

Behoeften aan wijkverpleegkundige zorg
bij veranderend beleid

P.F.M. Verhaak
J.T. van Busschbach
D. Kortenhoeven

Interviews:
J. Kusters
G.J. Langeveld

Overzocht

december 1985

Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
telefoon: 030-319946



NIVEL
bibliotheek

drieharingsstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verhaak, P.F.M.

Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid /
P.F.M. Verhaak, J.T. van Busschbach, D. Kortenhoeven -
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-
gezondheidszorg (NIVEL).

- Ill.

ISBN 90-6905-014-5

SISO 613.7 UDC 364.444:616-083

Trefw.: wijkverpleging

INHOUD

1. PROBLEEMSTELLING, ONDERZOEKSOPZET ONDERZOEKSVERLOOP	1
1.1. Inleiding	1
1.2. Probleemstelling	2
1.3. Onderzoeksopzet en -verloop	4
1.4. Opzet van het interviewschema	7
1.5. Opzet van deze rapportage	10
2. DE TOTALE ONDERZOEKSPOPULATIE: BEHOEFTE, GEVRAAGDE HULP EN ONTVANGEN HULP	12
2.1. Inleiding	12
2.2. De behoefte aan zorg van de totaalpopulatie	16
2.3. De gevraagde hulp	23
2.4. De ontvangen hulp	28
2.5. De hulpverleners	37
2.6. Conclusies	40
3. CHRONISCH ZIEKEN EN GEHANDICAPTEN	42
3.1. Selectie van chronisch zieken en gehandicapten	42
3.2. De behoefte aan zorg van chronisch zieken en gehandicapten	44
3.3. De hulp die door chronisch zieken en gehandicapten gevraagd is	47
3.4. De hulp die chronisch zieken en gehandicapten ontvangen hebben	50
3.5. Evaluatie van de ontvangen hulp	55
3.6. Mogelijkheden tot verandering van de hulp	58
3.7. Conclusies met betrekking tot chronisch zieken en gehandicapten	60
4. PATIËNTEN DIE RECENT UIT HET ZIEKENHUIS ONTSLAGEN ZIJN	64
4.1. Inleiding	64
4.2. De behoefte aan zorg van ziekenhuispatiënten bij thuiskomst	65
4.3. De hulp die door ex-ziekenhuispatiënten gevraagd is	67
4.4. De hulp die ex-ziekenhuispatiënten ontvangen hebben	69
4.5. Evaluatie van de ontvangen hulp	75
4.6. Mogelijkheden tot verandering van de hulp	77

4.7. De hulp die ten behoeve van ziekenhuispatiënten bij beleidswijziging	79
4.8. Conclusies met betrekking tot ex-ziekenhuispatiënten	80
5. BEJAARDEN	83
5.1. Inleiding	83
5.2. De behoefte aan zorg van bejaarden	85
5.3. De hulp die door bejaarden gevraagd is	87
5.4. De hulp die door bejaarden ontvangen is	90
5.5. Evaluatie van de ontvangen hulp	95
5.6. Mogelijkheden tot verandering van de hulp	96
5.7. Conclusies met betrekking tot bejaarden	99
6. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING	101
BIJLAGEN	

1. PROBLEEMSTELLING, ONDERZOEKSOPZET EN ONDERZOEKSVERLOOP

1.1. Inleiding

De titel van dit onderzoek **Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid** geeft de twee belangrijkste aspecten van dit onderzoek reeds aan. Het eerste aspect wordt gevormd door de behoefte van potentiële patiënten aan wijkverpleegkundige zorg.

De geplande beleidsvoornemens van de overheid; te weten verschuivingen:

- van professionele zorg naar mantelzorg en
 - van intramurale zorg naar algemene thuiszorg
- vormen het tweede aspect.*

Het centrale onderwerp van dit onderzoek is de vraag welke behoefte aan zorg onder de bevolking leeft, in welke mate de wijkverpleging daaraan tegemoet komt, en in welke mate daarin voorzien kan worden in het licht van het overheidsbeleid.

Aanleiding tot dit onderzoek was de vraag van de **Kruisvereniging Twente** en de **Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis** om onder de Zeeuwse en Twentse bevolking onderzoek te verrichten naar de behoefte aan zorg; in het bijzonder wijkverpleegkundige zorg. Beide kruisverenigingen bleken deels vanuit overeenkomstige, deels vanuit verschillende doelstellingen het initiatief tot onderzoek naar wijkverpleegkundige zorg te hebben genomen.

Gemeenschappelijk was de wens naar een onderzoek dat zich expliciet richt op de zorgbehoefte van de (potentiële) patiënt en niet op het hulpaanbod van de wijkverpleegkundigen. Enigszins verschillend waren de doeleinden die men met dit onderzoek wilde nastreven. De Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis wilde het onderzoek vooral gebruiken om zich een idee te vormen van nog niet vervulde behoeften aan zorg, waarop de kruisvereniging zou moeten of kunnen inspelen. De Kruisvereniging Twente wilde door middel van dit onderzoek beter in staat gesteld worden om haar beleid voor de komende jaren gestalte te geven, waarbij naast de bestaande formatieplaatsen ook eventuele groei betrokken moet worden.

* Vergelijk de nota's 'Volksgezondheid bij beperkte middelen', kamerstuk 18-108, 1983 en 'Eerstelijnszorg', kamerstuk 18-180, 1983

De doelstellingen van beide kruisverenigingen hadden voldoende gemeenschappelijk om tot een **gecombineerd onderzoek** te besluiten. Een gecombineerde aanpak had als voordeel dat het budgettair aantrekkelijker was om met het dubbele van de middelen één - groter - onderzoek te financieren. Een ander voordeel was dat de resultaten van één regio een zekere meerwaarde kregen wanneer zij vergeleken konden worden met de resultaten uit een andere regio (zowel wat betreft de overeenkomsten als wat betreft de verschillen).

De doelstelling van het gecombineerde onderzoek wordt dan: het bestuderen van de zorgbehoefte van de bevolking in het licht van het veranderend beleid opdat de kruisverenigingen mede op basis daarvan hun beleid nader kunnen invullen, bijstellen, nuanceren of precisieren.

1.2. Probleemstelling

Het huidige volksgezondheidsbeleid legt door de beoogde accentverschuivingen een zware claim op de algemene thuiszorg en met name op de wijkverpleging. Het beleid heeft enerzijds betrekking op het volume van de hulpvraag: het is de bedoeling dat patiënten **korter** worden opgenomen (waar het om ziekenhuisopnamen gaat) dan wel later of **niet** opgenomen waar het vroeger eerder het geval was (zodat bejaarden en bepaalde groepen gehandicapten langer thuis kunnen blijven wonen). In al deze gevallen is het te verwachten dat het beroep op de wijkverpleging toeneemt, zowel wat de omvang als de vereiste deskundigheid betreft.

De geplande beleidsverschuivingen kunnen tevens organisatorische consequenties met zich meebrengen voor de wijkverpleging. Met andere woorden: het ligt in de lijn der verwachtingen dat naarmate meer patiënten een beroep zullen doen op de wijkverpleging, de wijkverpleging er gespecialiseerde taken bij zal krijgen en de wijkverpleging zodanig georganiseerd zal moeten worden dat ze acuut kan inspringen in situaties waar dat gewenst is (flexibel zorgsysteem).

Daarnaast hebben de accentverschuivingen consequenties voor de aard en de intensiteit van de geleverde zorg. De zorgverlening zal - wanneer het geplande beleid gerealiseerd wordt - meer anticiperend moeten zijn en meer gericht op continuïteit van de zorg.

Zelfstandigheidsbevordering, één van de belangrijkste argumenten voor de beleidsverschuivingen vereist ook een zekere terughoudendheid bij de zorgverlening. Het legt een grotere nadruk op het leren

van patiënten om zichzelf te helpen: 'verplegen met de handen op de rug'. Het geheel aan consequenties plaatst het uitvoerend personeel voor een dilemma: enerzijds meer, intensievere en specialistische zorg, anderzijds een meer terughoudende attitude.

Niet alleen worden bij het voorgenomen beleid eisen gesteld aan de professionele zorgverlening waarbij aan de zelfzorg een 'zelfstandige' plaats wordt toebedacht. Het beleid zal ook een zwaardere belasting betekenen voor de omgeving van de patiënten (mantelzorg).

Cruciaal is dan ook de vraag in hoeverre in de behoeften van patiënten voorzien kan worden wanneer het geplande beleid wordt verwezenlijkt en onder welke voorwaarden - eventuele - verschuivingen in zorg mogelijk zal zijn.

De probleemstelling van het onderzoek luidt:

In hoeverre zijn de (beoogde) verschuivingen van residentiële zorg naar algemene thuiszorg en van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg herkenbaar in de ontwikkeling van de hulpvraag of de zorgbehoefte van de patiënt.

De probleemstelling is uiteen te leggen in een aantal toegespitste vragen, te weten:

- welke zorgbehoeften hebben patiënten;
- hoe wordt in die zorgbehoeften voorzien;
- welke factoren spelen daarbij een (belangrijke) rol;
- sluiten de voorgestelde beleidsverschuivingen in de ogen van de patiënten aan bij hun zorgbehoeften;
- onder welke voorwaarden zou het, volgens patiënten, mogelijk zijn om in de zorgbehoeften te voorzien met:
 - minder gespecialiseerde hulp of professionele hulpverlening;
 - minder beroep op residentiële verzorging zoals ziekenhuizen, bejaardenoorden en verpleeghuizen.

Binnen deze probleemstelling zijn enige inperkingen gemaakt; pragmatische overwegingen (tijd en geld) speelden daarbij een rol. Daarnaast leidt de geformuleerde probleemstelling ertoe dat we ons beperken tot zorgbehoeften die betrekking hebben op de thuissituatie, zorgbehoeften waarmee het kruiswerk geconfronteerd wordt, en zorgsituaties die onder invloed van het voorgenomen volksgezondheidsbeleid onder druk komen te staan. Deze voorgenomen beleidsverschuivingen van residentiële zorg naar zelfzorg en mantelzorg zullen het meest duidelijk zichtbaar worden in:

- de verkorting van de opnameduur in algemene ziekenhuizen en de consequenties daarvan voor de behoefte aan nazorg van (ex)- zie-

kenhuispatiënten;

- het terugdringen van residentiële voorzieningen voor **bejaarden** (bejaardenoorden, verpleeg- en verzorgingshuizen) en de consequenties daarvan voor de behoefte aan zorg bij - (langer) - thuiswonende bejaarden;
- het bevorderen van de zelfstandigheid van bepaalde groepen **gehandicapten en chronisch zieken**, en de consequenties daarvan voor hun algemene zorgbehoefte.

Het onderzoek naar de vraag in hoeverre het veranderend volksgezondheidsbeleid aansluit bij de zorgbehoeften van de bevolking is daarom bij deze drie groepen patiënten uitgevoerd.

De drie groepen patiënten zijn in Twente en Zeeland geselecteerd; dit vanwege het feit dat de kruisverenigingen aldaar het initiatief tot dit onderzoek hebben genomen.

Naast deze inperkingen in de terreinbreedte, maken we ten slotte nog een afbakening door ons te beperken tot de zorgbehoeften en de daaruit voortvloeiende hulpvragen die in een concrete zorgsituatie worden geuit. De onderzoeksliteratuur leert ons namelijk dat het vragen naar behoeften in een hypothetische situatie, veelal tot triviale uitkomsten leidt.

1.3. Onderzoeksopzet en- verloop

Om de hiervoor beschreven onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn de genoemde drie groepen patiënten ondervraagd over hun 'zorgsituatie'. Gevraagd is naar de behoeften aan zorg, de wijze waarop daarin voorzien werd en de mogelijkheden om eventuele verschuivingen in de zorgverlening aan te brengen.

Er zijn 40 chronisch zieken, 40 ex-ziekenhuispatiënten en 39 bejaarden ondervraagd. Dit brengt het totale aantal respondenten op 119. Dit aantal is op pragmatische gronden gekozen. De aard van de onderzoeksvragen maakte namelijk het afnemen van **interviews** wenselijk en de beschikbare hoeveelheid tijd en middelen stelde een bovengrens aan het aantal af te nemen interviews.

Het onderzoek is opgezet volgens de zogenaamde **case-control-methode** hetgeen inhoudt dat bij iedere patiënt uit elk der drie groepen en afkomstig uit Twente, een andere patiënt is gezocht die in een aantal (hierna genoemde) opzichten vergelijkbaar is en in Zeeland woont. Andere aspecten waarop de patiënten geselecteerd zijn, naast

aan- of afwezigheid van wijkverpleegkundige zorg en regio, zijn: woonachtig op het platteland of in de stad, in gezinsverband wonend of alleenwonend en man of vrouw.

In de bespreking van de resultaten (hoofdstuk 2 tot en met 5) komen we terug op de mate waarin we in deze opzet geslaagd zijn.

Door het controleren voor genoemde aspecten kan vergeleken worden of de zorgbehoeften van de Twentse en Zeeuwse bevolking overeenkomen. Ook kan worden nagegaan of de patiënten die géén wijkverpleegkundige zorg ontvangen meer 'onvervulde zorgbehoeften' hebben dan patiënten die wel wijkverpleegkundige zorg krijgen.

Verder kan inzicht verkregen worden in de wijze waarop patiënten omgaan met - eventueel - niet vervulde zorgbehoeften. Met name het feit of men in de stad of op het platteland woont en of men alleen woont of samenwoont kunnen hier als verklarende factoren dienen voor andere zorgbehoeften of zorgverlening (bijvoorbeeld meer mantelzorg in plaats van professionele zorg).

Mogelijke verschillen zouden misschien ook kunnen worden verklaard wanneer gecontroleerd wordt voor geslacht.

De gevolgde aanpak heeft tot gevolg dat de behoeften van patiënten en de ontvangen hulp die in de interviews vastgelegd zijn niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar de hele bevolking van de betreffende regio's. Percentages die genoemd worden hebben uitsluitend betrekking op de onderzochte groep van 119 patiënten; dit vanwege het relatief kleine aantal en de gevolgde selectie methode. In dit opzicht heeft het onderzoek de mogelijkheid om zaken te signaleren, maar kan niet de exacte omvang van het verschijnsel aangegeven worden. Dit signaleren op zich, juist bij groepen waarmee de wijkverpleging de komende jaren in toenemende mate te maken zal krijgen, is echter uiterst relevant.

De opzet, om systematisch mensen met en zonder wijkverpleegkundige zorg te vergelijken, stelt ons ook in staat om vast te stellen in hoeverre deze zorg naar behoefte wordt verstrekt, en of er meer latente behoeften bestaan wanneer mensen geen wijkverpleegkundige zorg ontvangen. Wat betreft de selectie ten aanzien van de hulpbehoefte van de patiënten het volgende. De groep chronisch zieken of gehandicapten moesten, om aan het onderzoek te kunnen deelnemen dusdanig ziek of gehandicapt zijn dat ze in hun dagelijks functioneren gehinderd worden en hulp nodig hebben op de door ons onderscheiden zorggebieden (waarover straks meer). Hun leeftijd moest tussen de 18

en 65 jaar liggen; de ondergrens is gekozen omdat we ons op volwassenen wilden richten, de bovengrens om specifieke bejaardenproblemen uit te sluiten (deze komen bij de groep bejaarden aan de orde).

De ziekenhuispatiënten moesten kort geleden uit het ziekenhuis ontslagen zijn. Hun aandoening moest zodanig zijn dat ze bij ontslag hulp nodig hadden op de onderscheiden zorggebieden. Hun leeftijd moest - evenals die van de chronisch zieken en gehandicapten - tussen de 18 en 65 jaar liggen.

De hulpbehoefte van de bejaarden moest zodanig zijn dat ze geïndiceerd waren voor opname in een bejaardenoord. De leeftijd van de bejaarden was 60 jaar of ouder; dit is in het algemeen een voorwaarde om op de indicatielijst geplaatst te kunnen worden.

Voor alle patiënten gold dat ze in staat moesten zijn (verstandelijke) vragen te beantwoorden.

De te interviewen groepen patiënten zijn op verschillende manieren vastgesteld:

Chronisch zieken werden geselecteerd door een aantal stads- en plaatslandhuisartsen in Zeeland en Twente. Ze zochten hiertoe patiënten uit die aan de hierboven weergegeven omschrijving voldeden, waarbij geprobeerd werd de kenmerken alleenstaand-samenwonend, wel of niet in wijkverpleegkundige zorg en man-vrouw zo evenredig mogelijk te verdelen. We vroegen per regio/urbanisatiegraad combinatie tien patiënten. Nadat de patiënten via de huisartsen met een interview hadden ingestemd werden hun namen en adressen aan het NIVEL doorgegeven.

Zoals in hoofdstuk 3 zal blijken is in enige gevallen gesmokkeld met de maximum leeftijd van 65 jaar. In dit hoofdstuk beschrijven we ook de feitelijk gerealiseerde spreiding van de diverse achtergrondkenmerken over deze patiëntengroep.

Ex-ziekenhuispatiënten werden geselecteerd door een nazorgverpleegkundige (in Twente) en een hoofdwijkverpleegkundige (in Zeeland), op basis van het criterium dat ze bij ontslag hulp nodig hadden op een aantal van de door ons onderscheiden zorggebieden en tussen de 18 en 65 jaar oud waren. Nadat de potentiële kandidaten voor een interview aan deze verpleegkundige toestemming hadden verleend, kregen we hun adressen.

Deze medewerking (die actief en met grote inzet geschiedde) kwam niet tot stand voordat via een ingewikkelde procedure toestemming van de regionale kruisvereniging en een plaatselijk ziekenhuis was verkregen. Met name dit laatste bracht een lange tocht langs direc-

teuren, verpleegkundig directeuren, sectorhoofden en hoofden van ziekenhuisafdelingen met zich mee. Struikelblok is in zo'n geval niet de onwil om mee te werken maar de telkens weerkerende noodzaak om het onderzoek aan steeds nieuwe groeperingen (die ook niet iedere dag overleggen) toe te lichten. De spreiding van de achtergrondkenmerken over deze groep patiënten wordt in hoofdstuk 4 besproken.

De **bejaarden** zouden via indicatiecommissies voor bejaardenoordelen tamelijk eenvoudig verkregen kunnen worden, zo meenden we aanvankelijk. Deze commissies stellen immers lijsten op van bejaarden die voor opname in een bejaardenoordel in aanmerking komen. Om in aanmerking te komen moet men bejaard zijn en in bepaalde mate hulpbehoevend zijn. Bejaarden via deze lijsten selecteren zou eenvoudig en doeltreffend zijn. Het was dus zaak om de indicatiecommissies te benaderen om hun toestemming te verkrijgen. Privacyproblemen leverde echter in een aantal gevallen onoverkomelijke moeilijkheden op. In Twente konden deze ten slotte opgelost worden en werd via een ingewikkelde procedure een deel van het vereiste aantal bejaarden - uiteraard weer met hun toestemming verkregen. Het resterende deel uit Twente en bejaarden uit Zeeland werden ten slotte toch via een aantal huisartsen geselecteerd, die in aller ijl zijn ingeschakeld.

1.4. Opzet van het interviewschema

Het interviewschema is globaal in twee onderdelen op te delen (zie bijlage 1).

In het eerste deel wordt nauwkeurig vastgesteld op welke gebieden men gehinderd wordt in het dagelijks functioneren. Ziek zijn of gehandicapt betekent meer dan een concrete aandoening hebben; het gaat om het geheel aan problemen dat een patiënt ervaart tengevolge van ziekte, handicap of ouderdom. In het interviewschema zijn daarom de **zorggebieden** onderscheiden in vier hoofdgroepen. Deze zorggebieden zijn op hun beurt weer onderverdeeld in zogenaamde zorgclusters. Schematisch is dat als volgt weer te geven: (zie volgende pagina).

Binnen de hoofdgroep 'elementaire factoren' zien we bij voorbeeld het cluster 'lichaamsverzorging'. Hieronder vallen de volgende zorgactiviteiten (deze staat in bijlage 1 allemaal uitgeschreven): bedverpleging, zorg voor het bed, wasbeurt buiten bad, aankleden, toilet handelingen, verzorging voeten, nagels, haar en "overige li-

Schema 1.1.:

elementaire factoren	materiële factoren	geestelijke relationele problemen	sociale omgevingsfactoren
lichaamsverzorging	aanpassingen	gezinsmoeilijkheden samenleefmoeilijkh.	problemen m.b.t. (samen-)leefvormen
lichamelijk dysfunctioneren	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. werkeloosheid

chaamsverzorging". In dit rapport beperken we ons tot de indeling in hoofdgroepen en clusters.

Niet alleen wordt voor iedere patiënt nauwkeurig vastgesteld op welk zorggebieden men problemen ondervindt, bij iedere 'zorgactiviteit' die de patiënt noemt wordt tevens de '**soort zorg**' vastgesteld. We hebben in deze studie drie soorten zorg onderscheiden, te weten:

- uitvoeren of overnemen;
- hulp bij of ondersteuning;
- bemiddeling, advies of verwijzing.

Het eerste deel van het interview bestaat dan uit vragen die erop gericht zijn om heel precies vast te stellen:

1. Op welke gebieden de patiënt **behoefte** heeft aan zorg
 - en aan welke soort zorg behoefte bestaat;
2. Op welke van de onder 1 genoemde gebieden de patiënt **hulp** heeft **ontvangen**;
 - welk soort hulp men heeft ontvangen;
 - en of de ontvangen hulp professioneel of niet-professioneel is

(geweest) of dat er op het betreffende gebied sprake was van zelfzorg;

3. Op welke (van de onder 1) genoemde gebieden de patiënt, of iemand anders, **hulp** heeft **gevraagd**;
- en naar welke soort hulp is gevraagd.

De interviewvragen naar zorggebieden en zorgsoorten zijn geheel niet gestructureerd; het zijn zogenaamde open vragen. De interviewsters hadden als opdracht de respondent nooit een probleemgebied in de mond te leggen, maar net zo lang door te vragen tot de gebieden zodanig gespecificeerd werden benoemd, dat ze in een aantal van de 105 zorgactiviteiten konden worden ondergebracht. Er is dus geen lijst van 105 zorgactiviteiten aan de patiënten voorgelegd met het verzoek de gebieden aan te kruisen waarop men problemen had. Met de patiënt is net zo lang gepraat tot zijn of haar problematiek in die mate van detail door de patiënt zelf werd aangegeven, dat de interviewer het op het schema kon aankruisen.

Op dezelfde wijze is de 'bijbehorende' soort zorg vastgesteld; ook hier werd net zo lang met de patiënt gepraat tot duidelijk werd om wat voor soort zorg het ging..

Zijn op deze wijze behoefte aan zorg, ontvangen hulp en gevraagde hulp precies vastgesteld, inclusief de 'bijbehorende soort zorg', dan kan worden nagegaan.

- of de ontvangen hulp aansluit bij de behoeften van de patiënt;
- of de ontvangen hulp aansluit bij de gevraagde hulp;
- of de gevraagde hulp overeenkomt met de zorgbehoeften van de patiënten.

Aldus wordt het mogelijk om eventuele discrepanties tussen behoefte aan zorg, gevraagde hulp en ontvangen hulp op het spoor te komen. In combinatie met de gevolgde stratificatieprocedure kunnen on vervulde behoeften in diverse omstandigheden opgespoord worden en krijgt men zicht op de rol die bepaalde omstandigheden daarbij spelen.

De aard van de zorgclusters en de open wijze van interviewen brengt met zich mee dat we ons niet beperken tot behoeften die strict op het terrein van de lichamelijke verzorging en verpleging liggen. Dit is gebeurd, omdat naar onze mening de strict verpleegkundige behoeften, of behoeften die strict op het vlak van voorzieningenverstrekking vanwege het kruiswerk liggen niet dan op zeer gekunstelde wijze gescheiden kunnen worden van aangrenzende behoeften. Dit betekent voor de resultaten dat hierbij problemen aan het licht kunnen komen,

waarbij de wijkverpleging niet de eerst geroepene is om deze op te lossen.

Vervolgens zijn in het interviewschema een aantal meer gestructureerde vragen opgenomen, die slaan op de evaluatie van zorggebieden en zorgsoorten . Deze vragen zijn erop gericht om erachter te komen hoe tevreden de patiënten zelf zijn ten aanzien van hun 'zorgsituatie' en waar eventuele knelpunten zich voordoen. De antwoordcategorieën van deze vragen zijn hier minder gestructureerd; naast de meest voor de hand liggende antwoorden is steeds ruimte gelaten voor geheel open antwoorden.

Het tweede deel van het interviewschema is gericht op het beleid. Gevraagd is hier naar de mening van patiënten over de beleidsvoornemens van de overheid, met name die beleidsvoornemens die slaan op verschuivingen in de zorgverlening (zie probleemstelling van het onderzoek). Naast vragen over eventuele mogelijkheden voor verschuiving van zorg in concrete situaties waarin de patiënten verkeren, is tevens gevraagd naar de voorwaarden waaronder verschuiving van zorg mogelijk zou zijn. Voor de drie onderscheiden groepen patiënten zijn ook zogenaamde retrospectieve wisselvragen gemaakt. Iedere groep kreeg een of meerdere toegespitste vragen over mogelijkheden tot verschuiving van zorg indien beleidsverschuivingen gerealiseerd zouden zijn. Deze retrospectieve vragen hadden voor ex-ziekenhuispatiënten betrekking op de benodigde zorg in geval men eerder uit het ziekenhuis ontslagen zou zijn. Aan de bejaarden is gevraagd welke zorg men nodig dacht te hebben indien men langer thuis zou blijven wonen. Aan de groep chronisch zieken en gehandicapten is de vraag voorgelegd welke zorg zij nodig achten (in de thuissituatie) in geval hun aandoening zou verergeren.

Het interviewschema en met name het schema dat betrekking heeft op zorggebieden en zorgsoorten - dat heel gestructureerde antwoordcategorieën en heel open vragen kent - stelde hoge eisen aan de interviewsters. Het interviewen van patiënten vergde dan ook een gedegen voorbereiding van de interviewsters. Was men eenmaal vertrouwd met de te onderzoeken problematiek dan bleek een dergelijke interviewopzet goed bruikbaar. Het vormde vooral een basis voor patiënten om 'spontaan' over hun aandoeningen en hun zorgbehoeften te praten. Het schema vormde een 'compromis' tussen zo open mogelijke antwoorden waarbij men achteraf een grote verscheidenheid aan gegevens verkrijgt die moeilijk zijn te interpreteren en zo gestructureerd moge-

lijke antwoordcategorieën die eenduidig en gemakkelijker te analyseren zijn.

1.5. Opzet van deze rapportage

In dit rapport zullen we eerst ingaan (hoofdstuk 2) op de behoeften van de gehele groep onderzochte patiënten, de hulpvragen die ze gesteld hebben en de hulp die ze ontvangen hebben. Het aantal van 119 respondenten leent zich ook voor nadere analyse van deze behoeften, vragen, en ontvangen hulp. We zullen vooral hier mogelijke effecten van de regio, de wijkverpleegkundige zorg die men al dan niet heeft, het sociaal systeem waarin men als patiënt verkeert, en dergelijke onderzoeken. In de drie hoofdstukken daarna herhalen we deze exercitie in afgeslankte vorm voor de drie onderscheiden groepen patiënten. In hoofdstuk 6 grijpen we terug op de probleemstelling en formuleren we onze conclusies.

2. DE TOTALE ONDERZOEKSPOPULATIE: BEHOEFTE, GEVRAAGDE HULP EN ONTVANGEN HULP

2.1. Inleiding

Voordat we de drie onderscheiden patiëntengroepen apart in beschouwing nemen, om vast te stellen welke zorgbehoeften daar leven, in welke mate daaraan tegemoet gekomen wordt en welke verschuivingen in de verleende hulp mogelijk zijn onder bepaalde voorwaarden, onderzoeken we in dit hoofdstuk de onderzoekspopulatie als geheel.

Centraal hierbij staat de verhouding tussen zorgbehoeften, gevraagde hulp en ontvangen hulp, de rol die de wijkverpleegkundige zorg hierbij speelt, en de mate waarin een aantal achtergrondkenmerken van patiënten daarop van invloed zijn. Relevante achtergrondkenmerken zijn de regio (Zeeland of Twente), de woonplaats (stad of platteland), het geslacht van de patiënt, en het al dan niet alleenwonend zijn. Het kenmerk 'regio' is van belang voor de opdrachtgevers van het onderzoek die zo de resultaten van hun eigen kruisvereniging beter naar waarde kunnen schatten. Het onderscheid naar geslacht, woonplaats en al dan niet alleenwonend zijn is van belang omdat behoeften voor de verschillende groepen anders kunnen liggen en er in de twee laatste gevallen sprake kan zijn van verschil in voorzieningen en/of aanwezige alternatieven in de vorm van mantelzorg, burenhulp, etc.

Het onderscheid tussen mensen die wel en die geen wijkverpleegkundige zorg ontvangen (wv versus niet-wv), verschaft inzicht in het effect dat de wijkverpleegkundige zorg heeft; dit inzicht betreft niet alleen het effect op lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren, maar ook neveneffecten op andere terreinen. Het geeft daarmee iets aan van de mogelijkheden van de wijkverpleegkunde, vooropgesteld dat de twee groepen op andere kenmerken als leeftijd en ernst van de aandoening vergelijkbaar zijn.

Het zou eleganter zijn om deze achtergrondkenmerken te betrekken op de gegevens die we voor iedere patiëntencategorie afzonderlijk verzameld hebben; dit betreft echter 39 of 40 respondenten, zodat verdere uitsplitsing naar achtergrondkenmerken om getalsmatige redenen niet altijd verantwoord kan geschieden. We geven er daarom de voorkeur aan om op basis van 119 interviews eventuele effecten van ach-

tergrondkenmerken vast te stellen en in de afzonderlijke categorieën na te gaan of een zelfde trend teruggevonden wordt. Er is naar gestreefd een evenredige verdeling naar achtergrondkenmerken te verkrijgen op de volgende criteria:

- de helft van de patiënten woont in Twente en de andere helft in Zeeland;
- de helft van de aldus uitgesplitste groep woont op het platteland en de andere helft in de stad;
- van deze onderscheiden groepen ontvangt de helft wijkverpleegkundige zorg en de andere helft niet;
- het al dan niet alleen wonen is het volgende selectie criterium waarop de patiënten evenredig worden verdeeld.

In het hierna volgende schema is aangegeven hoe de werkelijke verdeling over de selectiecriteria is voor de 119 geïnterviewden.

Schema 2.1.: verdeling van patiënten over regio, urbanisatiegraad, ontvangen zorg en woonvorm (N=119)

regio (59-60)	stad-platteland (59-60)	geen/wel wv-zorg (69-50)	samenw.: alleenw. (80-39)
Zeeland 59	stad 29	geen wv: 20	12:8
		wel wv: 9	4:5
	platteland 30	geen wv: 17	12:5
		wel wv: 13	10:3
Twente 60	stad 30	geen wv: 16	12:4
		wel wv: 14	10:4
	platteland 30	geen wv: 16	12:4
		wel wv: 14	7:7

Uit het schema blijkt dat de patiënten gelijkmatig zijn verdeeld

over het Twentse en Zeeuwse platteland en de stad. Dat het streven om een evenredige verdeling over de overige selectiecriteria te bewerkstelligen niet geheel volgens plan is gelukt, komt onder meer doordat huisartsen soms meenden dat patiënten bepaalde zorg kregen, terwijl tijdens het interview bleek dat dat niet (meer) het geval was. Daarbij komt dat het door de - hiervoor beschreven - problemen bij de casefinding en door de strakke tijdsplanning van het project aan tijd ontbrak om bepaalde patiënten "in te ruilen".

Soms ook hebben we tijdens de selectie van patiënten uit het artsenbestand van de huisarts al concessies moeten doen om aan het vereiste aantal patiënten te komen. Dit is met name het geval geweest wat betreft het al dan niet alleen wonen.

We hebben onderzocht of er verschillen zijn tussen Zeeland en Twente, stad en platteland, alleenwonen en samenwonen, wat betreft het deel van de patiënten dat wijkverpleegkundige zorg geniet. Voor zover er verschillen zijn, wijzen statistische toetsen uit dat deze meer dan 10% kans hebben op toeval te berusten. De verhouding tussen alleenwonenden en samenwonenden is in beide regio's en in de stad en op het platteland nagenoeg gelijk.

Dit betekent dat er geen samenhang tussen de diverse achtergrondvariabelen bestaat, hetgeen tot gevolg zou hebben dat een gevonden verschil tussen bijvoorbeeld Zeeland en Twente herleid had kunnen worden tot een andere proportie alleenstaanden. Hoewel de verdeling in gelijke groepen niet 100% gelukt is, zijn de verdelingen van de achtergrondvariabelen onafhankelijk van elkaar gebleven.

Naar leeftijd en geslacht is de onderzoekspopulatie als volgt verdeeld.

Tabel 2.1.: verdeling leeftijd en geslacht, totale groep (N=119)

leeftijd	mannen	vrouwen
29	4	5
30-39	3	7
40-49	7	8
50-59	6	10
60-65	7	11
boven de 65	18	33
totaal	45	84

37 van de 51 personen boven de 65 jaar zullen we in de subgroep 'bejaarden' terugzien. Van de chronisch zieken is 70% boven de vijftig jaar, bij de ex-ziekenhuispatiënten bedraagt dit percentage 45%.

Er is met betrekking tot de achtergrondkenmerken nog een punt dat niet onbelangrijk is om te onderzoeken. Wanneer we de invloed van achtergrondkenmerken onderzoeken, dienen we te weten in hoeverre die kenmerken onafhankelijk zijn van iemands lichamelijke conditie. Dit geldt met name voor de kenmerken wel/niet in wijkverpleegkundige zorg en alleenwonend/samenwonend, omdat het hiervan voor de hand liggend is dat de lichamelijke conditie daar verband mee houdt. Wanneer we behoeften, gevraagde en ontvangen hulp van dergelijke groepen gaan vergelijken, is het van belang om te weten in hoeverre de ene groep gezonder is dan de andere.

In het interview zijn een aantal vragen opgenomen waaruit we parameters voor de "conditie" van de patiënt kunnen afleiden: we kennen de duur van de aandoening, het verloop van aandoeningen in het verleden ("is de toestand de laatste jaren verergerd, stabiel gebleven of verbeterd?") en de prognose, in dezelfde termen. Daarnaast is bekend of de respondent een betaalde baan heeft en ten slotte is de leeftijd een belangrijke factor.

Vergelijken we de groepen alleenstaanden en samenwonenden op dit punt, dan verschillen de groepen in geen der genoemde opzichten zodanig dat een toevalsgrens van 5% wordt overschreden. De niet-significante trend is in een aantal opzichten dat alleenwonenden er niet beter aan toe zijn: 61% denkt dat hun aandoening zal verergeren, tegenover 39% van de samenwonenden; alleenwonenden zijn relatief ouder: ongeveer 20% van de respondenten beneden de 40 jaar woont alleen, 28% van de 40-65 jarigen woont alleen en 42% van de 65-plus-sers.

Ook tussen de groepen met en zonder wijkverpleegkundige zorg vinden we geen significante verschillen. De enige interessante trend die we ontdekten is dat wv-patiënten wat ouder zijn: 30% van de niet-wv-patiënten en 42% van de wv-patiënten is ouder dan 70 jaar.

We concluderen daarom, dat we op basis van deze gegevens niet kunnen zeggen dat alleenstaanden en niet-wv-patiënten nog alleen wonen of geen wijkverpleegkundige zorg genieten, omdat ze in een veel betere conditie verkeren. Uiteraard zal de analyse van het behoeftenpatroon bij deze groepen ons in dit opzicht meer leren. Voorts zullen we bij de specifieke groepen telkens opnieuw bij deze problematiek stil-

staan. We gaan nu echter over tot de analyse van de zorgbehoefte en de reacties daarop voor de gehele groep.

We behandelen in dit hoofdstuk achtereenvolgens de zorgbehoefte, de hulp die gevraagd is en de hulp die ontvangen is. We doen dit telkens eerst voor de gehele onderzoekspopulatie en vervolgens voor de subgroepen met diverse achtergrondkenmerken. Omdat de gevraagde hulp aan de zorgbehoefte gerelateerd wordt en de ontvangen hulp aan zorgbehoefte en gevraagde hulp, krijgen we een beeld van de discrepanties tussen behoefte, gerealiseerde vraag en ontvangen hulp.

2.2. De behoefte aan zorg van de totaalpopulatie

Er is in de interviews gesproken over behoeften die patiënten kunnen hebben op een aantal verschillende zorggebieden. Een behoefte wil zeggen dat de patiënt een tekort ervaart, waar op enigerlei wijze in voorzien zou moeten worden. Hierbij wordt nog afgezien van het soort persoon dat in die behoefte zou moeten voorzien, en van de mogelijkheid dat er in de behoefte voorzien kan worden. Behoeften kunnen, zoals we in paragraaf 1.3 al aangaven liggen op het elementaire gebied van de verpleging en verzorging: behoeften in verband met lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren, ADL-functies en verzorging van de huishouding. Behoeften kunnen verband houden met materiële factoren: aanpassingen, het verkrijgen van hulpmiddelen, het gebruik van voorzieningen en van uitleenartikelen. Ze kunnen te maken hebben met geestelijke en relationele factoren en ten slotte met sociale factoren. Over al deze gebieden is gesproken met de geïnterviewden, en er is nagegaan of zij op deze gebieden een behoefte aan zorg (die vooralsnog losstaat van een daaruit eventueel voortvloeiende hulpvraag) voelen. Deze zorgbehoefte is ook nader gespecificeerd: men kan behoefte hebben aan een advies of bemiddelend optreden, aan een verwijzing, aan ondersteuning of aan overname van de uitvoering van bepaalde taken.

Behoeften van patiënten zijn geïnventariseerd door met de patiënt alle mogelijke terreinen te bespreken: een patiënt kan op slechts één gebied een behoefte aan zorg hebben, maar ook op een groot aantal gebieden. Als voorbeeld twee geïnterviewden (vergelijk ook de tabel 2.2 en bijlage 1).

Man, 66 jaar, Multipele Sclerose.

Zorgbehoeften: hulp bij licht huishoudelijk werk, tuin onderhouden (ADL-functies), rolstoel (verkrijgen van hulpmiddelen), overname van autovervoer (gebruik voorzieningen).

Vrouw, 50 jaar, halfzijdige verlamming.

Zorgbehoeften: hulp bij wasbeurt, aankleden, (lichaamsverzorging), hulp bij voortbewegen (ADL-functies), hulp bij zorg voor koken, overname van boodschappen, zwaar huishoudelijk werk, zorg voor kleding (huishoudelijke verzorging), aanpassen ruimten in woning (aanpassingen), bemiddeling ten behoeve van telefoon bij bed (verkrijgen hulpmiddelen), zorgen dat ze sociale voorzieningen krijgt (gebruik voorzieningen), steun omdat ze zich in de steek gelaten voelt (probleem in contacten met anderen).

Deze twee patiënten hebben zorgbehoeften binnen drie respectievelijk zeven categorieën die we in tabel 2.2 onderscheiden. Bovendien heeft de patiënte in het tweede voorbeeld binnen de categorie huishoudelijke verzorging zowel ondersteuning/hulp nodig als overname van een aantal functies als zwaar huishoudelijk werk, boodschappen doen en kleding verzorgen.

Tabel 2.2 (zie volgende pagina) laat zien welke behoeften op welke zorggebieden er door de 119 geïnterviewden geuit zijn.

In deze tabel kan men zien dat 32 patiënten de behoefte aan overname van functies op het gebied van lichaamsverzorging hebben geuit; 41 - en dit kunnen deels dezelfde zijn als genoemde 32 - willen ondersteuning op dit gebied. 29 patiënten hebben behoefte aan overname van functies die met lichamelijk disfunctioneren te maken hebben, zeven willen daar steun of hulp bij, en zeven willen een verwijzing, advies of bemiddeling op dit gebied, etc.

De meeste patiënten uiten behoeften op het gebied van de elementaire factoren. Overname of uitvoering van taken op het gebied van de huishoudelijke verzorging wordt door veruit de meeste geïnterviewden

Tabel 2.2.: zorgbehoeften van 119 geïnterviewde patiënten (absolute aantallen)

	overnemen	ondersteunen/ c.q. hulp	verwijzen/ advies/ bemiddeling
<u>elementaire factoren</u>			
lichaamsverzorging	32	41	-
lichamelijk dysfunctioneren	29	7	7
ADL-functies	46	61	9
verzorging huishouden	106	61	2
<u>materiële factoren</u>			
aanpassingen	8	6	25
verkrijgen (hulp)middelen	15	5	25
gebruik voorzieningen	24	11	18
uitleen artikelen	2	1	6
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>			
gezins- leefmoeilijkheden	-	6	1
huwelijksmoeilijkheden	-	4	-
opvoedingsmoeilijkheden	1	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	7	3
problemen in contact met anderen	1	19	6
problemen verwerking/acceptatie	-	27	2
<u>sociale factoren</u>			
problemen met woonvormen	2	4	16
school/studie	-	-	-
arbeid	1	4	3
vrije tijd	2	16	10
werkeloosheid	-	5	1

als behoefte genoemd. Ondersteuning bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL-functies) en het huishouden komt op de tweede plaats, wanneer we op de frequentie letten waarmee behoeften geuit worden. Andere veelgenoemde behoeften met betrekking tot de elementaire factoren, zijn het overnemen van taken of ondersteuning bij lichaamsverzorging, en het overnemen van taken die te maken hebben met het lichamelijk dysfunctioneren of met ADL-functies. Aan verwijzing, advies, bemiddeling op het gebied van de elementaire factoren

bestaat veel minder behoefte.

Behoeften op het gebied van materiële factoren komen op de volgende plaats. Hier gaat het vaak om bemiddeling of een advies op het gebied van aanpassingen, het verkrijgen van hulpmiddelen of het gebruik van voorzieningen. In een aantal gevallen heeft men ook een ander nodig om de gewenste hulpmiddelen of voorziening daadwerkelijk te bemachtigen: 15 van de geïnterviewden gaf aan dat ze behoefte hadden aan iemand die hulpmiddelen voor hen kan verkrijgen, 24 hadden iemand nodig die kan zorgen dat ze gebruik van voorzieningen konden maken.

Aan uitleenartikelen bestaat bij de geïnterviewde groep relatief weinig behoefte.

Letten we op het gebied van de geestelijke en relationele factoren dan trekken twee aspecten daarvan de aandacht: men wil relatief vaak ondersteuning of hulp voor problemen in contact met anderen en in verband met verwerkings- en acceptatieproblemen. Andere problemen op dit terrein worden weinig frequent genoemd.

Op het gebied van de sociale factoren ten slotte worden de behoeften met betrekking tot wonen (dit is meestal een behoefte aan advies of bemiddeling) en vrije tijd (hierbij wil men ondersteuning en in mindere mate advies of bemiddeling) het meest frequent genoemd. School of studie-problemen zijn we niet tegengekomen, problemen in verband met arbeid of het ontbreken daarvan komen vrij sporadisch (bij minder dan 10% van de onderzochte groep) voor.

In hoeverre verschillen* de behoeften van patiënten met verschillende achtergrondkenmerken van elkaar.

De verschillen tussen de drie categorieën patiënten die geïnterviewd zijn, behandelen we in de volgende hoofdstukken. Vooruitlopend daarop kunnen we vermelden dat de hier gepresenteerde verhouding tussen de diverse groepen zorgbehoeften bij alle drie de patiëntencategorieën teruggevonden wordt, met hoogstens verschillen in details:

* We spreken in dit hoofdstuk over trends wanneer de verdeling binnen de subgroepen afwijkt van de verdeling van de randtotalen beneden de toevalsgrens van 10%. We spreken van verschillen beneden een toevalsgrens van 5%. Tenzij anders vermeld wordt de afwijking van de randtotalen getoetst met de Chi-kwadraat toets.

veel behoefte aan huishoudelijke verzorging, dan op A.D.L.-gebied, dan lichaamsverzorging, etc. Kwantitatief gezien uiten bejaarden de meeste zorgbehoeften, ex-ziekenhuispatiënten de minste. Thans behandelen we deze drie groepen tezamen.

Bezien we eerst de verschillen tussen patiënten die wijkverpleegkundige zorg genieten en de groep die niet door een wijkverpleegkundige verzorgd wordt. Tabel 2.3 geeft deze weer.

Tabel 2.3.: het aantal patiënten dat per categorie een zorgbehoefte heeft, uitgesplitst naar patiënten die niet en die wel in wijkverpleegkundige zorg zijn

	geen ww. zorg (N=69)			wel ww. zorg (N=50)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	8	22	-	24	19	-
lichamelijk dysfunctioneren	6	3	3	23	4	4
ADL-functies	27	31	5	19	30	4
verzorging huishouden	59	38	2	47	23	-
<u>materiële factoren</u>	17	10	30	19	11	18
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>	1	23	5	1	15	6
<u>sociale factoren</u>	2	14	16	2	11	10

A = geen wijkverpleegkundige zorg: overnemen;

B = geen wijkverpleegkundige zorg: ondersteunen/c.q. hulp;

C = geen wijkverpleegkundige zorg: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = wel wijkverpleegkundige zorg: overnemen;

E = wel wijkverpleegkundige zorg: ondersteunen/c.q. hulp;

F = wel wijkverpleegkundige zorg: verwijzing/advies/bemiddeling.

De groep in wijkverpleegkundige zorg is duidelijk behoeftiger op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren. Er is een trend dat patiënten met wijkverpleegkundige zorg vaker hulp bij ADL-functies nodig hebben. Voor het overige verschillen beide groepen niet. Niet-wv patiënten hebben evenveel behoeften op materieel, geestelijk en sociaal gebied als wv-patiënten.

Op dezelfde manier gaan we na of er verschillen bestaan tussen patiënten in Zeeland en Twente, patiënten uit de stad en platteland, mannen en vrouwen en alleenwonenden en samenwonenden. In bijlage 2 (B1-B4) zijn de behoeften van de geïnterviewden, telkens in twee groepen uiteengesplitst, weergegeven in tabellen. Hier bespreken we de in het oog vallende verschillen.

Op het gebied van de elementaire factoren zijn de verschillen in behoeften tussen **Zeeland en Twente** niet groot en kunnen, wanneer ze er zijn, hoogstens trends genoemd worden. In Zeeland is minder frequent om overname van zorg op het gebied van lichaamsverzorging en ADL-functies gevraagd, maar men vroeg op deze gebieden in Zeeland weer vaker ondersteuning. De geringe behoefte aan ondersteuning op het vlak van het lichamelijk dysfunctioneren kwam hoofdzakelijk uit Twente, maar Zeeland nam weer de meeste behoeften aan advies en bemiddeling (ook gering in aantal) voor hun rekening. In beide regio's is aan overname en ondersteuning op het vlak van huishoudelijke verzorging het meeste behoefte.

Een groter verschil in zorgbehoeften zien we bij de behoefte aan aanpassingen en gebruik van voorzieningen. 19 van de 59 Zeeuwse ondervraagden en 6 van de 60 Twentse wil bemiddeling of advies op het eerste gebied: we zullen in hoofdstuk 5, zien dat dit verschil alleen bij de subgroep 'bejaarden' naar voren komt. Op het tweede gebied is de situatie omgekeerd, en wil men in Twente meer overname (vijftien tegenover negen geïnterviewden) en ondersteuning (negen tegenover twee geïnterviewden). Een ander verschil dat we hier willen opmerken betreft de zorgbehoeften die voortkomen uit problemen in contact met anderen en met verwerking en acceptatie. Dertien respectievelijk negentien bewoners van Zeeland zouden op deze gebieden ondersteuning willen krijgen tegenover zes respectievelijk acht Twentenaren. Ook hier komt het verschil weer voor rekening van de bejaarden patiënten.

Ook tussen **stad en platteland** is op het gebied van de elementaire factoren slechts sprake van graduele verschillen in zorgbehoefte: In de stad willen meer patiënten hulp bij ADL-functies dan op het platteland (35 tegenover 28). Andere verschillen op dit gebied hebben meer dan 10% kans op toeval te berusten.

Grotere verschillen tussen stad en platteland betreffen de behoefte aan zorg met betrekking tot contacten met anderen, arbeid en vrije tijd. Meer stadspatiënten willen steun waar het contacten met anderen betreft, dan plattelandspatiënten (15 tegenover 4); ook ondersteuning op het gebied van vrije tijd willen stadspatiënten vaker (11 tegenover 4). Op het gebied van arbeid ligt dit andersom: alle behoeften op één na die op dit terrein geuit zijn, zijn van plattelandspatiënten afkomstig.

Mannen hebben relatief minder behoefte aan overname van de verzorging om het huishouden dan **vrouwen**. Ook de behoefte aan overname, hulp of bemiddeling bij het verkrijgen van aanpassingen wordt minder door mannen dan door vrouwen geuit, evenals de behoefte aan steun bij de problemen in contact met anderen.

Alleenwonenden uiten minder vaak de behoefte aan hulp bij lichaamsverzorging en lichamelijke dysfunctioneren. Bijna per definitie komen we bij hen geen behoefte aan steun, bemiddeling of advies inzake opvoedingsproblemen, huwelijksproblemen of gezinsmoeilijkheden tegen. Alleenwonenden uiten weinig behoeften met betrekking tot sociale factoren (uitgezonderd woonbehoeften).

Wanneer we de behoeften van verschillende subgroepen op deze manier in beschouwing nemen, dan is op het gebied van elementaire factoren sprake van een geringer aantal behoeften bij alleenwonenden en bij patiënten die geen wijkverpleegkundige zorg genieten. Men zou hieruit kunnen afleiden dat deze groepen puur lichamelijk gezien minder zwaar gehandicapt zijn, hetgeen de reden kan vormen dat ze alleen wonen, dan wel geen wijkverpleegkundige zorg genieten. De grotere behoefte aan voorzieningengebruik bij de groep met wijkverpleegkundige zorg wijst ook in deze richting. In de andere opzichten zijn hun behoeften echter even groot als van de andere groepen.

Problemen betreffende contacten met anderen roepen bij vrouwen, bij stadsbewoners en bij geïnterviewden uit Zeeland meer behoeften tot steun op. Dat men zich op het platteland minder snel geïsoleerd voelt, lijkt verklaarbaar, op dezelfde manier als dat men blijkbaar eerder hulp bij ADL-functies krijgt. Het verschil in de andere op-

zichten blijft echter een fenomeen waarvoor we geen verklaringen kunnen vinden.

Ook verschillen die in een aantal andere opzichten gevonden zijn, laten zich moeilijk nader duiden, en nemen we hierbij voor kennisgeving aan.

2.3. De gevraagde hulp

Na in het interview zo goed mogelijk geïnventariseerd te hebben op welke gebieden de patiënten een tekort ervaren, waarop dus een zorgbehoefte bestaat, is onder andere nagegaan op welke gebieden ze ook daadwerkelijk om hulp gevraagd hebben, dan wel door andere voor hen om hulp gevraagd is. In een zelfde onderverdeling als bij de zorgbehoefte staat het resultaat van deze vragen weergegeven in tabel 2.4. Ook hier geldt weer dat één patiënt binnen meerdere categorieën een hulpvraag kan stellen. Zo zien we bij onze twee voorbeelden uit de vorige paragraaf dat de volgende hulpvragen gesteld zijn:

Man, 66 jaar, Multipele Sclerose.

Hulpvraag: heeft via GAK bemiddeling gevraagd voor een rolstoel (verkrijgen van hulpmiddelen) en autovervoer (gebruik voorzieningen. Hij heeft geen hulp gevraagd op het gebied van ADL-functies.

Vrouw, 50 jaar, halfzijdig verlamd.

Hulpvraag: heeft hulp gevraagd bij het wassen en aankleden (lichaamsverzorging), bij ADL-functies en verzorging van het huishouden, en bemiddeling om een telefoon bij het bed te krijgen. Voor de gewenste aanpassingen en de contactproblemen heeft ze geen hulp gevraagd aan een hulpverlener of hulpverleningsinstantie.

In tabel 2.2 zijn 689 zorgbehoeften van patiënten onderscheiden. Dit betekent dat patiënten in het interview van 689 gebieden aangeven dat ze daarop een tekort ervaren. In tabel 2.4 zien we dat dit "slechts" op 185 gebieden tot een hulpvraag geleid heeft. Dit kan op tal van zaken wijzen: een gevoeld tekort kan niet dermate ernstig zijn dat men daarvoor ook hulp gaat zoeken, het kan een tekort zijn,

waarin al voorzien wordt zonder dat men om hulp hoeft te vragen. Het kan ook om een tekort gaan, waarvan men niet het idee heeft dat er hulp mogelijk is, of waarvoor men de geijkte wegen tot hulp niet kent.

Men vraagt met betrekking tot de onderscheiden zorggebieden niet in dezelfde mate hulp.

Tabel 2.4.: de soort hulp die door de totale onderzoeksgroep is gevraagd

	overnemen	ondersteunen/ c.q. hulp	verwijzen/ advies/ bemiddeling
<u>elementaire factoren</u>			
lichaamsverzorging	10	12	-
lichamelijk dysfunctioneren	14	3	3
ADL-functies	12	12	6
verzorging huishouden	27	4	2
<u>materiële factoren</u>			
aanpassingen	1	2	6
verkrijgen (hulp)middelen	-	1	11
gebruik voorzieningen	-	3	14
uitleen artikelen	-	-	5
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>			
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	2	2
problemen in contact met anderen	-	2	4
problemen verwerking/acceptatie	-	3	1
<u>sociale factoren</u>			
problemen met woonvormen	1	1	9
school/studie	-	-	-
arbeid	-	-	1
vrije tijd	-	1	5
werkeloosheid	-	1	2

Op het gebied van lichamelijk dysfunctioneren vraagt men in bijna de helft van het aantal gevallen dat een behoefte geuit wordt, om hulp. Ook behoeften aan hulpmiddelen en uitleenartikelen resulteren in ongeveer de helft van de gevallen in een hulpvraag. Lichaamsverzorging, ADL-functies, voorzieningengebruik en sociale problemen zijn gebieden waarin in een kwart tot een derde van de behoeften een hulpvraag geuit wordt. Minder dan een kwart van de behoeften op het gebied van huishoudelijke verzorging, aanpassingen en geestelijke factoren leiden tot een concrete hulpvraag.

Kijken we naar de groep met en de groep zonder **wijkverpleegkundige zorg**. De eerste groep, 42% van de populatie, stelt 54% van de hulpvragen (en heeft 47% van de behoeften geformuleerd). Zie tabel 2.5.

Tabel 2.5.: het aantal patiënten dat per categorie hulp gevraagd heeft, uitgesplitst naar patiënten die niet en die wel in wijkverpleegkundige zorg zijn

	geen ww. zorg (N=69)			wel ww. zorg (N=50)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	3	3	-	7	9	-
lichamelijk dysfunctioneren	5	-	2	9	3	1
ADL-functies	7	7	3	5	5	3
verzorging huishouden	16	3	1	11	1	1
<u>materiële factoren</u>	1	4	17	-	1	11
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>	-	-	2	-	4	5
<u>sociale factoren</u>	1	2	8	-	1	8

A = geen wijkverpleegkundige zorg: overnemen;

B = geen wijkverpleegkundige zorg: ondersteunen/c.q. hulp;

C = geen wijkverpleegkundige zorg: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = wel wijkverpleegkundige zorg: overnemen;

E = wel wijkverpleegkundige zorg: ondersteunen/c.q. hulp;

F = wel wijkverpleegkundige zorg: verwijzing/advies/bemiddeling.

De wv-groep vraagt meer hulp op gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren; dit weerspiegelt haar grotere behoeften op dit gebied. Daarnaast worden bijna alle vragen op het gebied van de geestelijke factoren door wv-patiënten gesteld, terwijl bij de niet-wv groep op dit gebied meer behoeften bestonden (vergelijk tabel 2.3). Nadere analyse van deze hulpvragen wijst uit dat dit slechts in enkele gevallen een hulpvraag aan de wijkverpleging betrof. In feite zijn deze vragen gericht aan een breed scala van personen: huisarts, kerk, wijkverpleging, welzijnswerk, en anderen. De hulpvragen op dit gebied, voor zover de patiënt ze niet zelf stelde, zijn nooit via de wijkverpleging gesteld: de huisarts is in deze het meest genoemd als bemiddelende instantie.

Met betrekking tot gevraagde hulp op het gebied van ADL-functies, verzorging van het huishouden, materiële en sociale factoren verschillen beide groepen niet.

In de bijlage (B5 tot en met B8) is tabel 3 weer uitgesplitst naar de diverse achtergrondkenmerken.

In **Zeeland** zijn meer hulpvragen gesteld dan in **Twente**. 59% van de vragen is uit Zeeland afkomstig, terwijl de behoefte ongeveer even groot was in beide regio's. Er is geen specifiek gebied aan te wijzen waarop dit verschil veroorzaakt wordt.

Een nog groter verschil is er tussen **stad** en **platteland**: 64% van de hulpvragen is in de steden gesteld. Op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren bestaat op het platteland iets meer behoefte, maar stelt men in de stad meer dan twee maal zo veel hulpvragen. 14 van de 16 hulpvragen op geestelijk gebied zijn uit de stad afkomstig, terwijl 32 van de 78 behoeften door stadsbewoners zijn uitgesproken.

Het verschil tussen het aantal hulpvragen van mannen en vrouwen (68% is van vrouwen afkomstig) weerspiegelt min of meer de oververtegenwoordiging van vrouwen in de onderzochte groep. Vrouwen vragen wel vaker om hulp bij verzorging van het huishouden en bij ADL-functies, ook wanneer we de hulpbehoeften in aanmerking nemen.

Alleenwonenden stellen weinig hulpvragen, vergeleken met samenwonenden; niet zozeer op het vlak van de elementaire factoren, en voorzieningengebruik, maar vooral op het vlak van geestelijke en sociale factoren, aanpassingen en het verkrijgen van voorzieningen.

We haalden in het voorgaande reeds even de instanties aan, aan wie de hulpvragen werden gesteld respectievelijk die bemiddelen bij het stellen van hulpvragen.

De meeste expliciete hulpvragen zijn door patiënten zelf gesteld aan de gezinszorg (21x). Bovendien werd 7x een hulpvraag gesteld aan particuliere hulp in de huishouding.

Vervolgens werden (in mindere mate) door patiënten hulpvragen gesteld aan wijkverpleging (6x), huisarts (5x), fysiotherapeut (4x) en AMW (3x)

Het geschiedde vaker dat de patiënt niet zelf hulp vroeg, maar dat een hulpverlener bemiddelde. Dit betrof veelal hulpvragen aan de wijkverpleging; van dit soort vragen is de onderzoeksgroep "wel wijkverpleegkundige zorg" het resultaat. Wijkverpleging werd vooral aangevraagd via het ziekenhuis en via de huisarts.

De overige hulpvragen betroffen vooral gezinszorg en het verkrijgen van aanpassingen en voorzieningen. In ongeveer 30% van de vragen om gezinszorg en 13% van de vragen om aanpassingen bemiddelde de wijkverpleging; het ziekenhuis bemiddelde vaker: in 40% respectievelijk 20% van de gevallen. We vinden deze gevallen vrijwel uitsluitend in de categorie ex-ziekenhuispatiënten. De huisarts bemiddelde ongeveer even vaak als de wijkverpleging. Andere bemiddelaars zijn het AMW en de kerk (beide in minder dan 10% van alle gevallen waarin dergelijke bemiddeling voorkwam).

We kunnen de resultaten van deze paragraaf als volgt samenvatten: lang niet alle zorgbehoeften die we hebben vastgesteld leiden ook tot een concreet gestelde hulpvraag. Vooral bij huishoudelijke verzorging (de meest geuite behoefte!) en bij geestelijke en relationele problemen is dit in het oog springend. Wanneer we de achtergronden van de geïnterviewden in aanmerking nemen wordt een behoefte in de stad, in Zeeland, door vrouwen, door samenwonenden, en door wv-patiënten eerder in een hulpvraag vertaald. Het feit dat deze mensen vaker om hulp bij geestelijke problemen gevraagd hebben, roept de vraag op welke factoren daarbij in het spel zijn: beschikbaarheid van een hulpverlener aan wie men zo'n vraag voor kan leggen? Dan is het toch meestal niet de wijkverpleging die daarin bemiddelt. Wellicht worden wv-patiënten in het algemeen beter in de gaten gehouden. In andere gevallen (plattelandsbewoners) zou men kunnen veronderstellen dat een hulpvraag minder vaak gesteld hoeft te worden, vanwege meer burenhulp of andere sociale systemen waarop een beroep kan worden gedaan. Evenals mannen in het geval van huishoudelijke hulp, hoeven plattelandsbewoners wellicht minder hulp te vragen vanwege de aanwezigheid van informele hulpbronnen. Deze zouden in de

betreffende situatie in zorgbehoeften kunnen voorzien, zonder dat er expliciet om hulp is gevraagd. In dit licht is het echter bevreemdend dat alleenstaanden (in een zeer essentieel opzicht verstoken van mantelzorg) weinig hulpvragen stellen. Een nadere analyse van de ontvangen hulp, en met name van de herkomst van deze hulp, zou op dergelijke vragen meer licht moeten kunnen werpen.

2.4. Ontvangen hulp

Naar aanleiding van de behoeften aan zorg die de patiënten geuit hebben, is uitgebreid met hen gesproken over de hulp die ze bij de verschillende problemen ontvangen hebben. In tabel 2.6 zien we respectievelijk het aantal patiënten dat bij een bepaald probleem geen hulp kreeg, en dus op zelfzorg was aangewezen, het aantal patiënten dat een of andere vorm van hulp door niet-professionelen kreeg geleverd: de mantelzorg, en het aantal patiënten dat een of andere vorm van professionele hulp werd geboden.

Evenals bij tabellen 2.2 en 2.4 geldt weer dat patiënten op een aantal categorieën hulp ontvangen kunnen hebben. Kijken we eerst weer naar onze voorbeelden.

Man, 66 jaar, Multipele Sclerose.

De man krijgt via het GAK de gevraagde hulp op het gebied van hulpmiddelen en gebruik van voorzieningen. Daarnaast zorgt zijn vrouw voor hem op het gebied van ADL-functies. Hij ontvangt dus professionele hulp (bemiddeling) op twee categorieën en mantelzorg (zowel ondersteuning als overnemen) op een derde.

Vrouw, 50 jaar, halfzijdig verlamd.

Zij wordt door haar man geholpen bij de lichaamsverzorging en ADL-functies. Deze heeft ook gezorgd voor aanvragen bij sociale fondsen. Mantelzorg dus op drie categorieën, deels ondersteuning, deels overnemen van zorg. Daarnaast heeft een maatschappelijk werkster bemiddeld bij het krijgen van telefoonaansluiting en wordt huishoudelijk werk overgenomen door een particuliere gezinsverzorgster. Professionele bemiddeling op categorie "verkrijgen van hulpmiddelen" en professionele overname van zorg op "verzorging van de huishouding".

Het totaal staat weergegeven in tabel 2.6.

Tabel 2.6.: de soort hulp die 119 geïnterviewden ontvangen hebben

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	22	18	2	11	26	-	18
lichamelijk dysfunctioneren	33	4	7	6	4	-	10
ADL-functies	12	32	9	29	38	1	54
verzorging huishouden	56	10	-	88	50	-	31
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	2	1	11	2	-	5	11
verkrijgen (hulp)middelen	7	-	16	12	4	3	11
gebruik voorzieningen	10	1	14	20	6	1	20
uitleen artikelen	-	-	5	1	1	1	4
<u>geestelijke/relatiele factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	5
huwelijksmoeilijkheden	-	1	1	-	-	-	6
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	1	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	4	1	-	3	-	11
problemen in contact met anderen	-	7	3	-	9	1	21
problemen verwerking/acceptatie	-	13	1	-	11	-	22
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	2	10	1	1	2	13
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	1	1	1	1	3	-	3
vrije tijd	-	6	3	1	5	3	34
werkeloosheid	1	1	2	1	4	-	3

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Wanneer we de hulp die de geïnterviewden ontvangen op zichzelf bekijken, dan wordt op het gebied van lichamelijk disfunctioneren hoofdzakelijk professionele zorg geboden, op het gebied van huishoudelijke hulp is mantelzorg het belangrijkste, terwijl met name op het gebied van de geestelijke en relationele factoren de patiënt relatief vaak op zichzelf aangewezen is. Aan lichaamsverzorging, ADL-functies, materiële en sociale probleemgebieden dragen professionals, leken en de patiënten zelf in min of meer gelijke mate bij.

Wanneer we de ontvangen zorg in relatie met de behoeften van patiënten bekijken, dan moeten we concluderen dat alleen op het gebied van lichamelijk dysfunctioneren meer **professionele** zorg ontvangen is dan er behoeften geuit zijn.

Indien we alleen die behoeften in beschouwing nemen die door meer dan tien geïnterviewden zijn geuit, dan is aan de volgende behoeften in minder dan de helft van de gevallen op professionele wijze voldaan: **overname van zorg** bij ADL-functies, het verkrijgen van hulpmiddelen en het gebruik van voorzieningen, **hulp of ondersteuning** bij lichaamsverzorging, verzorging van het huishouden, bij problemen in contact met anderen en bij verwerkingsproblemen, en vrijetijdsproblemen, en **bemiddeling, advies, of verwijzing** bij het verkrijgen van aanpassing en en bij vrijetijdsproblemen.

In het algemeen wordt een behoefte aan overname of bemiddeling vaker professioneel vervuld, dan een behoefte aan steun.

Wanneer we professionele hulp en mantelzorg tezamen nemen, dan blijven er op het gebied van materiële, geestelijke, relationale en sociale factoren een aantal behoeften onvervuld.

We krijgen zo een eerste, globaal beeld van vrij grote zorgbehoefte, waarvan een relatief groot deel door mantelzorg wordt opgevangen. Een relatief klein deel resulteert in een concrete zorgvraag en een groter deel dan waarvoor zorg gevraagd wordt, krijgt professionele zorg.

Op geestelijk en sociaal gebied krijgt men minder dan men nodig heeft, maar daar wordt ook niet om gevraagd.

Zoals gezegd is dit beeld globaal, omdat we totalen vergelijken en niet per patiënt nagaan of een bepaalde zorgbehoefte tot een hulpvraag, en die vraag tot ontvangen hulp heeft geleid. In de volgende tabel geven we weer, per zorgcategorie, bij hoeveel patiënten een dergelijke aansluiting "gemist" werd. In de eerste kolom staat, per categorie, hoeveel patiënten binnen die categorie behoeften formuleerden, maar geen hulpvraag stelden, in de tweede kolom, hoeveel

patiënten behoeften formuleerden, maar geen zorg kregen, en in de derde kolom, hoeveel patiënten zorg ontvingen waarvoor ze geen hulpvraag hadden gesteld. Andere discrepanties tussen paren (bijvoorbeeld wel hulpvraag - geen hulp ontvangen) komen nauwelijks voor en zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2.7.: aantal patiënten met discrepanties tussen zorgbehoefte en hulpvraag (kolom 1), zorgbehoefte en ontvangen hulp (kolom 2) en ontvangen hulp en hulpvraag (kolom 3)

	1*	2	3
<u>elementaire factoren</u>			
lichaamsverzorging	43	9	37 (18)
lichamelijk dysfunctioneren	24	2	28 (23)
ADL-functies	74	20	64 (22)
verzorging, huishouden	108	22	104 (36)
<u>materiële factoren</u>			
aanpassingen	31	22	12 (7)
verkrijgen (hulp)middelen	30	9	27 (15)
gebruik voorzieningen	35	13	32 (15)
uitleen artikelen	4	1	3 (1)
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>			
gezins- leefsomoeilijkheden	7	6	1 (1)
huwelijksmoeilijkheden	3	3	- (-)
opvoedingsmoeilijkheden	1	-	1 (-)
confrontatie met andere waarden, normen	6	4	4 (1)
problemen in contact met anderen	21	11	15 (6)
problemen verwerking/acceptatie	26	11	18 (10)
<u>sociale factoren</u>			
problemen met woonvormen	12	10	7 (3)
school/studie	-	-	- (-)
arbeid	5	4	3 (1)
vrije tijd	22	16	9 (4)
werkloosheid	6	2	5 (2)

* 1 = wel hulpbehoefte, geen hulpvraag;

2 = wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

3 = wel hulp ontvangen, geen hulpvraag; en tussen haakjes het aantal keren dat professionele hulp is ontvangen.

Er is op alle elementaire gebieden bij veel patiënten sprake van zorgbehoeften die niet tot een hulpvraag geleid hebben. Dat kan een behoefte aan overname van zorg zijn, een behoefte aan hulp of een behoefte aan advies, bemiddeling of verwijzing. Maar ook behoeften op materieel gebied en behoeften in verband met contact met anderen, acceptatieproblemen en vrijetijdsproblemen leiden bij meer dan twintig van de ondervraagde patiënten niet tot een formele hulpvraag. De meest frequent voorkomende discrepanties in deze hebben betrekking op ADL-functies en verzorging van het huishouden. Bijna 90% van de patiënten heeft geuit behoefte te hebben aan overname, hulp of bemiddeling op deze gebieden, maar geen hulpvraag gesteld.

Dit wil niet zeggen dat ze op die gebieden niet geholpen worden. In de tweede kolom zien we dat er veel minder mensen zijn die naar aanleiding van een geuite behoefte niet op enigerlei wijze hulp ontvangen. Bezien we deze aantallen in relatie tot het aantal geuite behoeften (tabel 2.2), dan blijven vooral behoeften op het materiële, geestelijke en sociale vlak nog al eens - tot rond de 50% - on vervuld. Anderzijds wordt ook regelmatig hulp verleend zonder dat de patiënt aangeeft daarvoor een hulpvraag geformuleerd te hebben (kolom 3). In de meeste gevallen is deze ongevraagde hulp van mantelzorg afkomstig: met name bij ADL-functies en huishoudelijke verzorging neemt deze het grootste deel (ongeveer tweederde) hiervan voor zijn rekening. Lichaamsverzorging, hulp bij lichamelijk dysfunctioneren, en hulp bij het verkrijgen van hulpmiddelen en voorzieningen-gebruik wordt in ongeveer de helft van de gevallen, en bij lichamelijk dysfunctioneren zelfs in meer dan 80%, door professionals ongevraagd geboden.

Patiënten die **wijkverpleegkundige zorg ontvangen** (wv-patiënten) ontvangen meer professionele hulp op het gebied van lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren en ADL-functies (zie tabel 2.8). Ook op het gebied van de geestelijke en sociale factoren is de professionele hulp die deze groep ontvangt, meer omvangrijk. Hulp bij ADL-functies en geestelijke problemen krijgt de niet-wv groep daarentegen meer vanuit het mantelzorgsysteem.

Op het gebied van materiële en sociale factoren zijn de verschillen niet opvallend.

Uit de analyse van de discrepanties die we per patiënt vaststellen (tabel 2.9) blijkt dat wv-patiënten minder vaak hulpbehoeften hebben waarop ze geen hulp ontvangen op het gebied van huishoudelijke verzorging. Op alle andere gebieden verschillen de twee groepen niet, wanneer we letten op niet ontvangen hulp bij aanwezigheid van be-

Tabel 2.8.: de soort hulp die patiënten in wijkverpleegkundige zorg en zonder wijkverpleegkundigezorg ontvangen hebben

wijkverpleegkundige zorg (N=50)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	19	14	2	8	11	-	9
lichamelijk dysfunctioneren	25	3	4	5	1	-	5
ADL-functies	6	17	6	11	16	2	26
verzorging huishouden	29	7	-	41	31	-	9
<u>materiële factoren</u>	10	1	15	15	7	-	22
<u>geestelijke/relatiele factoren</u>	-	12	6	1	3	-	14
<u>sociale factoren</u>	1	5	7	2	5	-	20

geen wijkverpleegkundige zorg (N=69)

<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	3	4	-	3	15	-	9
lichamelijk dysfunctioneren	8	1	3	1	2	-	5
ADL-functies	6	15	3	18	22	-	28
verzorging huishouden	27	3	-	47	19	-	22
<u>materiële factoren</u>	7	1	18	14	3	7	15
<u>geestelijk/relatiele factoren</u>	-	7	-	-	15	1	25
<u>sociale factoren</u>	1	5	9	2	7	3	28

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel 2.9.: aantal patiënten met discrepanties uitgesplitst naar patiënten die niet en die wel in wijkverpleegkundige zorg zijn

	geen ww. zorg (N=69)			wel ww. zorg (N=50)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	19	6	15(2)	24	3	22(16)
lichamelijk dysfunctioneren	6	1	7(4)	18	1	21(19)
ADL-functies	39	10	32(7)	35	10	32(15)
verzorging huishouden	64	17	60(15)	44	5	44(21)
<u>materiële factoren</u>	38	20	24(13)	29	17	25(16)
<u>geestelijke/relatiele factoren</u>	24	15	19(6)	16	7	11(9)
<u>sociale factoren</u>	24	19	13(6)	14	9	8(4)

A = geen wijkverpleegkundige zorg: wel hulpbehoefte, geen hulpvraag;

B = geen wijkverpleegkundige zorg: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

C = geen wijkverpleegkundige zorg: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag;

D = wel wijkverpleegkundige zorg: wel hulpbehoefte, geen hulpvraag;

E = wel wijkverpleegkundige zorg: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

F = wel wijkverpleegkundige zorg: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag.

hoeften.

Wv-patiënten hebben vaker ongevraagd professionele hulp ontvangen op het gebied van alle vier de elementaire factoren. Bij verzorging van het huishouden is het zelfs zo dat de ongevraagde hulp bij niet-ww-patiënten in totaal hoger is dan bij ww-patiënten, maar omdat daarbij het merendeel van mantelzorg afkomstig is, is het absolute aandeel van de professionele hulp bij hen toch lager. In het algemeen geldt dat bij ww-patiënten het merendeel van de ongevraagde hulp

professioneel van karakter is, terwijl bij niet-wv-patiënten gemiddeld 30% van de ongevraagde hulp professioneel is.

Belangwekkend is dat niet-wv-patiënten relatief even weinig onvervulde behoeften op het gebied om lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren hebben als wv-patiënten, en dat wv-patiënten op materieel, geestelijk en sociaal gebied een vergelijkbaar aantal onvervulde behoeften hebben als niet-wv-patiënten. Er is geen sprake van meer onbehandelde problematiek op plaatsen waar de wijkverpleging niet komt, oftewel, deze zorg komt voor een groot deel op de goede plaats.

Vergelijking van de ontvangen hulp in **Zeeland en Twente** (zie voor deze en volgende uitsplitsingen de bijlage: tabel B9 tot en met B20) wekt de indruk dat in Zeeland minder ADL-functies door professionals of mantelzorg worden overgenomen, dan in Twente. In Zeeland wordt vaker bemiddeld om aanpassingen te verkrijgen, en ontvangen patiënten meer steun bij problemen in contact met anderen en verwerkingsproblemen. Behalve het eerste genoemde verschil was in alle andere gevallen ook sprake van meer behoeften op de betreffende gebieden. Wanneer we dan ook de discrepanties tussen behoefte, gevraagde en ontvangen zorg in beschouwing nemen voor de twee regio's, dan zijn de verschillen niet groot, en voor zover aanwezig terug te voeren tot behoefteverschillen.

Stadspatiënten ontvangen wat meer professionele hulp op het gebied van ADL-functies en verzorging van het huishouden dan **plattelandspatiënten**. De laatsten krijgen meer hulp op het gebied van sociale factoren wanneer we die alle te zamen nemen: vooral hulp op het gebied van wonen en arbeid draagt hiertoe bij. De verschillen in ontvangen hulp tussen stad en platteland zijn in het algemeen niet groot te noemen. In hoeverre de verschillen die er zijn, voortkomen uit een verschil in behoeften, wijst de analyse van discrepanties uit; op de genoemde punten: ADL-functies, huishoudelijke verzorging en sociale factoren, zijn de discrepanties niet zo groot: verschillen in ontvangen hulp weerspiegelen min of meer bestaande behoefteverschillen.

Vrouwen ontvangen op het gebied van alle elementaire factoren meer professionele hulp dan **mannen**. Op het gebied van huishoudelijke verzorging ontvangen ze ook meer mantelzorg. Op drie van de vier elementaire gebieden (ADL-functies is een uitzondering) doen vrouwen

ten slotte ook meer zelf.

Vrouwen krijgen ook meer professionele hulp op het gebied van de geestelijke problematiek.

In hoeverre deze verschillen een weerspiegeling zijn van een grotere hulpbehoefte onder vrouwen, kunnen we weer het beste onderzoeken door na te gaan bij hoeveel mannen en vrouwen op diverse gebieden behoeften onbevredigd zijn gebleven, dan wel hulp ongevraagd toch verleend is. Vrouwen hebben op het gebied van materiële factoren en contactproblemen vaker behoeften waarop ze geen hulp vragen dan mannen. Ze hebben ook relatief vaker geen hulp ontvangen op deze gebieden. Hun behoefte in deze opzichten was ook groter.

Vrouwen ontvangen op een aantal terreinen meer ongevraagde professionele hulp dan mannen, maar dit geschiedt vooral op terreinen waarop ze meer behoeften hebben uitgesproken (huishoudelijke verzorging, contact- en aanpassingsproblemen).

Het verschil tussen **alleenwonenden** en **niet-alleenwonenden** in de hoeveelheid ontvangen hulp is vooral gelegen in de hoeveelheid mantelzorg die zij ontvangen. Niet-alleenwonenden worden vaker door iemand uit hun omgeving, veelal de partner, geholpen op het gebied van lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren, ADL-functies, en bij geestelijke en sociale factoren. Op het gebied van ADL-functies ontvangen alleenwonenden relatief wat meer professionele zorg (dit is ook zo op het gebied van huishoudelijke verzorging).

Op andere gebieden waarop alleenstaanden minder mantelzorg ontvangen is geen sprake van meer professionele zorg of zelfzorg. Het totaal aan verkregen zorg is voor alleenwonenden relatief geringer dan voor niet-alleenwonenden. In hoeverre dit met een geringere behoefte te maken heeft, wijzen de discrepanties die bij beide groepen vastgesteld zijn uit: Alleenwonenden geven ongeveer in dezelfde mate discrepanties aan als samenwonenden, maar bij hen verleent relatief vaker en professionele hulpverlener ongevraagd hulp.

Hoe komt het nu dat iemands behoefte aan zorg niet in een hulpvraag vertaald wordt respectievelijk dat er geen hulp ontvangen wordt.

Het feit dat men al contact heeft met wijkverpleegkundigen heeft niet tot gevolg dat men eerder vragen tot professionele hulpverleners richt: de discrepanties tussen behoefte en gevraagde zorg waren bij de wv-groep in de regel niet kleiner dan bij de niet-wv-groep. Met betrekking tot het typisch lichamelijke aspect waren ze eerder groter. Wel krijgen deze mensen vaker ongevraagd professionele hulp op een aantal aspecten - alle elementaire factoren -, en dit maakt

dat ze bijvoorbeeld op het gebied van huishoudelijke verzorging minder behoeften hadden waarop geen hulp was ontvangen. De reeds aanwezige zorg heeft een surveillerende functie.

Het sociale netwerk waarbinnen men zich bevindt, oefent voor zover we tot nu toe gezien hebben, maar een marginale invloed uit op het al dan niet stellen van hulpvragen, respectievelijk het ontvangen van hulp: in stad en platteland zijn de discrepanties tussen behoefte en hulpvraag, respectievelijk ontvangen hulp niet erg verschillend; een alleenstaande krijgt ongeveer in dezelfde mate hulp naar behoefte als iemand die samen met anderen woont. Mantelzorg functioneert in stad en platteland ongeveer op dezelfde wijze; waar alleenwonenden minder mantelzorg krijgen is meer professionele hulp aanwezig.

Vermoedelijk zijn er andere factoren van invloed op de mate waarin behoeften niet vervuld worden. Deels worden ze niet vervuld omdat mensen er niet om vragen. Het al dan niet om hulp vragen bleek niet afhankelijk van de leeftijd van de respondent, de kennis die men omtrent de taken van de kruisorganisatie had of de mate waarin men zichzelf deskundig achtte om te bepalen welke hulp men nodig had. In deze zin levert het onderzoek geen duidelijkheid in de kwestie waarom hulp niet gevraagd wordt.

We zagen echter dat hulp vragen geen noodzakelijke voorwaarde is voor hulp krijgen. Mensen die vaker geen hulp ontvangen terwijl ze wel de behoefte hebben, zijn alleenwonenden die slechts zelden bezoek van anderen (buren, vrienden) krijgen. Dit betreft echter 9 van de 119 respondenten die in deze categorie vallen. Andere mogelijke verklaringen leverden in dit opzicht weer weinig op.

2.5. De hulpverleners

Uit het voorgaande bleek dat bijna alle geïnterviewden op een of andere wijze hulp ontvangen van anderen. Op deze plaats willen we ingaan op degenen die deze hulp verlenen al dan niet uit hoofde van hun beroep.

De onderzoeksopzet droeg ertoe bij dat vooral degenen die in wijkverpleegkundige zorg zijn werden geïnterviewd. 50 geïnterviewden krijgen zorg van de wijkverpleegkundige, variërend van dagelijks contact tot enkele maandelijkse visities. Voor een klein deel van deze groep (16 geïnterviewden) is dit de enige professionele zorg

Tabel 2.11.: aantal geïnterviewden per hulpverlener of hulpverlenende instantie

hulpverlener	totaal
wijkverpleging	50
huisarts	13
gezinszorg	24
AMW	5
fysiotherapie	18
overigen	37

die ontvangen wordt, in de meeste gevallen is sprake van wijkverpleegkundige zorg te zamen met hulp van andere hulpverleners.

Ongeveer 20% van de geïnterviewden ontvangt hulp van de gezinsverzorging, onder degene in wijkverpleegkundige zorg ligt dit percentage iets hoger dan voor hen die geen wijkverpleegkundige zorg ontvangen.

Onder andere om redenen van financiële aard (voor sommigen drukt de eigen bijdrage voor de gezinsverzorging te zwaar op het budget) koos een veertiental patiënten voor een particuliere hulp in de huishouding.

Een kleine 10% van de patiënten ontvangt veel zorg van de huisarts. De arts komt wekelijks ongevraagd langs of is op een andere wijze intensief betrokken bij de thuiszorg.

Een van de andere hulpverleners die naast wijkverpleegkundige, gezinsverzorgster of huisarts contact heeft met de patiënt is de fysiotherapeut. Achttien van de geïnterviewden ontvangen deze zorg, veelal komt de fysiotherapeut thuis langs en is sprake van een langdurige behandeling. Slechts vijf geïnterviewden hebben naast andere hulpverleners contact met het AMW. Andere professionele hulpverleners die bij de zorg voor de geïnterviewden betrokken zijn, verschillen veelal per individuele situatie. Zo krijgen enkelen zorg via het GAK, via het maatschappelijk werk van een nabij gelegen bejaardenhuis of bij voorbeeld van de bond voor oorlogsslachtoffers. In de volgende hoofdstukken komt aan de orde welke hulpverleners betrokken zijn bij de specifieke groepen geïnterviewden.

Het leeuwenaandeel in de zorgverlening bleek in dit onderzoek afkomstig van mensen uit de omgeving van de patiënt, de zogenaamde man-

telzorg. 20% van de geïnterviewden krijgt alléén deze zorg en heeft geen contact met professionele hulpverleners.

Geïnterviewden ontvangen zorg van hun partner, buitenhuiswonende kinderen, andere familieleden, burens, of andere geregelde bezoekers. Uit de interviews bleek dat zich veelal een patroon heeft gevormd van geregelde afspraken en samenwerking. Op de dagen dat de wijkverpleegkundige niet komt, komt de dertig kilometer verderop wonende dochter langs om te helpen bij het aankleden, deze neemt dan tevens de vuile was mee of brengt hem terug. De zeventigjarige echtgenoot van een bejaarde, veel zorg behoevende, vrouw gaat met een stofdoek door het huis vóór de gezinsverzorgster komt, opdat zij meer tijd heeft voor het zwaardere werk. Een gehandicapte vrouw wordt door haar zuster die in hetzelfde dorp woont, uit bed geholpen en krijgt haar boodschappen via jongetjes uit de buurt, die ieder op hun eigen dagen na schooltijd langskomen om te informeren wat er nodig is.

Voor elke individuele geïnterviewde valt op dergelijke wijze een schets te geven van het mantelzorgsysteem. Enkele cijfers werpen tevens licht op de wijze waarop de mantelzorg gestalte krijgt voor de hele groep geïnterviewden.

Uit het voorgaande is al gebleken dat we 39 alleenwonenden interviewden en 80 personen die met één of meerdere mensen in huis wonen. Van deze 80 personen heeft minder dan de helft thuiswonende kinderen en deze zijn slechts in enkele gevallen ouder dan 14. Dit wil zeggen dat indien er kinderen thuis wonen deze vaak zelf zorgbehoevend zijn en niet tot het mantelzorgsysteem kunnen worden gerekend. Andere samenwoonvormen komen nauwelijks voor.

Een viertal geïnterviewden woont bij getrouwde kinderen in en ontvangt hiervan veel zorg. In het algemeen mag dus geconcludeerd worden dat voor directe mantelzorg veelal uitsluitend op de partner van de geïnterviewden wordt teruggevallen.

Buitenshuis wonende kinderen en schoonkinderen vormen hierna de grootste groep "mantelzorgers". De onderlinge afstand en de hoeveelheid vrij in te delen tijd, bepalen veelal in hoeverre deze worden ingeschakeld. Te zamen met andere familieleden en burens zorgen zij voor een gemiddelde van tenminste zes wekelijkse contacten! Er zijn echter grote verschillen per geïnterviewde in de hoeveelheid bezoekers. Ongeveer 20% ziet dagelijks iemand, voor meer dan de helft is dit in ieder geval drie keer in de week of vaker. Eenderde deel van de geïnterviewden echter heeft, naast de professionele hulpverleners, geen familieleden, vrienden of burens die meer dan incidenteel langskomen.

2.6. Conclusies

Er leeft in de onderzochte populatie een grote behoefte aan hulp. Behoefte aan overname van en hulp bij huishoudelijke taken heeft vrijwel iedere ondervraagde; meer dan de helft heeft behoeften op het gebied van lichaamsverzorging en ADL-functies en een niet on-aanzienlijke hoeveelheid noemt lichamelijk dysfunctioneren, materiële factoren, contact- en verwerkingsproblemen, woonproblemen en vrijetijdsproblemen.

Behalve op het puur lichamelijke vlak en op het gebied van voorzieningen zijn de behoeften van de niet-wv-groep even groot als die van de wv-groep.

Groepen personen die op andere achtergrondkenmerken verschillen, vertonen in de meeste gevallen een zelfde behoeftenpatroon. Uitzonderingen tussen de regio's zijn er op het gebied van aanpassingen, voorzieningengebruik en geestelijke problemen. Stadsbewoners hebben meer behoefte aan zorg bij contactproblemen en vrijetijdsproblemen. Mannen hoeven minder huishoudelijke, alleenwonenden minder lichamelijke verzorging.

Naar aanleiding van een zorgbehoefte wordt vaker niet dan wel hulp gevraagd. Welke factoren dit vragen om hulp beïnvloeden is niet duidelijk geworden: de rol van de wijkverpleging hierbij is op diverse manieren onderzocht, maar levert geen verklaring op voor het hulpvragen: wv-patiënten hebben meer hulp gevraagd op lichamelijk gebied (maar hier is de hulpvraag oorzaak en geen gevolg) en op geestelijk gebied (maar bij die vragen speelde de wijkverpleegkundige maar een ondergeschikte rol). De kennis die men van het Kruiswerk heeft speelt geen rol. De geïnterviewde Zeeuwen en stadspatiënten vragen meer hulp, terwijl in deze groepen de wijkverpleegkundige zorg iets ondervertegenwoordigd is.

Geen hulp vragen betekent niet geen hulp ontvangen. Vooral op het gebied van de elementaire factoren wordt vaak ongevraagd hulp geboden: dit geschiedt in het geval van huishoudelijke hulp en hulp bij ADL-functies overigens het meest door mantelzorg. Bij categorieën waar mantelzorg structureel minder aanwezig is (alleenwonenden) neemt echter de professionele hulp toe. Naast de wijkverpleging speelt daarbij de gezinszorg, fysiotherapie en huisarts de belangrijkste rol.

Deze hulp maakt dat bij elementaire factoren behoeften maar zelden on vervuld blijven, maar dat relatief vaak mensen zonder hulp blijven op het gebied van aanpassingen, voorzieningengebruik, contact en verwerkingsproblemen, woon- en vrijetijdsproblemen.

3. CHRONISCH ZIEKEN EN GEHANDICAPTEN

3.1. Selectie van chronisch zieken en gehandicapten

Een derde van de groep geïnterviewden bestaat uit chronisch zieken en gehandicapten. Onder chronisch ziek of gehandicapt willen we verstaan (in dit onderzoek):

patiënten die zodanige klachten hebben dat ze beperkt worden in hun dagelijks functioneren en daarbij hulp nodig hebben en die weinig of geen uitzicht hebben op herstel.

In het hierna volgende schema is aangegeven hoe de werkelijke verdeling over de selectiecriteria is voor de groep chronisch zieken en gehandicapten.

Schema 3.1.: verdeling van veertig chronisch zieke en gehandicapte patiënten over regio, urbanisatiegraad, ontvangen zorg en woonvorm

regio (20-20)	stad-platteland (20-20)	geen/wel wv-zorg (23-17)	samenw.: alleenw. (28-12)
Zeeland 20	stad 10	geen wvz: 7	5:2
		wel wvz: 3	1:2
	platteland 10	geen wvz: 5	3:2
		wel wvz: 5	4:1
Twente 20	stad 10	geen wvz: 5	3:2
		wel wvz: 5	4:1
	platteland 10	geen wvz: 6	5:1
		wel wvz: 4	3:1

De scheve verdeling wel/geen wv-zorg en alleenwonenden niet-alleenwonenden, die we in het totaal overzicht opmerkten, keert terug bij de groep chronisch zieken. In deze opzichten zijn soms concessies gedaan om aan het juiste aantal patiënten te komen. Een ander punt waarop we concessies hebben moeten doen is de leeftijd. In principe was als voorwaarde gesteld dat de leeftijd voor de chronisch zieken/gehandicapten tussen 18 en 65 moest liggen. Met name de bovengrens bleek een probleem te vormen; deze grens was gehanteerd omdat er bij patiënten boven de 65 jaar mogelijk bejaardenproblematiek gaat meespelen en we deze problematiek apart bij de groep bejaarden zullen onderzoeken. De hierna volgende tabel geeft de verdeling van de leeftijd en het geslacht van de groep chronisch zieken en gehandicapten.

Tabel 3.1.: leeftijd en geslacht van de groep chronisch zieken en gehandicapten

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
jonger dan 29	1	1	2
30 - 39	2	4	6
40 - 49	2	2	4
50 - 59	4	8	12
60 - 65	4	6	10
boven de 65	4	2	6
totaal	17	23	40

Ruim twee derde van de geïnterviewden is ouder dan 50 jaar zo blijkt uit de voorgaande tabel. Volgens de huisartsen die de patiënten "geleverd" hebben is het overgrote deel van de chronisch zieken en gehandicapten uit hun patiënten boven bestand de 50 jaar.

Om de bejaardenproblematiek zo min mogelijk te laten meespelen zijn de patiënten boven de 65 jaar zodanig geselecteerd dat hun zorgbehoeften vooral te maken hebben met een concrete aandoening (bijvoorbeeld gebroken heup) en niet met problemen die samenhangen met bejaard zijn (bijvoorbeeld vergeetachtig, snel moe).

Van de groep chronisch zieken en gehandicapten heeft de helft al langer dan tien jaar een aandoening. Slechts vijf patiënten hebben de aandoening gedurende een jaar of korter.

Chronisch ziek zijn of gehandicapt betekent ook vaak dat men niet kan werken. 36 van de 40 patiënten verrichten dan ook geen beroepsarbeid; driekwart van de groep heeft ook nooit betaalde arbeid verricht.

Gevraagd is tijdens het interview naar het verloop van de aandoening in de loop der tijd en naar de verwachtingen voor de toekomst: de helft van de geïnterviewden gaf aan dat de aandoening in het verleden is verergerd en dat voor de toekomst een verdere achteruitgang wordt verwacht. Bijna een kwart van de groep verwacht dat de aandoening stabiel zal blijven en slechts acht patiënten verwachten een verbetering. Deze uitkomst impliceert dat de zorgbehoeften van driekwart van de chronisch zieken en gehandicapten zullen blijven bestaan en dat de zorgbehoeften van de helft van de groep zullen toenemen.

We zullen in dit hoofdstuk eerst onderzoeken welke zorgbehoeften chronisch zieken en gehandicapten hebben, welke hulpvragen ze gesteld hebben en welke hulp ze ontvangen hebben: op dezelfde manier als dit geschiedde voor de totaalpopulatie wordt vervolgens gelet op de discrepanties tussen zorgbehoefte, gevraagde hulp, en ontvangen hulp. In het vorige hoofdstuk is daarbij steeds de invloed van de onderscheiden achtergrondkenmerken in beschouwing genomen, dit doen we bij deze subgroep en ook bij de twee volgende subgroepen meer oppervlakkig, omdat gevonden verschillen bij 40 geïnterviewden al gauw toevalstreffers zijn. We zullen met name nagaan of we de trends die we bij de totaalpopulatie tegenkwamen ook bij deze subgroepen aantreffen.

Na analyse van behoeften, vraag, en ontvangen hulp richten we ons in dit hoofdstuk op de beoordeling die chronisch zieken en gehandicapten van de ontvangen hulp geven. Ten slotte bespreken we de mogelijkheden tot verandering van de hulp, de wensen die patiënten in dit opzicht hebben en de consequenties hiervan voor het beleid. Een discussie over de resultaten met betrekking tot deze specifieke subgroep sluit dit hoofdstuk af.

3.2. De behoefte aan zorg van chronisch zieken en gehandicapten

Zoals in tabel 2.2 de zorgbehoefte van de toaalpopulatie is weergegeven, zo staat in tabel 3.2 de zorgbehoefte van de chronisch zieken en gehandicapten.

Tabel 3.2.: zorgbehoeften van veertig chronisch zieken en gehandicapte patiënten (absolute getallen)

	overnemen	ondersteunen/ c.q. hulp	verwijzen/ advies/ bemiddeling
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	10	13	-
lichamelijk dysfunctioneren	9	1	2
ADL-functies	16	22	4
verzorging huishouden	33	23	1
materiële factoren			
aanpassingen	3	2	5
verkrijgen (hulp)middelen	3	1	2
gebruik voorzieningen	4	4	3
uitleen artikelen	-	1	-
geestelijke/relatieve factoren			
gezins- leefmoeilijkheden	-	2	-
huwelijksmoeilijkheden	-	3	-
opvoedingsmoeilijkheden	1	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	3	-
problemen in contact met anderen	1	8	-
problemen verwerking/acceptatie	-	10	-
sociale factoren			
problemen met woonvormen	2	2	1
school/studie	-	-	-
arbeid	-	3	3
vrije tijd	1	9	-
werkloosheid	-	3	1

Veruit de meeste behoeften liggen op het gebied van de elementaire factoren. Overname of uitvoering van taken op het gebied van lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren, ADL-functies en verzorging van het huishouden is voor veel geïnterviewden een belangrijke wens. Ondersteuning bij lichaamsverzorging, ADL-functies en verzorging van het huishouden eveneens; ondersteuning is ook vaak nodig op sommige gebieden op het geestelijke en sociale terrein: ten minste 20% van de ondervraagden zit met problemen in contact met an-

deren, acceptatieproblemen en vrijetijdsproblemen, waarvoor ze steun of hulp wensen.

Wanneer we de frequent genoemde zorgbehoeften meer in detail bekijken (zie het gedetailleerde interviewschema) dan wordt overname van zorg vooral gevraagd voor gedeeltelijke verzorging (voeten, haar, nagels), medicijntoediening, hulp bij licht huishoudelijk werk, boodschappen doen, zware huishoudelijke bezigheden, kleren verzorgen en de was. Steun en hulp wil men voor wasbeurten, aankleden, licht huishoudelijk werk, koken, boodschappen, kleren verzorgen, de was, voor het leggen van contacten en voor de verwerking van de eigen handicap.

Behoeften op het gebied van elementaire en geestelijke/relatiele factoren van chronisch zieken en gehandicapten vormen een redelijke afspiegeling van de behoeften zoals we die voor de totaalpopulatie vaststellen (vergelijk tabel 2.2). Deze subgroep heeft relatief weinig behoeften op materieel gebied en op sociaal gebied, wanneer het om advies, verwijzing of bemiddeling gaat. Daarentegen bestaan er relatief veel behoeften aan ondersteuning en overname van zorg op sociaal gebied (van de 34 keer dat een patiënt op deze gebieden een behoefte uit - zie tabel 2.2 - betreft het 20 keer een chronisch zieke, terwijl deze maar een derde van de populatie uitmaken).

Voor de hele onderzoekspopulatie is in het vorige hoofdstuk nagegaan in hoeverre respondenten met verschillende achtergronden ook andere behoeften hadden. We geven hier aan in hoeverre de daar gevonden trends terugkomen bij deze specifieke subgroep.

Verschillen tussen **Zeeland en Twente** in zorgbehoeften zijn in de gehele groepen voor de meeste gebieden gering, bij de groep 'chronisch zieken' vinden we geen verschillen.

Van de aangetroffen verschillen tussen **stad en platteland** komt er één bij de groep chronisch zieken duidelijk naar voren: problemen in contact met anderen zijn voor de overgrote meerderheid van stadspatiënten afkomstig.

Het verschil in behoefte aan steun bij huishoudelijk werk en contacten met anderen dat bij de totaalgroep tussen **mannen en vrouwen** werd aangetroffen, vinden we in deze subgroep terug.

Chronisch zieke mannen willen meer overname van ADL-taken dan chronisch zieke vrouwen. Ook zijn alle behoeften aan bemiddeling en ondersteuning bij arbeidsproblemen door mannen geuit. Deze verschillen tussen mannen en vrouwen vinden we niet in de totaalgroep terug.

Alleenstaanden (n=12) hebben nauwelijks behoeften die binnen de

categorie 'lichamelijk dysfunctioneren' vallen. Van de zeven keer dat een behoefte te maken heeft met woonvormen, is dit vier keer door een alleenstaande geuit, wat uit de aard der zaak niet vreemd is. Voor het overige zijn de zorgbehoeften van alleenwonenden niet anders dan die van chronisch zieken die met anderen samenwonen. Dezelfde trends bespeurden we in de totale populatie.

Bij de groep chronisch zieken en gehandicapten die wijkverpleegkundige zorg genieten bestaat relatief een grotere behoefte aan overname van functies op het elementaire vlak, behalve verzorging van het huishouden. Voor het overige zijn de aantallen te klein om zinvol uitspraken over te doen. Ook in deze volgen de chronisch zieken de algemene trends.

Samenvattend concluderen we dat de grootste zorgbehoefte van chronisch zieke patiënten op het vlak van de elementaire verpleging en verzorging, en van de geestelijke opvang van de consequenties van de handicap ligt. De behoefte aan hulp bij lichamelijk dysfunctioneren, bij het uitoefenen van algemeen dagelijkse levensverrichtingen en bij lichaamsverzorging is groter bij patiënten die wijkverpleegkundige zorg ontvangen. Geestelijke opvang wordt vooral door patiënten die uit de steden afkomstig zijn, gewenst.

De meest frequent geuite behoefte, overname van dan wel ondersteuning bij huishoudelijk werk, wordt door vrijwel alle vrouwen en door een meerderheid van de mannen genoemd. Ondersteuning en bemiddeling van arbeid lijkt de mannelijke pendant van de behoefte aan hulp in de huishouding te zijn.

Deze conclusies zijn grotendeels dezelfde als naar aanleiding van het totaaloverzicht van zorgbehoeften getrokken konden worden.

3.3. De hulp die door chronisch zieken en gehandicapten gevraagd is

De daadwerkelijk gevraagde hulp, onderscheiden naar soort hulp en naar gebied waarop hulp gevraagd wordt, staat voor de chronisch zieken weergegeven in tabel 3.3 (zie volgende pagina).

In relatie tot de zorgbehoefte wordt op het gebied van lichamelijk dysfunctioneren vaak hulp gevraagd. Op het gebied van lichaamsverzorging, hulpmiddelen (= voorzieningengebruik) en een aantal sociale problemen gebeurt dit in ongeveer de helft van de gevallen. Naar aanleiding van de meest frequent genoemde zorgbehoeften, op het gebied van ADL-functies en huishoudelijke verzorging wordt maar in 40% respectievelijke 22% van de gevallen een hulpvraag gesteld. 28 ge-

Tabel 3.3.: de soort hulp die door veertig chronisch zieken en gehandicapten is gevraagd

	overnemen	ondersteunen/ c.q. hulp	verwijzen/ advies/ bemiddeling
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	5	6	-
lichamelijk dysfunctioneren	9	1	2
ADL-functies	5	7	5
verzorging huishouden	10	2	1
materiële factoren			
aanpassingen	-	-	1
verkrijgen (hulp)middelen	-	1	2
gebruik voorzieningen	-	2	4
uitleen artikelen	-	-	-
geestelijke/relatieve factoren			
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	-
problemen in contact met anderen	-	-	-
problemen verwerking/acceptatie	-	2	1
sociale factoren			
problemen met woonvormen	1	-	2
school/studie	-	-	-
arbeid	-	-	1
vrije tijd	-	1	2
werkloosheid	-	1	1

noemde behoeften op het gebied van geestelijke en relationele factoren resulteren in vijf hulpvragen, terwijl behoefte aan aanpassingen eveneens zelden tot een hulpvraag leidt.

In concreto vraagt men met name om hulp bij of overname van wasbeurten en aankleden (lichaamsverzorging), wondverzorging en medicijn toedienen (lichamelijk dysfunctioneren), passief oefenen (ADL-functie), zwaarder huishoudelijk werk, kleding en wasverzorging (huishouding).

De hier genoemde vragen om hulp bij lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren en ADL-functies maken relatief een groot deel uit van het totaal aan hulpvragen op dit vlak (volgens tabel 2.3).

Verschillen tussen **Zeeland en Twente** zijn er niet in dit opzicht; in beide regio's wordt per categorie ongeveer een zelfde proportie van de zorgbehoeften op het gebied van lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren, ADL-functies en huishoudelijke verzorging in een hulpvraag vertaald. Het in de totaal-populatie gevonden verschijnsel dat in Zeeland meer hulpvragen gesteld worden dan in Twente is niet afkomstig van de groep chronisch zieken.

Vergelijken we **stad en platteland** dan valt het op dat op het platteland nauwelijks gevraagd is om verzorging van het huishouden: drie van de dertien hulpvragen op dit gebied zijn van plattelandspatiënten afkomstig, terwijl de zorgbehoefte op stad en platteland ongeveer even groot was.

Vreemd genoeg vonden we in het totaal overzicht weliswaar meer hulpvragen die door stadsbewoners, gesteld waren, maar juist geen verschil met betrekking tot huishoudelijke verzorging.

Verschillen tussen chronisch zieke **mannen en vrouwen** komen niet veel voor en zijn dezelfde die we in de totaalgroep aantreffen: vrouwen stellen meer vragen om verzorging van het huishouden, ook wanneer we de grotere behoefte in deze bij vrouwen in aanmerking nemen.

De trends die we voor **alleenwonenden** in de totaalgroep opmerkten, komen niet terug in de groep chronisch zieken: Bij chronisch zieke alleenwonenden worden behoeften op het gebied van ADL-functies en huishoudelijke verzorging maar zelden in een concrete hulpvraag vertaald.

De patiënten die **wijkverpleegkundige** zorg genieten hebben vaker hulp gevraagd op het gebied van lichaamsverzorging; op andere gebieden zijn verschillen met de niet-wv-groep niet duidelijk.

Resumerend valt het op dat, uitgezonderd de categorieën lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren, gebruik van hulpmiddelen en een aantal sociale problemen, het merendeel der zorgbehoeften niet leidt tot een concrete vraag om hulp. In sommige gevallen - ADL-functies, huishoudelijke hulp - is weliswaar regelmatig hulp gevraagd, maar blijkt de hulpbehoefte veel groter te zijn.

3.4. De hulp die chronisch zieken en gehandicapten ontvangen hebben

Tabel 3.4 geeft op de gebruikelijke wijze aan welke hulp ontvangen is door de chronisch zieken en gehandicapten.

De conclusie uit het vorige hoofdstuk betreffende de zwaartepunten van professionele, mantel- en zelfzorg gaat in zijn geheel op voor chronisch zieken: professionele zorg staat bij het lichamelijk dysfunctioneren centraal, en speelt mede een rol bij lichaamsverzorging, ADL-functies, huishoudelijk verzorging (relatief gaat het hier om een bescheiden rol) en materiële en sociale problemen. De mantelzorg neemt met name de huishoudelijke verzorging voor zijn rekening, terwijl de meeste patiënten zelf hun geestelijke problemen opknappen.

Kijken we voor de groep chronisch zieken naar de discrepanties tussen zorgbehoefte, zorgvraag en ontvangen hulp, dan blijkt in tabel 3.5 dat veel patiënten (meer dan de helft) in het interview zorgbehoeften op het gebied van ADL-functies en verzorging van het huishouden hebben geuit, terwijl ze geen hulpvraag tot een of andere hulpverleningsinstantie hebben gericht. In mindere mate is dit ook het geval bij de categorieën 'lichaamsverzorging', 'aanpassingen', 'problemen in contacten met anderen', 'acceptatieproblemen' en 'vrijetijdsproblemen'. 20% tot 30% van de respondenten gaf aan hieraan behoefte te hebben zonder een hulpvraag te stellen.

In een aantal gevallen leidt dit niet-stellen van een hulpvraag bij wel aanwezige behoefte ertoe, dat men op dat gebied ook geen hulp krijgt. Van de hiervoor genoemde probleemcategorieën geschiedt dat relatief vaak bij de behoeften aan aanpassingen, contact, hulp bij acceptatie en bij vrijetijdsproblemen. Voor de categorieën 'lichaamsverzorging', 'ADL-functies' en 'verzorging van het huishouden' zien we - in de derde kolom - dat er relatief zeer vaak ongevraagd hulp wordt ontvangen. Deze ongevraagde hulp wordt in de meeste gevallen door echtgeno(o)t(e) of kinderen gegeven, maar een patiënt ontvangt ook ongevraagd professionele hulp (zie kolom 3, tussen haakjes). Vermoedelijk komt deze hulp van hulpverleners die aangaande andere zorggebieden al contact met de patiënten had. Het gehele geschetste patroon aan discrepanties komt overeen met dat van de totaalgroep (tabel 2.5).

Tabel 3.4.: de soort hulp die veertig chronisch zieken en gehandicapten ontvangen hebben

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
elementaire factoren							
lichaamsverzorging	5	6	1	3	9	-	11
lichamelijk dysfunctioneren	11	1	1	1	1	-	1
ADL-functies	5	12	4	12	17	-	22
verzorging huishouden	15	2	-	28	17	-	11
materiële factoren							
aanpassingen	2	-	2	-	-	2	4
verkrijgen (hulp)middelen	3	-	3	1	-	1	3
gebruik voorzieningen	1	1	2	3	-	1	10
uitleen artikelen	-	-	-	-	-	-	-
geestelijke/relatieve factoren							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	1
huwelijksmoeilijkheden	-	1	1	-	-	-	3
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	1	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	-	-	1	-	6
problemen in contact met anderen	-	2	-	-	4	-	12
problemen verwerking/acceptatie	-	6	1	-	4	-	10
sociale factoren							
problemen met woonvormen	-	1	3	1	-	-	3
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	1	-	2	-	2
vrije tijd	-	4	-	-	2	-	9
werkloosheid	1	1	2	1	3	-	2

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel 3.5.: aantal chronisch zieken met discrepanties tussen zorgbehoefte en hulpvraag (kolom 1), zorgbehoefte en ontvangen hulp (kolom 2) en ontvangen hulp en hulpvraag (kolom 3)

	1*	2	3
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	12	3	10 (1)
lichamelijk dysfunctioneren	2	-	2 (1)
ADL-functies	24	4	25 (4)
verzorging, huishouden	34	7	32 (8)
materiële factoren			
aanpassingen	8	5	4 (3)
verkrijgen (hulp)middelen	3	1	5 (4)
gebruik voorzieningen	6	5	7 (4)
uitleen artikelen	1	1	- (-)
geestelijke/relatieve factoren			
gezins- leefmoeilijkheden	2	1	1 (1)
huwelijksmoeilijkheden	2	2	- (-)
opvoedingsmoeilijkheden	1	-	1 (-)
confrontatie met andere waarden, normen	2	2	1 (-)
problemen in contact met anderen	9	6	5 (2)
problemen verwerking/acceptatie	9	5	6 (4)
sociale factoren			
problemen met woonvormen	3	2	2 (1)
schoon/studie	-	-	- (-)
arbeid	4	4	2 (-)
vrije tijd	9	7	3 (2)
werkloosheid	4	1	4 (2)

*1 = wel hulpbehoefte, geen hulpvraag;

2 = wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

3 = wel hulp ontvangen, geen hulpvraag; en tussen haakjes het aantal keren dat professionele hulp is ontvangen.

Wat de achtergrondvariabelen betreft kunnen we de volgende opmerkingen maken.

Zoals naar aanleiding van de scheef verdeelde vraag naar hulp in de huishouding tussen stad en platteland al te verwachten was, is het

merendeel van de geleverde professionele zorg op dit gebied aan stadsbewoners geleverd. De mantelzorg ter overname van activiteiten is gelijk verdeeld tussen stad en platteland, de mantelzorg ter ondersteuning is voornamelijk door plattelandsbewoners ontvangen. Al met al ontvangen, bij gelijke behoefte, plattelandsbewoners evenveel hulp bij huishoudelijke activiteiten, maar veel meer in de vorm van ondersteunende activiteiten door burens en familieleden.

Zeeuwen zijn minder aangewezen op zelfzorg dan patiënten uit **Twente**. Verder wordt de meeste hulp die professioneel op materieel en geestelijk gebied ontvangen wordt, in Zeeland ontvangen. (Het gaat hier echter om kleine getallen.)

Mannen ontvangen op het gebied van ADL-functies meer hulp dan **vrouwen**; op huishoudelijk gebied gaat de meeste ontvangen hulp - zowel professioneel als mantelzorg - naar vrouwen, die daaraan echter ook meer behoefte hadden. Ook op het gebied van contacten met anderen en verwerking ontvangen relatief meer vrouwen dan mannen professionele steun.

Alleenstaanden ontvangen op het gebied van lichaamsverzorging minder mantelzorg dan **samenwonenden**, evenals bij de contacten met anderen en verwerkingsproblematiek. Op andere gebieden waarop regelmatig mantelzorg wordt geboden (ADL-functies, huishoudelijke hulp) krijgen ze relatief niet minder mantelzorg dan samenwonenden. Professionele hulp krijgen ze relatief in alle opzichten in vergelijkbare mate als samenwonenden.

De patiënten in **wijkverpleegkundige zorg** ontvangen meer professionele zorg dan de chronisch zieken die deze zorg niet krijgen. Dit geldt - vrij vanzelfsprekend - vooral voor de lichaamsverzorging en het lichamelijk dysfunctioneren. De eerstgenoemden krijgen echter op deze gebieden niet minder mantelzorg en zorgen ook even vaak voor zichzelf.

Letten we op de discrepanties tussen behoefte, vraag, en geboden hulp bij deze twee groepen, dan komen er bij de groep die geen wijkverpleegkundige zorg geniet relatief meer onvervulde behoeften voor dan bij de groep die die zorg wel geniet. Wanneer we de behoeften van de twee groepen vergelijken met de onvervulde behoeften dan zien we dat 23 keer een wv-patiënt een behoefte uit op het gebied van huishoudelijke verzorging, en dat éénmaal een wv-patiënt aangeeft dat voor een behoefte geen hulp ontvangen is.

Bij niet-wv-patiënten is dat 35 keer, respectievelijk zes keer. Op het geheel aan geestelijke factoren zijn door vijftien wv-patiënten behoeften geuit waarvan zes maal de behoefte niet vervuld werd. Van de dertien niet-wv-behoeften zijn er tien niet vervuld.

Voor het geheel aan sociale factoren gaat het om elf wv-patiënten met een behoefte waarvan vier met onvervulde behoeften tegenover veertien niet-wv-patiënten met een behoefte waarvan tien patiënten met onvervulde behoeften.

Andere discrepanties (hulpbehoefte zonder vraag en ongevraagde hulp) treffen we bij beide groepen in ongeveer gelijke mate aan. Ook op het gebied van ongevraagde professionele hulp zijn er geen opvallende verschillen.

De professionele hulp die chronische patiënten ontvingen (32 van de 40 geïnterviewden ontvingen van minstens één persoon hulp) is afkomstig van de volgende hulpverleners:

Tabel 3.6.: aantal chronische patiënten per hulpverlener of hulpverlenende instantie

hulpverlenende instantie			
wijkverpleging	: 17	amw	: 2
fysiotherapeut	: 10	bedrijfsvereniging e.d.	: 2
gezinszorg	: 9	belangenorganisaties	: 2
huisarts	: 7		
particuliere hulp:	4	overigen	: 6

Naast de wijkverpleging zijn het vooral de fysiotherapeut, de gezinszorg en de huisarts waarvan men hulp ontvangt. Gezinszorg wordt in vier gevallen vervangen door particuliere hulp. Instanties die genoemd worden, zoals bijvoorbeeld het GAK, verlenen met name hulp bij materiële en sociale problemen.

Samenvattend kunnen we zeggen dat op het gebied van de elementaire factoren, wanneer we de omvang van de hulpbehoefte in aanmerking nemen, maar incidenteel geen hulp ontvangen wordt, wanneer er een behoefte bestaat. Op minder frequent voorkomende gebieden, als gebruik van voorzieningen, contact- en acceptatieproblemen en vrijetijdsproblemen komen we relatief vaker een discrepantie tussen behoefte en

ontvangen hulp tegen. Slechts in een enkel geval is dan een hulpvraag gesteld: meestal blijkt in het interview wel een bepaalde behoefte aan professionele hulp of advies te bestaan, maar deze wordt zelden geuit.

Wanneer men geen wijkverpleegkundige zorg geniet, komen dergelijke discrepanties (met name op het geestelijke en sociale vlak) relatief vaker voor; in behoeften op het vlak van de elementaire factoren wordt voor een belangrijk deel voorzien door verschillende vormen van mantelzorg. Vooral de verzorging van het huishouden is hier voor een relatief groot deel van afhankelijk. Dit geldt in sterkere mate nog op het platteland.

Mantelzorg is ook belangrijk op het gebied van geestelijke en sociale ondersteuning, waarop chronisch zieken overigens ook nog al eens aan zichzelf zijn overgelaten. We treffen hier dan ook relatief veel discrepanties tussen behoefte en ontvangen hulp aan. Op deze gebieden ontberen alleenwonenden relatief vaker een of andere vorm van steun door vrienden of bureu; concrete diensten door leken, op het gebied van ADL en huishoudelijke hulp krijgen alleenstaanden wel even vaak aangeboden; geestelijke en sociale steun zijn echter diensten die wellicht meer 'en passant' geleverd worden door huisgenoten.

In de volgende paragrafen zullen we nagaan hoe de patiënten de situatie waarin ze verkeren beoordelen, en welke veranderingsmogelijkheden ze onder bepaalde condities zien. Tevens zullen we er bij stilstaan welke factoren die situatie en de waargenomen mogelijkheden tot verandering beïnvloeden.

3.5. Evaluatie van de ontvangen zorg

Aan de geïnterviewden is een aantal vragen gesteld die betrekking hebben op hun beoordeling van de geleverde zorg.

Over de inzet van hulpverleners waarmee men te maken heeft, is men tevreden: slechts één patiënt klaagt erover dat de betreffende hulpverlener onvoldoende zorg biedt. Op een aantal praktische punten heeft men echter wel commentaar.

Zeven patiënten vinden sommige hulpverleners onvoldoende dan wel niet **bereikbaar** wanneer men ze plotseling nodig heeft. Vijf van de zeven patiënten zijn afkomstig uit de stad, drie uit Zeeland en vier uit Twente. Het betreft in drie gevallen (mede) de wijkverpleging, in drie gevallen (mede) de gezinszorg, in drie gevallen (mede) de

huisarts en in vier gevallen waren er ook andere hulpverleningsinstanties bij betrokken. Aangezien men in de meeste gevallen meerdere hulpverleners heeft, is het niet altijd uit te maken op wie de kritiek van slechte bereikbaarheid slaat.

Sommige patiënten zijn van mening dat ze niet van de **juiste persoon hulp ontvangen**.

Onderstaand overzicht laat zien welke wensen vanuit bepaalde hulpverleningssituaties geuit werden:

Schema 3.2: verschil tussen feitelijke en gewenste hulpverlener

hulpverlener	gewenste hulpverlener	toelichting
particuliere hulp	gezinszorg	gezinszorg is te duur
fysiotherapeut	"iemand om mee te praten"	
gezinszorg	wijkverpleegkundige	ten behoeve van wasbeurten
dochter	gezinszorg	voor boodschappen
vriendin	gezinszorg	gezinszorg is te duur

In drie gevallen geeft men aan het particulier initiatief dat men ontplooit maar matig te waarderen. Twee maal is er sprake van extra behoeften die niet volledig door de bestaande hulpverlener kunnen worden vervuld, hoewel van de fysiotherapeut wordt opgemerkt dat het "de enige is met wie men nog eens over acceptatieproblemen kan praten".

Ook gaven patiënten aan of ze naar hun idee **hulp op het juiste gebied, en de juiste soort hulp** kregen. Ook hier lieten vijf patiënten negatieve geluiden horen.

Een aantal malen wordt de **frequentie** waarmee hulp geboden wordt te laag geacht. Met name van gezinshulp en andere hulp in de huishouding wordt dit regelmatig opgemerkt (zes van de zeven gesignaleerde tekorten hebben daarop betrekking). Soms zou men gezinszorg willen met het oog op taken die de gezinszorg niet vervult of vervullen kan: in verband met eenzaamheid of om eens uit wandelen genomen te worden.

Twee maal wordt de lichaamsverzorging door de wijkverpleegkundige

Schema 3.3: verschil tussen ontvangen en gewenste hulp

ontvangen hulp	gewenste hulp
mantelzorg op het gebied van lichaamsverzorg, ADL, huishoudelijk hulp	praten over acceptatieproblemen
huishoudelijke hulp, aanpassingen fysiotherapie, huisarts, op gebied van ADL	begeleiding bij acceptatie aandacht huisarts voor handicaps
electrische rolstoel	taxivergoeding (in verband met lange afstanden)
geen	huishoudelijke hulp

van een te infrequent karakter geacht.

Vijf maal uiten gehandicapten klachten over de regeling van **materiële voorzieningen**. Deze klachten hebben als algemene strekking dat men aanpassingen zelf moet regelen, door toeval erachter komt dat er bepaalde subsidiemogelijkheden zijn, of dat bevoegde instanties het laten afweten.

Het uiten van dergelijke kritiek (21 patiënten doen dat op één of meer punten) hangt samen met enige in de vorige paragraaf besproken discrepanties tussen hulpbehoefte en ontvangen hulp. Van degenen die op het elementair gebied hulpbehoeften hadden waar niet op een of andere wijze hulp werd geboden, uitte 70% een of andere vorm van kritiek, van degenen waarbij geen discrepantie tussen elementaire hulpbehoefte en ontvangen hulp aanwezig was, was dit 37%.

Voor de discrepanties op materieel gebied was dit 70% respectievelijk 40%. Op geestelijk/relatieel gebied en sociaal gebied waren er echter nauwelijks verschillen. We concluderen dat mensen die kritiek uiten op bereikbaarheid, frequentie van hulp, aansluiting van zorg op behoefte, kwaliteit, e.d. voor een deel dezelfde zijn die op het gebied van elementaire en materiële zorgverlening hun behoeften niet bevredigd zien.

Mensen die op psychisch, relationeel, of sociaal gebied behoeften niet bevredigd zien (dat zijn er ongeveer even veel als er critici op elementair of materieel gebied zijn) leveren niet meer kritiek

dan mensen die dergelijke discrepanties niet melden.

Wanneer we op achtergrondkenmerken van patiënten letten, in relatie tot het uiten van kritische opmerkingen, dan constateren we dat plattelandsbewoners minder kritische kanttekeningen plaatsen dan stadsbewoners (dertien van de twintig plattelandspatiënten hebben op geen der genoemde punten kritiek, tegenover acht van de twintig stadsbewoners), en dat mannen minder kritisch zijn dan vrouwen (twaalf van de zeventien versus negen van de drieëntwintig hebben geen kritiek). Voor de overige kenmerken (regio, leeftijd, al dan niet alleenwonend, al dan niet wijkverpleegkundige zorg ontvangend) zijn er geen noemenswaardige verschillen.

Concluderend: ongeveer de helft van de chronisch zieken en gehandicapten plaatst kanttekeningen bij minstens één aspect van de hulpverlening. Wanneer behoeften op vrij concrete gebieden (verpleging, huishoudelijke hulp, aanpassingen e.d.) niet bevredigd zijn, heeft men meer kritiek dan wanneer op die punten geen discrepantie bestaat. Zo'n relatie is er niet bij patiënten die meer abstracte behoeften (acceptatie, vrije tijd) niet bevredigd zien. Blijkbaar levert het eerste meer aangrijpingspunten op om kritiek te kunnen verwoorden: dit blijkt ook uit de inhoud van het commentaar: hulp die in noodgevallen onbereikbaar is of te weinig komt, gezinshulp die niet geleverd wordt, problemen bij het verkrijgen van aanpassingen. Één punt van commentaar op het meer beschouwende vlak is wel een aantal malen gegeven: de klacht dat men "technische" hulp (huishouden, (para-)medische) hulp ontvangt, maar met de bijbehorende verwerkingsproblemen blijft zitten.

3.6. Mogelijkheden tot verandering van de hulp

Met de geïnterviewden is besproken of ze bepaalde onderdelen van de verleende professionele zorg zouden kunnen missen, onder welke condities zorg van professionele zorg naar mantelzorg zou kunnen verschuiven, en welke extra's ze graag zouden willen hebben.

Het algemeen beeld dat hieruit naar voren komt is dat men geen zorg kan missen ("ik krijg al het minimum"), dat er in de meeste gevallen extra wensen zijn, en dat overname van zorg maar sporadisch mogelijk is; dit laatste is dan niet afhankelijk van bepaalde condities maar kan, omdat het toevallig zo uitkomt.

We zullen dit toelichten.

Acht van de veertig respondenten kunnen aangeven welke hulp ze, bij gebrek aan middelen, het eerst zouden laten afvallen. Twintig antwoorden hierop dat "er niets af kan"; voor tien is het niet van toepassing omdat ze geen in te leveren professionele zorg zeggen te hebben.

Drie maal zegt men als eerste bepaalde zorgaspecten van de wijkverpleging in te kunnen leveren. Het gaat eenmaal om de diensten van de wijkziekenverzorger, eenmaal om een wasbeurt en een patiënte merkt op de wijkverpleging te kunnen missen "want die komt toch maar om een praatje". Overigens wenst deze als zorg wanneer extra geld beschikbaar is "meer praktische ondersteuning door een psycholoog", maar dit terzijde.

Twee maal zegt men de taxivergoeding in te kunnen leveren ("maar dan ben ik wel geheel geïsoleerd" wordt daar in één geval een toegevoegd), een patiënt kan tijdelijk een rolstoel missen, en eenmaal noemt men fysiotherapie ("Ik kan zelf verder") en de revalidatiearts.

Het lijkt erop dat de in te leveren zorg voor de patiënten toch al marginaal is, of zichzelf heeft overleefd.

Kijken we naar de opsomming van onmisbare zorg dan vallen twee zaken op.

Op de eerste plaats wordt in bijna de helft van de gevallen hulp in de huishouding, gezinszorg of een pendant daarvan expliciet genoemd als datgene wat men absoluut niet kan missen. Daarnaast wordt acht keer de mantelzorg, die men ontvangt genoemd als onmisbaar, vaak met de opmerking dat wegvallen daarvan de patiënt volstrekt hulpbehoevend zou maken, en tot extra wijkverpleging of gezinszorg zou leiden. Deze opmerkingen, evenals de hierna volgende met betrekking tot overname van zorg, gaan vaak gepaard met opmerkingen over de ongezondheid van de partner, bejaarde burens, e.d. Wijkverpleging is eveneens in een groot aantal gevallen onmisbaar, minder frequent wordt expliciet medische zorg genoemd, waarschijnlijk omdat deze veel incidenteler wordt geleverd.

Overname van zorg wordt vijf maal mogelijk geacht: lichamelijke verzorging, ADL-oefeningen van de wijkziekenverzorger en fysiotherapie-oefeningen zouden door echtgenoten, respectievelijk de patiënt zelf uitgevoerd kunnen worden. Hiervoor zijn geen extra voorwaarden vereist.

Wanneer we inventarissen wat het wensenpakket is bij meer middelen dan kunnen we enige grote groepen onderscheiden:

- Veel chronisch zieken hebben financiële problemen, men zou graag

extra geld hebben voor eigen bijdrage gezinszorg, vakantie, kleren (veel slijtage), taxivergoeding, bijzondere medicijnen, etc. Acht keer worden dergelijke suggesties genoemd.

- Ook acht keer wordt om een of andere vorm van extra hulp in de huishouding gevraagd.
- Vervoerswensen zijn zes keer genoemd: rolstoelbusjes, taxivergoedingen, met iemand mee tochtjes maken.
- Vier maal zou men meer aanpassingen willen hebben, uiteenlopend van douche tot aanleunwoning.
- Verder worden wensen genoemd als iemand die eens langs komt voor de gezelligheid, iemand die eens de tuin opknapt, aangepast werk, meer fysiotherapie en meer wijkverpleegkundige hulp.

Extra's die gewenst worden hebben zo met name betrekking op de kwaliteit van het bestaan, niet zozeer op specifiek medisch-technische of verpleegtechnische aspecten.

Dit valt overigens, en hiermee vatten we deze paragraaf al samen, op in het gehele beeld van de inschatting die patiënten maken in veranderingsmogelijkheden in de zorg: men is zeer gepreoccupeerd met tekorten in de huishoudelijke verzorging, en met praktische belemmeringen die men door zijn handicap ondervindt. Medische en verpleegkundige zorg lijkt vanzelfsprekend voor deze patiënten: wat ze krijgen is in de meeste gevallen onmisbaar en er hoeft op dat gebied ook niet zo veel bij. Overname ervan door leken is niet mogelijk of in de marge, vaak door eht technische karakter ervan.

Het is opvallend dat geen der respondenten zegt dat huishoudelijk werk onder bepaalde condities door mantelzorg overgenomen kan worden. Gecombineerd met het feit dat mantelzorg al het grootste deel van deze zorg voor zijn rekening neemt, en dat deze zorg bovenaan staat in de lijst van extra wensen, leidt dit tot de conclusie dat op dat gebied de problemen voor chronische patiënten het meest urgent zijn. Verpleegkundige en medische zorg lijkt daarentegen meer afgestemd op de behoeften.

3.7. Conclusies met betrekking tot chronisch zieken en gehandicapten

Welke zorgbehoeften hebben chronisch zieken en gehandicapten, welke omstandigheden spelen daarin een rol, en onder welke voorwaarden zijn veranderingen in de zorgverlening mogelijk? Aldus luidde, geparafraseerd, de in hoofdstuk 1 geformuleerde probleemstelling.

De behoefte aan zorg van chronisch zieken is geconcentreerd op overname van een aantal functies op het gebied van lichaamsverzorging, lichamelijk disfunctioneren, ADL-functies en verzorging van het huishouden, op ondersteuning en hulp bij lichaamsverzorging, ADL-functies, verzorging van het huishouden, problemen in contact met anderen, verwerkingsproblemen en vrijetijdsproblemen, en een of andere vorm van hulp bij het verkrijgen van aanpassingen, hulpmiddelen en voorzieningen.

Lang niet in alle gevallen betekent een dergelijke behoefte dat op dat punt een heel expliciete hulpvraag is gesteld; eigenlijk is alleen op het gebied van lichaamsverzorging en vooral lichamelijk disfunctioneren expliciet om hulp gevraagd. Dat juist deze aandachtsgebieden vaak aanleiding tot een specifieke hulpvraag zijn is deels een artefact van de onderzoeksopzet: de groep is zo gestratificeerd dat ongeveer de helft feitelijk verpleegkundige zorg geniet, en juist deze helft neemt relatief veel hulpvragen op met name het gebied van lichamelijk disfunctioneren voor zijn rekening. Maar ook de groep die wijkverpleegkundige zorg geniet, stelt relatief maar veel minder hulpvragen op zulke frequent aanwezige zorgbehoeften als hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, hulp in de huishouding, of geestelijke ondersteuning dan er aan behoeften bij deze groep bestaat.

Ook al vraagt men niet om hulp, op de meeste punten waar een hulpbehoefte bestaat, ontvangt men wel hulp. Lacunes treden vooral op op het gebied van hulp in de huishouding, en op een aantal geestelijke, relationele en sociale aspecten. Dit blijkt ook uit de opmerkingen die patiënten maken over gewenste extra voorzieningen die vaak huishoudelijke hulp betreffen. Voorts bleek uit bestudering van dergelijke open vragen dat gehandicapten en chronisch zieken de kwaliteit van hun bestaan zouden willen verbeteren: er is behoefte aan meer gezelschap, betere mogelijkheden voor vervoer, financiële steun om op vakantie te kunnen, e.d. Strict verpleegkundig bekeken wordt in de meeste behoeften wel voorzien, maar in de regelmatig gehoorde behoefte aan betere en meer contacten, zinvolle vrijetijdsbesteding, e.d. zou wellicht ook door een bepaalde aanpak van het kruiswerk in de wijk voorzien kunnen worden.

Op het gebied van regelingen op materieel gebied is behoefte aan een actiever signalerings- en bemiddelingsbeleid in een aantal gevallen. Uit sommige interviews blijkt dat patiënten kunnen verdwalen in regelingen, mogelijkheden voor financiering, en instanties waar men terecht kan.

Naast de groep die wijkverpleegkundige zorg krijgt, waarbij veel behoeften opgemerkt werden, kunnen we de groep alleenstaanden opmerken met minstens één specifieke lacune: deze mensen - die als groep overigens relatief weinig zorgbehoeften hebben - krijgen op het gebied van huishoudelijke hulp en ADL-functies evenveel mantelzorg als niet-alleenstaanden, naar we veronderstellen omdat het hier om duidelijk aanwijsbare, concrete diensten gaat. Op gebieden die minder grijpbaar zijn (contacten met anderen, verwerking) en lichaamsverzorging krijgen deze mensen minder mantelzorg; je doet waarschijnlijk eerder boodschappen voor je buurman dan dat je hem wast. Hierop zou de professionele zorg meer in moeten spelen.

Uit de interviews komt ook naar voren dat op een aantal punten voorzien wordt in behoeften, maar vooral bij de gratie van partner, kinderen, familie en burens. Dit wordt regelmatig ongewenst gevonden, terwijl in een aantal gevallen het mantelzorgsysteem als een vrij wankel basis gekenschetst moet worden, waarop het geheel steunt. Dit is kwantitatief weer het sterkst bij het huishoudelijke werk; verpleegkundige en medische functies worden - vanwege de specifiek vereiste bekwaamheden - meestal professioneel verstrekt, en vormen ook niet de bottle-neck; wanneer ze door hun routinematig karakter overgenomen kunnen worden, belasten ze de partner of een ander veel minder, dan de huishoudelijke verrichtingen doen. Dit lijkt ons een verklaring voor het gegeven dat men incidenteel nog wel zegt het verbinden of de hulp bij ADL over te kunnen nemen, maar nooit dat de huishoudelijke hulp door mantelzorg verder overgenomen kan worden, dan nu al in veel gevallen gebeurt.

Een relevant gegeven op dit vlak levert ons voorts de vergelijking van de twee groepen op, die zich onderscheiden op het punt van al dan niet wijkverpleegkundige zorg genieten.

De groep die van deze zorg gebruik maakt, heeft op sommige gebieden wat meer zorgbehoeften, en ontvangt ook daarop meer zorg, maar komt relatief minder tekort. Dit geldt dan niet zozeer de elementaire factoren: op dit gebied lijkt de wijkverpleegkundige zorg terecht te komen waar ze hoort. Het gaat vooral om hulp bij geestelijke en sociale problemen. Wat de wv-groep aan professionele zorg méér krijgt, wordt bij de niet-wv-groep niet gecompenseerd door meer mantelzorg. Bij niet gevraagde ontvangen hulp op geestelijk en sociaal gebied zagen we dat zeven van de elf keer een professionele hulpverlener hierin voorzag bij de wv-groep (die relatief weinig niet vervulde behoeften op deze gebieden had) tegenover vijf ongevraagd profes-

sionele hulpverleners op de veertien keer bij de niet-wv-groep (die relatief weinig geestelijke en sociale behoeften vervuld zag). Een terugdringen van professionele zorg naar mantelzorg leidt er zodoende toe dat juist de neveneffecten van een handicap geen aandacht meer krijgen, voor zover we althans op deze kleine aantallen af mogen gaan.

Al met al levert dit geheel weinig perspectief op voor veranderingen in zorgverlening, in de zin van verschuiving van professionele naar mantelzorg. In de ogen van patiënten wordt momenteel meer door mantelzorg gedaan dan eigenlijk gewenst wordt; wanneer men kan opgeven welke zorg men bij een dergelijke verschuiving het eerst kan afstoten, (dit geschiedt incidenteel) dan gaat het om een absoluut inleveren: dan maar geen taxi, geen verpleegster, geen oefening. Voorts is het in een aantal gevallen waarschijnlijk dat binnen afzienbare tijd het omgekeerde zal plaatsvinden: een dusdanige afname van de mantelzorg mogelijkheden dat men op professionele zorg is aangewezen. Bovendien is de prognose van de helft van deze groep dat de aandoening in de toekomst zal verergeren; wanneer de aandoening verergert denken 28 patiënten extra hulpverleners nodig te hebben: twaalf keer wordt in dit kader de wijkverpleging genoemd, ook twaalf keer de gezinszorg, en elf keer andere hulpverleners.

Kortom: in de ogen van de patiënt wordt er veel mantelzorg gegeven aan chronisch zieken en gehandicapten, en zijn de mogelijkheden van verschuiving van professioneel naar mantelzorg gering. De trend zal, gegeven de wensen van patiënten, de mogelijkheden van de mantelzorg, en de ontwikkeling van de handicaps en ziekten bij deze groep eerder andersom zijn.

4. PATIENTEN DIE RECENT UIT EEN ZIEKENHUIS ONTSLAGEN ZIJN

4.1. Inleiding

Patiënten die kort geleden uit een ziekenhuis ontslagen zijn, vormen de tweede groep geïnterviewde patiënten. Een patiënt die ontslagen zou worden, werd nog in het ziekenhuis om deelname aan het onderzoek gevraagd, wanneer hij of zij binnen het selectieschema "paste". In schema 4.1 is aangegeven hoe uiteindelijk de verdeling geworden is.

Schema 4.1: verdeling van veertig ziekenhuispatiënten over regio, urbanisatiegraad, ontvangen zorg en woonvorm

regio (20-20)	stad-platteland (19-21)	geen/wel wv-zorg (24-16)	samenw.: alleenw. (31-9)
Zeeland 20	stad 9	geen wvz 5 -	3:2
		wel wvz 4 -	2:2
	platteland 11	geen wvz 7 -	6:1
		wel wvz 4 -	3:1
Twente 20	stad 10	geen wvz 7 -	7:0
		wel wvz 3 -	2:1
	platteland 10	geen wvz 5 -	5:0
		wel wvz 5 -	3:2

Van de 16 patiënten die wijkverpleegkundige zorg kregen, zijn er 6 ouder dan 65, terwijl van de 24 niet wv ex-ziekenhuispatiënten en slechts 2 ouder dan 65 zijn. De verwachtingen van beide groepen zijn in hun geheel vergelijkbaar: evenveel patiënten geven aan dat ze denken weer geheel of volledig te zullen genezen. Voor de groep ex-

ziekenhuispatiënten geldt in zijn geheel dat hun prognose veel gunstiger is dan die van de chronisch zieken. Slechts 5 patiënten verwachten dat hun aandoening zal verergeren. Meer dan de helft rekent op volledig herstel. Dit is van belang bij de interpretatie van de gevolgen van de behoeften die door deze groep geuit worden: deze zullen voor een belangrijk deel tijdelijk van karakter zijn.

De patiënten in wijkverpleegkundige zorg zijn -voor zover nagegaan kan worden- langer in het ziekenhuis geweest. De gemiddelde opname-duur van 10 wv-patiënten bedroeg 42 dagen, die van 9 niet-wv-patiënten 23 dagen. Hoewel ook voor de ziekenhuispatiënten in eerste instantie een bovengrens van 65 jaar gehanteerd werd, bleek het niet mogelijk in alle gevallen aan deze voorwaarde vast te houden. Wanneer dit wel gebeurd zou zijn dan had dit de verdeling over andere categorieën nadelig beïnvloed. In tabel 4.1 wordt de verdeling van de groep ziekenhuispatiënten aangegeven.

Tabel 4.1.: leeftijd en geslacht van de groep ziekenhuispatiënten

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
jonger dan 29	3	4	7
30 - 39	1	3	4
40 - 49	5	6	4
40 - 59	2	1	3
60 - 65	2	5	7
boven de 65	2	6	8
totaal	15	25	40

De groep als geheel is iets jonger dan de groep chronische patiënten, en de leeftijd is meer gespreid.

4.2. De behoefte aan zorg van ziekenhuispatiënten bij thuiskomst

Het patroon dat we in tabel 4.2 (zie volgende pagina) ontwaren, is overkomstig het totaalbeeld: de meeste behoeften hebben betrekking op elementaire factoren (huishoudelijke verzorging is weer de koploper, vervolgens komen de materiële factoren, contact- en acceptatie-problemen).

Tabel 4.2.: zorgbehoefte van veertig ziekenhuispatiënten (absolute getallen)

	overnemen	onder- steunen/ c.q. hulp	verwij- zen/ad- vies/be- middeling
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	5	10	-
lichamelijk dysfunctioneren	11	4	3
ADL-functies	11	15	3
verzorging huishouden	35	17	-
materiële factoren			
aanpassingen	2	-	2
verkrijgen (hulp)middelen	8	2	5
gebruik voorzieningen	12	3	6
uitleen artikelen	2	-	4
geestelijke/relatieve factoren			
gezins- leefmoeilijkheden	-	2	1
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	1
problemen in contact met anderen	-	5	1
problemen verwerking/acceptatie	-	9	1
sociale factoren			
problemen met woonvormen	-	-	5
school/studie	-	-	-
arbeid	1	1	-
vrije tijd	1	3	4
werkeloosheid	-	1	-

Het aantal patiënten met behoeften is in de meeste opzichten lager dan bij de twee andere groepen: dit valt op op het gebied van lichaamsverzorging, ADL-functies en de meeste sociale factoren. Op de andere gebieden is het conform het gemiddelde. Voorzieningen en hulpmiddelen zijn belangrijk voor patiënten die net het ziekenhuis verlaten.

Er zijn kleine verschillen tussen **Zeeland** en **Twente**: in Zeeland bestaat bij negen patiënten behoefte aan overname of ondersteuning bij ADL-functies, in Twente bij zeventien patiënten. In Zeeland vragen patiënten vaker steun bij acceptatieprobleem.

Stadsbewoners die uit het ziekenhuis komen hebben vaker problemen met hun vrije tijd en meer behoefte aan hulp bij eenzaamheid.

Mannen hebben, zoals in de gehele populatie het geval is minder behoefte aan huishoudelijke hulp en minder behoefte aan steun bij eenzaamheid en acceptatieproblemen, dan **vrouwen**.

De groep **alleenwonenden** is binnen deze categorie zo klein dat ze zich niet voor uitspraken leent.

Patiënten in **wijkverpleegkundige zorg** zijn op het gebied van lichaamsverzorging, lichamelijk dysfunctioneren, voorzieningengebruik, en contact- en acceptatieproblemen behoeftiger dan patiënten die deze zorg niet genieten.

Samenvattend concluderen we dat de spreiding van de behoeften bij deze groep patiënten gelijk is aan die van de totaalgroep. Typische samenhangen met achtergrondkenmerken vinden we hier ook weer terug: meer eenzame mensen en vrijetijdsproblemen in de stad, meer huishoudelijke behoeftes bij vrouwen, en meer lichaamsbehoeftes bij mensen in wijkverpleegkundige zorg.

Patiënten die net uit het ziekenhuis komen, hebben echter op het elementaire vlak minder behoeften dan chronisch zieken. Ook op geestelijk, relationaal en sociaal gebied zijn behoeften bij minder patiënten aanwezig, wanneer het om overname of steun gaat; wel willen ex-ziekenhuispatiënten in deze opzichten regelmatig advies of bemiddeling. Relatief veel behoeften zijn er op het gebied van aanpassingen, het verkrijgen van hulpmiddelen en het gebruik van voorzieningen.

4.3. De hulp die door ex-ziekenhuispatiënten gevraagd is

De daadwerkelijk gevraagde hulp van ex-ziekenhuispatiënten is in relatie tot hun behoeften zeer gering: het aantal patiënten dat op een gebied zorg gevraagd heeft bedraagt 16% van het aantal patiënten dat op een gebied een behoefte heeft geuit. Bij de chronisch zieken was dit 33%. Hier is sprake van een tijdseffect: een aantal ex-ziekenhuispatiënten bevindt zich pas kort in de situatie dat ze behoeften ervaart, terwijl chronisch zieken zich meestal al jaren in die

in die situatie bevinden. De geformuleerde hulpvragen hebben betrekking op de volgende aspecten.

Tabel 4.3.: gevraagde hulp door veertig ziekenhuispatiënten

	overnemen	onder- steunen/ cq. hulp	verwijzen/ advies/be- bemiddeling
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	1	2	-
lichamelijk dysfunctioneren	2	2	-
ADL-functies	3	1	-
verzorging, huishouden	3	1	1
materiële factoren			
aanpassingen	1	-	1
verkrijgen (hulp)middelen	-	-	2
gebruik voorzieningen	-	-	1
uitleen artikelen	-	-	4
geestelijke/relatieve factoren			
gezins-leefmoeilijkheden	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	-
problemen in contact met anderen	-	1	1
problemen verwerking/acceptatie	-	1	-
sociale factoren			
problemen met samenleefvormen	-	-	2
school/studie	-	-	-
arbeid	-	-	-
vrije tijd	-	-	1
werkloosheid	-	-	1

Bij de chronisch zieken waren er gebieden waarop in een kwart tot de helft van de geformuleerde behoeften ook hulp was gevraagd, bij de ziekenhuispatiënten onderscheidt zich geen enkele gebied in die zin. Uitsplitsing van deze getallen is slechts in zeer globale termen mogelijk. Verschillen tussen de twee regio's zijn niet benoem-

baar.

Plattelandspatiënten nemen 26 van de 34 hulpvragen voor hun rekening. alle hulpvragen op elementair gebied zijn van het platteland afkomstig. In het algemeen zijn juist meer hulpvragen uit de steden afkomstig (vergelijk paragraaf 2.3).

28 van de 34 hulpvragen zijn door **vrouwen** gesteld. Mannen hebben slechts 6 hulpvragen, alle op het gebied van de materiële zorg geformuleerd.

Ten slotte zijn 23 van de 34 hulpvragen afkomstig van patiënten in **wijkverpleegkundige zorg**. Dit zagen we ook in de gehele onderzoekspopulatie, hoewel in minder extreme vorm.

Al met al vallen er twee zaken op: er worden door ex-ziekenhuispatiënten maar weinig vragen om hulp gesteld, wanneer men de behoeften in aanmerking neemt, en deze vragen zijn vrij eenzijdig van plattelandsbewoners, vrouwen, en patiënten die wijkverpleegkundige zorg genieten, afkomstig.

4.4. De hulp die ex-ziekenhuispatiënten ontvangen hebben

Volgens hetzelfde stramien als we volgden bij de weergave van de resultaten bij de totaalpopulatie en bij de chronisch zieken, gaan we nu in op de hulp die ex-ziekenhuispatiënten ontvangen hebben van professionele zorg en mantelzorg, en op de mate waarin ze op zelfzorg waren aangewezen. We bespreken weer de ontvangen hulp op zich en de discrepanties tussen behoefte, vraag en hulp.

Ook ex-ziekenhuispatiënten krijgen op het gebied van lichamelijk dysfunctioneren vooral professionele zorg; dit is meestal verpleegkundige behandeling. Bij lichaamsverzorging, A.D.L.-functies, huishoudelijke verzorging en materiële problemen speelt professionele zorg een rol naast mantelzorg en zelfzorg, welke in de twee laatste opzichten een zwaarder gewicht heeft.

Bij contact- en acceptatieproblemen zien we een enkele keer een professionele hulpverlener optreden, maar vaker is de patiënt op zichzelf aangewezen. Vrijetijdsproblemen vormen een veel genoemde sociale categorie, waarvoor de patiënt vrijwel altijd zelf een oplossing moet vinden.

Dit geldt ook voor de minder frequent genoemde probleemgebieden op het geestelijk vlak.

Tabel 4.4.: de soort hulp die veertig ziekenhuispatiënten ontvangen hebben

	professioneel			mantel			zelf
	A	B	C	D	E	F	G
elementaire factoren							
lichaamsverzorging	4	5	1	-	7	-	2
lichamelijk dysfunctioneren	12	1	2	4	2	-	4
ADL-functies	2	8	3	7	7	1	14
verzorging, huishouden	14	3	-	32	14	-	8
materiële factoren							
aanpassingen	-	-	2	1	-	-	2
verkrijgen (hulp)middelen	2	-	2	6	2	1	2
gebruik voorzieningen	3	-	2	9	2	-	6
uitleen artikelen	-	-	3	1	1	1	3
geestelijke/relatieve factoren							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	4
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	2
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	-	-	-	-	3
problemen in contact met anderen	-	3	-	-	1	1	4
problemen verwerking/acceptatie	-	3	-	-	2	-	9
sociale factoren							
problemen met samenleefvormen	-	-	2	-	-	-	2
school/studie	-	-	-	-	-	-	1
arbeid	1	1	-	1	1	-	1
vrije tijd	-	-	1	1	1	2	17
werkloosheid	-	-	-	-	-	-	1

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Het totaal aan hulp is op het gebied van de elementaire factoren meer dan het aantal geuite behoeften; in de behoeften op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren van ex-ziekenhuispatiënten wordt veelal op professionele wijze voorzien, bij A.D.L.-functies en vooral bij hulp in de huishouding ligt het accent vooral op de mantelzorg.

Op het gebied van materiële, geestelijke en sociale factoren zijn iedere keer meer behoeften geuit dan hulp geboden wordt door professionele of mantelzorg. Om deze globale verschillen tussen totale behoefte en totaal geboden hulp beter te kunnen duiden, gaan we weer na hoeveel patiënten discrepanties ervaren hebben. Zie tabel 4.5 (volgende bladzijde).

De behoeften waarop geen hulp wordt geboden (kolom 2) komen met name voor op het terrein van A.D.L.-functies, huishoudelijke verzorging, voorzieningengebruik en vrijetijdsbesteding. Deze discrepanties komen bij ex-ziekenhuispatiënten relatief ook vaak voor, zo leert vergelijking met tabel 2.5 waarin dezelfde getallen voor de gehele onderzoekspopulatie genoemd worden.

Onvervulde behoeften op het gebied van A.D.L.-functies en huishoudelijke verzorging betreffen bij voorbeeld patiënten die vertellen dat ze na ontslag uit het ziekenhuis nog niet zelf voor de maaltijd kunnen zorgen, of zo slecht ter been zijn dat boodschappen doen nauwelijks mogelijk is. Soms geven ze aan problemen niet voorzien te hebben: de patiënt die slecht ter been uit het ziekenhuis thuiskomt, en wel krukken heeft laten bezorgen, maar geen vergoedingsregeling voor taxivervoer heeft getroffen.

In kolom 3 van tabel 4.5 lezen we dat vaak hulp niet gevraagd maar wel ontvangen is. Een conclusie die al uit de geringe totale hulpvraag en de veelvuldiger gegeven hulp was af te leiden. Professionele hulp wordt bij ex-ziekenhuispatiënten op het gebied van alle elementaire factoren vaker ongevraagd gegeven dan bij de chronisch zieken het geval was. Het totaal aan ongevraagde hulp is niet veel groter dan bij chronisch zieken, waaruit we afleiden dat het aandeel van de mantelzorg in het ongevraagd hulpverlening bij de ex-ziekenhuispatiënten kleiner is dan bij chronisch zieken.

Ongevraagde hulp wordt ook veel geboden op het gebied van het verkrijgen van hulpmiddelen en voorzieningengebruik. Dit zijn gebieden met relatief veel behoeften, voor zover het ex-ziekenhuispatiënten

Tabel 4.5.: aantal patiënten met discrepanties tussen zorgbehoeften en hulpvraag (kolom 1), zorgbehoefte en ontvangen hulp (kolom 2) en ontvangen hulp en hulpvraag (kolom 3)

	1*	2	3
elementaire fact.			
lichaamsverzorging	9	2	8 (5)
lich.dysfunctioneren	13	1	15 (12)
A.D.L.-functies	22	9	16 (8)
verzorging huishouden	37	9	36 (11)
materiële factoren			
aanpassingen	4	3	1 (-)
verkrijgen (hulpmiddelen)	13	2	11 (3)
gebruikte voorzieningen	17	6	12 (4)
uitleen artikelen	2	-	2 (-)
geestelijke/relatielefactoren			
gezins- leefmoeilijkheden	3	3	- (-)
huwelijksmoeilijkheden	1	1	- (-)
opvoedingmoeilijkheden	-	-	- (-)
confrontaties met andere waarden, normen	1	1	- (-)
problemen in contact met anderen	5	3	4 (2)
probleemverwerking/acceptatie	8	4	4 (2)
sociale factoren			
problemen met woonvorm	2	2	- (-)
school/studie	-	-	-
arbeid	1	-	1 (1)
vrije tijd	5	5	2 (-)
werkloosheid	1	1	- (-)

* 1 = wel hulpbehoefte, geen hulpvraag

2 = wel hulpbehoefte, niet ontvangen

3 = wel ontvangen, niet gevraagd.

betreft. Hier neemt de professionele hulpverlening echter geen positie in die er ten opzichte van het totaal uitspringt: in de gehele populatie is de ongevraagde hulp bij deze twee categorieën van de helft professioneel, hier voor 30%.

Ongevraagde hulp bij geestelijke en sociale factoren wordt bij ex-ziekenhuispatiënten maar zelden verleend; we moeten echter niet vergeten dat de behoeften, met name op het sociale vlak, bij deze groep ook geringer waren.

Deze cijfermatige schets geeft zo een spanningsveld tussen behoeften, vraag en hulp te zien, waarvan het opvalt dat ex-ziekenhuispatiënten hun behoeften vaak (nog) niet in een hulpvraag vertalen, maar waarbij vooral op het lichamelijk vlak een professionele "surveillance" bestaat, die ervoor zorgt dat ze op het gebied van lichaamsverzorging en bij problemen met het lichamelijk dysfunctioneren weinig tekort komen. Deze controle werkt ook wel bij problemen op het gebied van de ADL-functies en de huishoudelijke verzorging, maar hier vallen duidelijk gaten in het net. Zo'n systeem werkt veel minder op het gebied van materiële voorzieningen, geestelijke opvang en sociale problemen. Soms is het daar minder nodig: op het laatste gebied bestaan voor ex-ziekenhuispatiënten minder problemen.

Kijken we nu naar deze gegevens, met het oog op verschillen tussen groepen patiënten met andere achtergrondkenmerken.

Het grootste verschil in ontvangen hulp tussen **Twente** en **Zeeland** is gelegen in de mantelzorg. 88 keer geeft een patiënt uit Twente aan mantelzorg ontvangen te hebben op één der 19 onderscheiden gebieden, 31 keer is dat in Zeeland het geval. Vooral op het gebied van huishoudelijke verzorging (35 vs 13), en ADL-functies (12 vs 3) is dit verschil pregnant. Het is een verschil dat typisch is voor de ex-ziekenhuispatiënten, in het totaal overzicht (vergelijk bijlage, tabel B13 en B14) komt het niet terug. In de interviews wordt door zeeuwse respondenten vaak gewag gemaakt van kinderen of familieleden die inmiddels ver weg wonen. Een ziekenhuisopname is dan een plotse-linge gebeurtenis, waarop een mantelzorgsysteem niet op structurele wijze reageert, hetgeen bij chronische ziekte of bejaardenproblematiek wellicht meer het geval is.

Patiënten uit Zeeland krijgen op de genoemde gebieden niet duidelijk meer professionele zorg.

Tussen **stads** en **plattelands** bewoners bestaan voor de groep ex-ziekenhuispatiënten weinig verschillen in ontvangen hulp. Het valt op dat voor de tweede categorie in dit geval niet meer mantelzorg beschikbaar is dan voor de eerste.

Vrouwen ontvangen veel meer professionele hulp dan **mannen**. Deels is dit een weerspiegeling van geringere behoeften van mannen (bij lichaamsverzorging, hulp bij lichamelijk dysfunctioneren, materiële behoeften), maar soms is het disproportioneel: bijna alle mannen en vrouwen hebben behoefte aan hulp in de huishouding, en eenmaal ontvangt een man deze hulp, terwijl dit zestien maal bij een vrouw het geval is. Ook op geestelijke en sociale gebieden ontvangen mannen geen een keer hulp van professionele zijde terwijl een vrouw dit twaalf keer aangeeft.

Patiënten in **wijkverpleegkundige zorg** ontvangen veel meer professionele zorg dan patiënten die niet in wijkverpleegkundige zorg zijn: niet alleen op de lichaamsverzorging en bij lichamelijk dysfunctioneren, maar ook bij huishoudelijke verzorging (bij vrijwel gelijke behoefte), en bij geestelijke en sociale problemen (alle professionele hulp gaat naar **wv-patiënten**).

Mantelzorg ontvangen niet-**wv-patiënten** in ruimere mate.

Voorals gevolg hiervan zijn de hulpbehoeften waarop geen hulp ontvangen wordt bij beide groepen niet erg verschillend. Ongevraagde professionele hulp wordt op gebied van elementaire factoren en geestelijke ondersteuning meer bij de **wv-groep** aangetroffen.

Van de veertig geïnterviewde patiënten ontvingen 24 patiënten professionele zorg van één of meerdere hulpverleners. De verdeling van patiënten over de verschillende hulpverlenende instanties staat in tabel 4.6.

Tabel 4.6.: aantal ziekenhuispatiënten per hulpverlener of hulpverlenende instantie

hulpverlenende instantie			
wijkverpleging	: 16	AMW	: 1
fysiotherapeut	: 2	anderen	: 2
gezinszorg	: 8		
huisarts	: 4		
particuliere hulp	: -		

De belangrijkste hulpverleners voor **ex-ziekenhuispatiënten** na ontslag zijn de wijkverpleging en de gezinszorg. Ziekenhuispatiënten

krijgen in tegenstelling tot de chronisch zieken géén hulp van bij voorbeeld belangenorganisaties of vrijwilligers. Geen van de patiënten had de gezinszorg vervangen door particuliere hulp in de huishouding. Er zijn in totaal 25 hulpverleners minder betrokken bij deze 40 ex-ziekenhuispatiënten dan bij de chronisch zieken.

4.5. Evaluatie van de ontvangen hulp

Ook aan de ex-ziekenhuispatiënten is gevraagd een oordeel te geven over de hen geboden zorg.

Vier patiënten, kregen helemaal geen hulp, ook niet uit hun omgeving. Twee van hen zijn over deze gang van zaken niet tevreden. De bemiddeling vanuit het ziekenhuis was onvoldoende en de patiënt heeft zelf niet goed kunnen inschatten hoeveel zorg hij behoefde na zijn ontslag. De patiënten die wel hulp ontvangen, zijn hierover veelal tevreden. Over de wijkverpleegkundige zorg komt er één klacht, namelijk van een patiënt die steeds wisselende verpleegkundigen aan zijn bed ziet.

Een andere patiënt uit dezelfde klacht ten aanzien van de gezinsverzorging. Een tweetal patiënten klaagt over de kwaliteit van de hulp die wordt verleend door de gezinsverzorgster, dit betreft eenmaal een stagiaire. Een patiënt vindt het bezwaarlijk dat de gezinsverzorgsters veelal nogal jong zijn en zonder levenservaring.

Slechts één patiënt klaagt over de **bereikbaarheid** van de hulpverlening, deze patiënt kent de naam noch het adres van de wijkverpleegkundige.

Bijna alle ziekenhuispatiënten vinden dat zij **hulp krijgen van de juiste persoon**. Een patiënt geeft aan dat de hulp bij de lichamelijke verzorging die nu geboden wordt door de wijkverpleegkundige, eigenlijk beter overgenomen kan worden door de gezinsverzorgster, die acht uur per dag aanwezig is. Die patiënten zagen liever de verzorging van het huishouden, die verricht wordt door buitenshuiswonende kinderen of burens, overgenomen worden door de gezinsverzorging. Zij zien deze zorg als een té zware belasting voor hun omgeving en vinden het ook niet prettig om op deze manier afhankelijk te zijn van anderen.

Elf patiënten zijn ontevreden over **het soort zorg** dat verleend wordt en het **gebied** waar de zorg zich op richt. Eén patiënt zegt dat naar

haar idee het niet nodig is dat de wijkverpleegkundige steeds komt voor wondverzorging, de patiënt kan dit ook zelf en is meer gebaat bij incidenteel advies en controle.

Eén andere klacht betreft ook de wijkverpleging; een patiënt met kanker zou graag met de wijkverpleegkundige praten over haar ziekte en de toekomst, maar dit blijkt in de praktijk niet mogelijk. De gezinsverzorging is een grotere bron van ontevredenheid; een aantal patiënten vindt dat deze méér taken heeft dan op dit moment vervuld worden. Overname van zwaar huishoudelijk werk, het vervoer van kinderen van en naar school en het verzorgen van de maaltijd, zijn gebieden waar de gezinsverzorging ook hulp zou moeten verlenen volgens deze patiënten. Eén patiënt wil graag dat het maatschappelijk werk bemiddelt bij haar eenzaamheidsproblematiek.

Een aantal patiënten (drie van de acht) wil niet alleen dat de gezinsverzorging méér taken op zich neemt maar zag deze ook liever **frequenter** komen. Van de zestien patiënten in wijkverpleegkundige zorg, wenst slechts één patiënt een intensiever contact met de verpleegkundige, vooral de eerste dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Twee patiënten zeggen ook met minder wijkverpleegkundige contacten tevreden te zijn.

Over de huisarts komen van 3 patiënten klachten, in twee gevallen heeft deze niets van zich laten horen tijdens de ziekenhuisopname en de periode erna, over één arts zegt de patiënt "als hij het druk heeft, zegt hij altijd dat het zenuwen zijn".

Ten behoeve van een goede opvang na ontslag uit het ziekenhuis is veelal door het personeel in het ziekenhuis al een aantal zaken geregeld, zoals de komst van een wijkverpleegkundige of ziekenverzorger. Over de **materiële voorzieningen** en regelingen daaromtrent uit men slechts een enkele klacht; één patiënt werd pas op de dag voor zijn vertrek gewaarschuwd dat hij hulpmiddelen nodig zou hebben bij thuiskomst, één patiënt wil graag bemiddeling rond het verkrijgen van vervoer en één patiënt merkt op dat er wel veel mensen komen om te praten maar dat niemand in concrete zaken bemiddelt. Voor kleine aanpassingen in huis weten de meeste patiënten niet tot wie ze zich moeten wenden. In één geval geeft de partner van de patiënt aan, bemoeienis van hulpverleners in deze niet gewaardeerd te hebben. Ze zag liever dat vrijblijvende adviezen werden gegeven waar dat nodig was, zonder dat ingegrepen werd in het privéleven van de patiënt.

Ook voor de ziekenhuispatiënten geldt dat het uiten van bovenstaande kritiek samenhangt met ervaren discrepanties tussen de behoefte aan zorg, en de zorg die de patiënt ontvangen heeft. Tweederde van de patiënten die geen hulp ontvingen op het gebied van de elementaire factoren waar wel een behoefte bestond, uit enigerlei vorm van kritiek. Van degenen zonder on vervulde behoeften op dit gebied, uit slechts eenderde deel kritiek. Wanneer we kijken naar discrepanties op de andere zorggebieden, dan constateren we dezelfde tendens: naarmate meer behoeftes op geestelijk, materieel of sociaal gebied niet voorzien worden uit men meer kritiek.

Er is niet alleen een samenhang tussen ervaren discrepanties, en het uiten van kritiek t.a.v. de ontvangen zorg. Ook voor de ziekenhuispatiënten vinden we relaties tussen het geslacht van de patiënt en de tevredenheid; vrouwelijke patiënten uiten meer kritiek dan mannelijke patiënt (12 van de 25 vrouwen versus 5 van de 15 mannen heeft kritiek).

Patiënten die niet in wijkverpleegkundige zorg zijn hebben opmerkelijkwijls, minder kritiek dan patiënten met deze zorg, de helft van de patiënt in wijkverpleegkundige zorg heeft kritiek versus één derde van de patiënten niet in zorg.

4.6. Mogelijkheden tot verandering van de hulp

De mogelijkheden om de omvang van de ontvangen zorg te beperken, zijn volgens de ziekenhuispatiënten zeer gering.

Van de 24 ziekenhuispatiënten die enigerlei vorm van professionele zorg ontvangen, zijn er slechts 6 patiënten die aan kunnen geven dat zij een deel van deze hulp kunnen missen. De overige patiënten krijgen naar hun mening niet meer hulp dan strict noodzakelijk is.

De zorg die, wanneer dit nodig mocht zijn, af zou kunnen vallen, betreft in vier gevallen de wijkverpleegkundige zorg. Deze patiënten kunnen de wondverzorging, het geven van injecties en de lichamelijke verzorging in eigen hand nemen, bijvoorbeeld op dagen dat de wijkverpleegkundige niet komt. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de adviserende en controlerende functie van de wijkverpleegkundige niet gemist kan worden.

Eén patiënt zou, indien nodig, een deel van de zorg van de fysiotherapeut af laten vallen. Wanneer de fysiotherapeut wel beschikbaar blijft voor advisering en controle, zou de patiënt zelfstandig zijn oefeningen kunnen doen.

Eén enkele patiënt zou een deel van de werkzaamheden van de gezinsverzorging kunnen missen. Voor andere patiënten is deze zorg juist bij uitstek onmisbaar.

Wanneer de omgeving ingeschakeld zou worden, worden de mogelijkheden om professionele hulp te beperken iets groter. Naast de vier bovengenoemde patiënten die aangeven een deel van de zorg van de wijkverpleegkundige zelf over te kunnen nemen is er een even groot aantal voor wie mensen uit hun directe omgeving deze rol zouden kunnen vervullen. Begeleiding van de wijkverpleegkundige blijft echter ook hier gewenst.

Wanneer een zekere financiële bijdrage beschikbaar zou zijn, wordt het in twee gevallen mogelijk dat de omgeving inspringt waar nu de gezinsverzorgster hulp verleent. In de meeste gevallen echter, waarin de patiënt niet al voor het grootste deel op mantelzorg is aangewezen, blijft dit onmogelijk omdat de personen van wie de zorg dan moet komen (buren, familie) full-time banen hebben, of ver weg wonen en de patiënt dagelijks zorg behoeft.

Volgens het merendeel van de patiënten is een periode van drie weken het maximum van de tijd waarin op de omgeving een beroep kan worden gedaan.

Samenvattend kunnen we zeggen dat beperking van de zorg slechts op zeer kleine schaal mogelijk is wanneer het de groep ziekenhuispatiënten betreft.

Veelal is er al gepast en gemeten bij het toewijzen van de zorg. Er is enige ruimte waar het de zelfstandigheid van de patiënt rond "medisch" handelen betreft. Bij voldoende begeleiding kan in een aantal gevallen de zorg rond het lichamelijk dysfunctioneren door de patiënt zelf of door zijn omgeving overgenomen worden. Waar het de verzorging van het huishouden betreft is naar de mening van de patiënten geen beperking mogelijk.

De wensen van de patiënten, wanneer extra middelen beschikbaar zouden worden gesteld, liggen niet verwonderlijk veelal ook op het vlak van de verzorging van het huishouden en ondersteuning bij A.D.L.-functies. Negen patiënten hebben wensen in deze richting, ze willen dat de gezinsverzorgster vaker komt om aan meer zaken in het huishouden aandacht te besteden. Kinderopvang, ook tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, is één van de behoeften waarin bij extra middelen voorzien zou kunnen worden.

Drie patiënten noemen tevens een verlaging van de eigen financiële bijdrage voor de gezinsverzorging.

Een zestal wensen ligt op het materiële vlak; een aantal patiënten zou graag zien dat de vervoersmogelijkheden voor niet-mobiele patiënten vergroot zouden worden; ook zijn er wensen rond vergoeding van dieetkosten, de aanschaf van speciale schoenen of het aanpassen van de wasruimte.

Een klein aantal patiënten heeft wensen rond de begeleiding op relationeel en psychisch vlak. Een patiënt vraagt om "maatschappelijke" begeleiding, een patiënt wil begeleiding rond (recreatieve) activiteiten en een patiënt vraagt om meer "menselijkheid" in het algemeen.

Een kankerpatiënte zou graag willen dat haar wijkverpleegkundige permanent oproepbaar was opdat zij niet terug hoeft naar het ziekenhuis maar thuis zou kunnen sterven.

4.7. De hulp ten behoeve van ziekenhuispatiënten bij beleidswijziging

De in de inleiding geschetste accentverschuivingen binnen het huidige volksgezondheidsbeleid, m.n. de verkorte opnameduur in het ziekenhuis zullen consequenties hebben voor de zorg die patiënten die net uit het ziekenhuis ontslagen zijn, behoeven.

Hierop vooruitlopend is aan deze groep geïnterviewden gevraagd welke zorg zij nodig gehad zouden hebben indien zij eerder uit het ziekenhuis ontslagen zouden zijn.

Voor de meeste geïnterviewden was deze vraag zeer hypothetisch. Ze konden zich slecht voorstellen hoe het geweest zou zijn wanneer zij eerder naar huis waren gekomen en zagen dit ook niet als een reële mogelijkheid. Bij doorvragen bleek dat voor ongeveer de helft van de patiënten de situatie bij eerder ontslag nauwelijks anders zou zijn geweest dan zij nu was. Achttien patiënten zeggen geen andere zorg nodig gehad te hebben dan de meer of minder intensieve zorg die zij nu ontvangen. De andere helft van de patiënten zou daarentegen wel afhankelijk zijn geweest van andere zorg dan op dit moment aanwezig is. Patiënten die na relatief kleine operaties in het ziekenhuis verbleven, hadden eerder naar huis gekund indien de wijkverpleegkundige wondverzorging en controle op zich had genomen. Een vijftal patiënten was tot kort voor ontslag nog niet mobiel en had dus bij vroegere thuiskomst moeten leren lopen onder begeleiding van een fysiotherapeut. In deze periode was ook ondersteuning bij A.D.L.-functies, bijvoorbeeld door een gezinsverzorgster, noodzakelijk ge-

weest. Twee andere bedlegerige patiënten, hadden bij eerder ontslag thuis intensieve fysiotherapie nodig gehad.

Een zestal patiënten is ontslagen uit het ziekenhuis toen volledige bedverpleging niet meer nodig was. Deze zorg had door de wijkverpleging overgenomen dienen te worden, indien de patiënten eerder naar huis waren gekomen.

Bovenstaande leert ons dat bij kortere ziekenhuis-opname de druk op de wijkverpleging, de gezinszorg en andere hulpverleners sterk vergroot zal worden. Ongeveer de helft van de patiënten behoeft in dat geval meer en specialistischer zorg dan ze op dit moment krijgen. In een niet gering aantal gevallen gaat dit om zeer arbeidsintensieve zorg.

Aan de patiënten is tevens de vraag gesteld welke zorg nodig zou zijn geweest indien de behandeling poliklinisch had plaats gevonden of als men in dagbehandeling zou zijn geweest.

Enkele patiënten (7) hadden het idee dat dagbehandeling in hun geval geen alternatief was geweest. Ze lagen vierentwintig uur per dag aan de hart-bewaking, er was accuut infectiegevaar of vervoer van de patiënt was onmogelijk.

Voor één derde deel van de patiënten (13) zou dagbehandeling wel mogelijk zijn geweest maar omdat zij in dat geval intensieve bedverpleging thuis behoeven, lijkt dat nauwelijks een reële verbetering van de huidige situatie. Voor een aantal patiënten lijkt ook het vervoer een probleem, het ziekenhuis is ver weg (Zeeland) en/of er is niemand om ze elke dag op en neer te brengen.

In een tiental zorgsituaties was geen verandering gekomen indien de patiënt in dagbehandeling zou zijn geweest. Twee patiënten hadden een extra beroep gedaan op de wijkverpleegkundige voor de lichamelijke verzorging en twee patiënten hadden ondersteuning nodig gehad bij A.D.L.-functies, als eten koken, boodschappen doen, ondersteuning die zij nu niet ontvingen.

Een aantal patiënten heeft ernstige twijfel bij dagbehandeling om emotionele redenen: "dan moet je steeds weer terug naar het ziekenhuis en dat is akelig als je net thuis bent" of "dan heb je geen rust want dan komt het hele huishouden op je af".

4.8. Conclusies met betrekking tot ex-ziekenhuispatiënten

Het beeld dat in dit hoofdstuk van behoeften en ontvangen hulp van

ex-ziekenhuispatiënten werd geschetst, wijkt slechts in details af van het hiervoor beschreven patroon bij chronisch zieken.

In kwantitatieve zin leven er bij deze groep iets minder behoeften dan bij de vorige; dit is niet verwonderlijk, wanneer we de algemene conditie en de prognose van beide groepen in aanmerking nemen. De meeste behoeften liggen weer op het elementaire vlak, met name de verzorging van het huishouden; behoefte aan hulpmiddelen en voorzieningen is bij ex-ziekenhuispatiënten wat nadrukkelijker aanwezig. Patiënten die wijkverpleegkundige zorg genieten uiten meer behoeften op lichamelijk gebied en op het gebied van acceptatie en contactproblemen. Hun ziekten zijn waarschijnlijk ook ernstiger, wanneer we afgaan op de gemiddelde tijd die ze in het ziekenhuis hebben doorgebracht.

Het valt op dat deze groep maar zelden om professionele hulp gevraagd heeft. Uit de interviews krijgen we de indruk dat een aantal behoeften niet voorzien zijn door de patiënten; pas bij thuiskomst komen ze erachter dat er op bepaalde fronten iets aan schort. We moeten niet vergeten dat deze groep geïnterviewd is enige dagen na ontslag uit het ziekenhuis, in tegenstelling tot de twee andere groepen die bij wijze van spreken al jaren de gelegenheid hebben gehad om een hulpvraag te stellen. Een tweede overweging in dit opzicht is, dat vanuit het ziekenhuis het een en ander geregeld is, zodat hierom niet meer expliciet gevraagd hoeft te worden.

We hebben geconstateerd dat vragen voornamelijk gesteld zijn door de patiënten die in wijkverpleegkundige zorg zijn. Enerzijds kan men zeggen, dat deze omstandigheid het resultaat van het vragen stellen is, anderzijds is het zo dat ook op het niet strict verpleegkundige vlak deze groep veruit de meeste vragen voor zijn rekening nam. Deze groep is ook behoeftiger, maar, zoals uit de analyse van discrepanties bleek, ook bij gelijke behoefte vragen wv-patiënten meer en krijgen ze ook meer hulp. Daarnaast is de ongevraagde professionele hulp voor wv-patiënten groter van omvang.

Hiermee komen we op de ontvangen hulp: zoals ook bij de andere groepen geconstateerd werd, is deze bij lichamelijk dysfunctioneren grotendeels professioneel, bij de overige elementaire factoren en materiële zorg een mengeling van professionele en mantelzorg, en bij sociale en geestelijke factoren ontbreekt hulp nogal eens bij een geuite behoefte. In dit laatste opzicht krijgen de wv-patiënten vaker hulp.

In het algemeen geldt dat vaak ongevraagd hulp gegeven wordt bij

deze groep, zodat de geringe hulpvraag niet tot meer onvervulde behoeften leidt. Niet-wv-patiënten, die minder ongevraagde professionele hulp krijgen, compenseren dit weer doordat mantelzorg vaker inspringt. Toch dient hierbij gewaarschuwd te worden, dat uit de interviews bleek dat juist mantelzorg bij deze groep problemen op kan leveren vanwege het vaak onverwachte karakter van de aandoeningen die opname noodzakelijk maakte. Het feit dat geïnterviewden in Zeeland veel minder mantelzorg kregen dan die in Twente (hetgeen bij de twee andere groepen niet het geval was) is terug te voeren op het feit dat familie vaak weggetrokken is uit de regio, en niet snel op ad hoc basis hulp kan verlenen.

Kritiek is er niet zoveel op de geleverde hulp; waar kritische kanttekeningen geplaatst worden, betreft het weer in hoofdzaak de gezinsverzorging; het is ook in dit opzicht de huishoudelijke verzorging die de grote bottleneck vormt.

Dit is ook de zorg die niet gemist kan worden; in dit opzicht ook vindt men dat de mantelzorg ontlast dient te worden. Wanneer men iets kan missen dan zijn het aspecten van de verpleegkundige zorg, onder voorwaarde dat de wijkverpleging wel een oogje in het zeil houdt.

Bij verkorting van de opnameduur verwacht men meer hulp van de kant van de wijkverpleging en met name ook van de gezinsverzorging. Patiënten zijn slechts in staat algemene uitspraken hierover te doen. De steekproef is ook duidelijk te klein om na te kunnen gaan onder welke voorwaarden meer specialistische thuisverpleging in de ogen van de patiënt mogelijk is. Dergelijke specialistische gevallen komen nauwelijks voor in deze subgroep.

5. BEJAARDEN

5.1. Inleiding

39 bejaarden, die op de nominatie staan om in een bejaardentehuis te worden opgenomen, zijn geïnterviewd. De verdeling van de achtergrondkenmerken over deze patiënten was als in schema 5.1 staat aangegeven:

Schema 5.1.: verdeling van 39 bejaarden over regio, urbanisatiegraad, ontvangen zorg en woonvorm

regio (19-20)	stad-platteland (20-19)	geen/wel wv-zorg (22-17)	samenw: alleenw (21-18)
Zeeland 19	stad 10	geen wvz 8	4:4
		wel wvz 2	1:1
	platteland 9	geen wvz 5	3:2
		wel wvz 4	3:1
	stad 10	geen wvz 4	2:2
		wel wvz 6	2:4
Twente 20	platteland 10	geen wvz 5	2:3
		wel wvz 5	4:1

De verhouding wel-niet wijkverpleegkundige zorg ligt in Zeeland (6-13) anders dan in Twente (11-9) hoewel het verband niet significant afwijkt van de verwachting, gebaseerd op de randtotalen. De overige verbanden tussen achtergrondvariabelen zijn in nog sterkere mate te verwaarlozen. Wel zijn de personen, die wijkverpleegkundige zorg krijgen vaak ouder dan degenen die deze zorg niet krijgen. 14 van de 17 wv-respondenten zijn ouder dan 75 jaar, tegenover 10 van

de 22 niet-wv patiënten. De gemiddelde leeftijd van de eerste groep is 79 jaar, van de tweede groep 75 jaar.

De bejaarden zijn als volgt naar leeftijd en geslacht verdeeld:

Tabel 5.1.: leeftijd en geslacht van de groep bejaarden

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
jonger dan 65	1	1	2
65 - 70	1	2	3
71 - 75	4	6	10
75 - 80	1	11	12
81 en ouder	6	6	12
totaal	13	26	39

De groep bejaarden is de groep die relatief het minste mannen binnen haar gelederen telt: de man-vrouw verhouding is 1:2.

De aandoeningen die de 39 bejaarden hebben, zijn in de loop van de tijd veelal verergerd (dit geldt voor 31 van de 39 respondenten) en zullen in de toekomst erger worden, zo verwachten 26 respondenten. Twaalf bejaarden vinden hun aandoening stabiel, en één verwacht dat de betreffende aandoening over zal gaan.

Het soort aandoeningen waarmee bejaarden kampen zijn onder andere ernstige of minder ernstige hartklachten (12), ademhalingsstoornissen (10), slechthorend of slechtziend (6), aandoeningen aan de spijsverteringsorganen (10), en neurologische aandoeningen (5 waarvan 3 bejaarden die getroffen werden door een hersenbloeding) en in een enkel geval ernstige ziekten als rheuma, kanker en Multipele Sclerose.

Hoewel deze groep naar soort problematiek bekeken er niet ernstiger aan toe is dan de twee voorgaande, is de prognose duidelijk de slechtste. De behoefte aan zorg van deze groep zal, wanneer ze in dezelfde situatie blijven, in de tijd het meest toenemen.

Hoewel de geïnterviewde groep niet representatief is voor alle mensen die ouder dan 65 jaar zijn - het gaat om bejaarden op indicatielijsten - is deze groep bijzonder belangwekkend voor het toekomstbeleid van onder andere het kruiswerk.

5.2. De behoefte aan zorg van bejaarden.

Op de inmiddels bekende wijze is de zorgbehoefte van de bejaarden weergegeven in tabel 5.2.

Tabel 5.2.: zorgbehoeften van 39 bejaarden (absolute getallen)

	overnemen c.q. hulp	ondersteunen/ advies/ bemiddeling	verwijzen/
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	17	18	-
lichamelijk dysfunctioneren	9	2	2
ADL - functies	19	24	2
verzorging huishouden	38	21	-
materiële factoren			
aanpassingen	3	4	18
verkrijgen (hulp)middelen	4	2	18
gebruik voorzieningen	8	3	9
uitleen artikelen	-	-	2
geestelijke/relatieve factoren			
gezins- leefmoeilijkheden	-	2	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	3	2
problemen in contact met anderen	-	6	5
problemen verwerking/acceptatie	-	8	1
sociale factoren			
problemen met woonvormen	-	2	10
school/studie	-	-	-
arbeid	-	-	-
vrije tijd	-	4	6
werkeloosheid	-	1	-

De verhouding tussen de diverse probleemgebieden is bij bejaarden niet anders dan bij de twee andere groepen en dus ook bij de totaalpopulatie: elementaire factoren zijn het belangrijkste, daarna komen materiële problemen, contact- en acceptatieproblemen, problemen met

wonen en met vrije tijd.

Het is vanzelfsprekend dat bij bejaarden een aantal probleemgebieden als gezins- en huwelijksproblemen, problemen met opvoeding, school en werk niet meer voorkomen.

Wat opvalt in vergelijking met de andere groepen is de grotere behoefte aan lichaamsverzorging, hulp en overname van A.D.L.-functies, verzorging van het huishouden en bemiddeling bij aanpassingen, verkrijgen van hulpmiddelen en voorzieningengebruik.

Letten we weer op verschillen tussen de groepen met verschillende achtergrondkenmerken.

Zeeuwse bejaarden willen meer hulp en ondersteuning bij A.D.L.-functies dan **Twentse**.

Het voor de hele groep gevonden verschil, dat men in Zeeland meer bemiddeling bij het verkrijgen van aanpassingen wil, lijkt terug te voeren op de Zeeuwse bejaarden: 15 uiten deze behoefte, tegenover 3 bejaarden uit Twente. Ook de behoefte aan hulp bij geestelijke problemen is in Zeeland veel groter dan in Twente (24 vs 3).

Dit zagen we ook bij de ex-ziekenhuispatiënten.

Verschillen tussen bejaarden die van **stad** of **platteland** afkomstig zijn, treffen we niet aan.

Verschillen tussen de behoefte van **mannelijke** en **vrouwelijke** bejaarden merken we ook nauwelijks op.

De traditionele grotere behoefte aan verzorging van het huishouden bij vrouwen komt in deze subgroep niet terug, omdat iedere bejaarde deze behoefte aangeeft.

Ook de geringere behoefte aan hulp bij problemen in contact met anderen, die mannen in de gehele populatie ten toon spreiden, keert niet terug bij de bejaarden: 4 van de 13 mannen en 7 van de 26 vrouwen uiten deze behoefte.

Alleenwonende bejaarden verschillen in hun behoefte-patroon weinig van **niet-alleenwonenden**.

Bejaarden die **wijkverpleegkundige zorg** genieten, tenslotte, zijn behoeftiger op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren, maar niet op de andere gebieden die we onderscheiden hebben. Bejaarden die deze zorg niet hebben, uiten meer behoeften aan bemiddeling om aanpassingen te verkrijgen en bij woonproblemen.

De lagere leeftijd van die groep brengt wellicht een ander levensperspectief met zich mee, waarin dit soort zaken belangrijker zijn.

Bejaarden hebben meer zorgbehoeften op een aantal frequent genoemde gebieden dan chronisch zieken en ex-ziekenhuispatiënten.

Het gaat dan om lichaamsverzorging, hulp bij A.D.L.-functies, verzorging van het huishouden, en bemiddeling of advies inzake materiële zaken en wonen.

Behoefte aan hulp bij lichamelijk dysfunctioneren en bij geestelijke problemen hebben ze ongeveer in dezelfde mate als de andere respondenten.

Een aantal verschillen tussen mannen en vrouwen, alleenwonenden en samenwonenden, stads- en plattelandsbewoners geldt voor bejaarden niet. Wat blijft is een grotere behoefte aan lichaamsverzorging en hulp bij lichamelijk dysfunctioneren, wanneer men in wijkverpleegkundige zorg is, en meer behoefte aan aanpassingen en geestelijke steun in Zeeland.

5.3. De hulp die door bejaarden gevraagd is

De feitelijk gevraagde hulp door de bejaarden staat in tabel 5.3 (volgende pagina) weergegeven. 73 hulpvragen zijn gesteld naar aanleiding van 273 geuite behoeften: 27% van de behoeftes resulteerde op deze wijze in een hulpvraag. Dit is meer dan bij de ex-ziekenhuispatiënten het geval was, en wat minder dan de chronisch zieken deden.

Tabel 5.3.: gevraagde hulp door 39 bejaarden

	overnemen	ondersteunen/ c.q. hulp	verwijzen/ advies/ bemiddeling
elementaire factoren			
lichaamsverzorging	4	4	-
lichamelijk dysfunctioneren	3	-	1
ADL - functies	4	4	1
verzorging huishouden	14	1	-
materiële factoren			
aanpassingen	-	2	4
verkrijgen (hulp)middelen	-	-	7
gebruik voorzieningen	-	1	9
uitleen artikelen	-	-	1
geestelijke/relatieve factoren			
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	-	2
problemen in contact met anderen	-	1	3
problemen verwerking/acceptatie	-	-	-
sociale factoren			
problemen met woonvormen	-	1	5
school/studie	-	-	-
arbeid	-	-	-
vrije tijd	-	-	2
werkeloosheid	-	-	-

In relatie tot de zorgbehoefte vragen bejaarden op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren minder vaak om hulp, dan in de totale groep gebruikelijk is. Vragen op het gebied van huishoudelijke verzorging worden relatief wat vaker door bejaarden gesteld dan door de andere ondervraagde patiënten.

Ook op het gebied van materiële factoren zijn door bejaarden relatief wat meer hulpvragen gesteld dan door de chronisch zieken en ex-ziekenhuispatiënten.

Op het gebied van geestelijke problemen stellen bejaarden in minder

dan een kwart van de genoemde behoeften een concrete hulpvraag; hierin verschillen ze niet van de rest van de populatie.

Zeeuwse bejaarden stellen meer hulpvragen dan **Twentse** bejaarden: 77% van de hulpvragen is van hen afkomstig. De bejaarden moeten hiermee verantwoordelijk gesteld worden voor het overwicht van Zeeland in dit opzicht in de totale populatie.

Het verschil geldt voor iedere zorgcatergorie: het overwicht van de Zeeuwen is het grootst bij de elementaire factoren (19 van de 23 hulpvragen komt uit Zeeland) en de sociale factoren (7 van de 8 hulpvragen).

Plattelandsbewoners stellen meer hulpvragen dan stadsbewoners. Er zijn geen speciale categorieën waarbij dat meer manifest is dan bij andere.

Vrouwen hebben relatief meer hulp gevraagd op alle elementaire gebieden. **Mannen** hebben daarentegen een overwicht wanneer we letten op de vragen om hulp op materieel gebied.

Alleenwonenden hebben wat meer hulp gevraagd op het gebied van A.D.L.-functies. De meeste vragen op het gebied van materiële factoren, geestelijke en sociale problemen zijn door **niet-alleenwonenden** gesteld.

Degenen die in **wijkverpleegkundige** zorg zijn hebben 6 van de 8 hulpvragen op het gebied van lichaamsverzorging geuit. De patiënten die niet in wijkverpleegkundige zorg zijn, hebben daarentegen vaker gevraagd om hulp bij A.D.L.-functies en hulp in het huishouden.

Kortom: het gebruikelijke patroon treffen we aan, in die zin dat veel hulpbehoeften niet in een expliciete hulpvraag zijn vertaald. Overigens blijken bejaarden niet minder mondig in deze zin dat ze minder vragen stellen dan de andere categorieën patiënten.

Bij bejaarden is het fenomeen dat men in Zeeland meer hulpvragen stelt dan in Twente heel duidelijk aanwezig; we zouden kunnen stellen dat dit fenomeen van de bejaarde patiënt afkomstig is.

Onder bejaarden stellen alleenwonenden en patiënten zonder wijkverpleegkundige zorg even veel hulpvragen als de complementaire groep. In dit opzicht verschillen ze van de totaalpopulatie.

5.4. De hulp die door bejaarden ontvangen is

De hulp die bejaarden van professionele zijde en van de kant van de mantelzorg ontvangen hebben, alsmede de frequentie waarmee ze zelf in hun behoeften hebben moeten voorzien, staat weergegeven in tabel 5.4. (volgende pagina).

Het aandeel van de professionele hulpverlening is bij bejaarden in het algemeen groter dan bij chronisch zieken en ex-ziekenhuispatiënten. Dit valt op bij lichaamsverzorging, bij A.D.L.-functies, bij verzorging van het huishouden, bij materiële factoren in het algemeen en bij de geestelijke problemen waarmee bejaarden te kampen hebben.

Dit grotere aandeel van professionele hulp hangt samen met de grotere zorgbehoefte van bejaarden; in absolute termen gesproken is op deze gebieden mantel- en zelfzorg niet minder belangrijk voor de bejaarden patiënt.

In relatie tot hun in tabel 5.2 weergegeven behoeften ontvangen bejaarden als groep meer professionele hulp en mantelzorg op het gebied van elementaire factoren dan ze aan behoeften geuit hebben. Dit geldt niet voor tekorten die ze ervaren op het gebied van aanpassingen en vrijetijdsbesteding. Op het terrein van de geestelijke factoren zien we echter dat in totaal de hulp meer overeenkomt met de behoefte dan bij de ex-ziekenhuispatiënten het geval was.

Tabel 5.4.: de soort hulp die 39 bejaarden ontvangen hebben

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
elementaire factoren							
lichaamsverzorging	13	7	-	8	10	-	5
lichamelijk dysfunctioneren	10	2	4	1	1	-	5
ADL - functies	5	12	2	10	14	-	18
verzorging huishouden	27	5	-	28	19	-	12
materiële factoren							
aanpassingen	-	1	7	1	-	3	5
verkrijgen (hulp)middelen	2	-	11	5	2	1	6
gebruik voorzieningen	6	-	9	8	4	-	4
uitleen artikelen	-	-	2	-	-	-	1
geestelijke/relatiele factoren							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	1
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	2	1	-	2	-	2
problemen in contact met anderen	-	2	3	-	4	-	5
problemen verwerking/acceptatie	-	4	-	-	5	-	3
sociale factoren							
problemen met woonvormen	-	1	5	-	1	2	8
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	-	-	-
vrije tijd	-	2	1	-	2	1	8
werkloosheid	-	-	-	-	1	-	-

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Bezien we nu op individueel niveau in hoeverre de geboden hulp aansluit bij de hulpbehoefte en de hulpvragen. Zie tabel 5.5.

Tabel 5.5.: aantal bejaarden met discrepanties tussen zorgbehoefte en hulpvraag (kolom 1), zorgbehoefte en ontvangen hulp (kolom 2) en ontvangen hulp en hulpvraag (kolom 3)

	1*	2	3	
elementaire factoren				
lichaamsverzorging	22	4	19	(12)
lichamelijke dysfunctioneren	9	1	11	(10)
ADL - functies	28	7	23	(10)
verzorging huishouden	37	6	36	(17)
materiële factoren				
aanpassingen	19	12	7	(4)
verkrijgen (hulp)middelen	14	5	11	(8)
gebruik voorzieningen	12	2	13	(7)
uitleen artikelen	1	-	1	(1)
geestelijke/relatieve factoren				
gezins- leefmoeilijkheden	2	2	-	(-)
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	(-)
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	(-)
confrontatie met andere waarden, normen	3	1	3	(1)
problemen in contact met anderen	7	2	6	(2)
problemen verwerking/acceptatie	9	2	8	(4)
sociale factoren				
problemen met woonvormen	7	6	5	(2)
school/studie	-	-	-	(-)
arbeid	-	-	-	(-)
vrije tijd	8	4	4	(2)
werkloosheid	1	-	1	-

* 1= wel hulpbehoefte, geen hulpvraag;

2= wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

3= wel hulp ontvangen, geen hulpvraag; en tussen haakjes het aantal keren dat professionele hulp is ontvangen.

Bejaarden hebben, in vergelijking met chronisch zieken en met ex-ziekenhuispatiënten weinig zorgbehoeften waarop ze geen hulp ontvangen (kolom 2). (Bij 36 behoeften ontvangen bejaarden geen hulp; bij chronisch zieken zijn dit 56 behoeften, bij ex-ziekenhuispatiënten 52; bejaarden hebben bovendien de meeste behoeften).

Aanpassingen vormen hierop een uitzondering: daarvan geven bejaarden vaak aan dat er een behoefte bestaat, waarin op geen enkele wijze voorzien wordt.

Bejaarden ontvangen, vergeleken met de andere groep veel ongevraagde hulp (kolom 3).

Op 148 gebieden is dit het geval, terwijl chronisch zieken op 110 en ex-ziekenhuispatiënten op 112 gebieden ongevraagd hulp kregen. Bovendien is deze hulp vaker professioneel (55% tegenover 35% resp. 43%). Bejaarden worden, meer dan beide andere groepen, ongevraagd geholpen op het gebied van lichaamsverzorging. Vergeleken met de ex-ziekenhuispatiënten krijgen ze veel ongevraagde hulp bij A.D.L.-functies, geestelijke en sociale problemen. Vergeleken met chronisch zieken krijgen ze veel ongevraagde hulp bij materiële problemen.

Bejaarden in **Zeeland** ontvangen meer hulp bij geestelijke problemen - zowel mantelzorg als professionele zorg - dan bejaarden in **Twente**.

Op andere gebieden is weinig verschil tussen de twee regio's.

Aangezien men in Zeeland op een aantal vlakken ook meer behoeften heeft uitgesproken, is het aantal onvervulde behoeften in Zeeland (28) groter dan in Twente (8). Vooral op het gebied van aanpassingen en sociale factoren (woon- en vrijetijdsproblemen) worden in Zeeland meer behoeften genoemd waarop men geen hulp ontvangt.

Op het gebied van lichaamsverzorging en hulp in het huishouden wordt in Twente vaker ongevraagd professionele hulp verleend dan in Zeeland.

Op het **platteland** is meer professionele hulp verleend op het gebied van materiële factoren dan in de **stad**.

We zien daar ook minder onvervulde behoeften op dat gebied (5 tegenover 14) en meer ongevraagde hulp (20 tegenover 12).

Naar ontvangen hulp is er geen verschil tussen **mannelijke** en **vrouwelijke** bejaarden.

Alleenwonenden hebben relatief minder mantelzorg op het gebied van de elementaire en geestelijke factoren gekregen. Hoewel hier niet duidelijk meer professionele zorg voor in de plaats is gekomen, is

er bij de alleenwonenden op deze gebieden - en ook niet op andere - sprake van meer onvervulde behoeften.

Bejaarden in **wijkverpleegkundige zorg** ontvangen, zoals te doen gebruikelijk, meer hulp bij lichaamsverzorging en bij lichamelijk dysfunctioneren. Op andere punten ontvangen ze niet meer professionele zorg. Verder valt het op dat ze op het gebied van geestelijke en sociale factoren nauwelijks mantelzorg ontvangen.

Bejaarden die niet in wijkverpleegkundige zorg zijn hebben meer onvervulde behoeften (27 vs 9), met name op het gebied van aanpassingen, woon- en vrijetijdsproblemen. Dit zijn de gebieden waarop de bejaarden die geen wijkverpleegkundige zorg genieten ook meer behoeften hebben geuit (volgens 5.2).

Slechts drie geïnterviewden zijn aangewezen op mantelzorg, alle andere bejaarden ontvangen zorg van één of meerdere professionele hulpverleners. In tabel 5.6 is aangegeven welke hulpverleners bij de zorg betrokken zijn.

Tabel 5.6.: aantal bejaarden per hulpverlener of hulpverlenende instantie

hulpverlener	
wijkverpleging	17
gezinszorg	15
huisarts	7
fysiotherapeut	5
AMW	2
particuliere hulp	10
anderen	2

Ook voor de bejaarden zijn wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgster de belangrijkste hulpverleners. Opvallend is het grote aantal bejaarden dat een particuliere hulp ingeschakeld heeft voor de zorg van het huishouden.

Het aantal hulpverleners dat bij de zorg betrokken is, is groot, net als we dat zagen bij de groep chronisch zieken en gehandicapten. Elke bejaarde ontvangt zorg van gemiddeld twee hulpverleners.

Samenvattend: bejaarden ontvangen relatief veel (professionele) hulp, waar ze relatief vaak niet om gevraagd hebben. Ze hebben dan ook minder onervulde behoeften dan de twee andere groepen. Deze situatie is in Twente gunstiger dan in Zeeland, en op het platteland beter dan in de stad.

Wanneer men in wijkverpleegkundige zorg is krijgt men uiteraard meer professionele hulp, maar dit beperkt zich tot de strict verpleegkundige terreinen. Desalniettemin heeft men op andere terreinen minder onervulde wensen, maar dit heeft te maken met een geringere behoefte op deze terreinen.

5.5. Evaluatie van de ontvangen hulp

De geïnterviewde bejaarden waren in het algemeen zeer tevreden met de zorg die ze ontvingen.

Er zijn maar liefst 25 bejaarden die geen enkele vorm van kritiek uiten en van degenen die wel ontevreden zijn, uit slechts een enkele meer dan één klacht.

In het algemeen is men zeer tevreden over de inzet van de hulpverlener.

Slechts twee patiënten maken hierover een opmerking. De echtgenoot van een blinde bejaarde vrouw vertelde dat het soms problemen geeft wanneer een nog niet bekende gezinsverzorgster huishoudelijke taken op zich neemt, dan onzorgvuldig werkt en zaken niet op dezelfde plek terug zet.

Een alleenstaande bejaarde is zeer slecht te spreken over de nieuwe, haar toegewezen wijkverpleegkundige. Naar haar idee blijft deze niet langer dan strict noodzakelijk, heeft geen tijd om po en het bed van de patiënt te verschonen doch neemt wel de vrijheid om tijdschriften te gaan lezen tijdens een bezoek aan de patiënt.

Het merendeel van de bejaarden wordt door de juiste persoon geholpen. In een enkel geval, steeds betreft dit de gezinszorg, is men aangewezen op steeds wisselende personen, wat niet als prettig wordt ervaren of zou men liever een financieel aantrekkelijkere regeling treffen dan op dit moment mogelijk is. Ook lijkt het soort geboden hulp goed aan te sluiten bij de behoeften van de bejaarden. Slechts drie van hen wensen een uitbreiding van de hulp, in twee gevallen betreft dit de wijkverpleging (verzorging van het bed van de patiënt), eenmaal een particuliere huishoudelijke hulp.

De meeste kritiek komt op de **frequentie** van de hulp, vier bejaarden zouden graag zien dat de wijkverpleegkundige vaker kwam.

Er is weinig echte kritiek op de **bereikbaarheid** van de verschillende hulpverleners. Eén echtpaar ziet reële problemen bij het gebruik van de telefoon, omdat de vrouw erg slecht ziet en daarom het nummer niet kan draaien, en de man slechthorend is. Dit zal in de toekomst echter door tussenkomst van de wijkverpleegkundige verholpen worden met een aangepaste telefoon. Drie bejaarden hebben slechte ervaringen met het bereiken van de huisarts in noodgevallen. De telefoon werd niet opgenomen, de huisarts was steeds in gesprek of de hulp van een onbekende dienstdoende arts schoot te kort.

Bij ongeveer de helft van de geïnterviewde bejaarden zijn **aanpassingen** in de woning aangebracht, zoals een douchestoel, verwijderen van drempels. Géén van hen is hierover ontevreden, men heeft genoeg hulp gehad rond het verkrijgen van deze aanpassingen. Een drietal bejaarden had graag ook dergelijke aanpassingen gehad, maar heeft hier nog niet om gevraagd omdat men niet wist aan wie deze vraag te richten of omdat de bejaarde "al te vaak de neus heeft gestoten".

Er zijn in deze groep geïnterviewden erg weinig personen die kritiek uiten. Dit schept problemen wanneer we willen bekijken welke de samenhang is tussen het uiten van kritiek en de hulp die men ontvangt of andere achtergrond-kenmerken. Bejaarden die niet in wijkverpleegkundige zorg zijn lijken op basis van onze gegevens niet meer of minder kritisch dan zij die deze zorg wel krijgen.

Ervaren discrepanties tussen de behoefte aan zorg en de ontvangen hulp, lijken ook niet te leiden tot meer kritiek. Tussen mannen en vrouwen is geen verschil in de hoeveelheid kritiek die men uit, evenals tussen stads- en plattelandsbewoners.

Er lijkt echter een groter percentage kritische bejaarden in Zeeland te wonen dan in Twente. Slechts drie bejaarden uit Twente uiten kritiek tegenover elf uit Zeeland.

5.6. Mogelijkheden tot verandering van de hulp

Ook aan de geïnterviewde bejaarden is gevraagd wat de mogelijkheden zijn om de omvang van de ontvangen zorg te beperken en welke zorg er aan toegevoegd zou kunnen worden.

In het algemeen heeft men hierover een duidelijke mening, de zorg die op dit moment ontvangen wordt is onmisbaar, meer zorg is echter niet noodzakelijk. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het al een hele stap was om hulp te vragen en dat men er naar streeft zoveel mogelijk zelf te blijven doen.

Wat de wijkverpleegkundige zorg betreft lijkt er enige speling in de frequentie waarmee de bejaarde geholpen wordt met lichamelijke verzorging. Wanneer dit nodig mocht zijn kan met één wasbeurt per week worden volstaan, maar deze is dan ook absoluut noodzakelijk. Die bejaarden die hier nu al op zijn aangewezen (5), zouden bij extra middelen de frequentie graag verhoogd zien, het liefst werd men elke dag even geholpen met wassen en aankleden.

In een enkel geval zou met behulp van enige aanpassingen in huis, bv. een douchestoel, een ander dan de wijkverpleegkundige (partner, zoon of dochter) de bejaarde kunnen ondersteunen bij het wassen en aankleden.

Een drietal bejaarden zou er geen bezwaar tegen hebben indien de gezinsverzorgster deze taak op zich nam. Ondersteuning bij of overname van de verzorging en het huishouden is voor bijna alle bejaarden noodzakelijk.

Slechts twee bejaarden kunnen een klein deel van de hulp van de gezinsverzorgster missen, dit betreft lichte huishoudelijke werkzaamheden. In geen geval kan men het echter zonder hulp bij zware huishoudelijke werkzaamheden stellen.

Er zijn ook een groot aantal wensen in deze richting, een vijftal bejaarden zou graag meer hulp krijgen voor zwaar huishoudelijk werk, een zestal anderen willen graag meer hulp van de gezinszorg voor allerlei taken.

Wanneer we in acht nemen dat men in sommige gevallen een particuliere hulp in de huishouding heeft genomen opdat minder werk zou blijven liggen, dan kunnen we concluderen dat meer dan 25% van de bejaarden zou willen dat de omvang en de hulp van de gezinszorg wordt uitgebreid. Andere wensen liggen veelal op het materiële vlak. Een zestal patiënten vraagt om vergoeding van vervoerskosten, anders dan die voor vervoer naar het ziekenhuis of de arts. In veel gevallen komt men zelfstandig het huis niet uit omdat gebruik van het openbaar vervoer te veel problemen met zich meebrengt. Enkele veel zorg behoevende bejaarden, zouden gebaat zijn bij begeleiding bij het reizen, bv. van een vrijwilliger.

Eén bejaarde wil graag bemiddeling bij het verkrijgen van aanpassin-

gen in de woning. Een ander geeft aan dat bij extra middelen de opname-criteria voor de bejaardentehuizen verruimd moeten worden. Een viertal bejaarden geeft aan dat het niet makkelijk is financieel rond te komen en zag graag tariefsverlagingen, o.a. van tafeltje-dek-je, of verhoging van de AOW.

Ook op het sociale vlak zijn er wensen voor uitbreiding van de zorg. Een bejaarde die veel troost ondervond van bezoeken van de wijkverpleegkundige na de dood van zijn echtgenoot, zou indien dit mogelijk was dit contact voortzetten omdat de eenzaamheid zwaar valt. Uitbreiding van de zorg in de zin van iemand ter ondersteuning bij een wandeling of andere activiteit staat ook op het wensenlijstje.

Speciaal aan de groep geïnterviewde bejaarden zijn vragen gesteld over de mogelijkheden om van speciale (bejaarden-)voorzieningen gebruik te maken en de invloed die dit heeft op de beslissing om het zelfstandig wonen op te geven en naar een bejaardenhuis te gaan. Hoewel niet elke bejaarde op de hoogte is van de voorzieningen in zijn woonplaats (25% weet niet of er een vierentwintig uur bereikbare hulpdienst is) lijkt het hiermee niet slecht gesteld. Negentig procent van de bejaarden zou indien zij dat wensen, warme maaltijden kunnen krijgen van een zg. "tafeltje-dek-je"- service. Meer dan de helft van de bejaarden zou in plaats van in een bejaardenhuis een zogenaamde aanleunwoning (dat wil zeggen zelfstandig wonen met toch alle voorzieningen van het bejaardentehuis) kunnen betrekken en slechts één kwart van hen weet zeker dat er geen 24 uren bereikbaarheidsvoorziening is getroffen.

De veronderstelling van de onderzoekers was dat een bejaarde door deze voorziening langer thuis zou kunnen blijven wonen.

In ongeveer de helft van de gevallen is hier inderdaad sprake van. Acht bejaarden maken al intensief gebruik van deze voorziening, bij voorbeeld wonen in een aanleunwoning waarin zoveel mogelijk is aangepast, de warme maaltijd wordt bezorgd en een alarmsysteem aanwezig is, en kunnen hierdoor zelfstandig blijven wonen. Een tiental andere bejaarden zou, indien één of meerdere voorzieningen aanwezig waren, opname in het bejaardenhuis langer uit kunnen stellen. Vooral het betrekken van een aangepaste en/of aanleunwoning zou voor een groot deel van hen een goede oplossing zijn, (vier gevallen staan inderdaad al op een wachtlijst).

Binnen deze groep wordt ook de wenselijkheid van het zelfstandig

blijven wonen, met nadruk verwoord.

Voor een ander deel van de geïnterviewden, en deze groep is even groot als de eerste, heeft de aanwezigheid van voorzieningen géén invloed op de beslissing om in een bejaardenhuis te worden opgenomen. In deze groep zijn opvallend veel alleenstaande bejaarden (7) die aangeven dat ook met hulp het alleenwonen een te zware belasting vormt. Angst voor een ongeluk waarbij men niemand kan waarschuwen, maar ook de problemen met de gewone dagelijkse dingen, als het zetten van koffie, de plantjes water geven, spelen hierbij een rol. De handicaps van de partner kunnen ook de doorslag tot verhuizing geven.

Voor een zestal bejaarden is de mogelijkheid voor meer sociale contacten een overwegende reden om te kiezen voor het bejaardenhuis.

Twee bejaarden die beiden op dit moment bij hun kinderen inwonen, geven hier de voorkeur aan. Het wel of niet aanwezig zijn van voorzieningen heeft hierop geen invloed, slechts wanneer verpleging noodzakelijk wordt, kan dit een reden zijn voor het bejaardenhuis.

In het totaal geeft bijna een kwart van de bejaarden aan dat het nodig hebben van volledige verzorging opname in een bejaardenhuis noodzakelijk zal maken.

Bij beschouwing van deze antwoorden dienen we te bedenken dat de geïnterviewde bejaarden op de indicatielijst staan voor opname in een bejaardenhuis. Uit de interviews blijkt niet dat zij zich hier al op ingesteld hebben.

5.7. Conclusies met betrekking tot bejaarden

Bejaarden hebben meer behoeften dan de twee vorige groepen, met name op het gebied van lichaamsverzorging, hulp of overname bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, verzorging van het huishouden, en bij bemiddeling bij materiële voorzieningen. Het valt op dat eerder gevonden verschillen tussen mannen en vrouwen, alleenwonenden en niet-alleenwonenden of stads- en plattelandsbewoners bij bejaarden veel minder duidelijk aanwezig zijn.

Bejaarden krijgen meer professionele hulp dan de andere groepen, maar dit is terug te voeren op een grotere zorgbehoefte. Ze ervaren ook minder discrepanties tussen behoefte en gekregen hulp. Ze krijgen ook meer ongevraagde hulp.

Bejaarden zijn tevreden; men vindt in het algemeen dat men de goede en voldoende hulp krijgt. In sommige gevallen zou men frequenter wijkverpleegkundige zorg (bijvoorbeeld wassingen) willen krijgen.

Dit betekent echter niet, we vervallen in herhalingen, dat men denkt veel hulp te kunnen missen; met name op de meest serieuze behoefte, verzorging van het huishouden, ziet men geen kans in te leveren. Hierop, en ook op gebieden als vervoer, begeleid reizen en dergelijke wil men graag meer hulp.

Dit betekent echter niet dat men zich wil "overleveren" aan hulpverleners. Voor veel respondenten staat zo veel en zo lang mogelijke zelfstandigheid centraal. Daarvoor zijn bepaalde ondersteuning en vorm van hulp noodzakelijk, maar daarom wil men ook, als het kan, géén extra hulp.

Mogelijkheden voor die zelfstandigheid lijken in vrij grote mate aanwezig.

Hoewel een aantal van de bejaarden niet op de hoogte is van mogelijke voorzieningen in hun woonplaats blijken deze veelal wel aanwezig en maakt men er ook frequent gebruik van. Juist het gebruik van deze voorzieningen (aanleunwoning, tafeltje-dek-je) maakt het voor een deel van de bejaarden mogelijk om bij zekere mate van hulpbehoefte, voor zichzelf te blijven zorgen.

Ongeveer de helft van de ondervraagde groep is geporteerd van het idee op dergelijke wijze zo lang mogelijk zelfstandig te blijven.

Daar staat een andere helft tegenover die desondanks naar een bejaardenhuis willen; hieronder zijn relatief veel alleenstaanden. Sociale contacten, de ondanks alle hulp te zware last van het huishouden, en de angst dat hen iets overkomt zijn de voornaamste argumenten.

6. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING

In dit onderzoek zijn zorgbehoeften bestudeerd in het licht van een veranderend beleid. Nagegaan is in hoeverre de wijkverpleging aan deze behoeften tegemoet komt en welke verdere activiteiten de wijkverpleging zou kunnen ontplooiën. Dit is geschied door middel van een onderzoeksopzet, die de nodige beperkingen met zich meebrengt. In de eerste plaats zijn de behoeften van geselecteerde patiëntengroepen geïnventariseerd: het onderzoek richtte zich op chronisch zieken, die thuis woonden en aldaar verpleegd werden, op patiënten die net enige dagen uit het ziekenhuis ontslagen waren en enigerlei vorm van verpleegkundige hulp nodig hadden, en op thuiswonende bejaarden die op een indicatielijst voor opname in een bejaardentehuis stonden.

Deze groepen zijn niet in voldoende grote getale, a-select uit de betreffende populaties gekozen, maar zijn volgens de zogenaamde case control methode verkregen: per patiëntengroep werd in Zeeland en Twente getracht om evenveel patiënten die wijkverpleegkundige zorg genieten (wv-groep) als patiënten die geen wijkverpleegkundige zorg genieten (niet-wv-groep) te vinden. Tevens probeerden we stad-platteland, man-vrouw en alleenwonend-niet alleenwonend zo gelijk mogelijk vertegenwoordigd te laten zijn.

Deze opzet heeft tot gevolg dat we goede uitspraken kunnen doen over verschillen in zorgbehoeften, gevraagde hulp en verleende hulp tussen patiënten die wel en geen wijkverpleegkundige hulp krijgen, tussen stads- en plattelandspatiënten, etc.

Voorts kunnen we signaleren dat bij de onderzochte patiëntengroepen op bepaalde gebieden vervulde of onvervulde behoeften bestaan, maar we kunnen de omvang hiervan voor de gehele bevolking niet schatten met deze opzet. Deze restricties, waarop we overigens aan het einde terugkomen, dient men bij lezing van deze conclusies voor ogen te houden.

We kunnen dan de resultaten uit de vorige hoofdstukken als volgt samenvatten.

Op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren ontvangen de ondervraagde patiënten hulp naar behoefte. Naar verhouding van het aantal geuite behoeften geschiedt het slechts zelden dat een patiënt geen hulp ontvangt op deze gebieden.

Bovendien is het zo dat in dit opzicht personen in wijkverpleegkun-

dige zorg weliswaar meer behoeften hebben, en dus ook meer wijkverpleegkundige hulp ontvangen, maar dat in de groep die geen wijkverpleegkundige zorg geniet geen sprake is van veel latente behoeften: deze zorg komt blijkbaar terecht waar hij nodig is.

Meer onvervulde behoefte zijn we tegengekomen op het gebied van algemene dagelijkse levensverrichtingen, verzorging van het huishouden, op het gebied van materiële, geestelijke en sociale factoren. Met uitzondering van de huishoudelijke hulp gold ook hier steeds dat bij de groep die geen wijkverpleegkundige zorg genoot, in dezelfde mate hulp verleend werd als bij de groep die deze hulp wel kreeg.

Geïdentificeerde behoeften

Er bestaat veel behoefte aan zorg bij de geïnterviewde chronisch zieken, ex-ziekenhuispatiënten en bejaarden. Deze behoefte heeft maar voor een deel betrekking op strict lichamelijke problemen op het gebied van lichaamsverzorging en lichamelijk dysfunctioneren: ongeveer 60% respectievelijk 30% van de respondenten geeft deze behoeften aan; de grootste behoefte is er aan hulp bij of overname van huishoudelijk werk en algemeen dagelijkse levensverrichtingen als voortbewegen, eten, schrijven en dergelijke. Meer dan 85% van de respondenten meldt dit. Hulp op het gebied van ADL en huishouden lijkt in veel gevallen een voorwaarde waaraan voldaan moet zijn voordat over de mogelijkheid van thuisverpleging gesproken kan worden.

Deze zorgbehoeften op het elementaire vlak zijn voor alle drie de groepen in kwantitatieve zin het belangrijkste; de bejaarden hebben op het gebied van lichaamsverzorging meer behoeften dan de anderen, bij ex-ziekenhuispatiënten ligt iets meer de nadruk op het lichamelijk dysfunctioneren. In totaliteit uitte de 39 bejaarden op elementaire gebieden de meeste zorgbehoeften, ex-ziekenhuispatiënten de minste.

Na de behoeften op het elementaire vlak zijn behoeften aan aanpassingen (vooral bij bejaarden), verkrijgen van hulpmiddelen (idem), voorzieningengebruik (bejaarden en ex-ziekenhuispatiënten), en hulp bij contact en acceptatieproblemen (alle drie de groepen), het meest voorkomend. 35% noemt behoeften een van de twee eerste, 45% behoeften in een van deze twee laatste categorieën. Ten slotte verdienen problemen rond het vinden van een geschikte woning (vooral bij bejaarden) en vrijetijdsbesteding vermelding. Dit wordt door 20% van de respondenten genoemd. De behoefte aan lichaamsverzorging en zorg bij lichamelijk dysfunctioneren is groter bij de groep die wijkverpleegkundige zorg geniet dan bij de groep die dit niet heeft. De

overige zorgbehoeften zijn bij beide groepen in dezelfde mate aanwezig.

Gevraagde en ontvangen hulp

Naar aanleiding van ongeveer 30% van alle genoemde behoeften wordt een hulpvraag gesteld. Vooral ex-ziekenhuispatiënten doen dit zelden, enerzijds omdat vanuit het ziekenhuis ongevraagd veel geregeld wordt, anderzijds denken we, omdat het plotselinge karakter van de hulpbehoefte in deze gevallen als gevolg heeft dat men nog niet de kans heeft gehad een hulpvraag te formuleren. Het tijdelijk karakter dat de behoeften van een aantal patiënten uit deze groep kenmerkt zal ertoe bijdragen dat men geen hulpvraag formuleert.

Het al dan niet stellen van hulpvragen heeft geen verband met de kennis van de mogelijkheden van de wijkverpleging, de mate waarin men zelf wil bepalen welke zorg men nodig heeft (in tegenstelling tot dit aan "deskundigen" over te laten), het sociale systeem waarin men verkeert (aanwezigheid partner, frequent langskomende burens of vrienden, het wonen in de stad of op het platteland), of de leeftijd van de patiënt. Het maakt wel uit of men wijkverpleegkundige zorg geniet of niet: de groep in wijkverpleegkundige zorg heeft niet alleen veel vaker om lichaamsverzorging en hulp bij lichamelijk dysfunctioneren gevraagd, maar ook vaker om hulp bij geestelijke problemen. Merkwaardig genoeg blijken deze laatste hulpvragen niet via bemiddeling van de wijkverpleging gesteld te zijn, maar meestal via de huisarts of de kerk. Dat deze vragen meer door patiënten uit de groep die wijkverpleegkundige zorg geniet gesteld worden zegt meer over de toestand van de groep dan over de invloed van de wijkverpleegkundige.

Het niet stellen van een hulpvraag impliceert niet dat men geen hulp krijgt: ongevraagd wordt ook veel hulp geboden: dit geldt met name voor mantelzorg, maar ook van professionele hulp hebben we regelmatig geconstateerd dat mensen deze kregen, maar geen idee hadden wie daarom gevraagd had. Het gaat dan bij voorbeeld om nazorg die vanuit het ziekenhuis georganiseerd is, of om hulp na signalering door andere hulpverleners dat daaraan behoefte bestaat. In de ogen van de patiënt is deze hulp echter ongevraagd.

Op het gebied van lichamelijk dysfunctioneren krijgt men meestal professionele hulp, op de andere elementaire gebieden en op materieel gebied een mengeling van mantelzorg en professionele hulp; dit is regelmatig hulp waar men niet expliciet om gevraagd heeft; wanneer men met geestelijke of sociale problemen zit wordt men in 40% tot 50% van de gevallen aan zichzelf overgelaten. Bij de elementaire

factoren is dit nooit meer dan 20%.

Mantelzorg en professionele hulp fungeren als communicerende vaten: wanneer de mantelzorg niet continu aanwezig is, zoals bij alleenwonenden het geval is, neemt het aandeel van de professionele zorg toe. Dit zijn dezelfde bevindingen als door Mootz en Timmermans (1981)* vermeld worden.

Mensen waar zelden familieleden, buren of vrienden langs komen hebben meer onvervulde behoeften (of ze nu alleenwonend of niet-alleenwonend zijn) dan degenen waar regelmatig iemand binnenloopt. Personen in wijkverpleegkundige zorg hebben nauwelijks minder onvervulde behoeften dan personen die niet in wijkverpleegkundige zorg zijn.

Bekijken we de evaluaties door de patiënten, dan is er niet zo veel kritiek, maar is het telkens terugkerende geluid dat huishoudelijke verzorging het grootste knelpunt is; wanneer men moet inleveren wil men desnoods de wijkverpleegkundige minder frequent zien of de fysiotherapie missen, maar nooit de hulp in de huishouding; het liefst wil men daarbij extra zorg. Men noemt daarnaast wel wensen op het gebied van vervoer (een belangrijk onderwerp voor chronisch zieken en bejaarden), eenzaamheid (vooral bejaarden) en verwerking (vooral chronisch zieken), maar eigenlijk staat de hoeveelheid onvervulde wensen op deze gebieden in geen verhouding tot de rol die ze bij de evaluatie door patiënten en bij het formuleren van extra wensen spelen.

Verschuivingen 1: van residentiële naar thuiszorg

Laten we met dit beeld voor ogen de beoogde verschuivingen van residentiële zorg naar algemene thuiszorg in beschouwing nemen.

Een minimale voorwaarde voor thuiszorg is een goede opvang in de sfeer van de huishoudelijke verzorging en ADL-functies. In dit opzicht is er binnen de ondervraagde groep sprake van een delicaat evenwicht: men komt - met hulp van het mantelzorgsystemen - niet erg veel te kort. We zien ook dat bij ontbreken van mantelzorg er meer professionele hulp bijkomt. Anderzijds houdt het ook niet over: er kan geen extra last bij. Wil men residentiële verpleging naar thuiszorg overhevelen dan komt er wel meer bij, en dit zal aanvullende voorzieningen nodig maken. Voor ontslagenen uit het ziekenhuis, omdat de praktijk laat zien dat familie niet van de ene dag op de an-

* Zorgen voor later, desiderata voor een toekomstig onderzoeksbeleid, SCP-cahier, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981.

dere iets kan regelen; voor bejaarden omdat met het stijgen der jaren de handicaps en daarmee de behoefte aan verzorging toenemen, terwijl de kwaliteit van de mantelzorg - vooral waar dit de partner betreft - juist achteruitgaat.

Is aan deze minimale voorwaarde op het gebied van huishouding en ADL voldaan, dan geldt voor de ziekenhuispatiënten dat bij een verschuiving van residentiële naar thuiszorg een intensievere verpleging, die soms hogere medisch-technische eisen stelt, nodig is, althans naar mening van de ondervraagde patiënten. Dezen gaan vooral af op hun ervaring in het ziekenhuis. Daarnaast denken ze dat in een aantal gevallen fysiotherapie aan huis nodig zal zijn. Onder dergelijke voorwaarden zou driekwart van de ondervraagden eerder naar huis hebben kunnen gaan of een dagbehandeling kunnen ondergaan (zij het dat de patiënten hierover toch in zeer hypothetische termen spraken, en we in dit kader niet durven instaan voor de mate waarin dit medisch verantwoord zou zijn).

Met name tegen dagbehandeling blijven bij een aantal patiënten echter grote emotionele bezwaren: ook al is het praktisch mogelijk, dan vindt men het nog geen pretje om, terwijl men zich ziek voelt, te pendelen tussen het ziekenhuis en een huis waar het gewone leven ook doorgaat. We vermoeden dat bij een aantal patiënten alle verzorgende en medisch-technische tegemoetkomingen een dergelijke emotionele weerstand niet weg kunnen nemen.

Ook voor de patiënt uit de groep 'bejaarden' is hulp bij het huishouden een noodzakelijke voorwaarde om in de eigen omgeving te kunnen blijven. Is hieraan voldaan dan leeft bij de helft van de geïnterviewden ook de wens om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Hiervoor is niet zoveel extra nodig - sommigen kunnen daarvan zelfs wel iets missen -, maar worden wel vaak aanpassingen in het huis, verzekering van 24-uursbereikbaarheid en maaltijdvoorziening genoemd, als extra voorwaarden om deze wens te realiseren. Daar staat tegenover dat de andere helft van de bejaarden dusdanige behoeften heeft, dat opname in een bejaardenhuis in hun ogen als enige echte tegemoetkoming daaraan overblijft. We denken aan behoeften aan meer contact, aan te grote hulpbehoefte, vooral op het gebied van de ADL, of aan angst om alleen te wonen.

Chronisch zieken uiten als groep het meest positief de wens om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Ze denken, naast huishoudelijke ondersteuning, materiële en financiële hulp nodig te hebben om niet opgenomen te hoeven worden. Daarnaast geldt dat zij bij uitstek

van hun sociale omgeving afhankelijk zijn om hun huidige situatie thuis te kunnen handhaven.

Verschuivingen 2: van professionele zorg naar mantelzorg

Hiermee komen we op de tweede beoogde verschuiving, die we in beschouwing willen nemen: van professionele zorg naar mantelzorg en zelfzorg.

Mantelzorg neemt momenteel de meeste hulp op het gebied van ADL-functies en huishoudelijke verzorging voor zijn rekening. Op deze gebieden bestaan de meeste behoeften, waarmee mantelzorg in kwantitatief opzicht ook de bron van de meeste hulp is.

We zagen dat juist deze gebieden bepalend zijn voor de vraag of thuisverpleging nog mogelijk is; doorredenerend kunnen we dus stellen dat mantelzorg al een cruciale plaats inneemt in het scheppen van voorwaarden voor thuisverpleging. We moeten hier onmiddellijk aan toevoegen dat uit ons onderzoek blijkt dat waar mantelzorg weggevallen is, deze plaats door professionele hulp is ingenomen. Het is dus niet zo dat de professionele hulpverlening zich niet met deze zorggebieden bezighoudt, maar veeleer dat deze pas optreedt waar mantelzorg afwezig is of haar rol niet meer waar kan maken.

Van mantelzorg wordt, naar mening van vooral chronisch zieken, momenteel eigenlijk al te veel geeist. Professionele hulp die men daarnaast heeft is pure noodzaak, inleveren is in hun ogen onmogelijk. Vaak wil men als eerste extra wens verlichting op juist deze gebieden. In dit verband is het ook van belang dat partners, waar een groot deel van de geleverde mantelzorg op terug te voeren is, zelf ook minder valide zijn of een leeftijd bereikt hebben waarop ze met name het zware werk niet meer aan kunnen.

Verschuiving van professionele hulp naar mantelzorg, waarmee de mantelzorg nog zwaarder belast wordt, lijkt een te zware belasting voor deze (mantel)zorg. Een bevinding die inmiddels ook in ander onderzoek naar voren komt. Gorter (1985)* schrijft over de positie van met name ouderen en degenen die met de zorg voor een ernstig gehandicapte zijn belast, dat deze voornamelijk alleen staan in hun omvangrijke hulpverleningstaak, waarbij de hulp van buitenaf beperkt is. Voorts constateert hij dat degenen die de mantelzorg uitmaken

* GORTER K. Huishoudens met een gehandicapt gezinslid: onderzoek naar hun aantal en situatie. In: Boerma, W.G.W. en L. Hingstman: de Eerste lijn onderzocht. Deventer, Van Lochem Slaterus, 1985

zelf of den duur ook teveel belast werden.

De discussie over professionele hulp of mantel/zelfzorg, en over zelfredzaamheid van de patiënt, heeft twee aspecten die niet onderling uitwisselbaar zijn, terwijl dit wel gebeurt: verschuiving van professionele naar mantelzorg wordt gepresenteerd als vergroting van de zelfredzaamheid. We zouden op grond van onze resultaten willen stellen dat voor veel geïnterviewden de zelfredzaamheid vergroot kan worden door adequate professionele hulp: wanneer deze gegarandeerd is op enige elementaire gebieden, is men veelal langer in staat om zelfstandig het bestaan voort te zetten. Deze professionele hulp betekent geenszins dat geen mantelzorg meer wordt geboden, maar veel eerder dat die mantelzorg binnen de grenzen van haar vermogens meezorgt. Professionele zorg is in sommige gevallen een randvoorwaarde voor mantelzorg, omdat ze deze ontlast en specifieke taken overneemt. Zou men van de geïnterviewden de professionele zorg afnemen, dan zou in een groot aantal gevallen residentiële verpleging het alternatief zijn.

Beleidsimplicaties

Welke implicaties hebben deze conclusies voor het beleid van de kruisverenigingen en het concrete werk van de wijkverpleegkundige. Geconstateerd is dat er relatief veel onvervulde behoeften zijn, vooral op gebieden die buiten de lichaamsverzorging in de enge zin van het woord vallen. Deze onvervulde behoeften treffen we in gelijke mate aan bij patiënten die wijkverpleegkundige zorg genieten en bij patiënten waar dit niet zo is. Wanneer aan de belangrijkste voorwaarden voor thuiszorg, met name hulp in de huishouding, wordt voldaan, blijft een breed terrein over van behoeften aan specialistische en/of intensieve hulp die juist de wijkverpleegkundige zou kunnen leveren.

Op een aantal manieren kan de wijkverpleging trachten zorg te bieden waar dit tot nu toe in de praktijk weinig gebeurt maar waar wel behoefte aan bestaat. Ze zou meer immateriële zorg kunnen bieden aan de populatie waarop ze nu al gericht is: dit zou inhouden dat meer tijd besteed wordt aan bemiddeling en advisering. GVO-activiteiten, waaronder het bevorderen van meer zelfstandigheid bij verpleegkundige handelingen als verbinden en injecteren, activering en psychische ondersteuning.

Hiertoe zou de mogelijkheid geschapen moeten worden voor langdurige en frequentere bezoeken. We zeggen met nadruk "mogelijkheid, omdat het vooral van belang is dat men flexibel kan reageren op specifieke

hulpvragen. GVO activiteiten bijvoorbeeld vereisen enige extra tijdsinvestering, waarna de patiënt vaak tevreden is, wanneer de verpleegkundige alleen op de achtergrond aanwezig is, en er relatief weinig tijd gevraagd wordt. Soms zullen er periodes zijn dat iemand dagelijks steun nodig heeft, hoewel dit om zuiver verpleegtechnische redenen misschien niet nodig is. Hierop zou op gedifferentieerde wijze gereageerd moeten kunnen worden.

Een tweede vorm van aandacht richt zich op de populatie die zich nu niet onder de hoede van de wijkverpleging bevindt. Huishoudens, waar niet direct aan verpleegkundige verzorging behoefte is, doch waar wel onvervulde behoeften liggen, die ook niet vervuld (kunnen) worden door de al zwaar belaste mantelzorg. De wijkverpleging zou hier meer dan thans gebeurt, een signalerende, adviserende, begeleidende functie kunnen hebben, waarbij tevens opgetreden wordt als contact/coördinatiepersoon (bijvoorbeeld door het inschakelen van vrijwilligersorganisaties). De wijkverpleging zou dan kunnen signaleren dat het mantelzorgsysteem overbelast is; door te bemiddelen bij het verkrijgen van aanpassingen en hulpmiddelen kan een bijdrage aan zelfstandigheidsbevordering geleverd worden. Kortom, de wijkverpleging zou een surveillerende taak meer gestalte kunnen geven dan thans het geval is. Op deze wijze wordt de mantelzorg ontlast en voorwaarden geschapen voor een kwalitatief goede en langdurige thuiszorg.

De verschuiving van residentiële zorg naar thuiszorg brengt met zich mee dat ook de zorg voor de populatie die nu niet thuis verblijft door de ernst van hun hulpbehoevendheid, wel tot haar terrein zal gaan behoren. Dit betekent dat nieuwe, meer specifieke en vooral intensieve (24-uurs-)zorg geboden zal moeten worden. Ook daarbij worden tevens de coördinerende taken van de wijkverpleegkundige verzwakt.

Dit betekent deels taakuitbreiding, deels een zwaardere nadruk op bestaande taken. Zo'n verschuiving (een verdergaande integratie van verpleegkundige en meer GVO-achtige taken, een coördinerende rol, meer specifieke taken) vereist verandering in de wijze waarop de taak wordt uitgeoefend en in de omstandigheden waarbinnen dit geschiedt. Momenteel lijkt de wijkverpleging zich vaak te beperken tot het strict verpleegkundige werk, en zien we vaker de huisarts bij voorbeeld een coördinerende rol vervullen dan de wijkverpleegkundige. Meer in structurele zin noemen we de discussie over de coördinerende rol in de eerstelijnszorg, die nu eens aan de huisarts (basistakenpakket, LHV, 1982, nota samenhangende zorgstructuur, Ziekenfondsraad, 1983) dan weer aan de wijkverpleging wordt (contourenno-

ta) toebedacht.

Een andere structurele voorwaarde om aan de wens tot uitbreiding van de activiteiten van de wijkverpleegkunde te kunnen voldoen, is een gelijktijdige opvang bij de verzorging van het huishouden; samenwerking in deze met de gezinszorg - zoals die op plaatselijk niveau steeds vaker bestaat - en mogelijkheden voor een ruimere inzet van hulp in de huishouding (gezinszorg, vrijwilligershulp) lijken noodzakelijke voorwaarden om een verschuiving van residentiële zorg naar thuiszorg mogelijk te maken.

In het bovenstaande is geschetst welke onvervulde behoeften - in een brede betekenis - er geuit zijn door 119 patiënten, die in drie categorieën onderscheiden kunnen worden. Onvervulde behoeften op het gebied van de strikt lichamelijke verpleging zijn er niet zoveel, noch bij de groep die wijkverpleegkundige zorg geniet, noch bij de anderen. Het lijkt erop dat op deze terreinen de wijkverpleging de mensen bereikt die ze moet bereiken. Gezien het soort patiënten dat geïnterviewd is, kan deze conclusie ook op andere patiënten dan de geïnterviewden in de regio's Zeeland en Twente Betrokken worden, voor zover ze binnen de door ons onderzochte categorieën vallen, en regelmatig contact met een huisarts hebben. (Deze was degene die de chronisch zieken en een deel van de bejaarde voor het onderzoek leverde.)

Op andere terreinen werden meer onvervulde behoeften aangetroffen; voor een deel in die mate dat we aannemen dat dit een vrij algemeen verschijnsel is, alweer binnen dezelfde grenzen als we hierboven aangaven. Om hieraan meer te voldoen werden een aantal suggesties voor taakuitbreiding van het kruiswerk gegeven, onder voorwaarde dat door betere samenwerking met en grotere inzet van instanties op het gebied van de huishoudelijke verzorging de structurele mogelijkheden van zo'n taakuitbreiding aanwezig zijn. Of het inspelen op deze behoeften - die vaak met de kwaliteit van het leven te maken hebben - door professionele hulpverleners als de wijkverpleging - maar ook de huisarts, de gezinszorg, de fysiotherapeut etcetera - een reële vervulling van deze behoeften inhoudt, blijft een interessante vraag voor verder onderzoek.

GEVRAAGDE HULP

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
cq hulp bij
overnemen cq
uitvoeren van

- bedverpleging
- zorg voor het bed van de patiënt
- wasbeurt buiten bed (douchen)
- aankleden
- toilet handelingen
- gedeeltelijke verzorging
(voeten, haar, nagels)
- andere, nl.

- behandeling (en/of voorkomen) van complicaties van bedverpleging (decubitus/doorliggen, contracturen)
- wondverzorging
- voedings- en vochtbalans
- medicijntoediening: - injecteren
 - tabletten
 - druppels
 - anderzins, nl.
- specifieke verpleegkundige handelingen (zuurstoftoediening), nl.
- andere, nl.

		.	

- voorbewegen: - lopen
 - gebruik van loopmiddelen
 - gebruik van rolstoel
- lichte huishoudelijke werkzaamheden
- fijne motoriek (schrijven)
- zelfstandig eten
- passief oefenen
- andere, nl.

- . zorg voor de voeding, koken
- . verzorgen van inkopen, boodschappen
- . zwaardere huishoudelijke werkzaamheden
- . zorg voor de kleding, de was
- . andere, nl.

MATERIELE FACTOREN

BEHOEFTE AAN ZORG

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
of hulp bij
overnemen of
uitvoeren van

ONTVANGEN HULP

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
of hulp bij
overnemen of
uitvoeren van

GEVRAAGDE HULP

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
of hulp bij
overnemen of
uitvoeren van

aanpassing

- woning toegankelijk/buikbaar maken voor rolstoel/loophulpmiddelen
- aanpassen van ruimtes in de woning (badkamer, keuken)
- kleine aanpassingen (kranen, deuren, krukken)
- saneren van de woning bij allergie
- aanpassen van vervoermiddel
- andere aanpassingen, nl.

verkrijgen van (hulp)middelen

- hulpmiddelen t.b.v. mobiliteit (rolstoel, krukken)
- hulpmiddelen om de A.D.L. functies te vergemakkelijken (eten, aankleden)
- andere middelen, nl.

gebruik maken van voorzieningen

- sociale voorzieningen
- fondsen
- materiële voorzieningen (onthefingen, parkeerkaart)
- andere voorzieningen, nl.

gebruik maken van uitleenartikelen

- uitleenartikelen van de kruisvereniging, nl.

--	--	--

--	--	--

--	--	--

GEVRAAGDE HULP

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
cq hulp bij
overnemen cq
uitvoeren van

--	--	--

[illegible][illegible]

confrontatie met (andere waarden of normen)

- (her)oriënteren op andere waarden en normen
- leren leven/omgaan met andere waarden en normen
- (her)vinden van geestelijk evenwicht
- doelloosheid/zinloosheidsproblematiek
- eenzaamheidsproblematiek
- andere problemen, nl.

problemen in contacten met anderen

- problemen in contacten met intieme vrienden/relaties
- problemen t.o.v. het leggen van contacten
- houding/gedrag van mensen t.a.v. handicap/ziekte
- houding/gedrag van mensen t.a.v. buitengewone levenswijze
- andere problemen, nl.

problemen bij verwerking en/of acceptatie

- verlies van een dierbaar persoon
- niet kunnen realiseren van gewenste levenssituatie
- handicap of ziekte
- ongeneeslijk ziek zijn
- sterfproces
- andere problemen, nl.

BEHOEFTE AAN ZORG	ONTVANGEN HULP	GEVRAAGDE HULP
vermijden naar afzets behandeling	vermijden naar afzets behandeling	vermijden naar afzets behandeling
ontsteking op hulp bij	ontsteking op hulp bij	ontsteking op hulp bij
overnemen cq uitvoeren van	overnemen cq uitvoeren van	overnemen cq uitvoeren van

- problemen met zoeken naar huisvesting
- problemen met het op kamers (gaan) wonen/zelfstandig wonen
- problemen t.a.v. inwoning (ouders, familie, huurder)
- problemen t.a.v. gezinsuitbreiding
- problemen t.a.v. te kleine/inadequate ruimten
- problemen met huisbaas/hospes/hospita
- problemen met burennedebewoners
- problemen woonomgeving/ te (ver) afgelegen/te druk/geen passende woonomgeving
- problemen m.b.t. opnemingen in bejaardenoordinstelling
- andere problemen

Three empty 10x10 grids are provided for recording data. Each grid has 10 rows and 10 columns.

- studie/leermoeilijkheden
- moeilijkheden met leraren/studiegenoten
- verandering van school/opleiding
- andere problemen, nl.

- problemen met verrichten van concrete arbeidstaken
- overlast in werksituatie (geluid, stof, licht, etc.)
- problemen met medewerkers
- problemen met ondergeschikten
- problemen met management van de organisatie (hiërarchie, innovatie, promotie, dreigend ontslag e.d.)
- weinig zinvolle arbeid
- andere problemen, nl.

[illegible]

BEHOEFTE AAN ZORG

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
cq hulp bij
overnemen cq
uitvoeren van

ONTVANGEN HULP

zelfzorg
verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
cq hulp bij
overnemen cq
uitvoeren van

GEVRAAGDE HULP

verwijzen naar
advies
bemiddeling
ondersteuning
cq hulp bij
overnemen cq
uitvoeren van

problemen met vrijetijdsbesteding

- . zoeken naar zinvolle vrijetijdsbesteding
- . te weinig geld om vrije-tijdactiviteiten te bekostigen
- . te weinig vrij te besteden tijd
- . anderen problemen, nl.

problemen m.b.t. werkloosheid

- . (ten dele) afgekeurd voor arbeidsproces
- . werkloosheidsproblematiek
- . pensionering
- . andere problemen, nl.

REGISTRATIENUMMER

--	--	--	--

ALGEMENE VRAGEN

Allereerst wil ik u vragen stellen over uw burgerlijke staat en uw woonsituatie.

A1 Bent u lid van een kruisvereniging ☐ ja ☐ nee

A2 Mag ik u vragen hoe oud u bent?

☐ vrouw ... jaar

☐ man ... jaar

A3 Wat is uw burgerlijke staat?

☐ ongehuwd

☐ gehuwd/vaste partner

☐ gescheiden/weduwe c.q. weduwnaar

Heeft u kinderen?

☐ nee

☐ ja, leeftijd...j...j...j...j...j

...j...j...j

A4 Woont u alleen of woont u samen met (een) ander(en)?

(samenwonen betekent hier in de zin van huishelijk verkeer)

☐ alleenwonend

☐ samenwonend met vaste partner of echtgeno(o)te(e)

☐ samenwonend met partner en kinderen

— leeftijd kinderen ...j., ...j., ...j., ...j., ...j.

☐ samenwonend met familieleden, nl.....
.....+ leeftijd.....

☐ samenwonend met anderen (géén partner of familieleden, nl.....
.....+ leeftijd.....

A5 Hebt u buren, familie of vrienden die meerdere malen per week bij u langskomen?

☐ nee

☐ ja, nl. (wie?).....
(hoe vaak?).....

A6 Heeft u betaalde arbeid?

ja ☐ full-time baan als.....
☐ deeltijd baan als....., aantal uren p.w.

nee ☐ gepensioneerd

☐ werkloos — ☐ nooit betaalde arbeid verricht

☐ vroegere functie/arbeid....., duur.....

aantal uren per week..., duur functie....jaren

BEHOEFTE(N) VANWEGE AANDOENING(EN)

Vervolgens wil ik u wat vragen stellen over uw aandoening en wat deze aandoening voor u betekent in uw dagelijks leven.

Let op! problemen moeten wel voortvloeien of ontstaan zijn door handicap of ziekte.

B1 Sinds wanneer heeft u deze aandoening?

.....
.....

B2 Waardoor is uw ziekte/handicap veroorzaakt?

.....
.....

B3 Is uw aandoening in de loop van de tijd

- ☐ verergerd
☐ stabiel gebleven
☐ verbeterd

B4 Wat zijn de verwachtingen, wat betreft uw aandoening, voor de toekomst

- ☐ aandoening zal erger worden
☐ aandoening zal stabiel blijven
☐ aandoening zal verbeteren
☐ aandoening zal overgaan/genezen

B5 Wat betekent het ziek zijn/gehandicapt zijn in uw dagelijks leven; waarin wordt u gehinderd/wat geeft vooral moeilijkheden?

*LET OP doorvragen totdat je precies weet op welk(e) gebied(en) de patiënt behoefte(n) aan zorg heeft
antwoord(en) invullen bij gebied(en) van zorg*

B6 Kunt u aangeven wat precies de moeilijkheid of hindernis is?

*LET OP doorvragen totdat je precies weet aan welk soort zorg de patiënt behoefte heeft
antwoord(en) invullen bij soort(en) van zorg(onder de kolom behoeften)*

B7 Zijn er naast de dingen/problemen die u zojuist genoemd heeft nog andere moeilijkheden of problemen die het gevolg zijn van uw ziekte of handicap?
LET OP interviewster mag hier zelf geen gebieden of soorten zorg aangeven tenzij de patiënten die bij de voorgaande twee antwoorden zelf al terloops genoemd hebben.

Indien de patiënten andere problemen noemen, dan voorgaande vragen opnieuw stellen voor het (nieuwe) probleem.

ONTVANGEN HULP

Ik ga u nu vragen stellen over de hulp die u krijgt bij uw dagelijkse verzorging en bezigheden

C1 U heeft zojuist een aantal moeilijkheden/problemen genoemd , wordt u daarbij door iemand geholpen?

☐ nee — zelfzorg invullen

☐ ja, door (hulpverlener(s) invullen + hoe vaak per week hulpverlener komt)

.....
.....
.....

op welk gebied wordt U geholpen?

welke soort zorg krijgt U?

doorvragen totdat gebieden van zorg en soort zorg ingevuld kunnen worden onder de kolom ontvangen hulp

C2 U heeft verteld dat u door (hulpgever wordt geholpen, vindt u dat u deze hulp van de juiste persoon krijgt?

☐ ja

☐ nee

→ wie is volgens u het meest geschikt om de hulp die u nodig heeft te geven en waarom.....

.....
.....
.....
.....

C3 U heeft aangegeven dat u moeilijkheden/problemen hebt op een aantal gebieden (aangekruiste gebieden eventueel noemen)

- vindt u dat het gebied waarop u geholpen wordt aansluit bij de hulp die u nodig heeft op grond van uw aandoening

☐ ja

☐ nee, nl.....

.....
.....

C4 - Vindt u dat de soort hulp die u krijgt aansluit bij de soort hulp die u nodig heeft op grond van uw aandoening

☐ ja

☐ nee, nl.....

.....
.....

GEVRAAGDE HULP

De vragen die ik u nu ga stellen gaan over de manier waarop u hulp gevraagd hebt.

D1 Hebt u ooit in verband met uw aandoening iemand om hulp gevraagd?

☐ nee

☐ ja, aan
.....
.....

D2 Heeft iemand anders voor u wel eens hulp gevraagd in verband met uw aandoening?

☐ nee

☐ ja, nl.....
.....
.....

D3 Indien de twee voorgaande vragen met nee beantwoord zijn, terwijl men toch hulp krijgt, vragen hoé men aan wélke hulp gekomen is

.....
.....
.....
.....
.....

Bijvoorbeeld vragen hoe aanpassingen in de woning tot stand gekomen zijn, of hoe men aan hulpmiddelen als bijvoorbeeld een rolstoel is gekomen

D4 Heeft u voldoende hulp gehad bij het verkrijgen van aanpassingen of hulpmiddelen?

ja

nee (waarbij niet?).....
.....
.....
.....
.....

D5 Op welk(e) gebied(en) hebt u zorg gevraagd?
antwoorden invullen bij gebied(en) van zorg

D6 Welk soort zorg hebt u gevraagd?
antwoorden invullen bij soort(en) zorg (onder de kolom gevraagde hulp)

BELEID

Het beleid van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg heeft gevolgen voor het beleid van de kruisverenigingen. De mening van patiënten over een aantal beleidsvoornemens is van belang bij het opstellen van het beleid van de kruisverenigingen in de komende jaren. Daarom willen we nu een aantal vragen stellen over mogelijke veranderingen in de zorgverlening.

1. Stel nu eens dat de regering minder geld beschikbaar heeft voor zorgverlening. Welk gedeelte van de hulp die u nu ontvangt zou u als eerst laten afvallen
.....
.....
.....
antwoorden zoveel mogelijk in termen van zorggebied en zorgsoort
2. Welk gedeelte van de hulp die u nu ontvangt zou u beslist niet kunnen missen
.....
.....
.....
antwoorden zoveel mogelijk in termen van zorggebied en zorgsoort
3. Stel u eens dat de regering extra geld beschikbaar stelt voor de zorgverlening. Welke zorg zou u willen, naast de zorg die u nu al krijgt
.....
.....
.....
antwoorden zoveel mogelijk in termen van zorggebied en zorgsoort
4. Komt degene die u helpt vaak genoeg op bezoek

☐ ja
☐ nee, zij/hij moet vaker op bezoek komen(hulpverlener invullen).....
☐ nee, zij/hij moet minder vaak op bezoek komen (hulpverlener invullen).....

waarom?.....
.....
.....
5. Geeft zij/hij u voldoende aandacht en/of zorg

☐ ja,
☐ nee, omdat.....
.....
.....

6. Wat vindt u van de bereikbaarheid van degenen van wie u hulp krijgt?

- ☐ goed bereikbaar als dat plotseling nodig is
- ☐ onvoldoende bereikbaar als dat plotseling nodig is
- ☐ niet bereikbaar als dat plotseling nodig is

7. U krijgt op dit moment zorg van ('professionele' hulpverlener noemen)
zou (een deel van) die zorg mogelijk overgenomen
kunnen worden door uw omgeving (mantelzorg)

- ☐ nee
- ☐ ja
door wie?.....
-
- welk gebied van zorg?.....
-
-
- welk soort zorg?.....
-
-

8. Wat zou er extra nodig zijn als uw omgeving een deel van de zorg zou overnemen
*Bijvoorbeeld hulpmiddelen nodig, aanpassingen in badkamer en/of keuken,
financiële bijdrage in kosten, hulp van ziekenverzorger*

.....

.....

.....

9. Zou uw omgeving (een deel van) de zorg kunnen overnemen wanneer ervoor betaald zou
worden (door de regering)?

- nee
- ja (wie zou welke zorg kunnen overnemen)

.....

10. Voor welke tijdsperiode zou uw omgeving voor u kunnen zorgen?

.....

.....

.....

11. Hoe vaak zou iemand uit uw omgeving dan aanwezig moeten zijn om u te helpen ?

.....

.....

12. Welk deel van de zorg die u nu krijgt moet beslist door de huisarts, de wijk-verpleegster, de gezinsverzorgster, de maatschappelijk werkster gegeven (blijven) worden?
(het gaat hier om professionele hulpverleners)

Verleende zorg moet niet door andere hulpverleners gegeven worden

Verleende zorg kan ook gegeven worden door:

wie?

welk gebied van zorg?.....

welk soort zorg?.....

13. Stel dat U (enkele dagen) eerder uit het ziekenhuis ontslagen zou zijn, welke zorg zou u dan nodig gehad hebben bij thuiskomst?

dezelfde zorg als ik nu krijg

andere zorg nl.

gebied van zorg.....

soort zorg

hulpverlener

Stel dat u poliklinisch of in dagbehandeling behandeld zou zijn, welke zorg zou u dan nodig gehad hebben bij thuiskomst?

dezelfde zorg als ik nu krijg.....

andere zorg nl.....

gebied van zorg

soort zorg

hulpverlener.....

12. Welk deel van de zorg die u nu krijgt moet beslist door de huisarts, de wijk-verpleegster, de gezinsverzorgster, de maatschappelijk werkster gegeven (blijven) worden?
(het gaat hier om professionele hulpverleners)

Verleende zorg moet niet door andere hulpverleners gegeven worden

Verleende zorg kan ook gegeven worden door:

wie?

welk gebied van zorg?.....

welk soort zorg?.....

13. Wanneer uw aandoening zou verergeren, welke zorg denkt u dan nodig te hebben (naast de zorg die men - eventueel - al krijgt)

hulpverlener

gebied van zorg.....

soort zorg.....

Is een voorziening zoals bijvoorbeeld dagverpleging een mogelijkheid?

14. Wie zou volgens u moeten bepalen hoeveel zorg en welke zorg u nodig heeft?

15. In hoeverre bent u zelf deskundig om de hulp die u nodig heeft te bepalen?

☐ ik vind mezelf het meest deskundig t.a.v. het bepalen van hulp

☐ ik vind dat ik mede moet bepalen welke zorg ik nodig heb

☐ ik vind dat een professionele hulpverlener moet bepalen, welke zorg ik nodig heb

☐ anders, nl.....

12. Welk deel van de zorg die u nu krijgt moet beslist door de huisarts, de wijk-verpleegster, de gezinsverzorgster, de maatschappelijk werkster gegeven (blijven) worden?
(het gaat hier om professionele hulpverleners)

Verleende zorg moet niet door andere hulpverleners gegeven worden

Verleende zorg kan ook gegeven worden door:

wie?

welk gebied van zorg?.....

welk soort zorg?.....

13. Bestaat de mogelijkheid om gebruik te maken van voorzieningen die ik nu ga opnoemen

- aanleunwoningen ☐ nee ☐ ja
- 24 uur bereikbaarheid van hulpdienst ☐ nee ☐ ja
- 't tafeltje dek je' ☐ nee ☐ ja
- verkrijgen van bepaalde voorzieningen zoals bijvoorbeeld automatisch afslaan van ga/electra apparaat etc. ☐ nee ☐ ja
- andere voorzieningen nl.....

Zou u langer thuis kunnen blijven wonen wanneer u van de bovengenoemde voorzieningen gebruik zou kunnen maken

ja, want

nee, want.....

14. Wie zou volgens u moeten bepalen hoeveel zorg en welke zorg u nodig heeft?

.....

.....

15. In hoeverre bent u zelf deskundig om de hulp die u nodig heeft te bepalen?

- ☐ ik vindt mezelf het meest deskundig t.a.v. het bepalen van hulp
- ☐ ik vind dat ik mede moet bepalen welke zorg ik nodig heb
- ☐ ik vind dat een professionele hulpverlener moet bepalen, welke zorg ik nodig heb
- ☐ anders, nl.....

16. Kunt u aangeven welke zorg u aan een wijkverpleegkundige kunt vragen?

Welke zorg die u nu ontvangt van professionele krachten), zou u eventueel ook aan andere hulpverleners kunnen vragen?

Bijvoorbeeld gezinszorg, maatschappelijk werker, huisarts, etc.

hulpverlener

soort zorg

zorggebied

17. Kent u groeperingen die de belangen van cliënten/patiënten behartigen?

- ☐ nee
- ☐ zo ja, welke.....

18. Hebt u daar wel eens contact mee gehad?

- ☐ nee
- ☐ ja, nl.....

19. Wat zou ervan vinden wanneer u (voor een deel) geholpen zou worden door een vrijwilliger in plaats van door degene die u nu helpt?

☐ positief, omdat.....

.....

.....

☐ negatief, omdat.....

.....

.....

☐ geen mening

Tabel B 1.: het aantal patiënten dat per categorie een zorgbehoefte heeft, uitgesplitst naar regio

	Zeeland (N=59)			Twente (N=60)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	13	25	-	19	16	-
lichamelijk dysfunctioneren	15	1	5	14	6	2
ADL-functies	21	35	5	25	26	4
verzorging huishouden	54	30	-	52	31	2
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	2	3	19	6	3	6
verkrijgen (hulp)middelen	8	1	12	7	4	13
gebruik voorzieningen	9	2	11	15	9	7
uitleen artikelen	1	1	3	1	-	3
<u>geestelijke/relatiele factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	4	1	-	2	-
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-	-	3	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	1	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	4	2	-	3	1
problemen in contact met anderen	-	13	4	1	6	2
problemen verwerking/acceptatie	-	19	1	-	8	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	-	2	10	2	2	6
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	1	1	1	3	2
vrije tijd	-	6	7	2	10	3
werkeloosheid	-	3	1	-	2	-

A = Zeeland: overnemen;

B = Zeeland: ondersteunen/c.q. hulp;

C = Zeeland: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = Twente : overnemen;

E = Twente : ondersteunen/c.q. hulp;

F = Twente : verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 2.: het aantal plattelands patiënten en het aantal stadspatiënten dat per categorie een zorgbehoefte heeft

	platteland (N=60)			stad (N=59)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	15	22	-	17	19	-
lichamelijk dysfunctioneren	18	3	5	11	4	2
ADL-functies	23	26	7	23	35	2
verzorging huishouden	52	28	-	54	33	2
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	3	1	12	5	5	13
verkrijgen (hulp)middelen	9	3	11	6	2	14
gebruik voorzieningen	9	7	7	15	4	11
uitleen artikelen	1	1	5	1	-	1
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	3	-	-	3	1
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-	-	3	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	1	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	3	2	-	4	1
problemen in contact met anderen	1	4	4	-	15	2
problemen verwerking/acceptatie	-	12	1	-	15	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	1	3	10	1	1	6
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	1	4	2	-	-	1
vrije tijd	1	5	5	1	11	5
werkeloosheid	-	4	-	-	1	1

A = platteland: overnemen;

B = platteland: ondersteunen/c.q. hulp;

C = platteland: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = stad: overnemen;

E = stad: ondersteunen/c.q. hulp;

F = stad: verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 3.: het aantal mannen en vrouwen dat per categorie een zorgbehoefte heeft

	mannen (N=45)			vrouwen (N=74)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	11	15	-	21	26	-
lichamelijk dysfunctioneren	10	3	4	19	4	3
ADL-functies	20	22	3	26	39	6
verzorging huishouden	34	22	-	72	39	2
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	1	1	7	7	5	18
verkrijgen (hulp)middelen	5	2	10	10	3	15
gebruik voorzieningen	9	4	6	15	7	12
uitleen artikelen	1	1	1	1	-	5
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	4	1	-	2	-
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-	-	3	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	1	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	1	-	6	2
problemen in contact met anderen	-	3	3	1	16	3
problemen verwerking/acceptatie	-	9	1	-	18	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	-	2	4	2	2	12
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	3	3	1	1	-
vrije tijd	1	6	6	1	10	4
werkeloosheid	-	3	-	-	2	1

A = mannen: overnemen;

B = mannen: ondersteunen/c.q. hulp;

C = mannen: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = vrouwen: overnemen;

E = vrouwen: ondersteunen/c.q. hulp;

F = vrouwen: verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 4.: het aantal patiënten dat per categorie een zorgbehoefte heeft, uitgesplitst naar degenen die alleenwonen en patiënten die niet alleenwonen

	alleenwonend (N=39)			niet-alleen wonend (N=80)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	12	11	-	20	30	-
lichamelijk dysfunctioneren	10	-	1	19	7	6
ADL-functies	14	20	1	32	41	8
verzorging huishouden	35	20	2	71	41	-
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	2	3	7	6	3	18
verkrijgen (hulp)middelen	6	1	8	9	4	17
gebruik voorzieningen	9	4	5	15	7	13
uitleen artikelen	-	-	-	2	1	5
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	6	1
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	4	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	1	1	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	2	1	-	5	2
problemen in contact met anderen	1	5	2	-	14	4
problemen verwerking/acceptatie	-	7	-	-	20	2
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	2	1	7	-	3	9
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	1	4	3
vrije tijd	1	3	2	1	13	8
werkeloosheid	-	-	-	-	5	1

A = alleenwonend: overnemen;

B = alleenwonend: ondersteunen/c.q. hulp;

C = alleenwonend: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = samenwonend: overnemen;

E = samenwonend: ondersteunen/c.q. hulp;

F = samenwonend: verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 5.: het aantal patiënten dat per categorie hulp gevraagd heeft, uitgesplitst per regio

	Zeeland (N=59)			Twente (N=60)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	6	8	-	4	4	-
lichamelijk dysfunctioneren	10	1	2	4	2	1
ADL-functies	6	10	-	6	2	6
verzorging huishouden	17	2	-	10	2	2
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	1	1	4	-	1	2
verkrijgen (hulp)middelen	-	1	6	-	-	5
gebruik voorzieningen	-	-	10	-	3	4
uitleen artikelen	-	-	3	-	-	2
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-	-	-	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	2	-	1	-
problemen in contact met anderen	-	2	2	-	-	2
problemen verwerking/acceptatie	-	2	-	-	1	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	-	1	6	1	-	3
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	-	1
vrije tijd	-	-	2	-	1	3
werkeloosheid	-	-	1	-	1	1

A = Zeeland: overnemen;

B = Zeeland: ondersteunen/c.q. hulp;

C = Zeeland: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = Twente : overnemen;

E = Twente : ondersteunen/c.q. hulp;

F = Twente : verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 6.: het aantal plattelands patiënten en stadspatiënten dat per categorie om hulp gevraagd heeft

	platteland (N=59)			stad (N=60)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	3	5	-	7	7	-
lichamelijk dysfunctioneren	4	-	-	10	3	3
ADL-functies	5	4	4	7	8	2
verzorging huishouden	13	2	1	14	2	1
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	1	1	2	-	1	4
verkrijgen (hulp)middelen	-	-	4	-	1	7
gebruik voorzieningen	-	-	7	-	1	7
uitleen artikelen	-	-	1	-	-	4
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	1	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	-	1	-	2	1
problemen in contact met anderen	-	-	1	-	2	3
problemen verwerking/acceptatie	-	-	-	-	3	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	-	-	4	1	1	5
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	-	1
vrije tijd	-	1	1	-	-	4
werkeloosheid	-	-	-	-	1	2

A = platteland: overnemen;

B = platteland: ondersteunen/c.q. hulp;

C = platteland: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = stad: overnemen;

E = stad: ondersteunen/c.q. hulp;

F = stad: verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 7.: het aantal mannen en vrouwen dat per categorie om hulp gevraagd heeft

	mannen (N=45)			vrouwen (N=74)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	3	4	-	7	8	-
lichamelijk dysfunctioneren	4	1	3	10	2	-
ADL-functies	3	3	1	9	9	5
verzorging huishouden	5	-	-	22	4	2
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	1	1	1	-	1	5
verkrijgen (hulp)middelen	-	1	5	-	-	6
gebruik voorzieningen	-	2	8	-	1	6
uitleen artikelen	-	-	1	-	-	4
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	1	-	-	-	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	-	1	-	2	1
problemen in contact met anderen	-	1	2	-	1	2
problemen verwerking/acceptatie	-	1	-	-	2	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	-	-	2	1	1	7
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	1	-	-	-
vrije tijd	-	-	2	-	1	3
werkeloosheid	-	-	2	-	1	-

A = mannen: overnemen;

B = mannen: ondersteunen/c.q. hulp;

C = mannen: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = vrouwen: overnemen;

E = vrouwen: ondersteunen/c.q. hulp;

F = vrouwen: verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 8.: het aantal patiënten dat per categorie hulp gevraagd heeft uitgesplitst naar patiënten die alleenwonen en patiënten die niet alleenwonen

	alleenwonend (N=39)			niet-alleenwonend (N=80)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	5	3	-	5	9	-
lichamelijk dysfunctioneren	3	1	-	11	2	3
ADL-functies	3	4	2	9	8	4
verzorging huishouden	11	-	1	16	4	1
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	-	-	1	1	2	5
verkrijgen (hulp)middelen	-	-	-	-	1	11
gebruik voorzieningen	-	-	6	-	3	8
uitleen artikelen	-	-	-	-	-	5
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	1	-
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	-	1	-	2	1
problemen in contact met anderen	-	-	-	-	2	4
problemen verwerking/acceptatie	-	-	-	-	3	1
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	1	-	3	-	1	6
school/studie	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	-	1
vrije tijd	-	-	-	-	1	5
werkeloosheid	-	-	-	-	1	2

A = alleenwonend: overnemen;

B = alleenwonend: ondersteunen/c.q. hulp;

C = alleenwonend: verwijzen/advies/bemiddeling;

D = niet-alleenwonend: overnemen;

E = niet-alleenwonend: ondersteunen/c.q. hulp;

F = niet-alleenwonend: verwijzing/advies/bemiddeling.

Tabel B 9.: het soort hulp dat men in Zeeland ontvangen heeft (N=59)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	8	10	1	4	14	-	7
lichamelijk dysfunctioneren	19	2	6	2	1	-	5
ADL-functies	6	16	3	11	22	-	19
verzorging huishouden	28	4	-	43	27	-	13
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	2	1	8	-	-	4	5
verkrijgen (hulp)middelen	4	-	8	6	-	1	3
gebruik voorzieningen	2	-	9	5	1	1	7
uitleen artikelen	-	-	3	-	1	-	2
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	3
huwelijksmoeilijkheden	-	1	1	-	-	-	3
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	3	1	-	2	-	3
problemen in contact met anderen	-	5	3	-	6	-	6
problemen verwerking/acceptatie	-	10	-	-	7	-	8
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	2	6	-	-	-	4
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	1	-	1
vrije tijd	-	2	3	-	3	3	12
werkeloosheid	1	-	2	1	2	-	1

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B10.: het soort hulp dat men in Twente ontvangen heeft (N=60)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	14	8	1	7	12	-	11
lichamelijk dysfunctioneren	14	2	1	4	3	-	5
ADL-functies	6	16	6	18	16	1	35
verzorging huishouden	28	6	-	45	23	-	18
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	-	-	3	2	-	1	6
verkrijgen (hulp)middelen	3	-	8	6	4	2	8
gebruik voorzieningen	8	1	5	15	5	-	13
uitleen artikelen	1	-	2	1	-	1	2
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	2
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	3
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	1	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	-	-	1	-	8
problemen in contact met anderen	-	2	-	-	3	1	15
problemen verwerking/acceptatie	-	3	1	-	4	-	14
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	-	4	1	1	2	9
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	1	1	1	1	2	-	2
vrije tijd	-	4	-	1	2	-	22
werkeloosheid	-	1	-	-	2	-	2

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B11.: de soort hulp dat plattelandspatiënten ontvangen hebben
(N=60)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	11	9	1	6	13	-	9
lichamelijk dysfunctioneren	18	2	4	4	1	-	6
ADL-functies	6	13	7	13	17	1	24
verzorging huishouden	24	6	-	45	27	-	11
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	-	1	7	-	-	3	3
verkrijgen (hulp)middelen	4	-	10	7	2	-	4
gebruik voorzieningen	2	-	8	7	5	-	8
uitleen artikelen	-	-	5	1	-	-	1
<u>geestelijke/relatiele factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	2
huwelijksmoeilijkheden	-	1	1	-	-	-	1
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	3	1	-	1	-	4
problemen in contact met anderen	-	2	3	-	3	-	6
problemen verwerking/acceptatie	-	7	1	-	8	-	10
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	2	8	-	1	2	5
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	1	1	1	1	3	-	3
vrije tijd	-	1	3	-	1	3	18
werkeloosheid	1	1	1	1	4	-	2

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B12.: de soort hulp dat stadspatiënten ontvangen hebben (N=59)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	11	9	1	5	13	-	9
lichamelijk dysfunctioneren	15	2	3	2	3	-	4
ADL-functies	6	19	2	16	21	-	30
verzorging huishouden	32	4	-	43	23	-	20
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	2	-	4	2	-	2	8
verkrijgen (hulp)middelen	3	-	6	5	2	3	7
gebruik voorzieningen	8	1	6	13	1	1	12
uitleen artikelen	-	-	-	-	1	1	3
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	3
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	5
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	1	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	1	-	-	2	-	7
problemen in contact met anderen	-	5	-	-	6	1	15
problemen verwerking/acceptatie	-	6	-	-	3	-	12
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	-	2	1	-	-	8
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	-	-	-
vrije tijd	-	5	-	1	4	-	16
werkeloosheid	-	-	1	-	-	-	1

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B13.: de soort hulp dat mannen ontvangen (N=45)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	7	5	1	7	12	-	4
lichamelijk dysfunctioneren	12	1	3	4	3	-	1
ADL-functies	4	10	2	13	14	-	24
verzorging huishouden	10	3	-	29	17	-	7
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	-	-	5	-	-	-	5
verkrijgen (hulp)middelen	2	-	5	5	1	2	5
gebruik voorzieningen	4	-	6	7	2	-	7
uitleen artikelen	-	-	-	1	-	1	2
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	2
huwelijksmoeilijkheden	-	1	1	-	-	-	1
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	-	1	-	2	-	5
problemen in contact met anderen	-	1	1	-	3	-	9
problemen verwerking/acceptatie	-	3	-	-	6	-	8
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	1	3	1	1	1	3
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	1	-	-	-	3
vrije tijd	-	1	3	1	3	3	12
werkeloosheid	1	-	2	1	3	-	2

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B14.: de soort hulp dat vrouwen ontvangen (N=74)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	15	13	1	4	14	-	14
lichamelijk dysfunctioneren	21	3	4	2	1	-	9
ADL-functies	8	22	7	16	24	1	30
verzorging huishouden	46	7	-	59	33	-	24
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	2	1	6	2	-	5	6
verkrijgen (hulp)middelen	5	-	11	7	3	1	6
gebruik voorzieningen	6	1	8	13	4	1	13
uitleen artikelen	-	-	5	-	1	-	2
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	3
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	5
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	1	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	4	-	-	1	-	6
problemen in contact met anderen	-	6	2	-	6	1	12
problemen verwerking/acceptatie	-	10	1	-	5	-	14
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	1	7	-	-	1	10
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	1	1	-	1	3	-	-
vrije tijd	-	5	-	-	2	-	22
werkeloosheid	-	1	-	-	1	-	1

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B15.: de soort hulp dat alleenwonenden ontvangen hebben (N=39)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	9	4	-	2	3	-	9
lichamelijk dysfunctioneren	11	1	-	1	-	-	2
ADL-functies	5	22	1	8	8	-	17
verzorging huishouden	25	1	-	28	14	-	12
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	1	-	4	1	-	1	6
verkrijgen (hulp)middelen	2	-	4	5	1	2	7
gebruik voorzieningen	5	1	6	6	3	1	7
uitleen artikelen	-	-	-	-	-	1	-
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	-
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	1
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-	-	-	-	-
confrontatie met andere waarden, normen	-	2	-	-	-	-	4
problemen in contact met anderen	-	3	1	-	2	-	6
problemen verwerking/acceptatie	-	5	-	-	2	-	4
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	-	4	-	-	2	7
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	-	-	-	-	-	-	1
vrije tijd	-	2	-	-	1	1	4
werkeloosheid	-	-	-	-	-	-	-

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B16.: de soort hulp dat niet-alleenwonenden ontvangen hebben
(N=80)

	professioneel			mantel		zelf	
	A	B	C	D	E	F	G
<u>elementaire factoren</u>							
lichaamsverzorging	13	14	2	9	23	-	9
lichamelijk dysfunctioneren	22	3	7	5	4	-	8
ADL-functies	7	10	8	21	30	1	37
verzorging huishouden	31	9	-	60	36	-	19
<u>materiële factoren</u>							
aanpassingen	1	1	7	1	-	4	5
verkrijgen (hulp)middelen	5	-	12	7	3	1	4
gebruik voorzieningen	5	-	8	14	3	-	13
uitleen artikelen	-	-	5	1	1	-	4
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>							
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	1	-	-	-	5
huwelijksmoeilijkheden	-	1	1	-	-	-	5
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	1	1	-	-	1
confrontatie met andere waarden, normen	-	2	1	-	3	-	6
problemen in contact met anderen	-	4	2	-	7	1	15
problemen verwerking/acceptatie	-	8	1	-	9	-	18
<u>sociale factoren</u>							
problemen met woonvormen	-	2	6	1	1	-	6
school/studie	-	-	-	-	-	-	-
arbeid	1	1	1	1	3	-	2
vrije tijd	-	4	3	1	4	2	30
werkeloosheid	1	1	2	1	4	-	3

A = professionele hulp: overnemen;

B = professionele hulp: ondersteunen;

C = professionele hulp: verwijzen/advies/bemiddelen;

D = mantelzorg: overnemen;

E = mantelzorg: ondersteunen;

F = mantelzorg: verwijzen/advies/bemiddelen;

G = zelfzorg.

Tabel B17.: het aantal patiënten met discrepanties uitgesplitst naar regio

	Zeeland (N=59)			Twente (N=60)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	21	7	16(6)	22	2	21(12)
lichamelijk dysfunctioneren	10	1	13(12)	14	1	15(11)
ADL-functies	38	12	33(12)	36	8	31(10)
verzorging huishouden	55	9	52(17)	53	13	52(19)
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	19	13	8(6)	12	9	4(1)
verkrijgen (hulp)middelen	14	5	13(7)	16	4	14(8)
gebruik voorzieningen	12	5	11(6)	13	8	21(9)
uitleen artikelen	2	1	1(-)	2	-	2(1)
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	5	4	1(1)	2	2	-(-)
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-(-)	3	3	-(-)
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-(-)	1	-	1(-)
confrontatie met andere waarden, normen	3	1	3(1)	3	3	1(-)
problemen in contact met anderen	13	5	9(4)	8	6	6(2)
problemen verwerking/acceptatie	9	7	13(8)	17	4	5(2)
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	6	6	3(3)	6	4	4(-)
school/studie	-	-	-(-)	-	-	-(-)
arbeid	1	1	1(-)	4	3	2(1)
vrije tijd	10	7	4(2)	12	9	5(2)
werkeloosheid	5	1	4(2)	1	1	1(-)

A = Zeeland: wel behoefte, geen hulpvraag;

B = Zeeland: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

C = Zeeland: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag;

D = Twente : wel behoefte, geen hulpvraag;

E = Twente : wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

F = Twente : wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag.

Tabel B18.: aantal plattelandsbewoners en het aantal stadsbewoners met discrepanties

	platteland (N=60)			stad (N=59)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	19	4	16(8)	24	5	19(10)
lichamelijk dysfunctioneren	11	1	12(13)	13	1	16(10)
ADL-functies	35	9	30(7)	39	11	34(15)
verzorging huishouden	56	8	54(14)	52	14	50(22)
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	13	8	7(4)	18	14	5(3)
verkrijgen (hulp)middelen	13	2	13(8)	17	7	24(7)
gebruik voorzieningen	16	4	16(7)	19	9	16(8)
uitleen artikelen	3	1	2(1)	1	-	1(-)
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	3	2	1(1)	4	4	-(-)
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-(-)	3	3	-(-)
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-(-)	1	-	4(-)
confrontatie met andere waarden, normen	2	1	2(1)	4	3	13(1)
problemen in contact met anderen	5	3	4(1)	16	8	11(5)
problemen verwerking/acceptatie	11	4	10(4)	15	7	8(6)
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	8	4	6(3)	4	6	1(-)
school/studie	-	-	-(-)	-	-	-(-)
arbeid	4	3	3(1)	1	1	-(-)
vrije tijd	8	7	2(-)	16	9	7(4)
werkeloosheid	4	1	4(1)	2	1	1(1)

A = platteland: wel behoefte, geen hulpvraag;

B = platteland: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

C = platteland: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag;

D = stad: wel behoefte, geen hulpvraag;

E = stad: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

F = stad: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag.

Tabel B19.: het aantal mannen en vrouwen met discrepanties

	mannen (N=45)			vrouwen (N=74)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	16	2	15(6)	27	7	22(12)
lichamelijk dysfunctioneren	11	-	11(7)	13	2	17(16)
ADL-functies	30	9	25(7)	44	11	39(15)
verzorging huishouden	40	7	37(9)	68	15	67(27)
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	8	7	2(2)	23	15	10(5)
verkrijgen (hulp)middelen	10	4	9(5)	20	5	18(10)
gebruik voorzieningen	9	5	12(6)	26	8	20(9)
uitleen artikelen	2	1	1(-)	2	-	2(1)
<u>geestelijke/relatieve factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	5	4	1(1)	2	2	-(-)
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-(-)	3	3	-(-)
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-(-)	1	-	1(-)
confrontatie met andere waarden, normen	1	-	2(-)	5	4	2(1)
problemen in contact met anderen	3	3	3(-)	18	8	12(6)
problemen verwerking/acceptatie	9	4	8(2)	17	7	10(8)
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	5	3	6(3)	7	7	1(-)
school/studie	-	-	-(-)	-	-	-(-)
arbeid	4	4	2(-)	1	-	1(1)
vrije tijd	11	7	5(-)	11	9	4(4)
werkeloosheid	5	1	5(2)	1	1	-(-)

A = mannen: wel behoefte, geen hulpvraag;

B = mannen: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

C = mannen: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag;

D = vrouwen: wel behoefte, geen hulpvraag;

E = vrouwen: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

F = vrouwen: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag.

Tabel B20.: aantal patiënten met discrepanties uitgesplitst naar patiënten die alleen wonen en patiënten die niet alleen wonen

	alleenwonend (N=39)			niet alleen- wonend (N=80)		
	A	B	C	D	E	F
<u>elementaire factoren</u>						
lichaamsverzorging	12	5	8(5)	31	4	29(13)
lichamelijk dysfunctioneren	8	-	8(8)	16	2	20(15)
ADL-functies	23	6	19(10)	51	14	45(12)
verzorging huishouden	38	9	36(16)	70	13	68(20)
<u>materiële factoren</u>						
aanpassingen	7	5	4(3)	24	17	8(4)
verkrijgen (hulp)middelen	13	4	11(6)	17	9	16(9)
gebruik voorzieningen	13	2	12(7)	22	11	20(8)
uitleen artikelen	-	-	-(-)	4	1	3(1)
<u>geestelijke/relatiele factoren</u>						
gezins- leefmoeilijkheden	-	-	-(-)	7	6	1(1)
huwelijksmoeilijkheden	-	-	-(-)	3	3	-(-)
opvoedingsmoeilijkheden	-	-	-(-)	1	-	1(-)
confrontatie met andere waarden, normen	2	1	1(1)	4	3	3(1)
problemen in contact met anderen	8	3	6(4)	13	8	9(2)
problemen verwerking/acceptatie	7	1	7(5)	19	10	11(5)
<u>sociale factoren</u>						
problemen met woonvormen	7	6	3(1)	5	4	4(2)
school/studie	-	-	-(-)	-	-	-(-)
arbeid	-	-	-(-)	5	4	3(1)
vrije tijd	6	3	3(2)	16	13	6(2)
werkeloosheid	-	-	-(1)	6	2	5(2)

A = alleenwonend: wel behoefte, geen hulpvraag;

B = alleenwonend: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

C = alleenwonend: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag;

D = niet-alleenwonend: wel behoefte, geen hulpvraag;

E = niet-alleenwonend: wel hulpbehoefte, geen hulp ontvangen;

F = niet-alleenwonend: wel hulp ontvangen (professionele hulp) geen hulpvraag.