

BEHOEFTE AAN  
WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG  
BIJ VERANDEREND BELEID

samenvatting

tekst:

G.W. Olthof

onderzoek verricht door:

P.F.M. Verhaak

J.T. van Busschbach

D. Kortenhoeven

interviews:

J. Kusters

G.J. Langeveld

december 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van  
de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL  
Postbus 1568 3500 BN Utrecht  
Telefoon: 030 - 31 99 46

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht 1985

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius  
druk: Anton Leerentveld  
NIVEL-brochure 86-01

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijk dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatie-activiteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalig Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

INHOUDSOPGAVE	pag.
Inleiding	5
Onderzoekopzet	7
Zorgbehoeften, een eerste indruk	10
Chronisch zieken en gehandicapten	15
Ex-ziekenhuispatiënten	19
Bejaarden	21
Conclusies	23

## INLEIDING

In het huidige volksgezondheidsbeleid van de overheid staan twee overwegingen centraal:

1. Mensen dienen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen blijven; vroegtijdige of onnodige opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of andere verzorgingsinstelling moet zo veel mogelijk voorkomen worden.
2. Mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en de zorg voor zichzelf.

Deze uitgangspunten betekenen belangrijke accentverschuivingen in de zorgverlening. Het overheidsstreven is er op gericht, patiënten korter op te nemen (waar het om ziekenhuisopnames gaat) dan wel later of niet op te nemen (bij opnames in verpleeg- of verzorgingsinstellingen). Nadruk komt zo te liggen op de algemene thuiszorg: huisartsgeneeskunde, thuisverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk.

Ook om een andere reden zal de algemene thuiszorg de komende jaren zwaarder belast gaan worden. Bevolkingsprognoses tonen aan dat het aantal bejaarden, met name het aantal hoog-bejaarden, tot aan het jaar 2000 sterk zal toenemen. Het is bekend dat ouderen zowel meer als ook ernstiger klachten hebben. Zelfs bij een ongewijzigd beleid zal daarom het beroep dat op de algemene thuiszorg gedaan wordt zwaarder worden; niet alleen omdat de vraag om hulp zal toenemen, maar ook omdat men er gespecialiseerde taken bij zal krijgen en de zorgverlening inten-

siever zal moeten zijn.

Voor de wijkverpleging houden de voorgenomen beleidsverschuivingen nog iets anders in. Er wordt een andere houding gevraagd in het professionele handelen. De nagestreefde zelfstandigheidsbevordering van patiënten, de nadruk op zelfzorg en zelfverantwoordelijkheid, vragen van de professionele hulpverleners dat zij meer gaan 'verplegen met de handen op de rug'.

Om zicht te krijgen op de zorgbehoeften van patiënten (ook bij een zich wijzigend overheidsbeleid) en om daar adequater op te kunnen reageren, hebben de Kruisvereniging Twente en de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis het NIVEL gevraagd onderzoek hiernaar te doen. Omdat de onderzoeksvragen van de twee kruisverenigingen op een aantal punten overeenstemden, is besloten tot een gecombineerd onderzoek. Onderzoek, dat inzicht moet geven in de mate waarin de voorgenomen beleidsveranderingen in de gezondheidszorg aansluiten bij de zorgbehoeften van de bevolking, zodat het toekomstig beleid daarop afgestemd kan worden.

Het onderzoek is uitgevoerd bij drie groepen patiënten:

- bij chronisch zieken die thuis wonen en daar verpleegd worden;
- bij patiënten die net enige dagen uit het ziekenhuis ontslagen zijn en die verpleegkundige hulp nodig hebben;
- bij thuiswonende bejaarden die op een indicatie-

lijst staan voor opname in een bejaardenhuis. Uitgangspunt daarbij: de zorg in de thuissituatie vanuit het kruiswerk.

In deze brochure worden de resultaten van het onderzoek samengevat.

#### ONDERZOEKSOPZET

In het onderzoek zijn 119 patiënten ondervraagd: 40 chronisch zieken, 40 ex-ziekenhuispatiënten en 39 bejaarden. Gewerkt is volgens de zogenaamde case-control methode: in elke patiëntengroep zijn (zowel in Zeeland als in Twente) evenveel patiënten gezocht die wel en die geen wijkverpleegkundige zorg kregen. Daarbij is zoveel mogelijk getracht om deze twee groepen op een aantal andere kenmerken vergelijkbaar te maken:

- geslacht (man of vrouw)
- woonsituatie (stad of platteland)
- gezinssamenstelling (alleenwonend of niet)

Deze onderzoeksoptzet heeft als voordeel dat de zorgbehoeften van patiënten die al dan niet 'in zorg' zijn van een wijkverpleegkundige met elkaar vergeleken kunnen worden. Met name kan met deze methode worden nagegaan of patiënten die geen wijkverpleegkundige zorg ontvangen meer 'onvervulde behoeften' hebben, dan patiënten die deze zorg wel krijgen. Ook kan worden achterhaald hoe men omgaat met - eventueel - onvervulde behoeften. Of men in de stad woont of op het platteland, al-

leen woont of samen, biedt misschien een verklaring voor het bestaan van mogelijk andere zorgbehoeften of voor behoeften die op een andere manier vervuld worden (bijvoorbeeld mantelzorg in plaats van professionele zorg).

De belangrijkste beperking van dit onderzoek is dat de omvang van de onvervulde, maar ook van de vervulde zorgbehoeften niet voor de gehele bevolking geschat kan worden. De uitspraken beperken zich tot de onderzochte groepen van chronische patiënten, ex-ziekenhuis patiënten en bejaarden. Het onderzoek is daarom (ook al vanwege de beperkte schaal) verkennend van aard.

#### Interviews

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen zijn alle patiënten geïnterviewd. Deze interviews vielen globaal uiteen in twee onderdelen. Vragen in het eerste deel probeerden vast te stellen op welke gebieden men wordt verhinderd in het dagelijks functioneren. Van een groot aantal verschillende activiteiten of zaken waarvoor men hulp nodig kan hebben (zoals bedverpleging, voedings- en vochtbalans, koken, huisvestingsproblemen, etc.), is dat gemeten.

In de brochure zijn ten behoeve van de overzichtelijkheid al die activiteiten samengevoegd tot vier zorggebieden: elementaire zaken, materiële zaken, geestelijke-relationale zaken en zaken met betrekking tot de sociale omgeving. In schema:

elementaire zaken	materiële zaken	geestelijke en relationele zaken	zaken met betrekking tot de omgeving
lichaamsverzorging	aanpassingen	gezinsmoeilijkheden samenleefmoeilijkheden	problemen m.b.t. (samen)leefvormen
lichamelijk dysfuncties	verkrijgen hulpmiddelen	huwelijksmoeilijkheden	school/studieproblemen
algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	gebruik maken van voorzieningen	problemen bij opvoeding kinderen	problemen m.b.t. beroepsarbeid
verzorging van huishouding	gebruik maken van uitleenartikelen	confrontatie met andere waarden en normen	problemen m.b.t. vrijetijdsbesteding
		problemen in contacten met anderen	problemen m.b.t. werkloosheid

In de interviews zijn de gebieden waarop men wordt gehinderd in het dagelijks functioneren vastgesteld, door zolang met patiënten te praten, totdat zij zelf hun problematiek voldoende gedetailleerd wisten aan te geven. De zorgbehoeften, de hulpvragen en de (al dan niet) ontvangen hulp zijn dus opgetekend uit de mond van de patiënten zelf en ontleend aan hun eigen zorgsituatie. Bij iedere zorgbehoefte is vervolgens nagegaan welke hulp de patiënt gevraagd heeft aan professionele hulpverleners en welke hulp of zorg er verleend is. Er kan behoefte bestaan aan verschillende soorten hulp of zorg: aan het uitvoeren of overnemen van taken, aan hulp of ondersteuning wanneer men zelf deze taken wil blij-

ven uitvoeren, of aan bemiddeling, advies of verwijzing. De zorg kan afkomstig zijn van professionele hulpverleners of van de omgeving van de patiënten (mantelzorg).

Tot slot werd in het eerste deel van het interview nagegaan hoe tevreden patiënten zelf zijn over hun eigen zorgsituatie en welke knelpunten zij zelf daarin beleven.

In het tweede deel van het interview is vooral gevraagd naar de mening van patiënten over de beleidsvoornemens van de overheid om professionele zorg waar mogelijk te verschuiven naar mantelzorg en het accent te verleggen van de residentiële zorg naar de algemene thuiszorg. Ook de mogelijke consequenties van dit beleid voor de eigen situatie kwamen hier aan de orde.

#### ZORGBEHOEFTE, EEN EERSTE INDRUK

In de interviews is gesproken over 'behoefte aan zorg'. We hebben iets een behoefte genoemd wanneer een patiënt een tekort ervaart, waarvan hij of zij zelf vindt dat daar op enigerlei wijze in voorzien zou moeten worden. Een patiënt kan behoefte hebben aan verschillende soorten zorg. Hij kan bovendien behoefte hebben aan zorg op een beperkt gebied, maar ook aan zorg op een groot aantal gebieden. De gegevens hierover van alle 119 patiënten zijn samengevat:

	totaal aantal geuite behoeften	totaal aantal gestelde hulpvragen	aantal keren professionele zorg	mantel- zorg	zelf- zorg
<b>elementaire zaken</b>					
lichaamsverzorging	73	22	42	37	18
lichamelijk dysfunctioneren	43	20	44	10	10
ADL-functies	116	30	53	68	54
verzorging huishouden	169	33	67	138	31
	(401)	(105)	(206)	(253)	(113)
<b>materiële zaken</b>					
geestelijke/relatonele zaken	78	16	33	25	66
<b>sociale zaken</b>					
	64	21	28	22	43
<b>totaal</b>	<b>689</b>	<b>185</b>	<b>234</b>	<b>356</b>	<b>260</b>

Uit deze tabel wordt duidelijk, dat er sprake is van een vrij grote zorgbehoefte (689) onder de patiënten. Slechts een klein deel daarvan (185) resulteert in een concrete hulpvraag.

Patiënten hebben vooral behoefte aan zorg rond allerlei elementaire zaken als lichaamsverzorging, verzorging van het huishouden en algemene dagelijkse verrichtingen (ADL-functies). Niet al die zorgbehoeften blijken echter tot een hulpvraag te leiden. De verzorging van het huishouden springt er in dit verband uit. Ook bij functies die te maken hebben met de algemene dagelijkse verrichtingen (zoals lopen, lichte huishoudelijke werkzaamheden, zelfstandig eten, schrijven, etc.) is dat opvallend. Een groot aantal patiënten heeft hier gezegd behoefte te hebben aan overname, hulp of bemiddeling, maar heeft niet om hulp gevraagd.

Ook op de drie andere zorggebieden leiden ervaren



tekorten vaak niet tot een hulpvraag.

Hoe het komt dat iemands behoefte aan zorg niet in een vraag om hulp wordt omgezet, of waarom geen hulp ontvangen wordt, is in het onderzoek niet helemaal duidelijk geworden. Het al dan niet vragen om hulp bleek in het onderzoek niet afhankelijk te zijn van de leeftijd van de patiënt, zijn woonsituatie of de kennis die deze had van de taken van het kruiswerk. Het hebben van contacten met wijkverpleegkundigen werkt niet drempelverlagend: er wordt niet eerder om professionele hulp gevraagd. Dit bleek uit de vergelijking tussen groepen patiënten die wel en geen wijkverpleegkundige zorg ontvingen.

Geen hulp vragen betekent echter niet, dat dan ook geen hulp geboden wordt. Veel hulp wordt spontaan gegeven (in het onderzoek wordt dan over 'ongevraagde hulp' gesproken). Om nu de onvervulde behoeften - behoeften waarbij geen professionele hulp of mantelzorg-hulp (ook niet spontaan) is geboden - te kunnen opsporen, is gekeken naar patiënten die:

- wel een zorgbehoefte uiten, maar geen hulpvraag stellen;
- wel een hulpvraag stellen, maar geen hulp ontvangen.

We hebben ook naar het tegenovergestelde gekeken; naar patiënten die hulp krijgen, maar er niet om gevraagd hebben.

Op het elementaire zorggebied (lichamelijke verzorging, algemene dagelijkse levensverrichtingen,

lichamelijk dysfunctioneren en huishoudelijke verzorging) blijken weinig behoeften onvervuld te blijven. Op dit zorggebied wordt ook regelmatig hulp verleend, zonder dat patiënten daar uitdrukkelijk om hoeven vragen. Die hulp komt dan meestal van de mantelzorg, vooral bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en het huishouden. Daar waar mantelzorg structureel ontbreekt (bij alleenstaanden) blijkt de professionele hulp toe te nemen. Professionals springen vooral ongevraagd bij op het gebied van de lichaamsverzorging en het lichamenlijk dysfunctioneren (als wondverzorging, medicijntoediening, voedings- en vochtbalans e.d.). Hulp bij het verkrijgen van hulpmiddelen en bij voorzieningengebruik (sociale voorzieningen, fondsen, materiële voorzieningen als een parkeerkaart e.d.), wordt in 50% van de gevallen spontaan door professionals geboden. Bij lichamenlijk dysfunctioneren in meer dan 80% van de gevallen.

Op het materiële, het geestelijk-relationele en het sociale zorggebied blijven behoeften vaak onvervuld (soms tot 50%).

Patiënten die wijkverpleegkundige zorg genieten zijn duidelijk behoeftiger op het gebied van de lichamenlijke verzorging en het lichamenlijk dysfunctioneren dan patiënten die deze zorg niet krijgen. Ze hebben ook vaker hulp nodig bij het gebruik van voorzieningen en bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Op al die gebieden vragen en krijgen ze meer professionele hulp dan

patiënten die geen wijkverpleegkundige zorg genieten. Deze laatst genoemde groep heeft echter op de genoemde terreinen ook minder behoeften. Omdat op de overige zorggebieden de behoeften van beide groepen even groot zijn, kan worden gesteld dat de zorg blijkbaar terecht komt waar hij nodig is.

Patiënten vertonen in de meeste gevallen een zelfde behoeftenpatroon, ongeacht hun achtergrondkenmerken. Er zijn enkele verschillen. Stadsbewoners hebben meer behoefte aan zorg bij contact- en vrijetijdsproblemen dan platteland-bewoners. Mannen hoeven minder huishoudelijke hulp dan vrouwen; alleenwonenden minder lichamelijke verzorging.

Door wie wordt er eigenlijk hulp verleend? Uit de gesprekken met patiënten bleek, dat ze bijna allemaal op een of andere wijze hulp krijgen van anderen. Naast wijkverpleegkundigen - hierop was het onderzoek voornamelijk gericht - zijn dat de volgende professionele hulpverleners of hulpverlenende instanties:

Tabel: aantal door de geïnterviewde patiënten genoemde professionele hulpverleners of hulpverlenende instanties.

hulpverlener	totaal
- wijkverpleging	50
- huisarts	13
- gezinszorg	24
- algemeen maatschappelijk werk	5
- fysiotherapie	18
- overigen	37

Uit de tabel blijkt dat de professionele hulpverlening voornamelijk afkomstig is van de wijkverpleging, de gezinszorg, de fysiotherapie en de huisarts. De wijkverpleegkundige zorg wordt in de meeste gevallen gegeven samen met andere professionele hulp, vooral de gezinszorg en de huisarts.

Het leeuwendeel in de zorgverlening, zo bleek uit het onderzoek, is afkomstig van mensen uit de omgeving van de patiënt; de zogenoemde mantelzorg. Twintig procent van de ondervraagde patiënten krijgt alleen deze zorg en heeft verder geen contacten met professionele hulpverleners. Mantelzorg wordt vooral verleend door de partner van de patiënt. Buitenhuis wonende kinderen en aangetrouwde kinderen vormen daarna de grootste groep 'mantelzorgers'.

#### CHRONISCH ZIEKEN EN GEHANDICAPTEN

Onder 'chronisch ziek' of 'gehandicapt' wordt in dit onderzoek verstaan: patiënten die zodanige klachten hebben dat ze beperkt worden in hun dagelijks functioneren en daarbij hulp nodig hebben. Op herstel van klachten is weinig of geen uitzicht.

Van de 40 chronisch zieken is ruim tweederde ouder van 50 jaar. Een cijfer dat, volgens de huisartsen die de patiënten 'geleverd' hebben, overeenstemt met de situatie in de eigen huisartspraktijk. De helft van deze patiënten heeft al



langer dan tien jaar een aandoening. Slechts vijf hebben de aandoening sinds een jaar of korter.

Gevraagd naar het verloop van de aandoening geeft de helft van de chronisch zieken aan dat de aandoening in het verleden is verergerd en dat een verdere achteruitgang verwacht wordt. Bijna 25% verwacht dat de aandoening stabiel zal blijven; slechts acht patiënten verwachten een verbetering.

De zorgbehoeften van deze groep patiënten zullen dus grotendeels blijven bestaan of zelfs toenemen.

Professionele hulp die chronisch zieken krijgen (32 van de 40 geïnterviewden ontvingen van minstens één persoon hulp), komt hoofdzakelijk van de wijkverpleging, de fysiotherapeut, de gezinszorg en de huisarts.

Ongeveer de helft van de chronisch zieken en gehandicapten heeft kritiek op de geboden zorg. Men plaatst kanttekeningen bij de inzet van de hulpverleners, hun bereikbaarheid, de regeling van materiële voorzieningen, de frequentie waarmee de hulp geboden wordt en of men hulp krijgt van de juiste persoon, op het juiste gebied en van de juiste soort.

Een groot deel van die kritiek komt met name van patiënten, die op het gebied van de elementaire en materiële voorzieningen hun behoeften niet bevredigd zien. Een verschijnsel dat we ook bij ex-ziekenhuispatiënten zullen aantreffen. Dat

op psychisch, relationeel of sociaal gebied niet meer kritiek gegeven is, lijkt samen te hangen met de abstractheid van de problematiek. Het is gemakkelijker kritiek te uiten op tastbare zaken als verpleging en huishoudelijke hulp. Mannen blijken overigens minder kritiek te hebben dan vrouwen, en plattelandbewoners minder dan patiënten die in de stad wonen.

### **Mogelijkheden tot verandering**

Het algemene beeld dat uit de gesprekken met chronisch zieken naar voren komt is, dat men geen zorg kan missen ("Ik krijg al het minimum"). Overname van zorg blijkt slechts sporadisch mogelijk.

Van hulp in de huishouding, gezinszorg of een pendant ervan zegt de helft van deze patiëntengroep, dat ze dat absoluut niet kunnen missen. Acht ondervraagden noemen de mantelzorg als absoluut onmisbaar, wil men althans niet aangevoelen worden op de wijkverpleging of de gezinszorg. Ook de wijkverpleging wordt in een groot aantal gevallen als onmisbaar ervaren. Overname van professionele zorg door de omgeving of door de patiënt zelf, wordt slechts in vijf gevallen mogelijk geacht.

Het gaat daarbij dan om niet-specifieke verpleegkundige of medische hulp als lichaamsverzorging en oefening van ADL-functies. De medische en verpleegkundige zorg die chronisch zieke patiënten krijgen, is in de meeste gevallen onmisbaar en kan vanwege het technische karakter ervan ook

niet van de professionele zorg worden overgenomen.

Een van de gevolgen die bij het terugdringen van professionele zorg naar mantelzorg manifest wordt, is dat neveneffecten van een handicap geen aandacht meer krijgen. Dit blijkt uit de vergelijking van groepen die wél en die géén wijkverpleegkundige zorg ontvangen. Wat de wijkverpleegkundige-zorg-groep aan ongevraagde professionele hulp méér krijgt (bij geestelijke en sociale problematiek) wordt bij de groep die geen wijkverpleegkundige zorg krijgt niet gecompenseerd door meer mantelzorg. Juist die groep kent op beide terreinen veel onvervulde behoeften.

Gevraagd naar hun wensen hebben chronisch zieken onder andere behoefte aan meer gezelschap, aan betere mogelijkheden voor vervoer, aan financiële steun bij zaken als kleding, taxivergoeding, bijzondere medicijnen, extra hulp in de huishouding en bij allerlei aanpassingen. Wensen, die voor de meeste patiënten pas realiseerbaar worden wanneer ze meer financiële armsgelukkig krijgen.

Voor een verschuiving van professionele zorg naar mantelzorg lijkt weinig perspectief te bestaan. Chronisch zieken vinden bovendien, dat door de mantelzorg al meer wordt gedaan dan zij als wenselijk zien. Een aantal van hen schetst de mantelzorg zelfs als een vrij wankele basis waar het geheel op steunt.

Gezien de prognose dat van de helft van de groep chronisch zieken en gehandicapten de aandoening zal verergeren, zal hier de professionele hulpverlening eerder moeten toenemen, dan dat sprake kan zijn van een afname van professionele zorg.

#### EX-ZIEKENHUISPATIENTEN

Voor ex-ziekenhuispatiënten liggen de verwachtingen en prognoses wat betreft volledig herstel aanmerkelijk gunstiger dan voor de groep chronisch zieken. Van de 40 ondervraagde patiënten verwachten er slechts vijf dat hun aandoening zal verergeren. Meer dan de helft rekent op volledig herstel.

De zorgbehoeften die door deze groep geuit worden, zullen dan ook voor een belangrijk deel van tijdelijke aard zijn.

De belangrijkste professionele hulpverleners voor ex-ziekenhuispatiënten zijn de wijkverpleging en de gezinszorg. Slechts in enkele gevallen wordt hulp verleend door de huisarts, de fysiotherapeut of het algemeen maatschappelijk werk.

Op de zorg die de patiënten krijgen wordt niet veel kritiek geleverd. Als er al kritische kanttekeningen geplaatst worden, dan betreft dat in hoofdzaak de gezinszorg. Deze zou meer taken op zich moeten nemen, vindt een aantal patiënten. Blijkbaar is ook bij deze groep de huishoudelijke verzorging het grootste knelpunt.

### Mogelijkheden tot verandering

Mogelijkheden om de omvang van de zorg te beperken zijn er volgens ex-ziekenhuispatiënten maar zeer weinig. Van de 24 patiënten die enigerlei vorm van professionele hulp krijgen, kunnen slechts zes patiënten een deel van die zorg missen. De overige patiënten krijgen naar hun mening niet meer hulp dan strikt noodzakelijk is. Als men iets kan missen, dan zijn dat aspecten van wijkverpleegkundige zorg. Wondverzorging, het geven van injecties en lichaamsverzorging zou aan de patiënt of zijn/haar partner geleerd kunnen worden. Patiënten die dit aangeven gaan er dan wel van uit, dat de wijkverpleegkundige op de achtergrond aanwezig blijft. De adviserende en controlerende functie kan niet gemist worden. De gezinszorg (huishoudelijke hulp) wordt bij uitstek als onmisbaar gezien. De mantelzorg moet in dit opzicht ontlast worden vindt men. Mochten er extra middelen beschikbaar worden gesteld, dan wordt veelal extra ondersteuning gevraagd bij de verzorging van het huishouden. Ook extra ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen staan dan op het verlanglijstje.

Indien de opnameduur in de algemene ziekenhuizen verkort wordt, dan zegt ongeveer de helft van de ondervraagde ex-ziekenhuispatiënten behoefte te hebben aan zowel méér hulp als aan meer gespecialiseerde zorg. Poliklinische behandeling of dagbehandeling is slechts voor een kwart van de patiënten een alternatief; de dagelijkse confrontatie met een 'doorlopend' huishouden wordt als te belas-

tend ervaren.

### BEJAARDEN

Met 39 bejaarden die op de nominatie staan om opgenomen te worden in een bejaardenhuis zijn gesprekken gevoerd.

De aandoeningen die bejaarden hebben zijn in de loop van de tijd veelal erger geworden en zullen, voor 26 van hen, in de toekomst nog meer achteruitgaan.

Gekeken naar de soort problematiek zijn bejaarden er niet ernstiger aan toe dan de andere twee patiëntengroepen. Wel is hun prognose het slechtst: de behoefte aan zorg zal hier het meest gaan toenemen.

Bij bejaarden liggen, net als bij chronisch zieken en ex-ziekenhuispatiënten, de meeste behoeften op het elementaire zorggebied. Ze worden gevolgd door materiële problemen, contact- en acceptatieproblemen en problemen op het gebied van het wonen en de vrije tijd.

Alle bejaarden ontvangen hulp van een of meer professionele hulpverleners. De hulp komt vooral van de wijkverpleging en de gezinszorg. De huisarts en de fysiotherapeut zijn daarna de belangrijkste hulpverleners. Opvallend veel bejaarden - bijna 25% - blijken een oarticuliere hulp ingeschakeld te hebben om de zorg van het huishouden te verlichten.

Over de professionele zorg die men krijgt zijn bejaarden over het algemeen zeer tevreden. Punten van kritiek betreffen de frequentie van de hulpverlening (vier bejaarden willen dat de wijkverpleging wat vaker komt) en de bereikbaarheid daarvan (drie keer wordt de slechte telefonische bereikbaarheid van huisartsen in nood-situaties genoemd).

#### Mogelijkheden tot verandering

De zorg die de bejaarden momenteel ontvangen is volgens hen onmisbaar. Meer zorg is echter niet noodzakelijk.

De wensen die in deze groep leven, indien meer middelen ter beschikken zouden komen, betreffen vooral de lichamelijke verzorging, hulp bij zwaar huishoudelijk werk en meer hulp van de gezinszorg. Meer dan een kwart van de bejaarden zou willen dat de omvang van de hulp in de huishouding wordt uitgebreid. Andere wensen liggen meer op het materiële vlak, met name de vergoeding van vervoerskosten.

Speciaal aan bejaarden zijn vragen gesteld over de mogelijkheden die ze hebben, gebruik te maken van speciale (bejaarden)voorzieningen. Het al dan niet beschikbaar zijn van deze voorzieningen heeft -mogelijk- invloed op de keuze van bejaarden hun zelfstandigheid op te geven en naar een bejaardenhuis te gaan.

Veel bejaarden willen zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig blijven. Mogelijkheden om die zelfstandigheid te handhaven lijken in vrij

grote mate aanwezig. Negentig procent van de bejaarden zou, indien zij dat wensen, warme maaltijden kunnen krijgen van een zogenaamd 'tafeltje-dekje'-service. Meer dan de helft van de bejaarden zou, in plaats van het bejaardenhuis, in zogenaamde aanleunwoningen (dat betekent zelfstandig blijven wonen, maar wel met alle voorzieningen van een bejaardenhuis) terecht kunnen.

Van de ondervraagde bejaarden wil de helft inderdaad van deze ondersteuningsvormen gebruik maken om zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. De andere helft wil desondanks naar een bejaardenhuis. De aanwezigheid van voorzieningen heeft voor hen geen invloed op de beslissing om in een bejaardenhuis te gaan wonen. Onder deze groep bevinden zich relatief veel alleenstaanden. Sociale contacten, de ondanks alle hulp nog te zware last van het huishouden en de angst dat hen iets overkomt, zijn de belangrijkste argumenten.

#### CONCLUSIES

Op het gebied van de lichamelijke verzorging en het lichamelijk dysfunctioneren ontvangen alle ondervraagde patiënten hulp naar behoefte; ook als men geen wijkverpleegkundige zorg geniet.

Het gebeurt slechts zelden dat een patiënt geen hulp ontvangt op deze velden, terwijl hij daar wel een behoefte aan hulp had.



Meer onvervulde wensen bestaan er op het gebied van het algemeen dagelijks functioneren en het huishouden. Ook op de materiële, geestelijk-relationele en sociale zorggebieden wordt vaak geen hulp gegeven (tot in 40 à 50% van de gevallen).

#### **Kanttekeningen bij veranderen beleid**

Minimale voorwaarde voor de verschuiving van de residentiële zorg naar de thuiszorg is (en dat geldt voor alle geïnterviewde patiënten), dat er een goede opvang is voor de huishoudelijke verzorging. Dit is een van de belangrijkste conclusies uit het onderzoek.

Chronisch zieken en ex-ziekenhuispatiënten vragen daarnaast nog om hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Binnen de onderzochte groepen is op beide zorgvelden sprake van een delicaat evenwicht tussen mantelzorg en professionele hulp. Men komt niet veel te kort; anderzijds houdt men ook niet over. Voor het overhevelen van residentiële verpleging naar thuiszorg lijken aanvullende voorzieningen noodzakelijk.

**Ex-ziekenhuispatiënten** hebben dan een intensievere verpleging nodig die soms hogere medische eisen stelt. Poliklinische behandeling wordt maar door een kwart van deze patiënten als een alternatief gezien.

Voorwaarden voor **chronisch zieken** om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven zijn (naast de huishoudelijke ondersteuning) vooral materiële en financiële hulp en ondersteu-

ning vanuit de eigen omgeving.

Voor **bejaarden** zijn, naast de hulp in de huishouding, extra voorzieningen nodig om zelfstandig te kunnen blijven worden. Voorzieningen als: aanpassingen in de woning, 24-uurs bereikbaarheid van de professionele zorg en een of andere vorm van maaltijdvoorziening. Wanneer dit er allemaal zou zijn zou niet minder dan de helft van de ondervraagde bejaarden daar gebruik van maken om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. De andere helft blijft desondanks voor het bejaardenhuis kiezen (let wel: het betreft hier allemaal bejaarden die op de wachtlijst van een bejaardenhuis staan!).

De voorgenomen **verschuiving van professionele zorg naar mantelzorg** lijkt nauwelijks haalbaar. De mantelzorg wordt, naar mening van vooral chronisch zieken, eigenlijk nu al teveel belast. Een bevinding die door onderzoek elders ondersteund wordt.

De vooronderstelling dat verschuiving van professionele zorg naar mantelzorg een vergroting van de zelfredzaamheid betekent, wordt door dit onderzoek niet gesteund. Veel geïnterviewden stellen dat de zelfredzaamheid juist vergroot kan worden door professionele hulpverlening. Als deze op enige elementaire gebieden wordt gegarandeerd, dan zijn patiënten langer in staat zelfstandig te blijven. Professionele zorg wordt door veel patiënten dan ook gezien als een randvoorwaarde voor mantelzorg, omdat deze de mantel-



zorg ontlast en specifieke taken overneemt. Zou deze professionele zorg weggenomen worden, dan zou residentiële verpleging in een groot aantal gevallen het enige alternatief zijn.

### Discussie

Uit het onderzoek blijkt dat buiten het gebied van de lichaamsverzorging in engere zin nog veel onvervulde behoeften bestaan, zowel bij patiënten die wel als die geen wijkverpleegkundige zorg krijgen. De behoefte aan hulp in de huishouding is daarvan de belangrijkste. Het is echter de vraag of de wijkverpleegkundige deze zou moeten geven. Dit lijkt meer een taak voor de gezinsverzorging. Het onderzoek levert echter ook een aantal discussiepunten op ten aanzien van het werk van de wijkverpleegkundigen. Niet zozeer ten aanzien van het zuiver verpleegtechnische gedeelte (dit blijkt voldoende en naar tevredenheid te worden gedaan), maar vooral ten aanzien van een aantal mogelijke extra taken:

1. het bieden van immateriële zorg aan patiënten die toch al in zorg zijn. Dat betekent naast het verpleegtechnische werk meer tijd voor GVO-activiteiten, activering en psychische ondersteuning.

Dit idee wordt vooral ingegeven door efficiëncy-overwegingen; de wijkverpleegkundige komt toch al over de vloer. Voorkomen moet worden dat een patiënt onnodig met teveel verschillende hulpverleners te maken krijgt. Van belang daarbij is dan vooral dat flexibel gereageerd kan worden op specifieke hulpvragen.

Van belang is -uiteraard- ook dat wijkverpleegkundigen door opleiding en nascholing ook voldoende voor deze taken worden toegerust. Tot slot is van belang dat meer mogelijkheden worden gecreëerd voor langduriger en frequentere huisbezoeken.

2. het vervullen van een signalerende, adviserende en begeleidende rol ten behoeve van die groepen mensen, die nu geen wijkverpleegkundige zorg krijgen, maar waar onvervulde behoeften bestaan die door het te zwaar belaste mantelzorgsysteem niet kunnen worden opgevangen. De wijkverpleegkundige kan daarbij tevens optreden als contact- en/of coördinatiepersoon (bijvoorbeeld door het inschakelen van vrijwilligersorganisaties).

Bij verschuiving van de residentiële zorg naar de thuiszorg, gaan patiënten die - vanwege de ernst van hun hulpbehoefte nu niet thuis verpleegd of verzorgd worden, tot het terrein van de wijkverpleegkundige zorg horen. Dit betekent dat nieuwe, meer specifieke en vooral intensieve (24-uurs)zorg geboden zal moeten worden.

Wil de beoogde verschuiving naar thuiszorg meer realiteitswaarde krijgen, dan vereist de onvermijdelijke taakuitbreiding van de wijkverpleegkundige tenslotte ook een verandering in de taakuitvoering. Een meer coördinerende rol zal vervuld moeten worden. Samenwerking met de gezinszorg en mogelijkheden voor een ruimere inzet van hulp in de huishouding (gezinszorg, vrijwilligershulp) lijken eveneens noodzakelijke voor-

waarden om de verschuiving van residentiële zorg naar thuiszorg mogelijk te maken.

Het rapport 'Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid' is bij het NIVEL verkrijgbaar (kosten: f17,50).