in de praktijk vaker gedaan dan ze zijn toegewezen. Vaak gaat het om situaties die niet voorzien zijn. Door bepaalde gebeurtenissen of situaties worden uitvoerenden geconfronteerd met problemen, waar ze vervolgens ook mee moet omgaan. De discrepanties ontstaan doordat deze activiteiten in beginsel niet zijn toegewezen.

6

De werkdruk binnen de gezinsverzorging

6.1

Inleiding

De laatste jaren zijn geregeld onderzoeken gepubliceerd over verplegenden en verzorgenden waarin gesproken wordt over een hoge werkdruk, gebrek aan autonomie, weinig arbeidstevredenheid, en een hoge mate van burnout (De Jonge e.a. 1995). Het percentage ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging is erg hoog. Zoals uit tabel 6.1 blijkt, is dit percentage in 1995 9.5% (BVG 1996). Het ziekteverzuim-percentage in de gezinsverzorging ligt dus aanmerkelijk hoger dan in andere gezondheidszorginstellingen. Bijvoorbeeld voor ziekenhuizen geldt een percentage van 5.9% en in de wijkverpleging ligt dit percentage op 6.7% (BVG 1996). Ook de gemiddelde verzuimduur ligt hoger voor de gezinsverzorging: bijna 24 dagen in 1995, vergeleken met ruim 18 dagen in de gehele maatschappelijke dienstverleningssector (waar de gezinsverzorging, wijkverpleging en bejaardenhuizen onder vallen) en 15 dagen in de intramurale zorg (waar de ziekenhuizen en verpleeghuizen onder vallen) (tabel 6.1) (BVG 1996). De meldingsfrequentie in de diverse settings blijkt niet veel te verschillen, met uitzondering van de wijkverpleging, welke een duidelijk lagere meldingsfrequentie per jaar heeft (tabel 6.1).

Veerman concludeerde in zijn onderzoek in 1989 naar het ziekteverzuim in de gezinsverzorging, dat het hoge percentage niet zo zeer veroorzaakt wordt door een hoge verzuimfrequentie, als wel door een lange verzuimduur (Veerman 1989). Uit bovenstaande cijfers van de BVG uit 1994 blijkt dat deze conclusie nog steeds geldt.

De voornaamste reden van dit ziekteverzuim is rugproblemen (43%), gevolgd door psychische problemen (30%) (Veerman 1989). Wanneer deze problemen chronisch worden, komen mensen in de WAO terecht. In 1993 ging 2.9% van de werknemers in de gezinsverzorging de WAO in,

Tabel 6.1
Overzicht van de verzuimcijfers voor de gezondheidszorg (1995)

Instellingen	Ziekteverzuim percentage per jaar	Gemiddelde verzuim- duur per jaar	Meldingsfrequentie per jaa
Gezinsverzorging	9.5	23.6	1.37
Wijkverpleging	6.7	20.9	1.07
Ziekenhuizen	5.9	14.1	1.46
Verpleeghuizen	7.6	16.3	1.59
Bejaardenhuizen	6.5	18.5	1.16

Bron: BVG 1996

vergeleken met het gemiddelde van 1.6% van alle werknemers in de gezondheidszorgsector (BVG 1994). Het verloop in de gezinsverzorging is ook erg hoog. Maar liefst 28% van de uitvoerenden verliet in 1993 de gezinsverzorging (Hornman 1994). Om de gezondheidsproblemen van uitvoerenden te terugbrengen, moet dus onder andere de werkdruk voor deze groep aangepakt worden (De Jonge & Landeweerd 1993).

In dit hoofdstuk wordt onderzocht wat de belastende aspecten in het werk van uitvoerenden in de gezinsverzorging zijn. Een onderzoeksmodel is ontwikkeld om de werkdruk in de gezinsverzorging te kunnen beschrijven. De basis van dit model wordt gevormd door diverse modellen en theorieën met betrekking tot de kwaliteit van arbeid (Beukema 1987) en werkdruk in combinatie met relevante onderzoeksresultaten uit voorgaand onderzoek binnen de gezinsverzorging.

Methodisch begint elk belastingsonderzoek met de analyse van de taakeisen en de arbeidsomstandigheden, waaronder deze eisen verwerkt moeten worden (Meijman & O'Hanlon 1984). Beide elementen vinden we terug bij het *Job Characteristics Model*, JCM, (Hackman & Oldham 1974 1975 1976 1980) en het *Job Demand Control Model*, JDCM, (Karasek 1979). Daarnaast geeft Engelen (1993) aan dat kwaliteit van de arbeid beïnvloed wordt door de manier waarop werk is georganiseerd. Veerman heeft in zijn onderzoek naar ziekteverzuim in de gezinsverzorging ook het effect van organisatie-kenmerken op de werkdruk van uitvoerenden onderzocht (Veerman 1989). Veerman gebruikte daarvoor het uitgebreide

model *belasting/belastbaarheid* (Meijman & O'Hanlon 1984, Veerman 1989, Smulders & Veerman 1990).

Het uiteindelijke doel van zowel het JCM als het JDCM is verbetering van de kwaliteit van de arbeid. De invalshoek is echter verschillend. Beide modellen bieden vanuit verschillende benaderingen handvatten om functies te verbeteren. De centrale taakkenmerken in het model van Hackman en Oldham (JCM) (1980) hebben een gunstige invloed op de werkprestatie, -motivatie en -satisfactie. Karasek (1979) stelt dat de taakeisen voldoende hoog moeten zijn en dat de beslissingsruimte daaraan aangepast dient te worden, teneinde stress te vermijden en leer- en groeimogelijkheden te bevorderen. Veerman (1989) zegt dat, om overbelasting te voorkomen, de werkbelasting en belastbaarheid in balans moeten zijn. Overbelasting kan negatieve consequenties hebben voor de werkuitvoering en de persoonlijke gezondheid, zoals stress, burnout en verzuim.

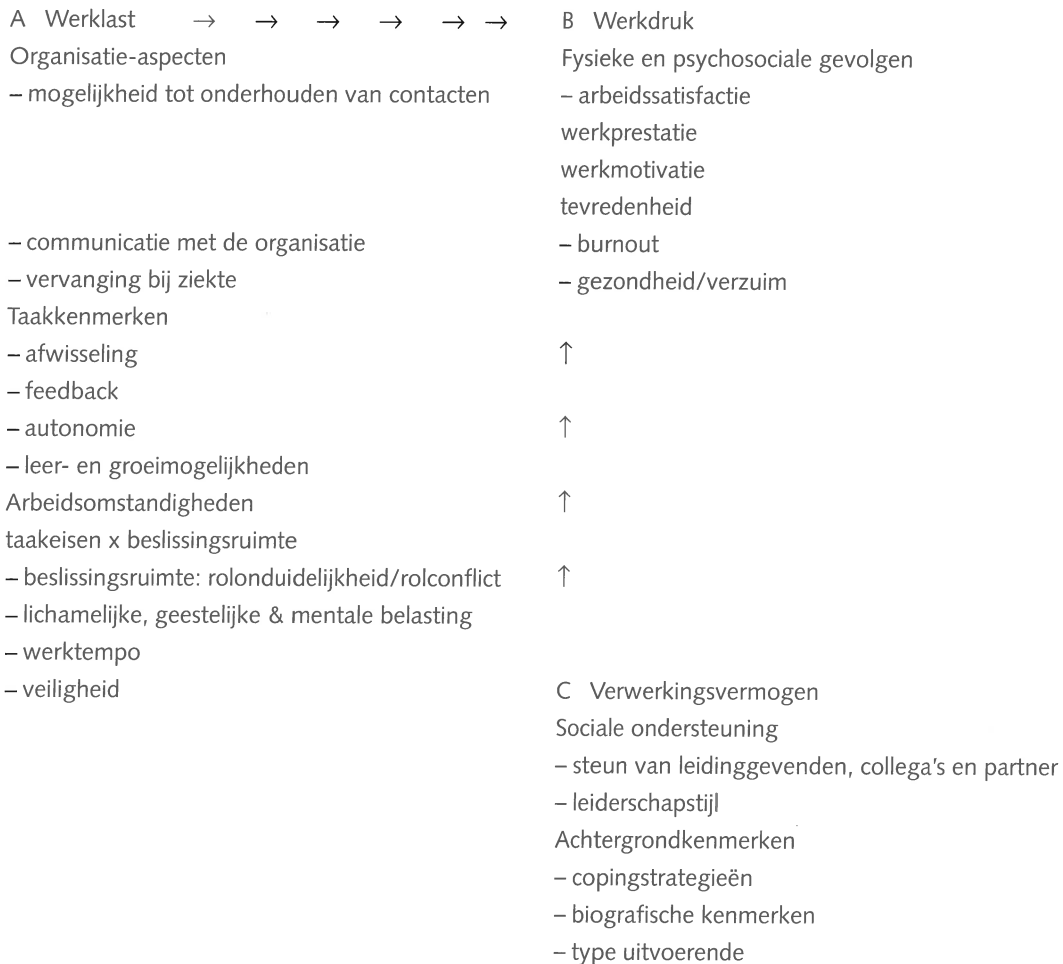
Zowel het JCM als het JDCM zijn in een later stadium uitgebreid met twee modererende variabelen, namelijk persoonlijkheidskenmerken en sociale ondersteuning, die invloed hebben op de relatie tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Tevens wordt van deze variabelen verondersteld dat zij ook een directe invloed hebben op de afhankelijke variabelen (Hackman & Oldham 1974, 1975, 1976, 1980; Karasek 1979, Karasek & Theorell 1990). In het model dat Veerman gebruikte, zitten deze variabelen in de dimensie 'belastbaarheid'.

De integratie van de diverse modellen en onderzoeksresultaten heeft in een onderzoeksmodel geresulteerd om de werkdruk onder uitvoerenden in de gezinsverzorging te beschrijven. Het belasting/belastbaarheid-model heeft als uitgangspunt gediend waarbinnen relevante variabelen uit de andere modellen zijn geïntegreerd. In het geïntegreerde model kunnen drie hoofddimensies onderscheiden worden: werklast, werkdruk en verwerkingsvermogen (figuur 6.1).

Het begrip '*werklast*' slaat op meetbare, objectieve aspecten van het werk: de hoeveelheid werk en het aantal mensen dat daarvoor beschikbaar is, de aard en de kwaliteit van het werk en de beschikbare tijd om het werk te doen. Werklast kan geoperationaliseerd worden in drie sub-dimensies: organisatie-kenmerken (Veerman 1989, Engelen 1993), taakkenmerken (Hackman & Oldham 1974 1975 1976 1980) en arbeidsomstandigheden (Karasek 1979 1990).

De term '*werkdruk*' geeft aan hoe zwaar iemand de werklast ervaart.

Figuur 6.1
Een geïntegreerd model voor het meten van werkdruk in de
gezinsverzorging



Werkdruk wordt in het onderzoeksmodel geoperationaliseerd als een aantal fysieke en psychosociale gevolgen. Fysieke gevolgen zijn gezondheid en verzuim. Onder psychosociale gevolgen vallen arbeidstevredenheid, waaronder ook werkprestatie en werkmotivatie, en burnout. Aan de ene kant worden effecten op het gebied van motivatie en tevredenheid, gezondheid en verzuim gemeten (Hackman & Oldham

1974, 1975, 1976, 1980; Veerman 1989) en aan de andere kant, op het gebied van burnout (Karasek 1979, 1990; Veerman 1989).

De subjectieve beleving van de werklust hangt ook samen met persoonlijke omstandigheden, de waardering van de eigen omgeving en de maatschappelijke status van het beroep. Ook de stijl van leidinggeven speelt hierbij een rol (Hackman & Oldham 1974, 1975, 1980; Karasek 1979, Veerman 1989, Boumans 1990, Karasek & Theorell 1990, Hood & Smith 1994). Dit valt onder de dimensie 'verwerkingsvermogen'. Deze term voor belastbaarheid is afkomstig van Kompier en Marcelissen (1990), en is opgebouwd uit sociale ondersteuning door leidinggevende, collega's en partner, copingstrategieën en achtergrondkenmerken (Veerman 1989, Van Dijk 1990).

Op basis van het doel van het onderzoek en het onderzoeksmodel kan de volgende vraag geformuleerd worden:

- Wat zijn de verschillen tussen de zes typen uitvoerenden in de gezinsverzorging met betrekking tot werklust, werkdruk en verwerkingsvermogen?

Op basis van het onderzoeksmodel zal in het volgende hoofdstuk verder onderzocht worden welke relatie bestaat tussen werklust, verwerkingsvermogen en werkdruk. Met andere woorden welke factoren van invloed zijn op de werkdruk-variabelen arbeidssatisfactie, burnout en gezondheid/verzuim.

6.2

Resultaten

Met variantie-analyses zijn de verschillen in de somscores van de zes functieniveaus op de variabelen zoals die in het model zijn weergegeven onderzocht. Een hoge score betekent dat de betreffende variabele in hoge mate voorkomt.

6.2.1

Verschillen tussen de uitvoerenden met betrekking tot werklust

In tabel 6.2 staan de resultaten van de werklust variabelen. Voor alfa-hulpverleners zijn twee organisatie-kenmerken het minst aanwezig: weinig mogelijkheden voor contact met collega's en weinig communicatie-mogelijkheden met de organisatie. Ook gespecialiseerd verzorgenden E hebben aanzienlijk minder mogelijkheden voor communicatie met de organisatie vergeleken met de andere functieniveaus. Verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E hebben beduidend meer

mogelijkheden voor contact met hun collega's dan de drie lagere functieniveaus. Over het algemeen ervaren de uitvoerenden de mogelijkheden voor contact als laag. Ook is onderzocht of er vervanging is geregeld bij ziekte van een uitvoerende. Bij de alfahulpen wordt er zelden of nooit vervanging geregeld, en ook bij de gespecialiseerd verzorgenden E is de vervanging significant slechter geregeld dan bij de vier andere functieniveaus.

Taakkenmerken zoals een grote mate van afwisseling en leer- en groeimogelijkheden komen vaker voor bij de hogere functieniveaus. Alfahulpen en thuishulpen A hebben significant minder leer- en groeimogelijkheden in hun werk dan verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E. De hogere functieniveaus hebben ook meer afwisseling in hun werk, met name de gespecialiseerd verzorgenden E. Daarnaast krijgen de alfahulpen significant minder feedback van een leidinggevende over de uitgevoerde taken dan de andere vijf functieniveaus. De meeste feedback krijgen de gespecialiseerd verzorgenden E, significant meer dan de alfahulpen, thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden D. Misschien koppelt de leidinggevende van de gespecialiseerd verzorgenden E, gezien de complexiteit van de hulpverlening, vaker terug aan de gespecialiseerd verzorgenden E over het werk. De alfahulpen hebben daarentegen, vergeleken met de verzorgingshulpen B, de verzorgenden C en D significant meer autonomie in hun werk. Aangezien zij los van de instelling werken, zullen zij ook meer zelfstandigheid in het werk ervaren. Opvallend is dat de verzorgenden D aangeven de minste autonomie te ervaren. De aanwezigheid van taakkenmerken worden door de uitvoerenden gemiddeld als redelijk hoog ervaren, met name autonomie. Zeven kenmerken van arbeidsomstandigheden zijn gemeten in de vragenlijst. De eerste twee zijn rolonduidelijkheid, de mate van onzekerheid over de te vervullen taak, en rolconflict, werkzaamheden doen die onderling in strijd zijn of dingen moeten doen die men liever anders had gedaan. Alfahulpen ervaren de grootste mate van onzekerheid over het werk, significant meer dan de thuishulpen A, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E. Blijkbaar brengt het zelfstandig werken van de alfahulpen als consequentie met zich mee dat er weinig duidelijkheid in het werk is.

De hogere functieniveaus daarentegen (verzorgingshulpen B, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E) ervaren de meeste rolconflicten, meer dan de alfahulpen en thuishulpen A. Over het

algemeen hebben de uitvoerenden matig last van rolonduidelijkheid en ervaren ze weinig rolconflicten in hun werk. De vijf andere arbeidsomstandigheden zijn werktempo, lichamelijke, geestelijke en mentale belasting en veiligheid. De verzorgenden (B, C en D) voelen zich beduidend meer lichamelijk belast en ervaren een aanzienlijk hoger werktempo vergeleken met de alfahulpen, huishulpen A en gespecialiseerd verzorgenden E. Deze typen uitvoerenden doen veel verzorgend werk bij veel verschillende cliënten, vaak met een strakke planning. Het is mogelijk dat gezien het hoge werktempo er minder ergonomisch gewerkt wordt, wat een negatief effect op de lichamelijke belasting heeft. De emotionele en mentale belasting nemen beide significant toe met het stijgen van het functieniveau. Het lijkt erop dat meer verzorgend werk en meer psychosociale werkzaamheden, dus meer complex werk, samen gaan met een hogere emotionele en mentale belasting. Om een beter beeld te krijgen van deze scores, zijn ze vergeleken met de scores van een groep vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg. Over het algemeen ervaren de uitvoerenden in de gezinsverzorging gemiddeld een hoger werktempo (22.9 versus 11.6), meer lichamelijke belasting (14.3 versus 8.6), minder mentale belasting (19.1 versus 22.6) en meer emotionele belasting (13.8 versus 11.2) dan de andere groep vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg (van Veldhoven & Meijman 1994).

De alfahulpen beoordelen de veiligheid in hun werk beter dan de huishulpen A, verzorgingshulpen B en gespecialiseerd verzorgenden E. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de alfahulpen niet zo goed op de hoogte zijn van de voorschriften voor veiligheid in het werk, zoals ze in de instelling bekend zijn. De huishulpen A, verzorgingshulpen B en gespecialiseerd verzorgenden E zijn gedurende een relatief lange tijd bij een cliënt. Zij hebben dan ook vaker te maken met onveilige situaties, en zullen weten waar ze op moeten letten. De bezoeken van de verzorgenden C en D zijn korter en veiligheid zal daar ook niet zo'n grote rol spelen. Over het algemeen vinden de uitvoerenden hun werkplek behoorlijk veilig. Als onderdeel van arbeidsomstandigheden is ook gevraagd naar de kwaliteit van het huishoudelijk materiaal waarmee gewerkt wordt. Over het algemeen is het materiaal redelijk goed: een gemiddelde score van 3.6 op een schaal van 1 (slecht) tot 4 (goed). Toch waren er verschillen tussen de zes functieniveaus. De huishulpen A (3.7) beoordeelden hun huishoudelijk materiaal beter dan de andere uitvoerenden. De gespecialiseerd verzorgenden E (3.3) en, in mindere mate, de verzorgenden D (3.5)

beoordeelden de kwaliteit van het huishoudelijk materiaal waarmee zij moesten werken, het laagst. Het materiaal waarmee de andere functieniveaus moesten werken (alfahulpen, verzorgingshulpen B, verzorgenden C) was redelijk goed van kwaliteit (3.6).

Tabel 6.2

Gemiddelde scores op de werklust-variabelen voor de zes functieniveaus (n = 474), met one-way variantie-analyse

Functieniveau Variabelen	range	Ah (n = 73)	A (n = 90)	B (n = 94)	C (n = 84)	D (n = 78)	E (n = 55)	F- ratio	P- waarde	significantie-verschillen tussen functieniveaus
<i>Organisatiekenmerken</i>										
<i>Communicatie met</i>										
instelling	(0-16)	10.2	12.6	12.1	11.8	11.1	10.6	11.6	<.01	A:AH,C,D,E; B:AH,D,E; C:AH,E D:AH
Contact met collega's	(0-16)	4.3	6	6.6	7.3	7.7	7	28.8	<.01	C,D:AH,A,B; B,E:AH,A
Vervanging bij ziekte	(1-2)	1.3	2	2	2	2	1.7	88.9	<.01	A,B,C,D:AH
<i>Taakkenmerken</i>										
Afwisseling	(0-24)	12.8	14.6	15.1	16.2	17.7	19.5	51.2	<.01	E:AH,A,B,C,D; D:AH,A,B,C; C:AH,A,B; A,B:AH
Leer-/groeimogelijkheden	(0-36)	13.2	18.6	20	20.9	20.1	20.8	27.4	<.01	B,C,D,E:AH,A; A:AH
Feedback	(0-24)	11.6	14.8	15.2	15.8	15.1	16.8	16.6	<.01	E:AH,A,B,D; A,B,C,D:AH
Autonomie	(0-44)	34.5	33.1	31.4	31.6	28.6	32.7	11.1	<.01	AH:B,C,D; A:B,D; B,C,E:D
<i>Arbeidsomstandigheden</i>										
Rolonduidelijkheid	(0-20)	10.8	9.6	10	9.4	9.6	9.8	2.6	<.05	AH:A,C,D,E
Rolconflict	(0-24)	8.3	8.3	9.5	9.3	9.1	10.1	13.2	<.01	E:AH,A,B,C,D; B,C,D:AH,A
Werktempo	(0-44)	21.2	22	23.7	23.7	24.6	22.4	10	<.01	B,C,D:AH,A,E
Lichamelijke belasting	(0-28)	13.4	14.5	15.7	14.7	15.2	12.5	7.7	<.01	B:AH,A,E; C,D:AH,E; A:E
Mentale belasting	(0-28)	14.1	16	17.9	20.1	23	23.7	69.3	<.01	C:AH,A,B; B:AH,A; A:AH
Emotionele belasting	(0-28)	10.6	12	13.6	14.2	14.8	17.7	84.5	<.01	E:AH,A,B,C,D; D:AH,A,B; B,C:AH,A; A:AH
Veiligheid	(0-4)	3	2.7	2.6	2.8	2.8	2.6	2.6	<.05	AH:A,B,E
Huishoudelijk materiaal	(1-4)	3.6	3.7	3.6	3.6	3.5	3.3	38.0	<.01	A: AH,B,C,D,E; AH,B,C,D,E; D:E)

6.2.2

Verschillen tussen de uitvoerenden met betrekking tot verwerkingsvermogen

De resultaten van de variabelen van het verwerkingsvermogen zijn gepresenteerd in tabel 6.3. De ervaren sociale steun of waardering van zes personen/groepen in het werk is gemeten. Alfahulpen ervaren uiteraard de minste steun door leidinggevende en collega's, omdat zij zelden contact

met de instelling hebben en vaak niet weten wie hun collega's zijn. Opvallend is dat ook de verzorgenden D een significant lagere steun door de leidinggevenden ervaren dan de huishulpen A en verzorgenden C. Gebrek aan contact met de leidinggevende lijkt hier geen rol mee te spelen, aangezien zij veel overlegmogelijkheden met de leidinggevende hebben. Over het algemeen ervaren de hogere functieniveaus (verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E) meer steun door collega's dan de alfahulpen, huishulpen A en verzorgingshulpen B. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hogere functieniveaus vaker overleg met collega's hebben. De hogere functieniveaus hebben ook het meest vaak overleg met de leidinggevende (telefonisch of persoonlijk, individueel contact). Over het algemeen ervaren de traditionele uitvoerenden (A t/m E) een hoge steun door leidinggevenden en collega's. De uitvoerenden voelen zich over het algemeen redelijk goed gesteund door hun partner, waarbij verschillen tussen de zes functieniveaus zich niet voordoen. De waardering die de uitvoerenden ervaren van hun cliënten is in het algemeen hoog. De alfahulpen voelen zich significant meer gewaardeerd door de cliënten dan de andere vijf functieniveaus. Voor de alfahulp is de cliënt de werkgever, en bestaat er dus een andere vertrouwensband tussen hen dan tussen de andere uitvoerenden en hun cliënten. De huishulpen A en verzorgingshulpen B hebben vaak een langdurige werkrelatie met hun cliënten, waardoor ook een andere relatie bestaat dan voor de verzorgenden C en D. Bij de verzorgenden gaat het meestal om tijdelijke en/of korte contacten met weinig tijd voor een praatje. De gespecialiseerd verzorgenden E ervaren de laagste waardering door hun cliënten. Mogelijkerwijs beïnvloedt het type cliënt en de aard van de hulpverlening de relatie tussen de uitvoerende en de cliënt. Daarentegen neemt de waardering door andere hulpverleners toe met het stijgen van het functieniveau. De verzorgingshulpen B, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E voelen aanzienlijk meer gewaardeerd door andere hulpverleners dan de huishulpen A en de alfahulpen. Een verklaring hiervoor is dat de lagere functieniveaus weinig met andere hulpverleners te maken hebben, zoals ook uit de functieomschrijvingen blijkt. De hogere functieniveaus, met de name de gespecialiseerd verzorgenden E onderhouden veel meer contact met andere hulpverleners, waardoor zij ook meer waardering door deze hulpverleners kunnen verwachten.

Naast ervaren sociale steun zijn vragen gesteld over leiderschapstijlen. Aangezien alfahulpen niet in dienst van de instelling zijn, en daardoor geen

directe leidinggevende hebben, heeft het merendeel van hen deze schaal niet ingevuld. De alfahulpen zijn daarom niet in tabel 6.3 opgenomen. Alle uitvoerenden vinden dat hun leidinggevende in hoge mate een sociaal-emotionele manier van leidinggeven hanteert. De vijf functieniveaus verschillen hierop onderling nauwelijks. Daarentegen ervaren zij weinig instrumenteel leiderschap van hun leidinggevende. Vergeleken met de andere functieniveaus, ondervinden de gespecialiseerd verzorgenden E het meeste instrumenteel leiderschap van hun leidinggevendenden. De leidinggevendenden in de gezinsverzorging hebben dus meer aandacht voor comfort, welzijn en arbeidsvoldoening van hun uitvoerenden dan voor productie (instrumenteel leiderschap), waarbij de leidinggevendenden de rol van de uitvoerenden definiëren en verduidelijken en de uitvoerenden precies laten weten wat van hen wordt verwacht. Er zijn drie manieren om met problemen en gebeurtenissen om te gaan (copingstrategieën): de actieve benadering van problemen, de passieve benadering van problemen en het zoeken van sociale steun. De gespecialiseerd verzorgenden E gaan significant meer actief met problemen om vergeleken met de andere functieniveaus. Verzorgenden C gebruiken deze copingstrategie significant meer dan alfahulpen, thuishulpen A en verzorgingshulpen B. De zes functieniveaus verschillen niet van elkaar wat betreft de passieve benadering van problemen. Het zoeken van sociale steun als copingstrategie wordt aanzienlijk minder gedaan door de thuishulpen A.

Om een beter begrip van de scores te krijgen, worden ze vergeleken met de coping-scores van een andere groep gezondheidszorgwerkers, namelijk wijkverpleegkundigen uit het onderzoek naar de effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg van Jansen & Kerkstra (1995). Gebaseerd op de resultaten uit tabel 6.3 is per copingstrategie een gemiddelde over alle uitvoerenden berekend. Deze drie gemiddelden worden vergeleken met de drie gemiddelde scores van de wijkverpleegkundigen. Op een schaal van 1 tot 4 is het gemiddelde voor de actieve benadering van problemen van wijkverpleegkundigen 2.95 en van de uitvoerenden in de gezinsverzorging 2.81, voor de passieve benadering is het gemiddelde van wijkverpleegkundigen 1.96 en van uitvoerenden in de gezinsverzorging 1.77. De uitvoerenden in de gezinsverzorging scoren op beide dimensies ongeveer hetzelfde als de wijkverpleegkundigen. Het gemiddelde van wijkverpleegkundigen op de derde dimensie 'het zoeken van sociale steun' is 2.65 en van uitvoerenden in de gezinsverzorging 2.22. Hierop scoren de uitvoerenden in de

gezinsverzorging dus iets lager vergeleken met wijkverpleegkundigen uit het onderzoek van Jansen & Kerkstra (1995).

Tabel 6.3

Gemiddelde scores op de verwerkingsvermogen-variabelen voor de zes functieniveaus ($n = 474$), met one-way variantie-analyse

Functieniveau Variabelen	range	Ah ($n = 73$)	A ($n = 90$)	B ($n = 94$)	C ($n = 84$)	D ($n = 78$)	E ($n = 55$)	F- ratio	P- waarde	significantie-verschillen tussen functieniveaus
<i>Sociale steun</i>										
Leidinggevende	(0-16)	10	13.9	13.8	14.2	13	13.4	25.2	<.01	A,C:AH,D; B,D,E:AH
Collega's	(0-16)	1	10.7	11.7	12.9	13.2	13.5	202	<.01	C,D,E:AH,A,B; B:AH,A; A:AH
Partner	(0-16)	10.2	10.2	10.7	11.8	12	9.3	2	n.s.	
Cliënten	(0-4)	3.5	3.3	3.3	3.1	3.1	3	5	<.01	AH:A,B,C,D,E;
Andere zorgverleners	(0-4)	0.2	1.9	2.5	2.7	2.8	3	61.8	<.01	E:AH,A,B; B,C,D:AH,A; A,B:AH; A:AH
Overleg met leiding- gevende	(0-15)	3.4	7.2	7.5	8.4	9.6	9.5	41.7	<.01	D,E:AH,A,B,C; C:AH,A,B; A,B:AH
<i>Leiderschapstijlen</i>										
Sociaal-emotioneel	(0-55)		42.8	43.2	44.2	42	41.7	4.4	n.s.	
Instrumenteel	(0-45)		18.3	20.3	21.2	21.3	22.6	10.3	<.01	E:A,B; B,C,D:A;
<i>Copingstrategieën</i>										
Actieve benadering	(0-28)	18.8	19	18.9	20.4	19.7	21.4	7.9	<.01	E:AH,A,B,C,D; C:AH,A,B
Passieve benadering	(0-48)	21.9	21.3	21.9	20.7	21.3	20.7	1.4	n.s.	
Zoeken van sociale steun	(0-24)	13	12.3	13.5	13.9	14	13.6	4.2	<.01	D:AH,A; B,C,E:A
<i>Persoonlijk kenmerken</i>										
Aantal uren p/w	(0-40)	7.3	17.1	22.1	25.5	21.8	28.7	65.2	<.01	

6.2.3

Verschillen tussen de uitvoerenden met betrekking tot werkdruk

Tabel 6.4 laat de resultaten van de werkdruk-variabelen zien. Zeven aspecten van arbeidstevredenheid zijn beoordeeld.

De thuishulpen A zijn het meest tevreden met de duidelijkheid in het werk, significant meer dan de verzorgingshulpen B, verzorgenden D, gespecialiseerd verzorgenden E en alfhulpen. De lage tevredenheid met duidelijkheid in het werk door alfhulpen hangt waarschijnlijk samen met de hoge (rol)onduidelijkheid die zij in hun werk ervaren (tabel 6.2). Het meest tevreden met de groeimogelijkheden in het werk zijn de gespecialiseerd verzorgenden E, significant meer dan alfhulpen, thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C. Alfhulpen en

verzorgingshulpen B zijn minder tevredenheid met de groeimogelijkheden in hun werk. De verzorgingshulpen B hebben wel leer- en groeimogelijkheden in hun werk (tabel 6.2), maar deze voldoen blijkbaar niet aan hun verwachtingen aangezien zij er niet erg tevreden mee zijn. De alfhulpen ervaren nauwelijks leer- en groeimogelijkheden in het werk, en zijn dus waarschijnlijk ontevreden over het ontbreken ervan.

Alfhulpen en gespecialiseerd verzorgenden E zijn significant minder tevreden met de promotiemogelijkheden in het werk, minder dan de thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden D. Voor de alfhulpen geldt dezelfde verklaring als voor de groeimogelijkheden: zij kunnen immers geen promotie maken. Ook voor de gespecialiseerd verzorgenden E zijn de promotiemogelijkheden blijkbaar beperkt en is er sprake van een eindfunctie in het uitvoerend werk.

De uitvoerenden is ook gevraagd naar hun tevredenheid met het contact met collega's, leidinggevende en cliënten. Zoals bekend is, hebben de alfhulpen nauwelijks contact met leidinggevenden en collega's. Uit hun ontevredenheid hierover, blijkt dat zij dit graag anders willen zien. Alle uitvoerenden zijn meer tevreden over het contact met collega's en leidinggevenden, vooral de gespecialiseerd verzorgenden E. Alfhulpen zijn veel meer tevreden met het contact met hun cliënten, iets wat afneemt met het stijgen van het functieniveau. Gezien de relatie van de alfhulpen met hun cliënten was het te verwachten dat zij meer tevreden zijn met het contact met hun cliënten. Opvallend is dat de gespecialiseerd verzorgenden E het minst tevreden zijn met het contact met hun cliënten, net als dat zij zich ook het minst gewaardeerd door hun cliënten voelden (tabel 6.3). Ook hier zou het type cliënt en de aard van de hulpverlening een rol in mee kunnen spelen.

Gespecialiseerd verzorgenden E zijn het meest tevreden met hun werkprestatie, het werk dat ze verrichten, meer dan de alfhulpen, verzorgingshulpen B, verzorgenden C en D.

De hogere functieniveaus, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgenden E hebben een hogere algemene werkvoldoening dan de drie lagere functieniveaus. Van deze lagere functieniveaus ervaren de alfhulpen de laagste werkvoldoening. Ondanks dat de verzorgenden C en D (en E) minder tevreden zijn met hun werkprestatie, ervaren ze toch meer voldoening in hun werk dan de lagere functieniveaus, met name meer dan de alfhulpen. Dit zou te maken kunnen hebben met het soort werk dat ze doen (meer verzorgend en begeleidend).

Totale arbeidstevredenheid is berekend op basis van de verschillende

aspecten van tevredenheid in het werk. De alfahulpen zijn aanmerkelijk minder tevreden met hun werk dan de vijf andere functieniveaus, welke qua totale tevredenheid onderling niet verschillen. Om een beter begrip van de scores van uitvoerenden te krijgen, zijn ze vergeleken met de tevredenheidsscores van wijkverpleegkundigen uit het onderzoek van Jansen & Kerkstra (1995). Gebaseerd op de resultaten uit tabel 6.4 is voor de totale arbeidssatisfactie een gemiddelde score voor alle uitvoerenden berekend. De wijkverpleegkundigen hadden een gemiddelde score op de totale arbeidssatisfactie van 3.55 en de gemiddelde score van de uitvoerenden in de gezinsverzorging is 3.67. De gemiddelden van beide groepen zijn vrijwel gelijk, en dus zijn de uitvoerenden, net als de wijkverpleegkundigen, redelijk tevreden met de diverse aspecten van het werk (Jansen & Kerkstra 1995).

Burnout is gemeten aan de hand van twee dimensies: emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid. Om een beter begrip van de scores van de twee dimensies te krijgen, zijn de gemiddelde scores voor beide dimensies vergeleken met de scores uit het onderzoek van Schaufeli & van Dierendonck (1994). In dat onderzoek zijn de scores van 2500 verpleegkundigen geanalyseerd en de gemiddelden daarvan zijn gehanteerd als normscores. Deze scores zijn echter nog niet definitief. Op een schaal van 0 tot 6 is de normscore voor emotionele uitputting 1.9 (scores tussen 1.1 en 2.5 zijn gemiddeld) en voor persoonlijke bekwaamheid is de normscore 3.9 (scores tussen 3.4 en 4.3 zijn gemiddeld) (Schaufeli & van Dierendonck 1994). De scores van de uitvoerenden in de gezinsverzorging op deze dimensies van burnout zijn 1.5 voor emotionele uitputting en 4.1 voor persoonlijke bekwaamheid. Vergeleken met de normscores scoren de uitvoerenden in de gezinsverzorging dus gemiddeld op beide burnout-dimensies.

Wanneer de zes functieniveaus onderling vergeleken worden, blijkt dat de alfahulpen, en in mindere mate de thuishulpen A en verzorgenden C, significant minder emotioneel uitgeput zijn dan de andere functieniveaus. Met name de gespecialiseerd verzorgenden E zijn het meest emotioneel uitgeput. Burnout in de vorm van emotionele uitputting blijkt dus 'gemiddeld' voor te komen, maar als het voorkomt dan is het vooral onder de hogere functieniveaus. Wat betreft de persoonlijke bekwaamheid, blijkt dat alle uitvoerenden zich behoorlijk kundig voelen in het werk dat ze doen, ondanks de lage status die hun beroep heeft. Gevoelens van persoonlijke bekwaamheid verschillen minimaal tussen de zes functieniveaus.

De uitvoerenden is tevens gevraagd een oordeel over hun gezondheidstoestand te geven. De uitvoerenden voelen zich over het algemeen goed gezond, en dit verschilt nauwelijks tussen de functieniveaus. De frequentie van ziekteverzuim verschilt echter wel. De alfahulpen zijn beduidend minder vaak ziek dan de andere uitvoerenden. Een verklaring zou kunnen zijn dat alfahulpen de eerste twee dagen van hun ziek-zijn niet worden uitbetaald, zodat zij eerst, in onderling overleg met de cliënt, zullen proberen de hulpverlening te verzetten, voordat zij zich ziek melden. Het is opvallend dat de verzorgenden D zich minder vaak ziek melden dan verzorgingshulpen B en verzorgenden C. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de verzorgenden D minder uren per week werken dan de andere functieniveaus. Hoewel er verschillen zijn tussen de gemiddelde ziekteduur van de zes typen uitvoerenden, zijn deze verschillen niet significant. De prevalentie van rugproblemen onder uitvoerenden in de gezinsverzorging is niet buitengewoon hoog, vergeleken met andere medewerkers in de gezondheidszorg (Bakker e.a. 1995). Een derde van de uitvoerenden in de gezinsverzorging heeft rugproblemen gehad in de laatste 12 maanden tegenover ruim de helft (56%) van het verzorgend en verplegend personeel in verzorgingshuizen (Bakker e.a. 1995). Rugklachten komen evenveel voor onder de verschillende functieniveaus in de gezinsverzorging.

6.3

Conclusies

Meerman stelt dat het werken in de gezinsverzorging in termen van Karasek's Job Demand Control model actief of slopend kan zijn. Mensen worden overspannen van het werk of mensen krijgen in het werk de mogelijkheid veel te leren. Of het werk slopend of actief is, is afhankelijk van de hoeveelheid werk en de wijze waarop het werk is georganiseerd (Meerman 1993).

De resultaten op het gebied van werkdruk binnen de gezinsverzorging zullen aan de hand van het onderzoeksmodel gepresenteerd worden. Allereerst wordt voor een aantal van de gevonden verschillen tussen de zes functieniveaus met betrekking tot werklast een verklaring gegeven. De alfahulpen ervaren in hun werk een geringe aanwezigheid van organisatie-kenmerken. Een verklaring hiervoor is dat zij niet in dienst zijn van de instelling: communicatie met de instelling gebeurt sporadisch en er is geen contact met collega's (andere alfahulpen) en vervanging bij ziekte moet zelf opgelost worden. Het is dan vrij vanzelfsprekend dat in hun werk

Tabel 6.4
Gemiddelde scores op de werkdruk-variabelen voor de zes functieniveaus
(n = 474), met one-way variantie-analyse

Functieniveau Variabelen	range	Ah (n = 73)	A (n = 90)	B (n = 94)	C (n = 84)	D (n = 78)	E (n = 55)	F- ratio	P- waarde	significantie-verschillen tussen functieniveaus
<i>Tevredenheid met:</i>										
Duidelijkheid	(0-25)	18.1	19.6	18.9	19.1	18.8	18.7	4.5	<.01	A:AH,B,D,E; B,C,D:AH
Groei	(0-15)	10	11.1	10.4	11.1	11.5	11.7	8.9	<.01	E:AH,A,B,C; A,C,D:AH,B
Promotiemogelijkheden	(0-20)	10.9	12.6	12.3	11.8	12.1	11.1	3.9	<.01	A,B,D:AH,E
Contact met collega's	(0-30)	16	22.1	21.6	22.7	22.7	23.3	30.6	<.01	E:AH,A,B; C,D:AH,B; A,B:AH
Contact m. leidinggevende	(0-30)	19.3	23.3	23.2	23.2	22.5	23	11.7	<.01	A,B,C,D,E:AH
Contact met cliënten	(0-20)	16.5	15.9	15.4	15.4	15.2	14.8	8.1	<.01	AH:A,B,C,D,E; A:B,C,D,E; B,C:E
Werkprestatie	(0-35)	25.6	26.2	25.3	25.7	25.9	27.2	3.5	<.01	E:AH,B,C,D; A:B
Alg. werkvolvoeding	(0-35)	24.8	27.1	27	29	29.8	28.8	15.5	<.01	C,D,E:AH,A,B; A,B:AH
Tot. arbeidstevredenheid	(0-210)	139.1	158	154.9	157.6	158.9	158.7	9.6	<.01	A,B,C,D,E:AH
<i>Burnout</i>										
Emotionele uitputting	(0-63)	10	12.3	15.3	13.8	14.8	16.6	6.7	<.01	E:AH,A,C; B,D:AH,A; C:AH
Pers. bekwaamheid	(0-48)	32.3	32.5	32.3	33.7	33.2	33.3	1.2	n.s.	
<i>Ervaren gezondheid</i>										
Gezondheidstoestand	(0-5)	4.2	4.2	4	4.1	4.1	4.1	1	n.s.	
<i>Verzuim:</i>										
gemidd. frequentie (p.j.)	(0-6)	.4	1.2	1.5	1.2	.9	1	7.6	<.01	B,C:AH,D; A,D,E:AH
gemidd. duur (in dagen)	(0-150)	5	8.9	11.3	15.1	17.6	12.2	1.3	n.s.	

minder taakkenmerken aanwezig zijn. Zij krijgen bijvoorbeeld geen feedback van een leidinggevende. De resultaten van het onderzoek van Van den Herik e.a. (1995) bevestigen dit. Zij hebben geconcludeerd dat alfahulpen geen overleg- en contactmogelijkheden hebben en dat het bij hen ontbreekt aan ondersteuning in de vorm van werkbegeleiding (Van den Herik e.a. 1995). Daarnaast hebben de alfahulpen geen recht op scholing of cursussen. Leer- en groeimogelijkheden ontbreken dan ook in hun werk. De functieniveaus die voornamelijk huishoudelijk werk verrichten (alfahulpen en thuishulpen A) hebben minder afwisseling in hun werk. Veerman concludeert in zijn onderzoek dat uitvoerenden huishoudelijk werk beschrijven als onder andere 'weinig afwisseling tussen inspannend en weinig inspannend werk' (Veerman 1989). Wel ervaren de alfahulpen meer autonomie, omdat zij zelfstandiger werken. Opvallend is dat dit gevoel van controle lager is onder de verzorgenden B, C, en vooral D (tabel 6.2).

Zoals uit tabel 6.2 blijkt, worden de hogere functieniveaus meer mentaal

en emotioneel belast dan de alfahulpen en thuishulpen A. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de lagere functieniveaus minder uren per week in de gezinsverzorging werken, waardoor de kans om mentaal of emotioneel belast te raken minder aanwezig is.

Naast meer mentale en emotionele belasting, blijkt uit de resultaten dat vooral de hogere functieniveaus ook meer rolconflict ervaren. Ook uit het onderzoek van Veerman bleek dat de hogere functieniveaus meer rolconflict hadden. Veerman bevestigde hiermee de relatie tussen hogere functieniveaus, rolconflict en psychosociale belasting (Veerman 1989). Deze conclusie kan mogelijk ook op basis van deze resultaten worden getrokken.

De verzorgenden (thuiszorgmedewerkers B en C en D), die dus meer uren per week werken, ervaren een hogere lichamelijke belasting en een hoger werktempo. Het lijkt dat het type werk hier een mogelijke verklaring voor zou zijn, aangezien het hier gaat om lichamelijk verzorgend werk, met veel verschillende cliëntsituaties en dus een strakke planning. Ook Veerman concludeert dat het werken op meerdere adressen per dag(-deel) door de uitvoerenden als belastend wordt ervaren. Tevens geeft hij aan dat een efficiënte planning de werkdruk doet verlagen (Veerman 1989).

Ook met betrekking tot een aantal gevonden verschillen tussen de zes functieniveaus voor het verwerkingsvermogen kan een verklaring worden gegeven.

De uitvoerenden ervaren over het algemeen een hoge sociale steun, zo blijkt ook uit het onderzoek van Veerman (1989). Echter met uitzondering van de alfahulpen, die lage sociale steun ervaren. Zoals verwacht, ervaren zij minder steun van leidinggevende en collega's, omdat zij niet of nauwelijks contact met hen hebben. De waardering die zij echter van hun cliënten ervaren is veel hoger. Aangezien de alfahulpen formeel in dienst zijn van de cliënt zijn, en dus geen contact met de instelling hebben, is dit een logisch gevolg. Opvallend is echter dat de ervaren waardering van de cliënten afneemt met het stijgen van het functieniveau (tabel 6.3).

Ten slotte wordt ook voor een aantal van de gevonden verschillen tussen de zes functieniveaus met betrekking tot werkdruk een verklaring gegeven. De uitvoerenden zijn over het algemeen redelijk tevreden over hun werk. Ook de uitvoerenden uit het onderzoek van Van den Herik (1995) blijken over het algemeen redelijk tot zeer tevreden te zijn over de verzorging die zij aan hun cliënten kunnen geven. De alfahulpen zijn echter minder tevreden met hun werk. Zij zijn met name ontevreden over de groei- en promotiemogelijkheden in het werk en over het contact met leiding-

gevenden en collega's (tabel 6.4). De alfahulpen hebben dus meer behoefte aan contact met de instelling (leidinggevenden en collega's) dan ze nu hebben (de lage scores op organisatiekenmerken uit tabel 6.2 en op ervaren sociale steun uit tabel 6.3).

Aangezien de alfahulpen niet in dienst van de instelling zijn, kunnen ze geen aanspraak maken op scholing. Dat ze hier wel behoefte aan hebben, blijkt uit de lage tevredenheid van de alfahulpen met de groei- en promotiemogelijkheden in het werk. Uit het onderzoek van Van den Herik e.a. wordt geconcludeerd dat het gebrek aan scholingsmogelijkheden een barrière is voor de kwaliteit van zorg (Van den Herik e.a. 1995). De verzorgingshulpen B uit dit onderzoek zijn niet alleen minder tevreden met de groeimogelijkheden, en zijn tevens minder tevreden met hun werkprestatie.

Alfahulpen vallen, doordat ze niet in dienst van de instelling zijn, ook niet onder de ziekwet. Ziek zijn betekent voor hen geen salaris. Zij zullen in eerste instantie proberen de hulpverlening naar een andere dag te verzetten voordat zij zich ziek melden. Dit zou een plausibele verklaring kunnen zijn voor de lage verzuimfrequentie per jaar voor de alfahulpen. Hoewel gevoelens van burnout (opgebrand zijn) over het algemeen gemiddeld zijn gescoord vergeleken met andere gezondheidszorgmedewerkers, zijn gevoelens van emotionele uitputting het hoogst voor de hogere functieniveaus in de gezinsverzorging. Een mogelijke verklaring is dat de lagere functieniveaus (alfahulpen, thuishulpen A en verzorgingshulpen B) minder uren per week werken en minder complexe situaties hebben, waardoor zij mogelijk minder met problemen geconfronteerd worden die tot burnout kunnen leiden (tabel 6.4).

7

Factoren van invloed op werkdruk in de gezinsverzorging

7.1

Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn de verschillen tussen de zes functieniveaus in de gezinsverzorging met betrekking tot werklast, werkdruk en verwerkingsvermogen onderzocht en beschreven. In dit hoofdstuk worden de factoren onderzocht die mogelijk een invloed hebben op de werkdruk in de gezinsverzorging. Uitgangspunt is het onderzoeksmodel voor het meten van werkdruk in de gezinsverzorging, zoals het gepresenteerd is in het voorgaande hoofdstuk (figuur 6.1).

Zoals uit dit model blijkt, zal een drietal relaties worden onderzocht. Ten eerste de invloed van werklast op werkdruk en ten tweede de invloed van het verwerkingsvermogen op werkdruk. Tot slot zal de onderlinge relatie tussen de werkdruk variabelen onderzocht worden. Het mogelijke modererende effect van het verwerkingsvermogen op de relatie tussen werklast en werkdruk wordt niet onderzocht. Uit eerdere onderzoeken is namelijk gebleken dat er weinig empirische evidentie is om dit effect te veronderstellen (Arnold & House 1980, Roberts & Glick 1981, Graen e.a. 1986, Fried & Ferris 1987, Boumans 1990).

Op basis van het doel van het onderzoek en het onderzoeksmodel 'Werkdruk in de gezinsverzorging' zijn de volgende vragen geformuleerd:

- 1 Welke relatie bestaat tussen werklast en werkdruk?
- 2 Welke relatie bestaat tussen verwerkingsvermogen en werkdruk?
- 3 Welke onderlinge relatie bestaat er tussen werkdruk-variabelen?

7.2

Resultaten

Stapsgewijze regressie analyses zijn gedaan om ten eerste de relatie tussen werklast (organisatie-kenmerken, taakkenmerken en arbeidsomstandigheden) en werkdruk (arbeidstevredenheid, burnout en gezondheid) te

bepalen. Ten tweede om de relatie tussen verwerkingsvermogen (sociale ondersteuning, leiderschapstijl en copingstrategieën) en werkdruk (tevredenheid, burnout en gezondheid) te bepalen. Met Pearsons correlatie coëfficiënten is de onderlinge relatie tussen de werkdruk-variabelen (arbeidstevredenheid, burnout en gezondheid) onderzocht.

7.2.1

De relatie tussen werklust en werkdruk

Tabel 7.1 laat de resultaten zien van de regressie-analyse. Alleen de variabelen met een significante gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt (beta's) zijn in de tabel gepresenteerd ($p < 0.05$). In de tabel valt op dat arbeidssatisfactie en burnout (met name emotionele uitputting) het meest verklaard worden door de werklust-variabelen.

Uit deze tabel blijkt dat de aanwezigheid van twee organisatie-kenmerken een positief effect heeft op arbeidstevredenheid. Communicatie met de organisatie en contact met collega's verhogen de totale arbeidstevredenheid.

Ook drie taakkenmerken zijn hierop van invloed: een hoge mate van afwisseling, het krijgen van feedback en de aanwezigheid van leer- en groeimogelijkheden in het werk verhogen de arbeidstevredenheid.

Rolconflict, lichamelijke belasting en werktempo, drie kenmerken van arbeidsomstandigheden, hebben een negatieve relatie met arbeidstevredenheid, dat wil zeggen dat naarmate rolconflict, lichamelijke belasting en werktempo toenemen, de arbeidstevredenheid daalt.

Gevoelens van emotionele uitputting lijken beïnvloed te worden door twee variabelen. Communicatiemogelijkheden met de instelling en de aanwezigheid van voldoende leer- en groeimogelijkheden verminderen deze gevoelens van burnout. Daarentegen wordt emotionele uitputting versterkt door lichamelijke belasting, emotionele belasting en werktempo. De andere vorm van burnout, gevoelens van persoonlijke bekwaamheid, neemt toe wanneer er een hoge mate van autonomie in het werk is en wanneer de uitvoerenden voldoende leer- en groeimogelijkheden ervaren. Verder blijkt dat uitvoerenden zich minder persoonlijk bekwaam voelen, wanneer de rolonduidelijkheid toeneemt.

Gezondheid en verzuim worden nauwelijks verklaard door de werklust variabelen (respectievelijk 6% en 2%). Voor zover er door variabelen verklaard wordt, dan zijn het de arbeidsomstandigheden. De gezondheid wordt negatief beïnvloed door lichamelijke belasting. Een toename van lichamelijke belasting, betekent dat uitvoerenden zich minder gezond gaan voelen.

Tabel 7.1

Resultaten van regressie-analyses (beta's en verklaarde variantie) met de werklast variabelen als onafhankelijke variabelen en arbeidstevredenheid, burnout en gezondheid als afhankelijke variabelen voor de totale groep (n = 474)

	Arbeids- tevreedenheid		Emotionele uitputting		Persoonl. bekwaamheid		Gezond- heid		Verzuim- frequentie		Verzuim- duur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<i>organisatie-kenmerken</i>												
communicatie met organisatie	.26	.14	-.18	-.16	.11	--	--	--	--	--	--	--
contact met collega's	.29	.13	.11	--	--	--	--	--	--	--	--	--
vervanging bij ziekte	.13	--	--	--	--	--	--	--	.15	--	--	--
verklaarde variantie	.21		.03		.01		--		.02		--	
<i>taakkenmerken</i>												
afwisseling	--	.18	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
feedback	.29	.18	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
autonomie	.13	--	-.18	--	.13	--	--	--	--	--	--	--
leer-/groei mogelijkheden	.44	.37	-.16	.17	.17	--	--	--	--	--	--	--
verklaarde variantie	.40		.03		.04		--		--		--	
<i>arbeidsomstandigheden</i>												
rolonduidelijkheid	.26	--	-.18	--	.27	-.23	--	--	--	--	--	--
rolconflict	-.32	-.23	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
lichamelijke belasting	-.14	-.15	.22	.17	--	--	-.27	-.26	.18	.16	--	--
geestelijke belasting	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
emotionele belasting	.28	--	.27	.37	--	--	--	--	--	--	--	--
werktempo	-.14	-.12	.21	.15	--	--	--	--	--	--	--	--
veiligheid	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
verklaarde variantie	.27		.28		.07		.07		.03		--	
Totale verklaarde variantie (Adj. R ²)		.57		.30		.09		.06		.02		--

p ≤ .05

1 = regressie-analyse per schaal

2 = regressie-analyse totaal

Hoe vaak een uitvoerende zich ziek meldt hangt af ook van de mate van lichamelijke belasting die een uitvoerende ervaart. Met het toenemen van lichamelijke belasting neemt de verzuimfrequentie toe. Daarnaast blijkt dat het verzuim toeneemt wanneer er vervanging geregeld is. Blijkbaar is men geneigd zich sneller ziek te melden, als men weet dat de cliënt toch hulp krijgt.

Verzuimduur blijkt niet te worden verklaard door de werklast-variabelen.

7.2.2

De relatie tussen verwerkingsvermogen en werkdruk

In tabel 7.2 zijn de variabelen van het verwerkingsvermogen weergegeven die gerelateerd zijn aan werkdruk, negatief dan wel positief. Alleen de variabelen met een significante gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt (beta) zijn in de tabel gepresenteerd ($p < 0.05$). In de tabel valt op dat arbeidssatisfactie en burnout (met name emotionele uitputting) het meest verklaard worden door de verwerkingsvermogen-variabelen.

De ervaren sociale steun van leidinggevenden heeft een gunstige invloed op arbeidstevredenheid. Hiermee samenhangend blijkt dat ook sociaal-emotioneel leiderschap de arbeidstevredenheid doet verhogen. Met het toenemen van steun van leidinggevende en meer sociaal-gerichte aandacht van de leidinggevende, neemt de arbeidstevredenheid van de uitvoerende toe. Arbeidstevredenheid van de uitvoerenden wordt negatief beïnvloed door een passieve benadering van problemen. Dat wil zeggen dat naarmate de uitvoerende meer passief met problemen omgaat, haar arbeidssatisfactie lager is. Deze passieve benadering van omgaan met stress is ook van invloed op beide vormen van burnout. Gevoelens van emotionele uitputting worden hierdoor versterkt en gevoelens van persoonlijke bekwaamheid nemen hierdoor af.

Dezelfde redenatie gaat op voor de copingstrategie 'het zoeken van sociale steun'. Emotioneel uitgeputte uitvoerenden zullen vaker sociale steun opzoeken bij problemen. Er wordt echter geen verband aangetoond tussen deze vorm van coping en de andere vorm van burnout; persoonlijke bekwaamheid.

Wat ook een versterking van gevoelens van emotionele uitputting teweegbrengt, is het functieniveau en het aantal uren dat wordt gewerkt per week. Uitvoerenden met een hoger functieniveau en een groter contract zijn dus meer emotioneel uitgeput.

Een gunstig effect op emotionele uitputting, iets wat leidt tot minder gevoelens van emotionele uitputting, wordt veroorzaakt door sociale steun

van leidinggevend en de copingstrategie 'actief omgaan met problemen'. Ook op de andere vorm van burnout heeft de actieve benadering een gunstige invloed. De uitvoerenden voelen zich meer persoonlijk bekwaam, wanneer zij de actieve manier van omgaan met stress gebruiken.

Gezondheid en in minder mate verzuim worden nauwelijks verklaard door variabelen van het verwerkingsvermogen (respectievelijk 4% en 11%). Sociale steun van collega's en een passieve manier van coping lijken tot een slechtere gezondheid te leiden. Echter, de richting van het verband tussen sociale steun en gezondheid lijkt niet duidelijk. Het is ook mogelijk dat uitvoerenden met een minder goede gezondheid meer steun van collega's ervaren.

Uit de resultaten blijkt dat naarmate leidinggevend meer sociaal-emotioneel leiderschap hanteren, hun uitvoerenden vaker verzuimen van werk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de uitvoerenden zich meer gelegitimeerd voelen zich ziek te melden bij een leidinggevende die meer met haar uitvoerenden begaan is dan bij een leidinggevende die meer taakgericht is (instrumenteel leiderschap).

Een hogere verzuimfrequentie wordt beïnvloed door twee persoonlijke kenmerken: de leeftijd van de uitvoerende en de contract-uren van de uitvoerende. Er wordt minder vaak verzuimd met het toenemen van de leeftijd en door uitvoerenden met een groter arbeidscontract.

Het verzuimduur tot slot, blijkt niet beïnvloed te worden door variabelen van het verwerkingsvermogen.

7.2.3

De onderlinge relatie tussen de werkdruk variabelen

Vervolgens zijn de onderlinge relaties tussen de variabelen van werkdruk bestudeerd.

De resultaten staan in tabel 7.3. De sterkte van de correlaties tussen de werkdruk-variabelen onder elkaar, varieert van zwak tot matig (.08-.33). Arbeidstevredenheid blijkt even sterk positief samen te hangen met de ene vorm van burnout (persoonlijke bekwaamheid) als negatief met de andere vorm van burnout (emotionele uitputting) en wel met (-).30. Onderling zijn de twee burnout dimensies matig negatief gecorreleerd (-.27).

Hoewel uit de paragrafen 7.2.1 en 7.2.2 lijkt alsof arbeidstevredenheid en emotionele uitputting precies het tegenovergestelde van elkaar meten, blijkt uit tabel 7.3 dat deze variabelen slechts matig met elkaar correleren (-.30), en dus niet twee uitersten op één schaal meten.

Tabel 7.2

Resultaten van regressie-analyses (beta's en verklaarde variantie) met de verwerkingsvermogen- variabelen als onafhankelijke variabelen en arbeidstevredenheid, burnout en gezondheid als afhankelijke variabelen voor de totale groep (n = 474)

	Arbeids- tevreedenheid		Emotionele uitputting		Persoonl. bekwaamheid		Gezond- heid		Verzuim- frequentie		Verzuim- duur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<i>sociale steun</i>												
overleg	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
leidinggevend	.38	.27	-.14	-.11	--	--	--	--	--	--	--	--
collega's	.26	--	.20	--	--	--	--	-.11	.13	--	--	--
partner	--	--	--	--	.11	--	--	--	--	--	--	--
verklaarde variantie	.28		.03		.01		--		.01			
<i>leiderschapstijl</i>												
sociaal-emotioneel	.36	.22	--	--	.15	--	--	--	.14	.15	--	--
instrumenteel	--	--	.20	--	--	--	-.15	--	--	--	--	--
verklaarde variantie	.13		.04		.02		.02		.02		--	
<i>copingstrategieën</i>												
actieve benadering	.14	--	-.10	-.19	.33	.35	--	--	--	--	--	--
passieve benadering	-.16	-.12	.27	.28	-.14	-.11	-.15	-.21	--	--	--	--
zoeken van sociale steun	--	--	--	.15	---	--	--	--	.10	--	--	--
verklaarde variantie	.04		.08		.13		.02		.01		--	
<i>individuele kenmerken</i>												
functieniveau	.21	--	--	.12	--	--	--	--	--	--	.13	--
leeftijd	--	--	--	--	--	--	--	--	-.28	-.33	--	--
contract-uren	--	--	.29	.24	--	--	--	--	--	-.12	--	--
verklaarde variantie	.04		.08		--		--		.07		.01	
Totale verklaarde variantie (Adj R ²)		.20		.21		.14		.04		.11		--

p ≤ .05

1 = regressie-analyse per schaal

2 = regressie-analyse totaal

Verder blijkt dat een betere gezondheid matig samen hangt met een hogere arbeidstevredenheid en met gevoelens van persoonlijke bekwaamheid. Aan de andere kant blijkt dat emotionele uitputting en rugklachten de algemene gezondheidstoestand verslechteren. Verder is het een logisch gevolg dat de gezondheidstoestand van een uitvoerende negatief gerelateerd is aan de verzuimfrequentie van de uitvoerende: hoe gezonder een uitvoerenden zich voelt, des te minder zal zij verzuimen. Uit tabel 7.3 blijkt ook dat een lage verzuimfrequentie gaat samen met een langere verzuimduur: een uitvoerende die minder vaak ziek is, is ook langer ziek. Verder is het begrijpelijk dat men vaker verzuimt als men meer last heeft van rugklachten. Ook blijkt uit de tabel dat de verzuimfrequentie positief samenhangt met emotionele uitputting: men verzuimt meer naarmate men meer emotioneel uitgeput is.

De positieve relatie tussen verzuimduur en persoonlijke bekwaamheid is moeilijk te interpreteren: gevoelens van persoonlijke bekwaamheid gaan samen met een langere verzuimduur.

Tot slot is er een (negatieve) relatie tussen arbeidstevredenheid, burnout en rugklachten. Het blijkt dat uitvoerenden die vaker last hebben van rugklachten minder tevreden zijn en zich minder persoonlijk bekwaam voelen. De aanwezigheid van rugklachten hangt ook samen met sterke gevoelens van emotionele uitputting.

Tabel 7.3

Correlatie coëfficiënten (r) voor de werkdruk-variabelen voor de totale groep ($n = 474$)

Arbeidstevredenheid	--					
Emotionele uitputting	-.30*	--				
Persoonlijke bekwaamheid	.30*	-.33*	--			
Algemene gezondheid	.17*	-.27*	.08+	--		
Verzuimfrequentie	n.s.	.16*	n.s.	-.23*	--	
Verzuimduur	n.s.	n.s.	.12+	n.s.	-.16*	
Rugklachten	-.18*	.19*	-.11*	-.18*	.13*	n.s.

	Arbeidstevredenheid	Emotionele uitputting	Persoonlijke bekwaamheid	Algemene gezondheid	Verzuimfrequentie	Verzuimduur
--	---------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------	-------------------	-------------

* = $p \leq 0.05$

+ = $p \leq 0.1$

7.3

Conclusies

In dit hoofdstuk is door middel van regressie-analyses onderzocht welke factoren van invloed zijn op werkdruk, met name op arbeidstevredenheid, burnout (emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid) en gezondheid/verzuim. Uit de tabellen 7.1 en 7.2 kan vervolgens aan de hand van de percentages verklaarde variantie bepaald worden welke variabelen het meest van invloed zijn op de werkdruk-variabelen. Daarnaast is voor de zes afzonderlijke functieniveaus onderzocht welke factoren voor hen van invloed zijn op de arbeidstevredenheid, burnout en gezondheid/verzuim.

Arbeidstevredenheid

De resultaten van de regressie-analyses laten zien dat arbeidstevredenheid voornamelijk beïnvloed wordt door de werklust-variabelen, namelijk 57%. Dit zijn met name de taakkenmerken (leer- en groeimogelijkheden) en arbeidsomstandigheden (rolconflict).

De lage arbeidstevredenheid van de alfahulpverleners wordt echter meer verklaard door variabelen van het verwerkingsvermogen (sociale steun van leidinggevende). De arbeidstevredenheid van de andere functieniveaus wordt grotendeels verklaard door werklust (taakkenmerken en arbeidsomstandigheden).

Ook in het onderzoek van Jansen & Kerkstra onder wijkverpleegkundigen (1995), bleek dat met name de taakkenmerken van invloed zijn op de arbeidstevredenheid.

Burnout

Ook *emotionele uitputting*, als vorm van burnout, wordt het meest beïnvloed door de werklust-variabelen (30%). Het zijn met name de arbeidsomstandigheden: emotionele belasting, lichamelijke belasting en werktempo.

Voor de traditionele functieniveaus (thuiszorgmedewerkers A t/m E) wordt emotionele uitputting vooral beïnvloed door deze arbeidsomstandigheden. Hiermee wordt bevestigd wat in het vorige hoofdstuk al bleek, namelijk dat de hogere functieniveaus (verzorgingshulp B, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgende E) hoger scoorden op zowel emotionele uitputting als op de arbeidsomstandigheden. Toch beïnvloedt ook het verwerkingsvermogen de emotionele uitputting, namelijk door de copingstrategieën en de grootte van het contract. Ook bij de alfahulpverleners

beïnvloedt het verwerkingsvermogen deze vorm van burnout, en dan met name de sociale steun.

Persoonlijke bekwaamheid, de andere operationalisatie van burnout, wordt het meest verklaard door het verwerkingsvermogen van de uitvoerende (14%). Dit zijn met name de copingstrategieën; in het bijzonder actief omgaan met problemen. Daarnaast spelen ook taakkenmerken en arbeidsomstandigheden een rol. Bij de thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C beïnvloeden vooral de copingstrategieën (de actieve benadering) de persoonlijke bekwaamheid. Bij de overige drie functieniveaus zijn het vooral de werklust-variabelen (taakkenmerken en arbeidsomstandigheden) die deze vorm van burnout beïnvloeden. Uit het onderzoek van Jansen & Kerkstra (1995) bleken ook met name de individuele kenmerken (coping, preferenties en sociale steun) effect te hebben op burnout.

Gezondheid/verzuim

In het algemeen worden gezondheid/verzuim nauwelijks verklaard door werklust-variabelen of variabelen van het verwerkingsvermogen. Voor zover *gezondheid* verklaard wordt, is het door werklust (6%), met name door één van de arbeidsomstandigheden: lichamelijke belasting. Ook één van de copingstrategieën (passieve benadering van problemen) beïnvloedt de gezondheid van de uitvoerenden.

Bij de verzorgingshulpen B, verzorgenden D en gespecialiseerd verzorgenden E spelen ook de arbeidsomstandigheden (lichamelijke belasting en werktempo) en copingstrategieën (passieve benadering en sociale steun zoeken) een grote rol in de ervaren gezondheidstoestand. Bij de alfa-hulpen zijn het vooral de organisatiekenmerken (contact met collega's) en bij de thuishulpen A met name de leiderschapstijl (instrumenteel leiderschap) die de gezondheid beïnvloeden.

Voor zover de *verzuimfrequentie* verklaard wordt, is dat door individuele kenmerken (leeftijd en contract-uren) als verwerkingsvermogen-variabelen (11%). Ook de arbeidsomstandigheden (lichamelijke belasting) zijn hierop van invloed.

Ook bij de alfa-hulpen, verzorgingshulpen B en verzorgenden D spelen lichamelijke belasting en leeftijd een rol in de verzuimfrequentie. Voor de thuishulpen A en verzorgenden C echter, hebben organisatiekenmerken (vervanging bij ziekte) een grote invloed hierop. De leiderschapstijl (sociaal-emotioneel leiderschap) beïnvloedt bij de gespecialiseerd verzorgenden E vooral de verzuimfrequentie.

Hoewel de *verzuimduur* in het algemeen niet verklaard worden door werklust-variabelen of door variabelen van het verwerkingsvermogen, is het voor verzorgenden C vooral het contact met collega's (organisatiekenmerken) dat de verzuimduur beïnvloed en bij de gespecialiseerd verzorgenden E vooral het werktempo (arbeidsomstandigheden). Het verwerkingsvermogen speelt bij de verzorgingshulpen B een rol, en dan met name individuele kenmerken (leeftijd).

Net als uit het onderzoek van Veerman (1989) bleek, spelen ook hier individuele kenmerken maar een kleine rol bij het verklaren van ziekteverzuim. Veerman constateerde dat verzuim juist het beste verklaard kan worden door organisatiegebondenheid.

Samenvattend blijkt dat om de uitvoerenden meer tevreden, minder emotioneel uitgeput, meer gezond te voelen, dus ook minder en korter ziek, er vooral gekeken zal moeten worden naar de diverse aspecten van werklust. Vooral de taakkenmerken (leer- en groeimogelijkheden) en de arbeidsomstandigheden (lichamelijke en emotionele belasting en werktempo) kunnen verbeterd worden. Om gevoelens van persoonlijke bekwaamheid te stimuleren en de verzuimfrequentie laag te houden, moet vooral aandacht besteed worden aan diverse variabelen van het verwerkingsvermogen (copingstrategieën en individuele kenmerken).

8

Conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken is de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging in kaart gebracht. Hierbij werd ten eerste inzicht verkregen in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing naar omvang, inhoud en functieniveau en in discrepanties tussen de zorg die geïndiceerd en vervolgens toegewezen wordt. Vervolgens werd onderzocht welke zorg daadwerkelijk wordt verleend door de verschillende uitvoerenden binnen de gezinsverzorging en op welke wijze de werkzaamheden van de zes functieniveaus van elkaar verschillen. En ten slotte werd aandacht besteed aan de werkdruk van de uitvoerenden en de factoren die hun werkdruk beïnvloeden.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij in totaal 17 instellingen voor gezinsverzorging en geïntegreerde thuiszorgorganisaties verspreid over Nederland. Van deze instellingen hebben in totaal 474 uitvoerenden deelgenomen aan het onderzoek. Daarnaast zijn van hun 2968 cliënten retrospectief gegevens verzameld over de indicatiestelling en zorgtoewijzing. Ten slotte is van elke instelling een intaker ondervraagd.

Het onderzoek vond plaats in een tijd van grote veranderingen binnen de thuiszorg. Veel instellingen zijn bezig te fuseren en/of te integreren met kruisorganisaties, hetgeen veel energie en tijd kost. Tegelijkertijd is het overheidsbeleid gericht op marktwerking binnen de thuiszorg, hetgeen ertoe leidt dat het monopolie van de reguliere thuiszorgorganisaties wegvalt, met als gevolg dat deze instellingen moeten concurreren met particuliere bureaus en het persoonsgebonden budget dat in 1995 werd ingevoerd. Dit betekent dat in de thuiszorg steeds meer nadruk wordt gelegd op het verhogen van doelmatigheid, productiviteit en flexibiliteit. En ten derde is de verdeelsystematiek van budgetten voor instellingen van de gezinsverzorging veranderd. Dit heeft tot gevolg dat een aantal instellingen gekort is op hun budget hetgeen bij sommige instellingen tot

financiële problemen leidt. Ten slotte is de vraag naar gezinsverzorging nog steeds beduidend groter dan het aanbod, hetgeen blijkt uit het feit dat medio 1996 ruim 10.000 huishoudens op de wachtlijst staan voor gezinsverzorging (Van 't Hoff 1996).

Tegelijkertijd is er in de periode dat het onderzoek plaatsvond meer aandacht gekomen voor de positie van verzorgenden en helpenden. De Commissie Verzorging heeft in 1995 de problemen op het gebied van beroepsontwikkeling, de opleiding en de werkdruk in de sector Verzorging geanalyseerd en op grond daarvan aanbevelingen gedaan omtrent maatregelen die leiden tot het waarborgen, respectievelijk vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep van verzorgende, gediplomeerd helpende en ongediplomeerd helpende (Commissie Verzorging 1995). De conclusies van het onderzoek en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen dienen dan ook in het licht van deze ontwikkelingen te worden beschouwd.

8.1

Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Uit de resultaten van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat veelal oudere mensen met een langdurige aandoening zoals een chronische ziekte, ouderdomsklachten, lichamelijke handicap of dementie een beroep doen op de gezinsverzorging. Ruim 60% van hen is ten tijde van de indicatiestelling lichamelijk niet tot nauwelijks meer in staat zelf huishoudelijke, verzorgende of begeleidende taken te verrichten of te organiseren. Hetzelfde geldt voor een kwart van alle cliënten in mentaal opzicht.

Zoals te verwachten was, wordt huishoudelijke hulp het vaakst geïndiceerd, echter meestal in combinatie met verzorging en/of begeleiding. Uitsluitend huishoudelijke hulp wordt geïndiceerd bij 26%, uitsluitend verzorging bij 14% en uitsluitend begeleiding bij 2% van de cliënten. Volgens de intakers is de aard van de hulpvraag het belangrijkste criterium bij het indiceren naar functieniveau. Daarnaast spelen de volgende criteria een rol: de mate van stabiliteit van de cliënt-situatie, tijdstip waarop de hulp nodig is en of de cliënt in staat is de werkgeversrol te vervullen.

Bij alle instellingen wordt vervolgens de hulp toegewezen door een leidinggevende of thuiszorgmanager. De indicatiestelling en zorgtoewijzing wordt dus door verschillende personen verricht, met als doel te bevorderen dat de indicatiestelling zo objectief mogelijk plaatsvindt en onafhankelijk

van het beschikbare zorgaanbod. Geconcludeerd kan worden dat in de instellingen de indicatiestelling als redelijk bindend wordt gehanteerd (harde optie) voor zover het de geïndiceerde omvang van de hulp (aantal uren en frequentie per week) en functieniveau betreft. Uit de resultaten komt namelijk naar voren dat ongeveer 90% van de cliënten de geïndiceerde omvang en het geïndiceerde functieniveau ook krijgt toegewezen. Wat de inhoud van de zorg betreft is er echter bij ongeveer 20% van de cliënten een discrepantie tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing. Met name bij een aantal cliënten waarbij alleen verzorging is geïndiceerd, krijgt men ook begeleiding en/of huishoudelijke hulp toegewezen. Dit betekent dat vervolgens de uitvoerenden die hulp verlenen aan deze cliënten meer taken moeten verrichten dan oorspronkelijk werd geïndiceerd, terwijl de toegewezen tijd die ze daar voor krijgen niet verschilt van de geïndiceerde benodigde tijd.

Tevens kan geconcludeerd worden dat er een enorme variatie is in de mate waarin herindicaties plaatsvinden. Bij 60% van de cliënten is het langer dan een half jaar geleden dat ze een (her)indicatie hebben gehad en bij 34% zelf langer dan een jaar. Voor een goede aansluiting van het aanbod op de vraag lijkt deze frequentie te laag. Daarnaast bestaan er discrepanties tussen wat is toegewezen en wat daadwerkelijk is verleend. Bij 29% van de onderzochte cliënten deden zich discrepanties voor wat betreft het functieniveau. Er kan dus worden geconcludeerd dat het toegewezen functieniveau niet altijd de daadwerkelijke hulp verleent. Deze discrepantie is vooral groot bij de thuishulpen A, verzorgingshulpen B en verzorgenden C. In plaats van door deze functieniveaus wordt de hulp vaak verleend door een verzorgende D. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de hulpvraag inmiddels is veranderd waardoor een ander functieniveau is ingezet, zonder dat er een officiële herindicatie heeft plaatsgevonden. Ook qua inhoud van de hulp bestaan er verschillen tussen wat is toegewezen en wat is verleend. De grootste discrepanties bestaan op het terrein van begeleidende activiteiten: deze worden vaker verricht dan ze zijn toegewezen. Het zou kunnen gaan om situaties die zich in de loop van het hulpverleningsproces voordoen. Door bepaalde gebeurtenissen of situaties worden uitvoerenden geconfronteerd met problemen van de cliënt, waar ze vervolgens ook mee moeten omgaan. Aangezien deze begeleiding niet toegewezen is, ontstaan er discrepanties tussen deze twee fasen van het hulpverleningsproces.

Aanbevelingen behorende bij de indicatiestelling en zorgtoewijzing

Op basis van de hiervoor beschreven bevindingen wordt een tweetal aanbevelingen gedaan om de indicatiestelling en zorgtoewijzing te optimaliseren.

- I Bij de intake en indicatiestelling dient tijd te worden gereserveerd voor de psychosociale begeleiding die, voortvloeiend uit het professionele handelen van de uitvoerenden, altijd wordt verricht. Gedacht kan worden aan een bepaald percentage van de totale geïndiceerde tijd, bijvoorbeeld 10%. Daarnaast moet expliciet aandacht worden besteed aan de (verborgen) zorgbehoeften van de cliënt op het gebied van psychosociale begeleiding. Deze begeleidende taken dienen niet alleen geïndiceerd te worden, ook dient er voldoende tijd voor gereserveerd te worden.

Uit het onderzoek is gebleken dat er dikwijls begeleidende taken worden toegewezen, terwijl ze in eerste instantie niet geïndiceerd zijn. In 7% van de huishoudelijk geïndiceerde hulpvragen, in 22% van de verzorgend geïndiceerde hulpvragen en in 14% van de gecombineerde (huishoudelijk en verzorgend) geïndiceerde hulpvragen werden, naast de geïndiceerde taken, ook begeleidende taken toegewezen, die niet geïndiceerd waren. Verder kwam naar voren dat naast sociale activiteiten zoals een praatje maken of informeren naar de toestand van de cliënt, in 68% van de huisbezoeken begeleidende activiteiten zijn verricht, meestal in combinatie met andere werkzaamheden. Onder begeleidende activiteiten wordt verstaan het geconfronteerd worden en omgaan met problemen van de cliënt, het observeren en signaleren van veranderingen bij de cliënt, het toezien op en/of stimuleren van bepaald gedrag bij de cliënt, financiële aangelegenheden regelen en de zorg ten behoeve van de mantelzorg. Bij het vaststellen van discrepanties tussen toegewezen en verleende hulp, bleek daarnaast nog eens dat een derde van de verrichte begeleidende activiteiten niet was toegewezen. Enkele van deze activiteiten behoren tot het professionele handelen van de uitvoerende en komen dus in bijna alle cliëntsituaties voor. In de andere gevallen worden de uitvoerenden tijdens hun werk dus geconfronteerd met problemen die zich in de loop van de hulpverlening voordoen, waardoor ze extra psychosociale begeleiding moeten verlenen.

Er zijn dus niet alleen discrepanties tussen wat de intaker op psychosociaal gebied heeft geïndiceerd en wat de leidinggevende heeft toegewezen, maar ook tussen wat de leidinggevende heeft toegewezen en wat de uitvoerende uiteindelijk voor begeleidende activiteiten heeft verricht. Door

bij de intake en indicatiestelling rekening te houden met psychosociale begeleiding, zullen de extra werkzaamheden bij de cliënt qua tijd en psychosociale hulpverlening zo beperkt mogelijk blijven en de doelmatigheid van het werk verhoogd worden.

- II Om de autonomie in het werk van de verzorgenden en in mindere mate van de helpenden in de toekomst te waarborgen, dienen zij een grotere rol te spelen bij het evalueren en bijstellen van respectievelijk de zorgbehoefte van de cliënt en het bijbehorende zorgplan. Bijstellingen dienen zij formeel te rapporteren aan het orgaan dat de (her-)indicaties verricht. Hierdoor zal de zorguitvoering meer flexibel verlopen en de doelmatigheid van het werk worden bevorderd. Als toetsing zal steekproefsgewijs ongeveer 1 keer per 6 maanden een officiële herindicatie dienen plaats te vinden.

In de gezinsverzorging wordt er bij veranderingen in het cliëntstelsel een herindicatie gedaan: opnieuw wordt nagegaan (geïndiceerd en toegewezen) welke hulp er nodig is, qua inhoud en omvang van de hulp en door welk functieniveau deze hulp verleend dient te worden.

Uit het onderzoek is gebleken dat het functieniveau van de uitvoerende dat is toegewezen in 71% ook de daadwerkelijk hulp heeft verleend. Bij 29% van de cliënten wordt de hulp dus door een ander functieniveau gegeven. Bij het merendeel van de cliënten (86%) is dit functieniveau hoger dan oorspronkelijk toegewezen. Er is nagegaan hoe lang het geleden is dat bij de cliënten de (her)indicatie plaatsvond en dus de hulp is toegewezen. Het bleek dat bij 37% van de cliënten dit korter dan een half jaar geleden is, bij 34% langer dan een jaar geleden is en bij 17% van de cliënten zelfs langer dan twee jaar. Ook bleek dat bij de cliënten waarbij een discrepantie bestond tussen het toegewezen functieniveau en het functieniveau dat de daadwerkelijke hulp heeft verleend, de herindicatie gemiddeld (significant) langer geleden was. Dit wil zeggen dat in de gezinsverzorging men soms een ander functieniveau inzet, zonder hieraan voorafgaand een herindicatie te laten plaatsvinden.

De uitvoerenden zouden ruimte moeten hebben om kleine veranderingen door te voeren, eventueel in overleg met de leidinggevende. Door de uitvoerenden zelf de inhoud van de zorg bij te laten stellen, waarbij ze zich kunnen beroepen op een gewijzigde cliëntsituatie, wordt de zorguitvoering flexibeler en kan beter worden ingesprongen op de eigenlijke behoefte van de cliëntsituatie (Svensson & Dirks 1996). Daarnaast zullen de uitvoerenden hun professionele autonomie behouden, waardoor de status

van het beroep niet wordt aangetast. Hierdoor zal de toegewezen zorg doeltreffend en doelmatig geleverd kunnen blijven worden (Svensson & Dirks 1996).

8.2

Inhoud van het werk van de uitvoerenden

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de werkzaamheden van de *alfahulpen* en *thuishulpen A* vooral betrekking hebben op huishoudelijke activiteiten. Daarnaast worden ze regelmatig geconfronteerd met problemen van hun cliënten, hetgeen blijkt uit het feit dat beide functieniveaus in een groot deel van de huisbezoeken begeleidende activiteiten verrichten. Daarnaast verrichten *thuishulpen A* in iets minder dan een vijfde van de huisbezoeken verzorgende en rapportage-activiteiten.

De *verzorgingshulpen B* doen, hetzij in iets mindere mate, ook veel huishoudelijk werk en verrichten ze in driekwart van de huisbezoeken begeleidende activiteiten. Daarnaast verrichten zij in een derde van de huisbezoeken eenvoudige verzorgende activiteiten, met name eenvoudige persoonlijke verzorging en de verzorging van kinderen. Zij rapporteren in 15% van de huisbezoeken, vooral over tekorten in de zorgverlening. De *verzorgenden C* doen in 71% van de huisbezoeken huishoudelijke activiteiten. Daarnaast verrichten ze in meer dan de helft van de huisbezoeken verzorgende activiteiten. De *verzorgenden C* verrichten iets minder begeleidende activiteiten dan de *verzorgingshulpen B*. Ze rapporteren het meest vergeleken met de andere functieniveaus, en met name in een logboek voor collega's, en over tekorten in de zorgverlening aan wijkverpleging en mantelzorg.

De *verzorgenden D* verrichten vooral verzorgende activiteiten: in 71% van de huisbezoeken zijn door hen verzorgende werkzaamheden verricht, zowel eenvoudige als complexe verzorging. Daarnaast doen de *verzorgenden D*, het minst van alle uitvoerenden, begeleidende activiteiten. Zij rapporteren regelmatig, meestal in een logboek ten behoeve van andere hulpverleners.

Gespecialiseerd verzorgenden E verrichten de meeste begeleidende activiteiten, en wel in 92% van de huisbezoeken. Zij worden het meest met problemen van cliënten geconfronteerd en gaan hier actief mee om. Wat betreft de huishoudelijke activiteiten, zitten de *gespecialiseerd verzorgenden E* ongeveer even hoog als de *verzorgenden C*. Bij de *gespecialiseerd verzorgenden E* worden de huishoudelijke werkzaamheden

echter vaak samen met de cliënt gedaan. Wat betreft rapportage activiteiten zitten zij onder het gemiddelde.

Op basis van bovenstaande resultaten kan ten eerste geconcludeerd worden dat de werkzaamheden die de uitvoerenden in de dagelijkse praktijk verrichten voor alle zes functieniveaus verschillen van de taken die in hun functieprofielen volgens de CAO zijn vastgelegd. Uit de praktijk blijkt namelijk dat de alfahulpen begeleidende activiteiten verrichten, terwijl dit niet in hun functieprofiel staat. Ook de huishulpen A doen meer begeleidende werkzaamheden dan in hun CAO staat. Daarnaast verrichten zij in de praktijk ook verzorgende en rapportage activiteiten.

De verzorgingshulpen B doen naast huishoudelijke en verzorgende activiteiten, welke in hun functieprofiel staan, begeleidende en rapportage activiteiten, welke er niet in staan. De verzorgenden C verrichten in de praktijk meer huishoudelijke werkzaamheden dan in hun functieprofiel staat. Daarnaast verrichten ze begeleidende en rapportage activiteiten, welke niet in hun functieprofiel van de CAO staan. De verzorgenden D doen daarentegen in de praktijk minder begeleidende activiteiten dan in hun taakomschrijving staat, maar zij doen in de praktijk meer huishoudelijke werkzaamheden. De gespecialiseerd verzorgenden E verrichten in de praktijk ook meer op huishoudelijk gebied.

Ten tweede kan geconcludeerd worden dat in de praktijk een behoorlijke overlap tussen de verschillende functieniveaus aanwezig is en dat deze overlap groter is dan in de functieprofielen staat beschreven.

Aanbeveling behorende bij de inhoud van het werk van de uitvoerenden

Op basis van de hierboven beschreven bevindingen kan een aantal aanbevelingen worden geformuleerd omtrent de inhoud van het werk.

- III In het beroep van thuiszorgmedewerker dient een nieuwe differentiatie tussen functies plaats te vinden. Deze differentiatie dient niet alleen op basis van taken te geschieden, maar tevens dient rekening te worden gehouden met de complexiteit van het cliëntsysteem. Een suggestie is te komen tot vier functieniveaus: één voor huishoudelijk werk en sociale begeleiding; een tweede voor huishoudelijk en licht verzorgend werk en sociale begeleiding; een derde voor verzorgend werk en psychosociale begeleiding; en tot slot een vierde voor gespecialiseerde gezinsverzorging met als hoofdtaak psychosociale begeleiding. Daarnaast dient het functieprofiel van deze vier nieuwe functieniveaus te worden afgestemd op de huidige uitoefening van het werk.

In de gezinsverzorging is een zestal type uitvoerenden werkzaam: alfahulp, thuishulp A, verzorgingshulp B, verzorgenden C en D en gespecialiseerd verzorgende E. In de functieomschrijvingen, zoals die opgenomen zijn in de CAO Thuiszorg (AbvaKabo 1994), staat weergegeven welke taken tot het werk van de betreffende uitvoerende horen. Deze functieprofielen blijken echter geen juiste weerspiegeling (meer) te zijn van de werkzaamheden en taken zoals de uitvoerenden ze in de praktijk uitvoeren. Op basis van de resultaten van het registratie-onderzoek kunnen namelijk nieuwe takenpakketten worden samengesteld. Wanneer deze twee naast elkaar worden gelegd, blijkt dat de functieomschrijvingen uit de CAO en het takenpakket op basis van de praktijk voor alle zes functieniveaus van elkaar verschillen. Ook Van den Herik e.a. (1995) kwamen tot een soortgelijke conclusie. Zij wilden 'een herziening dan wel aanpassing van de functiebeschrijvingen in de CAO Thuiszorg op basis van de in dit onderzoek gevonden kenmerken van het werk ...' (Van den Herik e.a. 1995).

De Commissie Verzorging concludeert dat ook het beroepsprofiel aangepast dient te worden aan de eisen die huidige en toekomstige ontwikkelingen stellen aan de beroepsuitoefening (Commissie Verzorging 1995). Zij merkt op dat het beroepsprofiel aanvulling behoeft en dat de aard van de werkzaamheden van de verzorgende beroepen verder moet worden uitgewerkt.

Uit de takenpakketten van de uitvoerenden zoals ze blijken uit de praktijk van de gezinsverzorging, blijkt dat er veel overlap is tussen de elkaar opvolgende functieniveaus qua inhoud van het werk: er is geen duidelijke scheiding van het werk voor de zes functieniveaus. Uit deze functieprofielen blijkt dat er drie groepen taken zijn: taken met de nadruk op huishoudelijke activiteiten, taken met de nadruk op verzorgende activiteiten en taken met de nadruk op begeleidende activiteiten. Op basis hiervan kunnen vier functieniveaus onderscheiden worden en de invulling van deze functies is gebaseerd op de resultaten van het onderzoek.

- De eerste is voor *huishoudelijk werk en sociale begeleiding*, welke zal worden ingevuld door huidige alfahulp.
- De tweede functie is een combinatie van *huishoudelijk en licht verzorgend werk samen met sociale begeleiding*, welke gezien de resultaten van het onderzoek het beste uitgevoerd kan worden door de huidige thuishulpen A en verzorgingshulpen B.
- Een functie waarin voornamelijk *verzorgend werk en psychosociale begeleiding* worden verleend, kan op basis van het onderzoek het beste

ingevuld worden door de huidige verzorgenden C en D.

- Tot slot, de functie van gespecialiseerd gezinsverzorgende met als hoofdtak *psychosociale begeleiding voor gezinnen met multicomplexe problemen*, zal hetzelfde blijven en dus worden uitgevoerd door de huidige gespecialiseerd verzorgenden E.

Echter, naast de taken is ook de complexiteit van het cliëntstelsel een belangrijke factor bij het indelen van de functieniveaus. In complexe situaties wordt een beroep gedaan op specifieke deskundigheid en vaardigheden van de hulpverlener (Jansen & Kerkstra 1995). Een duidelijke taakafbakening en taakafstemming tussen de functieniveaus beoogt een goede samenwerking tussen de functieniveaus te bewerkstelligen. Hierdoor zal er meer sprake zijn van feedback door collega's (Jansen & Kerkstra 1995). Verheij e.a. (1993) vonden in hun onderzoek naar integratie in de thuiszorg dat het werken in geïntegreerde teams, met name bij gezinsverzorgenden, leidde tot een groter bewustzijn van de taakverdeling. Van den Herik e.a. hebben in hun onderzoek het aspect van complexiteit meegenomen en als belangrijkste indelingscriterium gebruikt. Ook zij waren met hun nieuwe functiedifferentiaties in eerste instantie tot vier nieuwe functies gekomen: in de eerste functie ligt de nadruk op huishoudelijk werk (*huishoudelijk verzorgende A*), in de tweede functie gaat het om een combinatie van huishoudelijk en licht verzorgend werk (*huishoudelijk verzorgende B*), de derde functie is voornamelijk persoonsgerichte verzorging (*persoonsgericht verzorgende C*) en tot slot de *gespecialiseerd gezinsverzorging*, welke niet wordt veranderd (Van den Herik e.a. 1995). Op het eerste gezicht komen deze functieniveaus overeen met de functie-indeling die op basis van dit onderzoek hierboven is gepresenteerd. Echter door de complexiteit van een cliëntsituatie mee te nemen, en in mindere mate de verhouding tussen huishoudelijke verzorging en persoonsgerichte lichamelijke verzorging en het aantal cliënten dat per dagdeel wordt verzorgd, zijn zij tot een andere indeling gekomen dan op basis van dit onderzoek is gebeurd, waarbij bepaalde functieniveaus zijn samengevoegd tot een nieuwe functie (Van den Herik e.a. 1995).

- De huishoudelijk verzorgende A verricht overwegend huishoudelijke zorg in eenvoudige cliëntsituaties, niet meer dan één à twee cliëntsituaties per dagdeel. Volgens de resultaten van het onderzoek vallen bijna alle alfahulpen en een klein deel van de thuishulpen A en verzorgingshulpen B hieronder.
- De huishoudelijk verzorgende B verleent in afwisselend eenvoudige en

complexe cliëntsituaties een combinatie van vooral huishoudelijk en in mindere mate persoonsgerichte zorg, aan niet meer dan één à twee cliënten per dagdeel. Driekwart van de huidige thuishulpen A en de helft van de huidige verzorgingshulpen B vallen onder deze functie.

- De persoonsgerichte verzorgende C verleent een combinatie van huishoudelijke en persoonsgerichte zorg, met de nadruk op persoonsgerichte zorg. Ze verleent deze zorg in afwisselend complexe en zeer complexe cliëntsituaties, variërend van één à twee per dagdeel tot 10 of meer. Daarnaast werkt ze mogelijk ook 's avonds en in het weekend. Ongeveer de helft van de verzorgingshulpen B en alle verzorgenden C en D vallen onder deze functie.
- De functie van de gespecialiseerd verzorgende E blijft hetzelfde (Van den Herik e.a. 1995).

De Commissie Verzorging gaat bij haar voorstellen voor opleiding en functieniveaus uit van de zorgvraag van de cliënt. Zij kiest als uitgangspunt voor het beroep van verzorgende een beroepskracht die breed gekwalificeerd is. Dat wil zeggen dat zij beschikt over duurzame en wendbare kennis en vaardigheden waarmee zij in alle zorgsituaties aan de slag kan (Commissie Kwalificatiestructuur 1996). Regionale experimenten en de invoering van de Wet Educatie en Beroepsonderwijs (WEB) hebben bijgedragen aan een veranderde verantwoordelijkheid voor het opleidingsstelsel, waarbij er gestreefd is naar een samenhangend en helder opleidingsstelsel. In het kader van de WEB is een landelijke kwalificatiestructuur ontwikkeld voor het secundair beroepsonderwijs en waarbij een basis wordt gelegd voor de aansluiting met het hoger beroepsonderwijs. Deze structuur bevat kwalificaties die de kern van de beroepen bevatten, gericht zijn op een brede toepassing en uitgaan van permanent leren (Commissie Verzorging 1995; Commissie Kwalificatiestructuur 1996).

Er bestaan vijf kwalificatieniveaus (helpende, verzorgende, verzorgende in de individuele gezondheidszorg, verpleegkundige op het 2e niveau en verpleegkundige op het 1e niveau), welke zijn ingedeeld aan de hand van drie criteria: verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer.

Verantwoordelijkheid staat voor de mate waarin beroepsbeoefenaars aanspreekbaar zijn op hun beroepsmatig handelen en de gevolgen daarvan voor het beroepsmatig handelen van anderen. Complexiteit geeft de mate aan waarin beroepsmatige handelingen zijn gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of nieuwe procedures. Tot slot, staat transfer voor de mate waarin een beroepsbeoefenaar in staat is kennis en

beroepsvaardigheden toe te passen in uiteenlopende (beroepsmatige) situaties (met andere woorden de reikwijdte en wendbaarheid van de kennis en de vaardigheden) (Commissie Kwalificatiestructuur 1996). Voor de verzorging zijn dus drie kwalificatieniveaus van toepassing: helpende of assisterende verzorgende, verzorgende en verzorgende in de individuele gezondheidszorg. Hieronder volgt een globale beschrijving van deze drie kwalificatieniveaus.

- De *helpende/assisterende verzorgende*, van wie er voldoende moeten zijn om in te spelen op de toenemende vraag naar huishoudelijke hulp, zal zich grotendeels richten op huishoudelijk werk. Daarnaast dient in de opleiding aandacht te worden besteed aan de zorgsituatie van de cliënt en het ontwikkelen van een beroepshouding. De huidige ongediplomeerd helpenden (thuishulpen A) en alfahulpen zullen hieronder vallen.
- De functie *verzorgende* zal vervuld worden door de huidige helpende (verzorgingshulp B). De verzorgende richt zich op uitvoerende werkzaamheden en draagt verantwoordelijkheid voor het eigen takenpakket.
- De huidige verzorgende (verzorgende C en D) wordt gezien als de nieuwe *verzorgende in de individuele gezondheidszorg*. Deze oefent het beroep van verzorgende zelfstandig uit (Commissie Verzorging 1995; Commissie Kwalificatiestructuur 1996).

Deze indeling, gebaseerd op opleiding, taken, verantwoordelijkheid, complexiteit, en transfer, komt in grote lijnen overeen met de op basis van dit onderzoek gesuggereerde functie-indeling, waarbij de bestaande functies worden samengevoegd tot nieuwe functies.

8.3

Werkdruk in de gezinsverzorging

Als indicatoren voor werkdruk zijn in dit onderzoek de mate van arbeidstevredenheid, burnout, ervaren gezondheid en ziekteverzuim gebruikt.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de uitvoerenden over het algemeen redelijk tevreden zijn met hun werk. De alfahulpen vormen hierop een uitzondering, zij zijn duidelijk minder tevreden. Zij zijn met name ontevreden over de groei- en promotiemogelijkheden in het werk en over de mogelijkheden tot contact met leidinggevend en collega's. Dit lijkt vooral te maken hebben met het feit dat alfahulpen niet in dienst zijn van de instelling. Zij hebben daardoor weinig contact met de instelling en geen recht op (bij)scholing. In het verlengde hiervan bleek dat de mate van

arbeidsatisfactie vooral in positieve zin beïnvloed wordt door de leer- en groei mogelijkheden die de uitvoerenden hebben, de sociale steun die ze van hun leidinggevendens ervaren en de mate van feedback die ze krijgen over hun werk. Een aantal arbeidsomstandigheden beïnvloeden de arbeidstevredenheid in negatieve zin: de mate waarin uitvoerenden rolconflicten hebben, dat wil zeggen aan tegenstrijdige eisen moeten voldoen, een hoge lichamelijke belasting en een hoog werktempo leiden tot een lagere tevredenheid.

Met betrekking tot gevoelens van burnout (opgebrand zijn) kan geconcludeerd worden dat gevoelens van emotionele uitputting het meest voorkomen bij de hogere functieniveaus, en met name bij de gespecialiseerde verzorgenden E. Een verklaring hiervoor is dat de hogere functieniveaus meer uren per week werken dan alfhulpen en thuishulpen A. Uit het onderzoek blijkt namelijk een positieve samenhang tussen de omvang van het dienstverband en het optreden van gevoelens van emotionele uitputting. Daarnaast blijken een aantal arbeidsomstandigheden bevorderend te werken voor het optreden van emotionele uitputting: een hoge lichamelijke en emotionele belasting en een hoog werktempo. Ten slotte wordt emotionele uitputting ook beïnvloed door de copingstrategieën die uitvoerenden hanteren: een actieve probleembenadering leidt tot minder gevoelens van emotionele uitputting, terwijl een passieve benadering juist emotionele uitputting bevordert.

Gevoelens van persoonlijke bekwaamheid, de tweede dimensie van burnout, zijn bij alle functieniveaus gemiddeld. Deze gevoelens worden in positieve zin vooral beïnvloed door een actieve benadering van probleem oplossen en het hebben van leer- en groeimogelijkheden in het werk. De aanwezigheid van rolonduidelijkheid heeft daarentegen een negatieve invloed.

Hoewel de uitvoerenden hun gezondheidstoestand in het algemeen als goed beoordelen, ligt het gemiddelde ziekteverzuim van de 17 deelnemende instellingen hoog, namelijk ruim 10% in 1995. Wat het ziekteverzuim voor de verschillende functieniveaus betreft, blijkt dat alfhulpen zich minder vaak ziek melden dan de andere uitvoerenden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zij de eerste twee dagen van hun ziek-zijn niet uitbetaald krijgen, waardoor ze eerst zullen proberen om, in overleg met de cliënt, de hulpverlening te verzetten voordat zij zich officieel ziek melden.

Verder blijkt dat de mate van lichamelijke belasting de belangrijkste

voorspeller is voor de mate van ziekteverzuim en de ervaren gezondheid.

Aanbevelingen behorende bij de werkdruk in de gezinsverzorging

Op basis van de hierboven beschreven bevindingen kan een aantal aanbevelingen worden geformuleerd omtrent de werkdruk en de factoren die werkdruk beïnvloeden

- IV Om de arbeidstevredenheid van de alfahulpen te verhogen, dienen de instellingen er zorg voor te dragen dat zij zich meer betrokken voelen bij de instelling. Gedacht kan worden het verzorgen van een (interne) opleiding of thema-bijeenkomsten voor de alfahulpen in eigen tijd, waardoor ook het contact met collega's en de instelling/contactpersonen verbeterd kan worden. Daarnaast kan de instelling door middel van attenties in de vorm van een kerstkaart of een bloemetje bij ziekte, waardering voor de alfahulp laten blijken.

De arbeidstevredenheid van de alfahulp is het laagst van alle uitvoerenden in de gezinsverzorging. Toch zijn de cliënten tevreden met hun alfahulpen, aangezien de alfahulpen de hoogste waardering van hun cliënten ervaren en de alfahulpen zelf het meest tevreden zijn met het contact met hun cliënten vergeleken met de andere functieniveaus. Het zelfstandig werken is dus niet de reden van de lage tevredenheid; de meeste alfahulpen zouden dit stuk autonomie waarschijnlijk niet willen opgeven. Met name het gebrek aan contact met collega's en de instelling en het gebrek aan leer- en groeimogelijkheden in hun werk is hiervoor de reden. Bijeenkomsten met enige regelmaat waarin een bepaald onderwerp besproken wordt, of meer informele bijeenkomsten om het hart tegenover collega's te kunnen luchten zouden de binding met de instelling voor de alfahulpen vergroten. Daarnaast zou een of andere vorm van opleiding in de eigen tijd de alfahulp die extra bagage geven, waardoor zij nog beter zelfstandig kan werken en beter in bepaalde situaties kan reageren. In geval van veranderende cliëntsituaties kan zij hierdoor sneller herindicaties aanvragen, zodat de cliënt de hulp krijgt die hij/zij nodig heeft.

- V De uitvoerenden in de gezinsverzorging dienen de mogelijkheid te hebben om bij- en nascholing te volgen, die geschikt is voor en afgestemd op de diverse functieniveaus en hun werkzaamheden. De instellingen voor gezinsverzorging en geïntegreerde thuiszorg-organisaties dienen er zorg voor te dragen dat deze mogelijkheid er is.

Uit het onderzoek is gebleken dat onder andere taakkenmerken (afwisseling, feedback, autonomie en leer- en groeimogelijkheden) een positieve bijdrage hebben ten aanzien van arbeidstevredenheid. Ook op bepaalde gevoelens van burnout zijn deze taakkenmerken van invloed. De tevredenheid van de uitvoerenden in het werk groeit dus als de aanwezigheid van leer- en groeimogelijkheden groot is en ook gevoelens van persoonlijke bekwaamheid nemen toe als er voldoende leer- en groeimogelijkheden in het werk zijn.

Ook uit ander onderzoek onder wijkverpleegkundigen (Jansen & Kerkstra 1995) is gebleken dat de mate van tevredenheid in het werk beïnvloed wordt door taakkenmerken, met name groeimogelijkheden en feedback.

- VI De instellingen voor gezinsverzorging en geïntegreerde thuiszorg-organisaties dienen er zorg voor te dragen dat er een goed beleid is ten aanzien van de arbeidsomstandigheden.

Uit het onderzoek is gebleken dat gevoelens van burnout verminderd kunnen worden door met name de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Gevoelens van emotionele uitputting bijvoorbeeld kunnen verminderd worden door de lichamelijke en emotionele belasting te verminderen en het werktempo te verlagen. Daarnaast helpt het verminderen van rolonduidelijkheid om gevoelens van persoonlijke bekwaamheid te verhogen. Daarnaast hebben de arbeidsomstandigheden ook invloed op de arbeidstevredenheid en het ziekteverzuim.

Arbeidsomstandigheden spelen dus een grote rol in de ervaren werkdruk van uitvoerenden. Hier is ons inziens een taak weggelegd voor de leidinggevenden. Zij dienen onveilige situaties en slechte werkomstandigheden te signaleren en met behulp van beschikbare hulpmiddelen deze situaties te vermijden. Door meer taakgericht leiderschap en overleg en/of werkbesprekingen zal zij de vinger aan de pols kunnen houden wat betreft de werkcondities. Regelmatig overleg met vaste collega's en een aantal terugkerende punten onder andere op het gebied van cliëntinformatie en eigen functioneren om de kwaliteit van de arbeid te waarborgen, wordt ook aanbevolen door Van den Herik e.a. (1995).

De Commissie Verzorging ziet bij het creëren van een veilige werkomgeving ook een rol weggelegd voor werkgever en zorgverlener, die beiden, naast de zorgvrager, verantwoordelijk zijn voor goede arbeidsomstandigheden (Commissie Verzorging 1995).

VII De nieuwe opleidingen voor (gezins)verzorgenden en helpenden dienen in het curriculum aandacht te besteden aan copingstrategieën

Uit het onderzoek is gebleken dat gevoelens van burnout, zowel emotionele uitputting als persoonlijke bekwaamheid, onder andere beïnvloed worden door de manier waarop met problemen wordt omgegaan. Het actief aanpakken van problemen leidt tot lagere gevoelens van emotionele uitputting en tot hogere gevoelens van persoonlijke bekwaamheid. Ook bleek uit het onderzoek dat deze copingstrategie een positieve invloed had op de gezondheid van de uitvoerenden. Bij het leren hoe om te gaan met problemen is een rol weggelegd voor de opleidingen. Het is immers van belang dat uitvoerenden weten hoe ze met bepaalde situaties moeten omgaan of in bepaalde situaties moeten handelen, aangezien hulpverleners in de gezinsverzorging er vaak bij cliënten alleen voor staan. Hoewel er steeds vaker in teams wordt gewerkt, verlenen de uitvoerenden de hulp of zorg aan hun cliënten toch alleen. Kennis en vaardigheden op het gebied van coping dienen dus in het curriculum van de nieuwe opleiding opgenomen te worden. Daarnaast is het aan te bevelen dat ook in interne opleidingen aandacht wordt besteed aan de juiste manier van probleembenadering.

Tot een soortgelijke aanbeveling kwamen ook Jansen en Kerkstra in hun onderzoek onder hulpverleners in de thuiszorg. De resultaten uit dat onderzoek lieten zien dat het van belang is dat deze hulpverleners, die net als de uitvoerenden in de gezinsverzorging er bij de cliënt alleen voor staan, problemen op een actieve manier aanpakken. Op die manier beschikken ze in belastende situaties over de juiste vaardigheden om deze situaties te hanteren.

Literatuur

AbvaKabo, *Overzicht van verschillende functies in de Gezinsverzorging*. OAW: stuknummer 9210220y.15.4.1992, 1992.

AbvaKabo, *Concept CAO-Thuiszorg met salarisregelingen*. AbvaKabo, Utrecht 1994.

Arnold, H.A. & J.J. House, 'Methodological and substantive extensions to the job characteristics model of motivation'. In: *Organizational Behavior and Human Performance* (1980) 25, pp. 161-183.

Baars, J.A. & J.M. Spaan, *Jaarboek Thuiszorg 1994*. LVT/NZi, Bunnik/Utrecht 1996.

Bakker, R.H.C., J.J. Knibbe, A. te Winkel & R.D. Friele, 'Rugklachten van verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen'. In: R.D. Friele (ed). *Rugklachten, fysieke belasting en preventie mogelijkheden in verzorgingshuizen*. NIVEL, Utrecht 1995.

Bedrijfssystemen Thuiszorg BV, *E-3 Systeem: indicatie- en calculatieprogramma*. Bedrijfssystemen Thuiszorg BV, Renkum/Wageningen 1994.

Bergers, G.P.A., F.H.G. Marcelissen & C.H. de Wolff, *Vragenlijst Organisatie Stress-D*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1986.

Beukema, L., *Kwaliteit van de arbeidstijdverkorting*. Karstapel, Groningen 1987.

Boumans, N.P.G., *Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1990.

Brouns, G., 'Orem's zelfzorgtheorie'. In: *Verpleegkunde* (1988) 1, pp. 27-33.

BVG, *BVG-Berichten*. BVG, Zeist 1994.

BVG, *BVG-Jaarverslag 1995*. BVG, Zeist 1996.

Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst*. Ministerie van OC & W/ministerie van VWS, Zoetermeer/Rijswijk 1996.

Commissie Verzorging. *Zorg voor Zorg*. LCVV, Utrecht 1995.

Dierendonck, D. van, P.P. Groenewegen & H. Sixma, *Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen*. NIVEL, Utrecht 1992.

Dijk, F.J.H. van, N. van Dormolen, M.A.J. Kompier & T.F. Meijman, 'Herwaardering model belastingbelastbaarheid'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* (1990) 68, pp. 3-10.

Engelen, C.H.M.G., 'Arbeidsomstandigheden in de zorgsector'. In: *Tijdschrift voor Verzorgenden* (1993) 7, pp. 198-204.

Fried, Y. & G.R. Ferris, 'The validity of the job characteristics: a review and meta-analysis'. In: *Personnel Psychology* (1987) 40, pp. 287-322.

Friele, R.D. & F. Beemster, *Automatisering in de thuiszorg, waar staan we anno 1994*. NIVEL, Utrecht 1994.

Graen, G.B., T.A. Scandura & M.R. Graen, 'A field experimental test of the moderating effects of Growth Need Strength on productivity'. In: *Journal of Applied Psychology* (1986) 71, pp. 484-491.

Groenewegen, P.P., A. Kerkstra & G. Jansen, *Wachlijsten in de thuiszorg*. NIVEL, Utrecht 1993.

Hackman, J.R. & G.R. Oldham, *The Job Diagnostic Survey*. Yale University, New Haven 1974.

Hackman, J.R. & G.R. Oldham, 'Development of the Job Diagnostic Survey'. In: *Journal of Applied Psychology* (1975) 60, pp. 159-170.

Hackman, J.R. & G.R. Oldham, 'Motivation through design of work: Test of a theory'. In: *Organizational behavior and human performance* (1976) 16, pp. 250-279.

Hackman, J.R. & G.R. Oldham, *Work redesign*. Wesley Publishing Company, Massachusetts 1980.

Handboek Gezinsverzorging. Vuga, Amsterdam 1989/1990.

Hattinga Verschure, J.C.M., *Algemene Zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen*. De Tijdstroom, Lochem 1981.

Herik, C. van den, M. de Been & M. Vulto, '*Alles draait om de cliënt*'. *De inhoud, het eigene en de kwaliteit van de arbeid van het uitvoerende werk in de gezinszorg*. Vakgroep Vrouwenstudies, Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden, Leiden 1995.

Hoff, B.W. van 't. *Uitwerking Spoedenquête Landelijke Vereniging voor Thuiszorg met betrekking tot budgetproblemen in de sector*. Terp Advies, Utrecht/Eck en Wiel juni 1996.

Hood, J.N. & H.L. Smith, 'Quality of work life in home care'. In: *JONA* 24 (1994) 1, pp. 40-47.

Hornman, M., *Terwijl je afstoft kom je heel wat tegen. Professionele huishoudelijke zorg: een onmisbare peiler onder een verantwoorde thuiszorg*. STING, Utrecht 1994.

Jansen, P.G.M. & A. Kerkstra, *De effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg*. NIVEL, Utrecht 1995.

- Jonge, J. de & A. Landeweerd, 'Toetsing van de job demand-control benadering bij werknemers in de gezondheidszorg'. In: *Gedrag en Organisatie* 21 (1993) 2, pp. 79-92.
- Jonge, J. de, N. Boumans, A. Landeweerd & F. Nijhuis, 'Werkenmerken en werkbeleving'. In: *TvZ* (1995) 6, pp. 186-189.
- Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign'. In: *Administrative Science Quarterly* (1979) 24, pp. 285-308.
- Karasek, R.A. & T. Theorell, *Healthy Work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, USA 1990.
- Kerkstra, A. & A.M.G.J. de Wit, *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden: instrumentontwikkeling*. NIVEL, Utrecht 1987.
- Knibbe, J.J., J.W.E.T., Kersten & R.D. Friele, *Rotterdam in de lift. Een onderzoek naar de effecten van de introductie van patiëntenliften in de thuiszorg*. NIVEL, Utrecht 1994.
- Kompier, M.A.J. & F.H.G. Marcelissen, *Handboek Werkstress*. NIA, Amsterdam 1990.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, *LVT-indicatiesysteem: essentie van het systeem, werking van het systeem en implementatiehandleiding*. LVT, Bunnik 1995.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, *Intern rapport*. LVT, Bunnik 1996a.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, *Wegwijzer Thuiszorg*. LVT, Bunnik 1996b.
- Landelijke Aktiegroep Gezinsverzorging, *Alpha-hulp in de gezinsverzorging*. Amsterdam 1979.
- Maessen, P.J.J. *Bezuinigingen op de gezinsverzorging*. Rijksuniversiteit Leiden, Leiden 1989.

Meerman, M., *Onder de loep: WEBA meet de functie kwaliteit*. FNV, Amsterdam 1993.

Meijman, T.F. & J.F. O'Hanlon, 'Arbeidsbelasting, een inleidend overzicht van psychologische theorieën en meetmethoden'. In: *Handboek Arbeids- en Organisatiepsychologie*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1984.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Heroverwegingsonderzoek 'Van samenwerken naar samengaan'*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1990.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Beleidsbrief 'Stand van zaken beleidsvoornemens Thuiszorg'*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Rijswijk 15 april 1996.

Ministerie van CRM, *Nota Bejaardenbeleid*. Tweede Kamer, zitting 1970-1971, nr. 10934, 1970.

Ministerie van CRM, *Nota Bejaardenbeleid*. Tweede Kamer, zitting 1974-1975, nr. 13463, 1975.

Orem, D.E., *Nursing: concepts of practice*. 4th edition. Mosby, St. Louis 1991.

Polit, D.F. & B.P. Hungler, *Nursing Research. Principles and methods*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1987.

Roberts, K.H. & W. Glick, 'The job characteristics approach to task design: a critical review'. In: *Journal of Applied Psychology* (1981) 66, pp. 193-217.

Schaufeli, W.B. & D. van Dierendonck, 'Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)'. In: *Gedrag en Gezondheid* 22 (1994) 4, pp. 153-171.

Schlötjes, H., M. Buisman & D. Willems, '*Stof genoeg*'. *Richtlijnen voor schoonmaakwerkzaamheden, textiel- en maaltijdverzorging in de thuiszorg*. NIZW, Utrecht 1996.

Schreurs, P.J.G. e.a., *De Utrechtse Coping Lijst: UCL-handleiding*. Zwets & Zeitlinger, Lisse 1988.

Slingerland, P.A. & F.P.M. van Amelsvoort, 'Indiceren, een vak apart of een apart vak'. In: *MGZ* (1991) 19, p. 10.

Sluijs, E.M., *Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten. Ontwikkeling van het observatie-protocol*. NIVEL, Utrecht 1988.

Smulders, P.G.W. & T.J. Veerman, *Handboek ziekteverzuim*. Delwel, 's-Gravenhage 1990.

Stichting Thuiszorg Hilversum, 's-Graveland & Loosdrecht, *Functie schema uitvoerenden*. Organisatie voor Gezinsverzorging, Hilversum 1992.

Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging, *Handleiding LIER-systeem*. Stuurgroep LIER, Utrecht 1986.

Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging, *Profiel Beroepspraktijk Gezinsverzorging*. Werkgroep Beroepsvraagstukken Gezinsverzorging, Driebergen 1987.

STING, *Roeien met (te) korte riemen*. NIVEL, Utrecht 1992.

Stogdill, R.M., *Manual for the Leader behavior Description Questionnaire-Form VII*. Ohio State University, Ohio 1963.

STRATEGO, *Aan de slag*. Stichting Thuishulp IJmond, Beverwijk 1991.

Svensson, J.S., J.E.M. Dirks, *Indicatiestelling en autonomie: een nieuwe aanpak*. Thuiszorg Centraal Twente/Universiteit Twente, Hengelo/Wageningen 1996.

Tits, M. van & H. Vermeulen, 'Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt'. In: *TvZ* (1992) 3, pp. 104-107.

Tits, M. van & W. Groot, 'Zorgen om kruiswerk en verzorging'. In: *TvZ* (1991) 2, pp. 56-59.

Veerman, T.J. *Ziekteverzuim in de gezinsverzorging*. NIA, Amsterdam/Leiden 1989.

Veldhoven, M. van & T. Meijman, *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting*. NIA, Amsterdam 1994.

Verheij, R.A., W.M.C.M. Caris-Verhallen & A. Kerkstra, *Integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging, ervaringen van hulpverleners en cliënten*. NIVEL, Utrecht 1993.

Vos, E.L. de, 'Aspecten van de huishouding' In: R.C. Goossens & E.L. de Vos (red.), *Huishoudvoering met een laag inkomen*. Vakgroep Huishoudkunde, Landbouwniversiteit, Wageningen 1987.

Vulto, M. & M. Morée, *Huishoudelijke zorg: werken met hand, hoofd en hart*. Rijksuniversiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, Vakgroep Vrouwenstudies, Leiden 1993.

Vulto, M., M. Morée & C. van den Herik, 'Thuis bij de cliënt sta je er alleen voor'. *Kenmerken en eisen van het beroep helpende en verzorgende in de gezinsverzorging*. Rijksuniversiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, Vakgroep Vrouwenstudies, Leiden 1994.

Welschen, P.T.M. & H.P. Griffioen, *Functiewaarderingsonderzoek gezinsverzorging*. Uitgevoerd door KPMG/VOG. Rijswijk 1990.

Werkgroep Werkveld SOGW, *Beroepsprofiel Verzorgende/Helpende*. Spruyt, Van Mantgen & De Does, Leiden 1992.

Ziekenfondsraad. *Brief 'Modernisering thuiszorg'*. Ziekenfondsraad, Amstelveen 28 juni 1996.

Zuidberg, A.C.L., *Het verzorgingsniveau van huishoudens*. SWOKA onderzoeksrapport 4, 's-Gravenhage 1978.

Bijlagen

BIJLAGE 1

INDELING VAN DE HOOFDCATEGORIËN VAN HET WERK

Werkgroep SOGW 1992

Huishoudelijke taken

- het plannen en verdelen van huishoudelijke taken, rekening houdend met de mogelijkheden van het huishouden;
- het onderhouden van huis en huisraad;
- het onderhouden van kleding, schoeisel en linnen;
- het verzorgen van maaltijden, rekening houdend met de voedingsgewoonten en dieetvoorschriften in het huishouden;
- zorgen voor de inkoop van goederen en levensmiddelen, in overeenstemming met gewoontes en beschikbaar budget.

Verzorgende taken

- het bieden van hulp bij de dagelijkse verzorging;
- het bieden van hulp bij gebruik van hulp- en aanpassingsmiddelen bij uitval van lichaamsfuncties (met name ten behoeve van voortbeweging en communicatie);
- het verrichten van verzorgende handelingen van verpleeg-technische aard, voor zover die handelingen tot de dagelijkse verzorging van de cliënt behoren en elders ook door de mantelzorg verricht worden.

Begeleidende taken

- het ondersteunen en stimuleren van de (sociale) zelfzorg en zelfredzaamheid;
 - het helpen bij de inschakeling van mogelijke mantelzorg;
 - het helpen bij de uitvoering van voorschriften van andere hulpverleners, met name op het gebied van medicatie en dieten;
 - het waar wenselijke geven van gestructureerde begeleiding gericht op de handhaving van reeds verworven of nog te verwerven zelfzorg en zelfredzaamheid;
 - het ondersteunen van cliënten bij rouwverwerking.
-

Taken op het terrein van overleg en samenwerking

Met betrekking tot de eigen zorgverlening:

- het signaleren van en het schriftelijk en/of mondeling rapporteren over de tekorten tijdens de zorgverlening;
- het signaleren van en het schriftelijk en/of mondeling rapporteren over voorkomende lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen en afwijkingen (pathologie) tijdens de zorgverlening.

Met betrekking tot het functioneren in de eigen organisatie:

- het overleggen met collega's, bijvoorbeeld over zorgplannen;
- het begeleiden van stagiaires en andere (beginnende) zorgverleners;
- het deelnemen aan intervisie- en evaluatiegesprekken.

Met betrekking tot samenwerking met andere disciplines:

- het overleggen met en/of verwijzen naar andere disciplines;
 - het samenwerken en overleggen met andere disciplines waar het de uitvoering van het totale hulpverleningsplan betreft;
 - het mondeling of schriftelijk verslag doen van de verleende zorg aan relevante derden.
-

BIJLAGE 2

WERKZAAMHEDEN EN OPLEIDINGSEISEN PER FUNCTIENIVEAU

CAO – AbvaKabo 1994

Alfahulp

- verzorging huis/huisraad, kleding/linnen;
- wekelijks boodschappen.

Geen specifieke opleidingseisen.

Thuishulp A

- verzorging huis/huisraad, kleding/linnen;
- voeding;
- boodschappen;
- huisdieren/planten;
- beperkte verzorging van kinderen;
- werkzaamheden zijn niet aan verandering onderhevig;
- signaleren/rapporteren;
- informeren/overleg plegen met cliënt, luisteren, begrip tonen;
- stimuleren van zelfredzaamheid t.a.v. huishoudelijke taken of deze zoveel mogelijk op hetzelfde niveau houden.

Enkele jaren LHNO.

Verzorgingshulp B

- als onder 'thuishulp A';
- verrichten van beperkte persoonsgerichte lichamelijke verzorging;
- werkzaamheden zijn aan verandering onderhevig;
- signaleren/rapporteren;
- informeren/overleg plegen met cliënt, luisteren, begrip tonen;
- stimuleren van zelfredzaamheid t.a.v. huishoudelijke taken of deze zoveel mogelijk op hetzelfde niveau houden.

Diploma helpende MDGO-Vz (kort), diploma helpende OVDB (2 jaar).

Verzorgende C

- verrichten van persoonsgerichte lichamelijke verzorging en beperkte huiselijke ziekenverzorging;
- verzorgen van opvang, verzorging en begeleiding van kinderen;
- plannen en beheren van middelen die voor het huishouden ter beschikking staan;
- beperkte verzorging van huis en huisraad;
- werkzaamheden zijn aan verandering onderhevig;
- stimuleren van zelfredzaamheid t.a.v. verzorgende en huishoudelijke taken of deze zoveel mogelijk op hetzelfde niveau houden;
- informeren/overleg plegen met cliënt, luisteren, begrip tonen, medewerking trachten te verkrijgen, overtuigen.

Diploma verzorgende MDGO-Vz (lang), diploma verzorgende OVDB, diploma ziekenverzorging, diploma MDGO-Vp.

Verzorgende D

- verrichten van verzorgende en begeleidende en eenvoudige verpleegkundige taken;
- werkzaamheden zijn sterk aan verandering onderhevig;
- plannen en beheren van middelen die voor het huishouden ter beschikking staan;
- specifieke zorg: bijvoorbeeld terminale zorg of zorg voor lichamelijk en/of geestelijke gehandicapten;
- verzorging van kinderen;
- toezien, na overleg met anderen, op het opvolgen van medische en/of verpleegkundige instructies;
- onderhouden van contact met andere hulpverleners;
- informeren/overleg plegen met cliënt, luisteren, begrip tonen, medewerking trachten te verkrijgen, overtuigen.

Diploma verzorgende MDGO-Vz (lang), diploma verzorgende OVDB, diploma ziekenverzorging, diploma MDGO-Vp.

Gespecialiseerd verzorgende E

- bewerkstelligt structuur/veranderingen/verbeteringen/acceptatie in de leefsituatie met de leefeenheid;
- werkzaamheden zijn sterk aan verandering onderhevig;
- toezien op gewenst gedrag door cliënt door andere hulpverleners in de psycho-sociale hulpverlening;
- stimuleren van zelfredzaamheid van de cliënt:
 - . begeleiden huishoudelijke taken;
 - . begeleiden persoonsgerichte lichamelijke verzorging en huiselijke ziekenverzorging, eventueel in samenwerking met andere huisgenoten;
 - . plannen en beheren van middelen die voor het huishouden ter beschikking staan;
 - . begeleiden ouders/voogden bij de opvoeding van de kinderen.

Diploma MDGO-Vz en diploma gespecialiseerd gezinsverzorgende.

BIJLAGE 3

INTERVIEWSHEMA VOOR PERSONEN DIE INTAKES VERRICHTEN

Toelichting

Het NIVEL is bezig met een landelijk onderzoek naar het werken in de gezinsverzorging. Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van een representatief beeld van het werk van uitvoerenden en de belastende aspecten in hun werk. Hierdoor willen we een bijdrage leveren aan de professionalisering van het beroep gezinsverzorgende/helpende en aan het aantrekkelijker maken van het werken in de gezinsverzorging.

Het gaat er daarbij in de eerste plaats om inzicht te krijgen in de wijze waarop de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging middels de indicatiestelling de hulp (naar inhoud en omvang en bepaald functieniveau) wordt geïndiceerd.

De bedoeling van dit gesprek is na te gaan welke criteria en/of procedures er in uw instelling gebruikt worden om tot de indicatiestelling en hulptoewijzing te komen.

De volgende onderwerpen zullen, na enkele algemene vragen, tijdens het gesprek aan de orde komen: de *aanmelding* van potentiële cliënten, de *intake* en *indicatiestelling*, de *zorgtoewijzing* en de *evaluatie/herindicatie van zorg*.

I Algemene gegevens

- 1 Datum interview:/...../1995
- 2 Instellingsnummer:
- 3 Geboortedatum van de intakefunctionaris:
- 4 Geslacht: man/vrouw
- 5 Basisniveau en opleiding (specificeren):
- LBO
- MBO
- HBO
- WO
- 6 Eventueel aanvullende opleiding gericht op de huidige functie van intaker, te weten:
- 7 Aantal jaren werkervaring:
- in de gezinsverzorging jaar
- als intakefunctionaris jaar

II Aanmelding

- 1 Hoe worden cliënten meestal aangemeld? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- telefonisch
- per fax
- per brief
- ze komen langs
- anders, namelijk
- 2 Wie verwerkt de aanmelding in eerste instantie?
- intaker
- leidinggevende
- uitvoerende
- telefoniste/baliemedewerkster
- anders, namelijk
- 3 Welk opleidingsniveau heeft deze functionaris?
- LBO

- MBO
- HBO
- WO

4 Als er wordt aangemeld bij een baliemedewerkster/administratieve kracht, is er dan een verzorgende/verpleegkundige aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden?

- ja
- soms
- nee

5 Wat zijn de openingstijden en -dagen van de instelling voor het aanmelden van zorg?
van tot uur dagen per week

6 Is er een apart aanmeldingsformulier?

- ja, welk? → exemplaar opvragen
- nee

III Intake

1 Maakt uw instelling gebruik van een centraal intakebureau?

- ja
- nee

2 Binnen hoeveel dagen na de aanmelding vindt gemiddeld de intake plaats?

- binnen een dag
- binnen twee dagen
- tussen twee en vijf dagen
- binnen een week
- binnen twee weken

3 Hanteert men intakeformulieren tijdens dit intakebezoek?

- ja, welk? → exemplaar opvragen
- nee

4 Is de intakeprocedure voor cliënten die alfahulp krijgen hetzelfde?

- ja
- nee

Zo nee, waarom niet en op welke punten niet?

Binnen hoeveel dagen na aanmelding vindt voor hen de intake plaats?

met kinderen, ouder dan 16 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zonder kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Leeftijd cliënt</i>						
ouder dan 65 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jonger dan 65 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Is situatie stabiel? (Opnames in het vooruitzicht?)</i>						
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kan cliënt de werkgeversrol vervullen?</i>						
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Is hulp alleen overdag nodig?</i>						
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aanvullende opmerkingen/criteria</i>						
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Wie indiceert de gewenste duur van de hulp?

- intakefunctionaris
- uitvoerende
- leidinggevende
- anders, namelijk

7 Wie bepaalt urgentie?

- intakefunctionaris
- uitvoerende
- leidinggevende
- anders, namelijk

8 In hoeverre wordt bij het indiceren van de hulp rekening gehouden met de beschikbaarheid van hulpverleners?

- altijd
- vaak
- soms
- af en toe
- zelden of nooit

9 Op welk formulier wordt de geïndiceerde hulp (naar inhoud, omvang en functieniveau) vastgelegd?
 → exemplaar opvragen

10 In hoeverre worden zorgdoelen tijdens de intake vastgelegd?
 (Bijvoorbeeld huishouden goed regelen (GGV), en worden deze opgeschreven?)

- zelden/nooit
- soms
- vaak/altijd

11 Zijn die op uitvoerend niveau nog bij te stellen?

- nee
- ja zeer beperkt
- ja in ruime mate

V Toewijzing van de benodigde hulp

1 Wie wijst de benodigde hulp toe naar inhoud, omvang en functieniveau?

- intakefunctionaris
- uitvoerende
- leidinggevende
- anders, namelijk

2 Op grond waarvan bepaalt men de toegewezen hulp? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)

- indicatiestelling/intakeformulier
- beschikbaarheid van hulpverleners
- eigen inzicht en ervaring
- anders, namelijk

3 In hoeverre wordt bij het toewijzen van de zorg rekening gehouden met de beschikbaarheid van hulpverleners?

- altijd
- vaak
- soms
- af en toe
- zelden of nooit

4 Wordt er een formulier gebruikt waarop de toegewezen hulp naar inhoud, omvang en duur wordt vastgelegd?

- ja, welk? → exemplaar opvragen

nee

5 Worden er bindende afspraken gemaakt met de cliënt over de hoeveelheid zorg die geboden gaat worden?

- ja
- soms
- nee

6 Worden deze op papier vastgelegd (bijvoorbeeld in de vorm van een zorgcontract)?

- ja
- nee

7 Hoe vaak wijkt de toegewezen hulp (i-o-f) af van de geïndiceerde hulp (i-o-f)? Schat een percentage: %

8 Wat zijn redenen om van de geïndiceerde hulp af te wijken?

.....

.....

.....

VI Daadwerkelijk verlenen van hulp

1 Komt het wel eens voor dat uw instelling niet de toegewezen hoeveelheid (frequentie hulp, aantal uren hulp of functieniveau) zorg kan verlenen? Dus: wijkt de daadwerkelijk verleende hulp wel eens af van de toegewezen hulp?

- altijd
- vaak
- soms
- af en toe
- zelden of nooit

2 Wat is/zijn hiervoor de reden(en)?

.....

.....

3 Wat gebeurt er dan?

.....

.....

.....

VII Evaluatie, bijstelling en herindicatie

1 Bestaat er een apart formulier voor herindicaties?

- ja, welk? → exemplaar opvragen
 nee

2a Bestaan er criteria voor herindicaties?

- ja

Zo ja, welke? (Hoe vaak, bij welke cliëntsituaties, op initiatief van wie?)

- nee

2b Worden deze criteria ook daadwerkelijk gehanteerd? (Bijvoorbeeld bij welke cliëntsituaties wel/niet?)

- ja
 nee

Zo nee, waarom niet?

2c Gelden deze criteria ook voor de cliënten die alfahulp krijgen?

- ja
 nee

Zo nee, waarom niet en welke criteria gelden daar dan voor?

3a Welke personen hebben een rol bij de herindicatie?

- centraal intakebureau
 intakefunctionaris
 leidinggevende
 uitvoerende
 anders, namelijk

3b Welke rol?

4 Is het voor een uitvoerende mogelijk het zorgplan zelf bij te stellen?

- ja
 nee, hier moet de (centrale) intaker of de aan te pas komen

5 Heeft u opmerkingen met betrekking tot het intakeproces die nog niet aan de orde zijn geweest?

- ja, namelijk
 nee

Mogen we bij eventuele vragen nog terugkomen op dit gesprek?

Hartelijk dank voor uw medewerking.

BIJLAGE 4
VRAGENLIJST ORGANISATIEKENMERKEN

NIVEL-onderzoek 'Werken in de Gezinsverzorging'

dd/mm/jj

Datum:/...../..... Instellingsnummer:

1 Wat voor soort instelling is uw organisatie?

- zelfstandige instelling voor gezinsverzorging (ga door naar vraag 2)
- zelfstandige instelling voor gezinsverzorging die een *hoge mate van samenwerking* heeft met het Kruiswerk (ga door naar vraag 2)
- geïntegreerde/gefuseerde* instelling voor gezinsverzorging met Kruiswerk

In welke fase verkeert het integratie-/fusieproces momenteel?

- papieren integratie (juridisch), sinds/...../..... (dd mm jj)
- volledige integratie, sinds/...../..... (dd/mm/jj)
- anders, namelijk
- anders, namelijk

2 Gelieve een organogram van uw organisatie mee terug te sturen.

3 Wat is de urbanisatiegraad van het werkgebied van uw instelling?

- een gebied met daarin een grote stad van meer dan 10.000 inwoners
- een gebied met daarin een middelgrote stad tussen 20.000-100.000 inwoners
- een gebied met dorp(en) van minder dan 20.000 inwoners

4 Hoe is de personeelsopbouw van uw instelling? (S.v.p. zowel in aantallen als in FTE's (full-time equivalenten) invullen.)

Medewerkers	Aantal	FTE's
Gezinsverzorging totaal
Uitvoerenden (alfahulp & thuiszorgmedewerkers A t/m E)
Leiding

Ondersteunend	...	...
Uitvoerenden, uitgesplitst naar functieniveau	Aantal	FTE's
Alfahulpen	...	...
Thuishulpen A	...	...
Verzorgingshulpen B	...	...
Verzorgenden C	...	...
Verzorgenden D	...	...
Gespecialiseerd verzorgenden E	...	...
Tekort aan alfahulpen, per 01-01-1995		...
Percentage		
Vacatures voor uitvoerenden (A t/m E) per 01-01-1995		...%
Ziekteverzuim uitvoerenden (A t/m E) over 1994, exclusief zwangerschap		...%
Verloop van uitvoerenden (A t/m E), over 1994		...%

5 Wilt u aanwezige functieprofielen/-beschrijvingen of mondelinge afspraken waarin de verschillen tussen de diverse uitvoerenden zijn vastgelegd met deze vragenlijst mee terugsturen?

6 Wordt er door de uitvoerenden in uw instelling in teamverband gewerkt?

- nee, alle uitvoerenden werken solistisch
- ja, alleen per functieniveau: welk(e) functieniveau(s): ...
- ja, mix van functieniveaus
- ja, met aandachtsgebieden (bijvoorbeeld gehandicapten, ouderen)
- ja, geïntegreerde thuiszorgteams (bijvoorbeeld met verzorgenden, wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden)
- anders, namelijk

7 Welke vormen van zorg biedt uw instelling aan? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)

- bemiddeling alfahulp
- flexibele hulp
- kortdurende hulp
- langdurige/permanente hulp
- puur huishoudelijke hulp
- puur verzorgende hulp
- combinatie huishoudelijke en verzorgende hulp
- gespecialiseerde gezinsverzorging

- avond- en weekendhulp
- intensieve thuishulp
- anders, namelijk

8 Aan hoeveel huishoudens biedt uw instelling momenteel zorg?
 huishoudens voor traditionele hulp (inclusief gespecialiseerde gezinsverzorging)
 huishoudens voor alfahulp

9 Heeft uw instelling een wachtlijst voor huishoudens met een positieve indicatie voor zorg?
 ja (ga door naar de volgende vraag)
 nee (u bent aan het einde van de vragenlijst gekomen)

10 Hoeveel positief geïndiceerde huishoudens staan er momenteel op de wachtlijst en voor welke vorm(en) van zorg?
 huishoudens voor traditionele hulp (inclusief gespecialiseerde gezinsverzorging)
 huishoudens voor alfahulp

Graag zouden wij ook uw naam en telefoonnummer willen weten voor het geval er iets onduidelijk is aan onze kant. De ruimte hieronder kunt u daarvoor gebruiken.

Dhr./Mevr.
 Telefoonnummer waarop u tijdens kantooruren te bereiken bent:-.....

U kunt de vragenlijst in de bijgesloten enveloppe naar ons terugsturen.

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst en voor uw medewerking.

BIJLAGE 5 PERSOONLIJK CLIËNTENPLAN

(meisjes)naam/geboortedatum/geslacht	n	n	n	dd/	mm/	jj	m/v
HV-code:	.....	.....	.....	...../	...../	.....	.....
Datum registratie:				...../	...../	.....
Datum aanvraag hulp:				...../	...../	.....
Datum aanvang hulp:				...../	...../	.....
Datum laatste herindicatie:				...../	...../	.....
Verwachte duur hulp/zorg:	.....					
Respondentnummer:	.....					

Burgerlijke staat

- ongehuwd
- gehuwd/samenwonend
- gehuwd geweest

Samenstelling huishouden

- alleenstaand zonder kinderen
- alleenstaand met kinderen*
- gehuwd/samenwonend zonder kinderen
- gehuwd/samenwonend met kinderen*
- * aantal kinderen:
- * leeftijd oudste inwonende kind:
- * leeftijd jongste inwonende kind:

Aanleiding/reden tot aanvraag

- korstondige ziekte (< 6 maanden)
- langdurige/chronische ziekte (> 6 maanden)

- terminale ziekte
- ouderdomsklachten
- overlijden
- zintuiglijke handicap
- lichamelijke handicap
- verstandelijke handicap
- revalidatie
- verslaving
- psychische/psychiatrische stoornis
- dementie
- opname/ontslag 2e lijn
- zwangerschap/bevalling
- echtscheiding/verlating
- opvoeding/problemen met kind(eren)
- overbelast wegens zorg huisgenoot
- wegvallen mantelzorg
- geen specifieke kenmerken
-

Mantelzorg

- partner
- huisgenoot
- uitwonend kind
- lid overige familie
- vriend/kennis
-

Hulpvraag

- huishoudelijke taken
- verzorgende taken
- verpleegkundige taken
- sociaal-begeleidende taken

Cliëntsituatie

- A lichamelijk/fysiek vermogen (0, 1, 2, 3)
- B psychisch/regelvermogen (0, 1, 2, 3).....
- C redzaamheid (0, 1, 2, 3)

(R = respondent)

R Functieniveau geïndiceerde hulp

R Functieniveau toegewezen hulp

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | alfahulp | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | huishulp A | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | verzorgingshulp B | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | verzorgende C | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | verzorgende D | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | gespecialiseerd verzorgende E | <input type="checkbox"/> |

R Motivatie bij afwijking

- geïndiceerde kwaliteit niet beschikbaar
- persoonlijke kwaliteiten prevaleren
- organisatorische beperkingen
-

R Geïndiceerde hulp: uur per week

Toegewezen hulp: keren per week

R Motivatie bij afwijking

- wegens factoren binnen de instelling
- wegens factoren in het cliëntensysteem
-

R Geïndiceerde hulp: keren per week

Toegewezen hulp: keren per week

R Motivatie bij afwijking

- wegens factoren binnen de instelling
- wegens factoren in het cliëntensysteem
-

R Handelingen die de hulpvrager zelf verricht/afspraken met de hulpvrager/bijzonderheden

Verzorging kleding/linnen/schoeisel

- hulpvrager verzorgt was/strijk (deels) zelf
- mantelzorg verzorgt was/strijk (deels) zelf
-

Mantelzorg

- doet dagelijks DHZ-klussen

- doet boodschappen
- controleert/ziet toe/instrueert/stimuleert hulpvrager
-

Maaltijd(voor)bereiding

- hulpvrager verzorgt eten zelf
- mantelzorg verzorgt eten
- maaltijddienst
-

Bijzonderheden

- hulpvrager heeft therapie
- hulpvrager gaat naar dagverzorging
-

Andere (professionele) hulpverlening bij de hulpvrager

(* Streep door wat niet van toepassing is.)

	Func- tione- niveau	Aantal uren	Aantal keren	
<input type="checkbox"/> huisarts		* per week/per maand
<input type="checkbox"/> wijkverpleging		* per week/per maand
<input type="checkbox"/> particuliere hulp		* per week/per maand
<input type="checkbox"/> tweede uitvoerende gezinsverzorging	* per week/per maand
<input type="checkbox"/> derde uitvoerende gezinsverzorging	* per week/per maand
<input type="checkbox"/> vrijwilliger		* per week/per maand
<input type="checkbox"/>	* per week/per maand

(meisjes)naam/geboortedatum/geslacht n n n dd/ mm/ jj m/v
 HV-code: / /

Werkzaamheden

Kruis de taken aan die tijdens huisbezoeken verricht dienen te worden. Kruis 1 of 2 aan (1 = door R zelf uit te voeren; 2 = door R samen met de hulpvrager uit te voeren).

A Huishoudelijke taken

	1 2
Organisatie huishoudelijk werk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dagelijks huishoudelijk werk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	1	2
kamer opruimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stofzuigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afwassen/wegzetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bedden opmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stof afnemen/ragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vloeren soppen (excl. sanitair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
post halen/brengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodiek huishoudelijk werk		
bedden verschonen (incl. opmaken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deuren, ramen/houtwerk zemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
planten/dieren verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kasten opruimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuin onderhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vuilniszakken verwisselen/buitenzetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buiten schoonmaken (stoep/balkon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleden/matten kloppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koper/zilver poetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitair schoonmaken		
wc schoonmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keuken schoonmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
douche/badkamer schoonmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzorging kleding/linnen/schoeisel		
wassen/ophangen/afhalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strijken/vouwen/opbergen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schoenen poetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verstelwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gordijnen/vitrage afhalen/wassen/ophangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maaltijd(voor)bereiding		
koffie/thee/andere dranken verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tafel dekken/afruimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ontbijt of lunch maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koken (evt. invriezen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boodschappen doen		
dagelijkse boodschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
periodieke boodschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2
Overige, namelijk		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Verzorgende taken		
Eenvoudige persoonlijke verzorging		
aan-/uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kousen/schoenen aan-/uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haar-/nagel-/gezichtsverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nat of droog scheren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpen bij eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpen bij toiletgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
steunkousen aan-/uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mondhygiëne (kunstgebit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorgen/aanbrengen hulpmiddelen, gehoorapparaat e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpen bij beweging in en rond het huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillen/verplaatsen van de hulpvrager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorging van kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complexe persoonlijke verzorging		
helpen met therapie-oefeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bed verschonen met hulpvraer erin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
baden/douchen/wassen (evt. op bed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
steunkorset/prothesen/spalken aanbrengen/wegnemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen klaarzetten/toedienen (oraal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
druppelen/zalven volgens voorschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
behandelen van smetten/kleine wondjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incontinentiemateriaal wegnemen/aanbrengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decubituspreventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
katheterzakjes e.d. verwisselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige, namelijk		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Begeleidende taken		
Sociale taken		
praatje maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informereren naar toestand hulpvrager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2
informereren naar wat gedaan moet worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afspreken wie de volgende keer komt/wat er dan gedaan moet worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespreksonderwerpen		
problemen rond de hulpverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eenzaamheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relatieproblemen met partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemen met kind(eren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemen rond opname/ontslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zieken-/verpleeg-/bejaardenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemen rond gezondheid/ziekte/handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de dood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omggaan met gespreksonderwerpen		
niets doen (negeren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luisteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begrip/medeleven tonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische steun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oplossing zoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observeren, signaleren van veranderingen		
op lichamenlijk vlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op psychisch vlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op sociaal vlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toeziën op/stimuleren van		
correct medicijngebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voeding/dieet/leefwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebruik hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bezoek andere hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helpen veranderen van		
huishoudelijke taken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorgende taken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sociale taken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begeleidende taken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorg		
toestand cliënt bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
instructie geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2
stofzuigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afwassen/wegzetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bedden opmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stof afnemen/ragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vloeren soppen (excl. sanitair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
post halen/brengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodiek huishoudelijk werk		
bedden verschonen (incl. opmaken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deuren, ramen/houtwerk zemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
planten/dieren verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kasten opruimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuin onderhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vuilniszakken verwisselen/buitenzetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buiten schoonmaken (stoep/balkon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleden/matten kloppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koper/zilver poetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitair schoonmaken		
wc schoonmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keuken schoonmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
douche/badkamer schoonmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzorging kleding/linnen/schoeisel		
wassen/ophangen/afhalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strijken/vouwen/opbergen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schoenen poetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verstelwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gordijnen/vitrage afhalen/wassen/ophangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maaltijd(voor)bereiding		
koffie/thee/andere dranken verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tafel dekken/afruimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ontbijt of lunch maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koken (evt. invriezen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boodschappen doen		
dagelijkse boodschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
periodieke boodschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige, namelijk		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale tijdsbesteding aan huishoudelijke activiteiten: uur minuten		

B Verzorgende activiteiten

	1	2
Eenvoudige persoonlijke verzorging		
aan-/uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kousen/schoenen aan-/uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haar-/nagel-/gezichtsverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nat of droog scheren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpen bij eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpen bij toiletgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
steunkousen aan-/uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mondhygiëne (kunstgebit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorgen/aanbrengen hulpmiddelen, gehoorapparaat e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helpen bij beweging in en rond het huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillen/verplaatsen van de hulpvrager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorging van kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complexe persoonlijke verzorging		
helpen met therapie-oefeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bed verschonen met hulpvrager erin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
baden/douchen/wassen (evt. op bed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
steunkorset/prothesen/spalken aanbrengen/wegnemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen klaarzetten/toedienen (oraal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
druppelen/zalven volgens voorschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
behandelen van smetten/kleine wondjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incontinentiemateriaal wegnemen/aanbrengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decubituspreventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
katheterzakjes e.d. verwisselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige, namelijk		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale tijdsbesteding aan verzorgende activiteiten: uur minuten		

C Begeleidende activiteiten

Indien u één of meer gespreksonderwerpen aankruist, wilt u dan tevens aangeven hoe u daarmee bent omgegaan?

	1	2
Sociale activiteiten		
praatje maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informereren naar toestand hulpvrager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informereren naar wat gedaan moet worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afspreken wie de volgende keer komt/wat er dan gedaan moet worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespreksonderwerpen		
problemen rond de hulpverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eenzaamheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
relatieproblemen met partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemen met kind(eren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemen rond opname/ontslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zieken-/verpleeg-/bejaardenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemen rond gezondheid/ziekte/handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de dood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omgaan met gespreksonderwerpen		
niets doen (negeren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luisteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begrip/medeleven tonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische steun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oplossing zoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cliënt stimuleren tot bepaald gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observeren, signaleren van veranderingen		
op lichamelijk vlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op psychisch vlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op sociaal vlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toezien op/stimuleren van		
correct medicijngebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voeding/dieet/leefwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebruik hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bezoek andere hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helpen veranderen van		

	1	2
huishoudelijke activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorgende activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sociale activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begeleidende activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorg		
toestand cliënt bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
instructie geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emotionele steun verlenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mogelijkheden bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijzondere activiteiten		
gezelligheid in huis brengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klaarmaken voor dagopvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vergezellen naar/bij adres buitenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderen		
brengen naar/halen van school/kinderdagverblijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opvangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begeleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financiële aangelegenheden		
financiële administratie/formulieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plannen/beheren van middelen/budgetteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale tijdsbesteding aan begeleidende activiteiten: uur minuten		

D Activiteiten op het gebied van rapportage over de eigen zorgverlening

Kruis aan, aan wie gerapporteerd is *tijdens* het huisbezoek. Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Aan wie is gerapporteerd?

1 = leidinggevende; 2 = collega's; 3 = wijkverpleging; 4 = huisarts; 5 = mantelzorg; 6 = anders, namelijk

	1	2	3	4	5	6
Schrijven en/of lezen in een logboek (communicatie-schrift) bij de cliënt voor eigen gebruik, aan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondeling of schriftelijk rapporteren over tekorten in de zorgverlening, aan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondeling of schriftelijk rapporteren over voorkomende lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen van de cliënt, aan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale tijdsbesteding aan rapportage-activiteiten: uur minuten						

E Kwaliteit huishoudelijk materiaal

Indien u onder A, Huishoudelijke activiteiten heeft genoteerd, geef dan per huisbezoek uw oordeel over de kwaliteit van het beschikbare huishoudelijke materiaal.

Kwaliteit: slecht matig redelijk goed

BIJLAGE 7

WEEKOVERZICHT

Respondentnummer: Weeknummer:

- 1 Hoeveel uren werk waren er voor u in de afgelopen week ingepland? uren
- 2 Hoeveel uren heeft u in de afgelopen week gewerkt? uren
- 3 Hoeveel dagen heeft u in de afgelopen week gewerkt? dagen
- 4 Heeft u in de afgelopen week (te voet, per (brom-)fiets, motor of auto) gereisd van cliënt naar cliënt?
 - ja (ga door naar vraag 5)
 - nee (ga door naar vraag 6)
- 5 Is er in de afgelopen week in uw planning voldoende rekening gehouden met reistijden van cliënt naar cliënt?
 - in de planning is hiermee voldoende rekening gehouden
 - hiermee is te weinig rekening gehouden; reizen gebeurt deels in eigen tijd
 - hiermee is geen rekening gehouden; reizen gebeurt geheel in eigen tijd
 - anders, namelijk
- 6 Heeft u in de afgelopen week (te voet, per (brom-)fiets, motor of auto) gereisd van instelling naar cliënt of omgekeerd?
 - ja (ga door naar vraag 7)
 - nee (ga door naar vraag 8)
- 7 Is er in de afgelopen week in uw planning voldoende rekening gehouden met reistijden van instelling naar cliënt of omgekeerd?
 - in de planning is hiermee voldoende rekening gehouden
 - hiermee is te weinig rekening gehouden; reizen gebeurt deels in eigen tijd
 - hiermee is geen rekening gehouden; reizen gebeurt geheel in eigen tijd
 - anders, namelijk ...
- 8 Heeft u in de afgelopen week, buiten de huisbezoeken om, overleg gevoerd en/of deelgenomen aan team-/groepsbespreking(en)? *
 - ja (ga door naar vraag 9)

- nee (ga door naar vraag 13)
- 9 Zo ja, wie waren hierbij betrokken? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)
- leidinggevende(n)
- collega('s)/team/groep
- andere hulpverlener(s), namelijk:
- relevante derden (bijvoorbeeld mantelzorg), namelijk:

10 Welke onderwerpen werden tijdens dit overleg en/of groepsbespreking besproken? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk).

- overleg *over* cliënten (bijvoorbeeld herindicatie, evaluatie, hulpplan)
- het functioneren van team/groep/individu
- (week-)planning doornemen
- meewerken aan het opstellen van hulpverleningsplannen van andere disciplines
- samenwerken en overleggen met andere disciplines waar het de uitvoering van het totale hulpverleningsplan betreft
- verslag doen van verleende zorg aan andere disciplines
- overleg *met* cliënt(en), buiten de huisbezoeken om
- overleg *met* mantelzorg, buiten de huisbezoeken om
- anders, namelijk

11 Is er in uw planning voldoende tijd gemaakt voor overleg/teambespreking?

- hiervoor is voldoende tijd vrijgemaakt
- hiervoor is te weinig tijd vrijgemaakt; planning gebeurt deels in eigen tijd
- hiervoor is geen tijd vrijgemaakt; planning gebeurt geheel in eigen tijd
- anders, namelijk

12 Hoeveel tijd heeft u in de afgelopen week in totaal aan overleg en/of groepsbespreking besteed?

..... uur minuten

13 Heeft u in de afgelopen week nog tijd besteed aan andere werkzaamheden die met uw werk te maken hebben? (Bijvoorbeeld het begeleiden van stagiaires of andere beginnende zorgverleners.)

- nee
- ja, namelijk:

Werkzaamheden	Tijd
.....
.....
.....
.....

Ruimte voor opmerkingen die betrekking hebben op de afgelopen registratieweek.

Bedankt voor het invullen.

BIJLAGE 8**VRAGENLIJST NAAR WERKDruk**

Respondentnummer:

Toelichting

Met behulp van deze vragenlijst wordt via uiteenlopende vragen geprobeerd een beeld te krijgen van verschillende, mogelijk belastende, aspecten van uw werk.

Er worden u twee typen vragen voorgelegd, vragen waarbij u kunt kiezen uit een aantal verschillende antwoordmogelijkheden, en open vragen, waarbij u het antwoord zelf moet invullen. Alle vragen zijn van groot belang voor het onderzoek. We verzoeken u daarom geen vragen over te slaan. We willen ook graag weten hoe lang het invullen van de vragenlijst heeft geduurd en of u eventueel bereid zou zijn met ons wat dieper op sommige onderwerpen in te gaan. Hierover gaan de twee laatste vragen. We willen u bij voorbaat bedanken voor het invullen van de vragenlijst. Indien er onduidelijkheden zijn moet u niet schromen om vragen te stellen.

A Kenmerken van het werk

Dit eerste gedeelte van de vragenlijst heeft betrekking op bepaalde kenmerken van het werk. U kunt aangeven hoe vaak het gevraagde op uw werk van toepassing is door het best passende antwoord te omcirkelen. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = altijd

1	Moet u erg snel werken?	1	2	3	4
2	Heeft u te veel werk te doen?	1	2	3	4
3	Moet u extra hard werken om iets af te krijgen?	1	2	3	4
4	Werkt u onder tijdsdruk?	1	2	3	4
5	Moet u zich haasten?	1	2	3	4
6	Kunt u uw werk op uw gemak doen?	1	2	3	4
7	Heeft u te maken met een achterstand in uw werk?	1	2	3	4

8	Heeft u te weinig werk?	1	2	3	4
9	Heeft u problemen met het werktempo?	1	2	3	4
10	Heeft u problemen met de werkdruk?	1	2	3	4
11	Zou u het kalmer aan willen doen in uw werk?	1	2	3	4
12	Vraagt uw werk veel concentratie?	1	2	3	4
13	Moet u erg precies werken?	1	2	3	4
14	Moet u op veel tegelijk letten tijdens uw werk?	1	2	3	4
15	Vereist uw werk dat u er steeds bij moet nadenken?	1	2	3	4
16	Vereist uw werk dat u er voortdurend uw aandacht bij moet houden?	1	2	3	4
17	Moet u in uw werk veel onthouden?	1	2	3	4
18	Vereist uw werk grote zorgvuldigheid?	1	2	3	4
19	Is uw werk emotioneel zwaar?	1	2	3	4
20	Wordt u in uw werk met dingen geconfronteerd die u persoonlijk raken?	1	2	3	4
21	Wordt er door anderen (mantelzorg, andere hulpverleners) een persoonlijk beroep op u gedaan in uw werk?	1	2	3	4
22	Voelt u zich persoonlijk aangevallen of bedreigd in uw werk?	1	2	3	4
23	Heeft in uw werk contacten met lastige klanten/cliënten?	1	2	3	4
24	Moet men voor uw werk mensen kunnen overtuigen of overreden?	1	2	3	4
25	Komt u door uw werk in aangrijpende situaties terecht?	1	2	3	4
26	Heeft u tijdens het werk veel hinder van tillen of sjouwen?	1	2	3	4
27	Heeft u tijdens het werk veel hinder van <i>regelmatig</i> te moeten bukken?	1	2	3	4
28	Heeft u tijdens het werk veel hinder van <i>regelmatig</i> te hoog moeten reiken?	1	2	3	4
29	Heeft u tijdens het werk veel hinder van langdurig achtereen steeds dezelfde beweging te maken?	1	2	3	4
30	Vindt u uw werk lichamelijk erg inspannend?	1	2	3	4
31a	Vereist uw werk lichaamskracht?	1	2	3	4
31b	Werkt u in ongemakkelijke of inspannende houdingen?	1	2	3	4
32	Moet u in uw werk telkens dezelfde dingen doen?	1	2	3	4
33	Is voor uw werk creativiteit vereist?	1	2	3	4
34	Is uw werk gevarieerd?	1	2	3	4
35	Vraagt uw werk een eigen inbreng?	1	2	3	4
36	Doet uw werk voldoende beroep op al uw vaardigheden en capaciteiten?	1	2	3	4
37	Heeft u in uw werk voldoende afwisseling?	1	2	3	4

38	Leert u nieuwe dingen in uw werk?	1	2	3	4
39	Biedt uw baan mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkeling?	1	2	3	4
40	Geeft uw werk u het gevoel iets ermee te kunnen bereiken?	1	2	3	4
41	Biedt uw baan u mogelijkheden voor zelfstandig denken en doen?	1	2	3	4
42	Biedt uw baan u financiële groeimogelijkheden?	1	2	3	4
43	Vergroot uw huidige baan uw kans en mogelijkheden op de arbeidsmarkt?	1	2	3	4
44	Biedt uw organisatie u mogelijkheden tot het volgen van bijscholingen?	1	2	3	4
45	Biedt uw baan u voldoende mogelijkheid om een maatschappelijk bestaan op te bouwen?	1	2	3	4
46	Biedt uw baan u mogelijkheden tot promotie?	1	2	3	4
47	Heeft u vrijheid bij het uitvoeren van uw werkzaamheden?	1	2	3	4
48	Heeft u invloed op de planning van uw werkzaamheden?	1	2	3	4
49	Heeft u invloed op het werktempo?	1	2	3	4
50	Kunt u zelf bepalen hoe u uw werk uitvoert?	1	2	3	4
51	Kunt u uw werk even onderbreken voor bijvoorbeeld een pauze als u dat nodig vindt?	1	2	3	4
52	Kunt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden bepalen?	1	2	3	4
53	Kunt u mee beslissen over het tijdstip waarop iets af moet zijn?	1	2	3	4
54	Kunt u zelf bepalen hoeveel tijd u aan een bepaalde activiteit besteedt?	1	2	3	4
55	Lost u problemen in uw werkzaamheden zelf op?	1	2	3	4
56	Kunt u uw werk zelf indelen?	1	2	3	4
57	Kunt u zelf de inhoud van uw werkzaamheden bepalen?	1	2	3	4
58	Vindt u uw werk ingewikkeld?	1	2	3	4
59	Heeft u moeite met uw werk, omdat het in de loop van de tijd steeds ingewikkelder is geworden?	1	2	3	4
60	Moet u werk doen dat te moeilijk voor u is?	1	2	3	4
61	Eist uw werk dat u voortdurend vriendelijk en correct blijft?	1	2	3	4
62	Loopt uw werk anders dan u zelf gewild zou hebben?	1	2	3	4
63	Krijgt u op tijd te horen waar u moet werken?	1	2	3	4
64	Sluit het werk dat u doet aan bij uw opleiding?	1	2	3	4
65	Kunt u zelf de begin- en de eindtijd van uw werkdag bepalen?	1	2	3	4

B Werkorganisatie en relaties op het werk

Het volgende gedeelte van de vragenlijst heeft betrekking op de organisatie van het werk en de relaties op het werk. U kunt wederom aangeven hoe vaak het gevraagde op uw werk van toepassing is door het best passende antwoord te omcirkelen. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = altijd

<input type="checkbox"/> Moet u dingen doen in uw werk waar u een hekel aan heeft?	1	2	3	4
1 Krijgt u tegenstrijdige opdrachten?	1	2	3	4
2 Moet u uw werk doen op een andere manier dan u zelf zou willen?	1	2	3	4
3 Moet u werk doen wat u liever niet zou doen?	1	2	3	4
4 Heeft u conflicten met uw collega's over de inhoud van uw taken?	1	2	3	4
5 Heeft u conflicten met uw directe leiding over de inhoud van uw taken?	1	2	3	4
6 Krijgt u van de cliënten zelf aanwijzingen voor uw werk?	1	2	3	4
7 Weet u precies wat anderen (cliënten, leidinggevendenden) op uw werk van u verwachten?	1	2	3	4
8 Weet u precies waarvoor u wel, en waarvoor u niet verantwoordelijk bent?	1	2	3	4
9 Weet u precies hoe uw directe leiding over uw prestaties denkt?	1	2	3	4
10 Ligt duidelijk voor u vast, wat precies uw taak is?	1	2	3	4
11 Weet u precies wanneer u zelf beslissingen mag nemen over de verzorging van cliënten?	1	2	3	4
12 Krijgt u van uw leidinggevende voldoende informatie over wat gedaan moet worden?	1	2	3	4
13 Biedt uw werk mogelijkheden om erachter te komen hoe goed u uw werk doet?	1	2	3	4
14 Biedt uw werk rechtstreeks informatie over hoe goed u uw werk doet?	1	2	3	4
15 Geeft uw directe leiding u informatie over hoe goed u uw werk doet?	1	2	3	4
16 Geven uw collega's u informatie over hoe goed u uw werk doet?	1	2	3	4
17 Kunt u in uw werk beschikken over voldoende gegevens en informatie?	1	2	3	4
18 Hoort u voldoende over de gang van zaken in de instelling?	1	2	3	4
19 Wordt u van de belangrijke dingen in de instelling goed op de hoogte gehouden?	1	2	3	4
20a Is duidelijk bij wie u binnen uw instelling moet zijn voor welke problemen?	1	2	3	4
20b Is de manier waarop de besluitvorming loopt in uw organisatie duidelijk?	1	2	3	4
21 Kunt u uw werkplek verlaten om een praatje met uw collega te maken?	1	2	3	4
22 Heeft u contact met uw collega's als onderdeel van het werk?	1	2	3	4

23	Kunt u onder werktijd een praatje maken met uw collega's?	1	2	3	4
24	Vindt u dat u voldoende contact heeft met collega's tijdens het werk ?	1	2	3	4
25	Wordt u tijdens uw werk geconfronteerd met grapjes of opmerkingen met een seksuele ondertoon, die u als ongewenst beschouwt?	1	2	3	4
26	Wordt u tijdens uw werk aangeraakt of vastgepakt op een manier, die u als ongewenst beschouwt?	1	2	3	4
27	Wordt u gehinderd door gebreken in het werk van anderen?	1	2	3	4
28	Bemoeien anderen (cliënten, collega's, leidinggevenden, mantelzorg) zich tegen uw zin met uw werk?	1	2	3	4
29	Worden in uw instelling de werknemers betrokken bij aanpassingen van de organisatie? Bijvoorbeeld een fusie	1	2	3	4
30	Vindt u dat het in orde is met de veiligheid in uw werk?	1	2	3	4

31 Welke activiteiten vindt u op grond van uw ervaring lichamelijk zwaar?

geen enkele

de volgende activiteiten:

.....

.....

.....

.....

C Personen met wie u te maken heeft

De volgende vragen hebben betrekking op personen met wie u binnen uw werk te maken heeft. Wilt u het antwoord omcirkelen dat het meest met uw mening overeenkomt?

1 Hoe goed kunt u *in het algemeen* opschieten met:

	n.v.t.	slecht	matig	goed	zeer goed
a uw leidinggevende?	0	1	2	3	4
b uw collega's?	0	1	2	3	4
c uw partner?	0	1	2	3	4

2 Wanneer er problemen op het werk zijn, kunt u er dan over praten met:

	n.v.t.	nooit	vaak niet	meestal wel	altijd
a uw leidinggevende?	0	1	2	3	4
b uw collega's?	0	1	2	3	4
c uw partner?	0	1	2	3	4

3 Hoe vaak doen er zich *conflicten* (bijvoorbeeld ruzies) voor met:

	n.v.t.	nooit	soms	vaak	zeer vaak
a uw leidinggevende?	0	1	2	3	4
b uw collega's?	0	1	2	3	4
c uw partner?	0	1	2	3	4

4 In hoeverre kunt u op de volgende personen rekenen, wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?

	n.v.t.	nooit	vaak niet	meestal wel	altijd
a uw leidinggevende?	0	1	2	3	4
b uw collega's?	0	1	2	3	4
c uw partner?	0	1	2	3	4

5 Voelt u zich gewaardeerd in uw werk door:

	n.v.t.	nooit	vaak niet	meestal wel	altijd
a uw leidinggevende?	0	1	2	3	4
b uw collega's?	0	1	2	3	4
c uw partner?	0	1	2	3	4
d de cliënten?	0	1	2	3	4
e andere hulpverleners?	0	1	2	3	4

6 Zijn er hobby's, sporten of dergelijke activiteiten waaraan u een belangrijk deel van uw vrije tijd besteedt?

- nee
 ja

7 Hoe staat uw partner er tegenover dat u een baan buitenshuis heeft?

- is er beslist op tegen
 is er nogal op tegen
 laat hem/haar onverschillig
 is er wel vóór
 is er beslist vóór
 dat weet ik niet
 niet van toepassing

8 Hoe vaak belt u *zelf* uw leidinggevende op om iets te zeggen of te vragen?

- minder dan 1 keer per 2 maanden

- 1 keer per 2 maanden
- 1 keer per maand
- 2 à 3 keer per maand
- 1 of meer keer per week

9 Hoe vaak belt uw leidinggevende u op?

- minder dan 1 keer per 2 maanden
- 1 keer per 2 maanden
- 1 keer per maand
- 2 à 3 keer per maand
- 1 of meer keer per week

10 Hoe vaak ongeveer hebt u een *individuele werkbepreking* met uw leidinggevende?

- minder dan 1 keer per 2 maanden
- 1 keer per 2 maanden
- 1 keer per maand
- 2 à 3 keer per maand
- 1 of meer keer per week

11 Als u *alles* wat met de begeleiding te maken heeft op een rijtje zet, hoe tevreden of ontevreden bent u hier dan over?

- bijzonder ontevreden
- ontevreden
- een beetje ontevreden
- niet tevreden, niet ontevreden
- een beetje tevreden
- tevreden
- bijzonder tevreden

D Leiderschapsstijl

De volgende vragen gaan over de wijze waarop de instelling waarin u nu werkt, geleid wordt. Steeds wordt een bepaald aspect van het leidinggeven genoemd. Wilt u voor elk aspect aangeven hoe vaak daarvan in uw instelling sprake is, door het betreffende antwoord te omcirkelen. Achter elke vraag staan steeds de cijfers 1 tot en met 5. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = nooit, 2 = zelden, 3 = soms, 4 = vaak, 5 = altijd

Ik vind dat mijn leidinggevende:

1	openstaat voor kritiek van mijn kant	1	2	3	4	5	_____
2	de nadruk legt op een snel tempo in het werk	1	2	3	4	5	_____
3	met ideeën aankomt voor de aanpak van problemen in het werk van mijn team/groep	1	2	3	4	5	_____

4	bepaalt wat er moet gebeuren en hoe het moet gebeuren	1	2	3	4	5
5	bij onenigheid in mijn team/groep de gelegenheid geeft om met hem/haar er over te praten	1	2	3	4	5
6	opofferingen vraagt in het belang van de cliënten	1	2	3	4	5
7	het mij duidelijk maakt waarom bepaalde beslissingen noodzakelijk zijn	1	2	3	4	5
8	mij de gelegenheid geeft mijn eigen mening te geven	1	2	3	4	5
9	aan mij vraagt om de vaststaande regels en werkwijzen te volgen	1	2	3	4	5
10	erop aandringt dat het werk op tijd af komt	1	2	3	4	5
11	mij aanspoort om uniforme werkwijzen te volgen..	1	2	3	4	5
12	suggesties van de uitvoerenden in het team/groep verwerpt	1	2	3	4	5
13	langzame werkers aanspoort tot grotere inspanning	1	2	3	4	5
14	mij de kans geeft om over emoties die ik tijdens het werk ervaar te praten	1	2	3	4	5
15	opofferingen vraagt in het belang van het gehele team/groep	1	2	3	4	5
16	aan bepaalde uitvoerenden speciale taken opdraagt	1	2	3	4	5
17	de mening van uitvoerenden vraagt bij wijzigingen in het werk	1	2	3	4	5
18	aan de uitvoerenden vraagt of haar/zijn rol in het team/groep duidelijk is	1	2	3	4	5
19	het werk van uitvoerenden wijzigt zonder eerst met hen te overleggen	1	2	3	4	5
20	de gelegenheid geeft om met haar/hem te praten wanneer dat nodig is	1	2	3	4	5

E Arbeidstevredenheid

Nu volgt een aantal uitspraken over bepaalde aspecten van uw werksituatie, waarbij u kunt aangeven hoe tevreden u bent met het betreffende aspect. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = zeer ontevreden, 2 = ontevreden, 3 = neutraal, 4 = tevreden, 5 = zeer tevreden

Hoe tevreden bent u met:

1	de mate waarin uw werk een zekere stabiliteit vertoont?	1	2	3	4	5
2	de mate waarin u goede vrienden kunt maken onder uw collega's?	1	2	3	4	5
3	de mate waarin u van tevoren weet wat voor werk u opgedragen krijgt?	1	2	3	4	5
4	de mate waarin u met uw cliënten goede contacten kunt onderhouden?	1	2	3	4	5
5	de mate waarin u over het algemeen tijd heeft uw cliënten goed te verzorgen?	1	2	3	4	5

6 de mate waarin u als gezinshelpende/-verzorgende goede promotiemogelijkheden hebt in deze instelling?	1	2	3	4	5
7 de mate waarin uw leidinggevende bij moeilijkheden achter u staat?	1	2	3	4	5
8 de mate waarin u door deze instelling gewaardeerd wordt als u goed werk aflevert?	1	2	3	4	5
9 de mate waarin het werk u het gevoel geeft dat u werkelijk iets kunt?	1	2	3	4	5
10 de mate waarin u aardige collega's heeft?	1	2	3	4	5
11 de mate waarin u individuele zorgverlening aan uw cliënten kunt geven?	1	2	3	4	5
12 de mate waarin u aardige cliënten heeft?	1	2	3	4	5
13 de mate waarin uw leidinggevende de ontplooiing van uw capaciteiten stimuleert?	1	2	3	4	5
14 de mate waarin u uw vaardigheden en mogelijkheden kunt gebruiken?	1	2	3	4	5
15 de mate waarin u de mogelijkheden hebt om vooruit te komen in deze instelling?	1	2	3	4	5
16 de mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u uw collega's sympathiek vindt?	1	2	3	4	5
17 de mate waarin u uw leidinggevende op de hoogte is van de gang van zaken binnen uw team/afdeling?	1	2	3	4	5
18 de mate waarin het mogelijk is cliëntenzorg te verlenen die overeenkomt met uw eigen maatstaven?	1	2	3	4	5
19 de mate waarin u het gevoel hebt dat u bij uw team/groep hoort?	1	2	3	4	5
20 de mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u de cliënten sympathiek vindt?	1	2	3	4	5
21 de mate waarin uw leidinggevende waardering laat blijken als u goed werk aflevert?	1	2	3	4	5
22 de mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan u zich kunt houden?	1	2	3	4	5
23 de mate waarin u het gevoel hebt dat de leiding van het team/de groep goed verloopt?	1	2	3	4	5
24 de mate waarin er een rechtvaardig promotiebeleid in deze instelling wordt gevoerd.?	1	2	3	4	5
25 de mate waarin u het gevoel hebt dat uw collega's u een 'geschikte meid/kerel' vinden?	1	2	3	4	5
26 de mate waarin uw werk het beste uit u haalt waartoe u in staat bent?	1	2	3	4	5

27 de mate waarin u, door uw leidinggevende, verteld wordt wat er van u verwacht wordt?	1	2	3	4	5
28 de mate waarin het mogelijk is het uw cliënten naar hun zin te maken?	1	2	3	4	5
29 de mate waarin u het gevoel hebt dat de cliënten u een 'geschikte meid/kerel' vinden?	1	2	3	4	5
30 de mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen?	1	2	3	4	5
31 de mate waarin de leidinggevende zijn/haar vak goed verstaat?	1	2	3	4	5
32 de mate waarin het mogelijk is psycho-sociale begeleiding aan uw cliënten te geven?	1	2	3	4	5
33 de mate waarin u te maken hebt met cliënten die u graag mogen?	1	2	3	4	5
34 de mate waarin u met andere hulpverleners een goede relatie kunt onderhouden?	1	2	3	4	5
35 de mate waarin u zelfvertrouwen aan uw werk kunt ontlenen?	1	2	3	4	5

F Uitspraken over het werk

Hierna vindt u een aantal uitspraken over het werk. Het is de bedoeling dat u aangeeft wat uw persoonlijke mening is over deze uitspraken. Achter elke uitspraak staan de cijfers 1 tot en met 5. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = daar ben ik het volstrekt niet mee eens, 2 = daar ben ik het grotendeels niet mee eens, 3 = daar ben ik het noch mee oneens, noch mee eens, 4 = daar ben ik het grotendeels mee eens, 5 = daar ben ik het volledig mee eens

1 Mijn werk geeft mij veel voldoening.	1	2	3	4	5
2 Ik voel me rot als ik ontdek dat ik mijn werk niet goed gedaan heb.	1	2	3	4	5
3 Het werk dat ik hier doe is erg zinvol voor me.	1	2	3	4	5
4 Over mijn huidige werk ben ik enthousiast.	1	2	3	4	5
5 Ik voel me prettiger als ik dit werk goed doe.	1	2	3	4	5
6 Mijn huidige werk geeft mij een goede kans te laten zien wat ik waard ben.	1	2	3	4	5
7 Het laatste jaar is mijn werk interessanter geworden.	1	2	3	4	5
8 Het raakt me over het algemeen maar weinig of ik mijn werk goed of minder goed doe.	1	2	3	4	5
9 Ik vind mijn werk eentonig.	1	2	3	4	5
10 Mijn werk is van dien aard dat het waard is om je ervoor in te spannen.	1	2	3	4	5
11 Ik voel me erg tevreden als ik dit werk goed doe.	1	2	3	4	5

G Gezondheid

Dit gedeelte van de vragenlijst heeft betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door het best passende antwoord te omcirkelen? De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = nooit, 2 = bijna nooit, 3 = zelden, 4 = soms, 5 = vaak, 6 = bijna altijd, 7 = altijd

1	Ik voel me geestelijk uitgeput door mijn dienst.	1	2	3	4	5	6	7
2	Aan het einde van een dienst voel ik me leeg.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van mijn cliënten.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ik heb het gevoel dat ik sommige van mijn cliënten te onpersoonlijk behandel.	1	2	3	4	5	6	7
6	De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ik weet de problemen van mijn cliënten adequaat op te lossen.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk.	1	2	3	4	5	6	7
9	Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik dit werk doe.	1	2	3	4	5	6	7
11	Ik maak me zorgen dat mijn werk mij gevoelsmatig afstompt.	1	2	3	4	5	6	7
12	Ik voel me vol met energie.	1	2	3	4	5	6	7
13	Ik voel me gefrustreerd door mijn werk.	1	2	3	4	5	6	7
14	Ik denk dat ik me te veel inzet voor mijn werk.	1	2	3	4	5	6	7
15	Het kan me niet echt schelen wat er met sommige cliënten gebeurt.	1	2	3	4	5	6	7
16	Het direct werken met mensen roept spanningen bij me op.	1	2	3	4	5	6	7
17	Met mijn cliënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen.	1	2	3	4	5	6	7
18	Het werken met cliënten vrolijkt me op.	1	2	3	4	5	6	7
19	Ik heb in dit werk veel waardevolle dingen bereikt.	1	2	3	4	5	6	7
20	Ik voel me aan het eind van mijn Latijn.	1	2	3	4	5	6	7

- 21 In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen. 1 2 3 4 5 6 7
- 22 Ik heb het gevoel dat cliënten mij hun problemen verwijten. 1 2 3 4 5 6 7
- 23 Kunt u aangeven hoe in het algemeen uw gezondheidstoestand is?
- heel slecht
- slecht
- niet slecht, niet goed
- goed
- heel goed
- 24 Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen 12 maanden ziek gemeld?
- keer
- 25 Hoeveel dagen bent u in de afgelopen 12 maanden wegens ziekte afwezig geweest?
- dagen
- 26 Heeft u de laatste 12 maanden last van uw rug gehad?
- nee (ga door naar de vragen onder 'H, Omgaan met problemen en gebeurtenissen')
- ja (ga door naar de volgende vraag)
- 27 Heeft u de laatste 3 maanden last van uw rug gehad?
- nee (ga door naar de vragen onder 'H, Omgaan met problemen en gebeurtenissen')
- ja (ga door naar de volgende vraag)
- 28 Hoe vaak heeft u in de laatste 3 maanden een periode van rugklachten gehad?
- 1 keer
- 2 keer
- meer dan 2 keer

H Omgaan met problemen en gebeurtenissen

Hieronder staan beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan doen als er problemen zijn of onplezierige gebeurtenissen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis. Toch reageert men *in het algemeen* op de ene of de andere manier. Wilt u achter iedere zin aangeven hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert? De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = zelden of nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = zeer vaak

Hoe vaak reageert u in het algemeen op de beschreven wijze bij problemen?

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 Toegeven om moeilijke situaties te vermijden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 Je zorgen met iemand delen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

4	Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen.	1	2	3	4
5	Problemen als een uitdaging zien.	1	2	3	4
6	Afleiding zoeken.	1	2	3	4
7	Een probleem van alle kanten bekijken.	1	2	3	4
8	Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan.	1	2	3	4
9	Kalm blijven in moeilijke situaties.	1	2	3	4
10	Versillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen.	1	2	3	4
11	Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen.	1	2	3	4
12	Proberen je te onttrekken aan een situatie.	1	2	3	4
13	Wachten op betere tijden.	1	2	3	4
14	Iemand om hulp vragen.	1	2	3	4
15	Wegvluchten in fantasieën.	1	2	3	4
16	De zaken eerst op een rij zetten.	1	2	3	4
17	Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben.	1	2	3	4
18	Op de een of andere manier proberen je prettiger te voelen	1	2	3	4
19	Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben.	1	2	3	4
20	Je gevoelens tonen.	1	2	3	4
21	Troost en begrip zoeken.	1	2	3	4
22	De humoristische kant van problemen zien.	1	2	3	4
23	Laten merken dat je ergens mee zit.	1	2	3	4
24	Met vrienden of familieleden het probleem bespreken.	1	2	3	4
25	De zaak zijn beloop laten.	1	2	3	4

I

Algemeen

Tot slot worden hieronder nog enkele vragen gesteld om een beeld te krijgen van de persoonlijke kenmerken van de mensen die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

- 1 Wat is uw leeftijd?
..... jaar
- 2 Van welk geslacht bent u?
 man
 vrouw
- 3 Wat is uw nationaliteit?
 Nederlandse
 anders, namelijk ...
- 4 Welke leefsituatie is voor u van toepassing op dit ogenblik?
 gehuwd of samenwonend zonder thuiswonende kinderen
 gehuwd of samenwonend met thuiswonende kinderen

- alleenstaande ouder met thuiswonende kinderen
- alleenstaand en inwonend, bijvoorbeeld bij familie of anderen
- alleenstaand en zelfstandig wonend
- 5 Hoeveel doet u en hoeveel doen de anderen (man, moeder, kinderen, familie, burens etc.) in het huishouden bij u thuis?
- het huishouden doe ik helemaal zelf
- het merendeel van het huishouden doe ik zelf, anderen doen een beetje
- van het huishouden doe ik de helft en anderen de andere helft
- ik doe een beetje van het huishouden, het merendeel is voor anderen
- ik laat het huishouden thuis volledig door anderen doen
- 6 Wat is uw hoogst genoten opleiding? (inclusief diploma)
- (nog) geen
- lagere school/basisschool
- voortgezet en middelbaar onderwijs
- hoger beroepsonderwijs en universiteit
- 7 Welke van onderstaande beroepsopleidingen heeft u genoten? (met diploma)
- huishoudschool/LHNO/INAS
- INTAS/MHNO
- OVDB helpende
- OVDB verzorgende
- KMBO helpende
- KMBO verzorgende
- MDGO helpende kort
- MDGO verzorgende lang
- interne opleiding(en) vanuit de instelling/vervolgcursussen:
namelijk
- opleiding bejaardenverzorgende (OVDB/KMBO/MDGO)
- opleiding ziekenverzorgende
- PTO-MGZ
- opleiding verpleegkundige (MDGO-VP, HBO-V)
- anders, namelijk
- 8 Hebt u, toen u in de gezinsverzorging ging werken een zogenaamde introductiecursus of oriënteringscursus gevolgd?
- nee (ga naar vraag 10)
- ja (ga naar de volgende vraag)
- 9 Hoeveel uren duurde die introductiecursus in het totaal?
..... uren
- 10 Hebt u, sinds u werkzaam bent in de gezinsverzorging nog interne opleidingen of vervolgcursussen vanuit de instelling gevolgd?

- nee
- ja, namelijk
- 11 Wat is uw huidige functie?
- alfahulp
- huishulp A
- verzorgingshulp B
- verzorgende C
- verzorgende D
- gespecialiseerd verzorgende E
- andere functie, namelijk
- 12 In welke afdeling of sector van de instelling bent u momenteel werkzaam?
- voornamelijk huishoudelijke hulpverlening
- combinatie huishoudelijke en verzorgende hulpverlening
- voornamelijk verzorgende hulpverlening
- gespecialiseerd (gezins-) verzorgende hulpverlening
- nacht- of weekend hulpverlening
- anders, namelijk
- 13 Hoelang werkt u in de gezinsverzorging?
- jaren maanden
- 14 Hoe lang werkt u als alfahulp, huishulp A, verzorgingshulp B, verzorgende C of D of gespecialiseerd verzorgende E in uw huidige functie?
- jaren maanden
- 15 Hoeveel uur per week bent u momenteel volgens uw contract in dienst bij uw instelling? (niet van toepassing voor oproepkrachten)
- uur per week of
- uur per periode
- 16 Hoeveel vaste werkadressen per week heeft u op het ogenblik?
- vaste werkadressen
- 17 Op hoeveel invaladressen werkt u deze week naast uw vaste adressen?
- invaladressen
- 18 Maakt u wel eens betaalde overuren?
- nee
- ja, en wel ... overuren per periode
- 19 Is er in uw planning voldoende rekening gehouden met reistijden?
- hiermee is voldoende rekening gehouden
- hiermee is te weinig rekening gehouden; reizen gebeurt deels in eigen tijd
- hiermee is geen rekening gehouden; reizen gebeurt in eigen tijd
- anders, namelijk
- 20 Neemt u deel aan teambesprekingen?

ja (ga naar de volgende vraag)

nee (ga naar vraag 23)

21 Hoe vaak heeft u een team- of groepsbespreking?

1 keer per periode

1 keer in de 2 weken

wekelijks

anders, namelijk

22 Wie zijn aanwezig bij de teambesprekingen? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)

alfahulpen aantal

thuishulpen A aantal

verzorgingshulpen B aantal

verzorgenden C aantal

verzorgenden D aantal

gespecialiseerd verzorgenden E aantal

wijkziekenverzorgenden aantal

wijkverpleegkundigen aantal

leidinggevende/teamleider aantal

hoofdwijkverpleegkundige aantal

andere functie, namelijk aantal

23 Wanneer u ziek wordt, wie neemt uw werk dan over?

niemand, er komt geen vervanging

collega's (uit het team) nemen het werk over

er komt externe vervanging (bijvoorbeeld uitzendkrachten)

24 Hoe groot is uw werkgebied?

stad (> 100.000 inwoners)

middelgrote stad (20.000-100.000 inwoners)

dorp (< 20.000 inwoners)

25 Er kunnen verschillende redenen zijn waarom u indertijd speciaal in de gezinsverzorging bent gaan werken. Hieronder staan er enkele genoemd. Wilt u bij *elke* reden aangeven of die toen voor u meespeelde, een beetje meespeelde of niet meespeelde, door het bijbehorende cijfer te omcirkelen. De betekenis van de cijfers is als volgt.

1 = speelde niet mee, 2 = speelde een beetje mee, 3 = speelde mee

a	Daar was toevallig een vacature toen ik werk zocht.	1	2	3
b	Daar kon ik part-time werken.	1	2	3
c	Ik was nu eenmaal bedreven in huishoudelijk werk.	1	2	3
d	Ik had altijd al verzorgend werk willen doen.	1	2	3
e	Ik kon daar beter verdienen dan met ander werk.	1	2	3
f	Ik had voor dit werk de opleiding gevolgd.	1	2	3
g	Het leek me fijn en dankbaar werk toen ik begon.	1	2	3

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| h | Alle andere banen die ik kon krijgen waren minder leuk. | 1 | 2 | 3 |
| i | Ik wilde weer terug de (gezins)verzorging in. | 1 | 2 | 3 |
| j | Ik wilde graag (meer) zelfstandigheid en verantwoordelijkheid in mijn werk. | 1 | 2 | 3 |
| k | Ik had een andere reden, namelijk: | | | |

26 Hebt u naast het werk bij de gezinszorg op het ogenblik nog een andere betrekking of ander werk? (Bijvoorbeeld het vast helpen van kennissen of familie, vrijwilligerswerk, maar het werk in eigen huishouden niet meegerekend!)

- nee
- ja, namelijk voor uur per week

U bent hiermee aan het einde van de vragenlijst gekomen. Eventueel aanvullende opmerkingen over uw werk of de vragenlijst kunt u hieronder plaatsen. Wij zullen deze opmerkingen zeker lezen en zo mogelijk betrekken in het onderzoek. Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Ruimte voor opmerkingen:

.....

.....

Hoe lang heeft het invullen van deze vragenlijst geduurd?

..... uur/ minuten

Het is mogelijk dat wij over een paar maanden nog eens dieper willen ingaan op bepaalde onderwerpen uit deze vragenlijst. Bijvoorbeeld in de vorm van een vraaggesprek. Bent u bereid om later aan zo'n gesprek mee te werken?

- nee
- ja

Zo ja, wilt u dan hier uw telefoonnummer noteren:

