

SUBSTITUTIE OUDERENZORG DEN HAAG

Deel 5

Professionele en vrijwillige hulpverlening

NIPG-publikatienummer
91.040

Mei 1991

K. Zaal
R.J.M. Perenboom

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 26,50 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 91.040.

INHOUD

pagina

1. INLEIDING	1
1.1 Experiment Zorghuis Den Haag (EZH)	1
1.2 Evaluatie van het EZH	3
1.3 Doel en opbouw van het rapport	3
2. LITERATUUR	5
2.1 Professionele hulpverlening	5
2.2 Professionele hulpverlening in het Zorghuis	9
2.3 Vrijwillige hulpverlening	10
2.4 Vrijwillige hulpverlening in het Zorghuis	16
2.5 Overeenkomsten en verschillen tussen professionele en vrijwillige hulpverlening	17
2.6 Vraagstelling	19
3. ONDERZOEKSOPZET	21
3.1 Selectie van respondenten	21
3.2 Veldwerk	22
3.3 Non-respons	22
3.4 Operationalisatie	23
4. RESULTATEN	26
4.1 Professionele hulpverleners	26
4.1.1 Persoonskenmerken	26
4.1.2 Professionele hulpverlening in het Zorghuis	28
4.1.3 Zorg op maat	31
4.1.4 Bewoners	33
4.1.5 Gebouw	34
4.1.6 Subjectieve gezondheid en belasting	34

	Pag.
4.1.7 Zorgverlening	36
4.1.8 Reacties ouderen	37
4.1.9 Toekomst Zorghuis	38
4.1.10 Informele zorgverlening	38
4.2 Vrijwilligers	39
4.2.1 Persoonskenmerken	39
4.2.2 Vrijwilligerswerk	41
4.2.3 Vrijwillige hulpverlening in het Zorghuis	42
4.2.4 Zorg op maat	44
4.2.5 Subjectieve gezondheid en belasting	45
5. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	47
5.1 Samenvatting	47
5.2 Discussie	52
LITERATUUR	55
BIJLAGEN	57

1. INLEIDING

1.1 Experiment Zorghuis Den Haag (EZH)

Om de consequenties van verschuiving c.q. substitutie van zorg voor ouderen ten aanzien van de gezondheid en het welbevinden van de ouderen en ten aanzien van de kosten en kwaliteit van zorg te onderzoeken, heeft het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) een demonstratieproject geïnitieerd, bestaande uit zes experimenten. Deze experimenten richten zich op diverse mogelijkheden van substitutie (Perenboom & Schroots, 1989). Zij worden geëvalueerd door verschillende wetenschappelijke instellingen. Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG/TNO) te Leiden evalueert het **Experiment Zorghuis Den Haag (EZH)**.

Het **EZH** is officieel gestart op 1 oktober 1987. Het is gelokaliseerd in het Zorghuis Dr. W. Drees, een nieuw gebouwde voorziening voor ouderen, bestaande uit 119 appartementen voor alleenstaanden en tweepersoonshuishoudens (zgn. HAT-eenheden).

Aan het EZH nemen deel de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging van de Gemeente Den Haag (GDVV), de Stichting Thuishulp 's Gravenhage (STH) en het Haags Kruiswerk (HK). Voor de opzet, begeleiding en uitvoering van het EZH is een zogenaamde projectgroep EZH geformeerd.

De basisidee van het EZH is substitutie, opgevat als het verlenen van zorg op maat, door middel van verschuiving van zwaardere vormen van zorg naar lichtere. Dit basisidee wordt verwoord in de volgende doelstelling: Het handhaven of vergroten van de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen, door middel van substitutie van zorg en het leveren van zorg op maat, in de verwachting dat de kosten van de zorg hierdoor minder zijn dan die, welke in traditionele instellingen worden gemaakt.

Deze doelstelling wordt in het EZH gerealiseerd door de functies (beschermd) wonen, verzorging en verpleging te combineren via drie verblijfssituaties in één Zorghuis: een verpleeghuis, een verzorgingshuis en aanleunwoningen. Iedere

oudere of ouder echtpaar heeft een eigen appartement. De ouderen komen via de normale procedures in aanmerking voor een woning in het Zorghuis: ouderen met een verpleeghuisindicatie via het bemiddelingsbureau; ouderen met een verzorgingshuisindicatie en ouderen voor de aanleunwoningen via de Gemeentelijke Dienst voor de Volkshuisvesting van de gemeente Den Haag. In traditionele verpleeghuizen verblijven patiënten doorgaans met meerdere personen (4 à 8) op één zaal. In het EZH kunnen ouderen met een AWBZ-indicatie (verpleeghuisindicatie) samen met hun partner in een eigen appartement wonen. In traditionele verzorgingshuizen wordt zorg verleend door hulpverleners in dienst van dat verzorgingshuis en betalen de ouderen een totaal bedrag voor huisvesting, voeding en verzorging. In het EZH daarentegen worden ouderen met een verzorgingshuisindicatie, evenals ouderen met een aanleunindicatie, beschouwd als zelfstandig wonende ouderen. In principe is er geen onderscheid tussen deze twee groepen: er is geen specifiek zorgaanbod voor ouderen met een verzorgingshuisindicatie. Zowel ouderen in de aanleunwoningen als ouderen met een verzorgingshuisindicatie betalen een normale huur voor hun appartement (met recht op huursubsidie) en kunnen naar behoefte een beroep doen op zorgverlening door kruiswerk, gezinszorg en informele zorgverleners. Aangezien de zorg in het Zorghuis 'aan huis' wordt gebracht, hoeven de ouderen bij indicatieverandering in principe niet te verhuizen naar een andere afdeling of woning binnen het Zorghuis.

Zorgverlening voor bewoners met een AWBZ-indicatie vindt vooralsnog plaats door personeel in dienst van de GDVV (het 'behandelteam') en door informele zorg. Voor de hulp aan ouderen met een aanleunwoningindicatie of verzorgingshuisindicatie zijn zorgverleners van extramurale instellingen (gezinszorg en kruiswerk) ingeschakeld.

De veronderstelde reductie in kosten wil de projectgroep EZH bereiken door (1) zoveel mogelijk gebruik te maken van zelfzorg en informele zorg, aangevuld met extramurale zorg, en (2) door re-allocatie van financiële middelen. De gelden uit de AWBZ, de WBO en de huuropbrengsten van de woningen worden besteed ten behoeve van alle bewoners, alsmede voor op te zetten wijkactiviteiten als onderdeel van de dienstverlening van het Zorghuis.

1.2 Evaluatie van het EZH

De evaluatie van het EZH beoogt de volgende vraagstelling te beantwoorden (cf Perenboom & Schroots, 1989):

Wat zijn de effecten van het EZH

- a. op het welbevinden en de gezondheid van de ouderen;
- b. op de kwaliteit en kosten van de zorg.

Ten behoeve van deze evaluatie is een onderzoeksopzet gemaakt (Perenboom & Schroots, 1989). De evaluatie van het EZH bestaat uit twee onderdelen, een procesevaluatie en een produktevaluatie. In de procesevaluatie wordt het verloop van het EZH beschreven, waarbij de nadruk ligt op problemen die zich voordoen in de ontwikkeling van het proces, de besluitvorming daaromtrent en de acties die eventueel ondernomen worden om problemen op te lossen. Tevens worden, als onderdeel van de procesevaluatie, de resultaten van beide metingen bij professionele hulpverleners, alsmede de eenmalige meting bij vrijwilligers en wijkgebruikers beschreven. In de produktevaluatie worden de directe effecten van het EZH bij de ouderen gemeten en de neveneffecten van het EZH op informele hulpverleners zoals centrale verzorgers.

1.3 Doel en opbouw van het rapport

Doel van het rapport is een beschrijving te geven van enkele belangrijk geachte aspecten met betrekking tot professionele en vrijwillige hulpverlening in het Zorghuis. De resultaten van de metingen bij professionele en vrijwillige hulpverleners zullen niet met elkaar worden vergeleken, omdat de respondenten in beide metingen teveel van elkaar verschillen voor wat betreft persoonskenmerken, werkzaamheden en motivatie. Corrigeren voor deze verschillen is, gegeven de kleine aantallen, niet mogelijk.

De begrippen die hierbij gehanteerd zijn worden in hoofdstuk 2 toegelicht. Hoofdstuk 3 beschrijft de respondenten, de wijze waarop het veldwerk is uitgevoerd, de (non)respons en de operationalisatie van de variabelen. Hoofdstuk

4 geeft de resultaten van de meting(en) bij professionele en vrijwillige hulpverleners weer. Tenslotte sluit hoofdstuk 5 het rapport af met een samenvatting en een discussie.

2. LITERATUUR

In dit hoofdstuk zal - op basis van een beknopte verkenning van de literatuur - ingegaan worden op enkele aspecten van professionele en vrijwillige hulpverlening*. Allereerst zal enige literatuur met betrekking tot professionele hulpverlening beschreven worden, gevolgd door literatuur over vrijwillige hulpverlening. Steeds zal kort de relatie tot het EZH worden aangegeven. Daarna wordt nagegaan welke overeenkomsten en verschillen er - naast het aspect van beloning - bestaan tussen hulpverlening op vrijwillige of professionele basis. In dezelfde paragraaf wordt kort ingegaan op de verhouding tussen beroepskracht en vrijwilliger. Tot slot wordt voor zowel het deelonderzoek professionele hulpverlening als voor het deelonderzoek vrijwillige hulpverlening twee vraagstellingen geformuleerd.

2.1 Professionele hulpverlening

In deze paragraaf wordt ingegaan op een aantal aspecten van professionele hulpverlening. Het betreft de taak van de professionele hulpverleners, hun gezondheid en belasting en enkele praktische aspecten, namelijk inspraak en begeleiding van hulpverleners en samenwerking tussen hulpverleners van verschillende instellingen.

Taak

Alvorens in te gaan op diverse aspecten van zorgverlening lijkt het zinvol een korte beschrijving te geven van de werkzaamheden van beide extramurale instellingen.

* Vaak worden de begrippen hulpverlening en zorgverlening door elkaar gebruikt. In dit rapport wordt alleen gesproken van hulpverlening. Er is gekozen voor het begrip hulpverlening omdat professionele en vrijwillige hulpverleners de betreffende ouderen helpen bij de zelfzorg (en mantelzorg). Zij verlenen aanvullende hulp (Hattinga-Verschure, 1985).

Uit onderzoek van Wevers (1985) blijkt dat de taak van wijkverpleegkundigen voornamelijk in de medisch verzorgende sfeer ligt. Men helpt bij wassen, aan- en uitkleden en het controleren van het bewegingsapparaat. Daarnaast verrichten wijkverpleegkundigen ook veel werk op het immateriële vlak. Ze geven begeleiding bij problemen rond ziekte en handicap, bij eenzaamheidsproblemen, bij problemen na het overlijden van een partner en bij relationele problemen in het algemeen. Deze werkzaamheden vergen ca. 54% van de tijd van de wijkverpleegkundige, terwijl lichamelijke c.q. hygiënische verzorging en verpleegtechnisch handelen respectievelijk 20% en 9% van de tijd in beslag neemt. De ouderen betalen contributie aan de kruisvereniging.

Binnen de gezinsverzorging bestaan twee disciplines: de leidinggevenden en de helpenden. De eerste groep heeft tot taak het stellen van de indicatie van de oudere en het bepalen van de hoeveelheid hulp die de oudere nodig heeft. Daarnaast begeleidt een leidinggevende de helpenden en soms de oudere ten aanzien van specifieke problemen. De helpenden verlenen de daadwerkelijke hulp. Ook de medewerkers van gezinsverzorging geven aan dat immateriële begeleiding - naast huishoudelijke verzorging - de meest voorkomende bezigheid is. De ouderen betalen voor deze hulp naar rato van hun inkomen (Wevers e.a., 1985). In het EZH kunnen de bewoners op dezelfde wijze gebruik maken van de dienstverlening van de extramurale instellingen als in een gewone wijksituatie. Tevens zal er geen verschil bestaan ten aanzien van de werkzaamheden die de extramurale hulpverleners in de wijk en in het Zorghuis verrichten. Het behandelteam in het Zorghuis verricht grotendeels dezelfde werkzaamheden als de wijkverpleging, met dien verstande dat zij 24 uur per dag in het Zorghuis aanwezig zijn. Inhoudelijk stemmen hun werkzaamheden overeen met datgene wat in een regulier verpleeghuis verricht wordt.

Gezondheid en belasting

Het werken in de gezondheidszorg brengt veelal een aantal specifieke gezondheidsklachten met zich mee. Met name verpleegkundigen en ziekenverzorgenden verrichten veel fysiek zwaar werk, onder hoge tijdsdruk en zij hebben veel last van het warme binnenklimaat dat in veel zieken-, verzorgings- en verpleeghuizen heerst (Smulders, 1990). Het grootste probleem

lijkt echter de hoge werkdruk te zijn. Onderzoek van Hoolboom en Smulders (1986) toont aan dat een intensivering van zorg, een grote doorstroom van patiënten en een toenemende zorgbehoefte van oudere patiënten een grote rol spelen^{**}. Voor verplegenden en verzorgenden is de werklast zwaarder geworden. Overbelasting uit zich vaak in, onder andere, psychosomatische klachten (Dogger, 1988). Klachten van deze aard vormen ongeveer de helft van het totaal aantal klachten (Leemeyer, 1990).

De bewoners van het Zorghuis rapporteren een iets betere gezondheid dan de bewoners van traditioneel opgezette verzorgings- en verpleeghuizen. Hierdoor kan verwacht worden dat de werkbelasting minder zwaar is dan in traditioneel opgezette zorgvormen. Daarentegen zijn de loopafstanden in het Zorghuis zowel groter (voor het behandelteam) als kleiner (voor extramurale hulpverleners) dan bij traditionele zorgvormen. Met name voor het behandelteam zou dit een verzwaring van de werkbelasting met zich mee kunnen brengen.

Inspraak en begeleiding

In de bestudeerde literatuur wordt nauwelijks gesproken over de rol van inspraak door hulpverleners ten aanzien van het beleid van de organisatie waar zij werkzaam zijn en de begeleiding die zij bij hun werkzaamheden krijgen. Desondanks lijken deze factoren een rol te spelen bij de gezondheid van hulpverleners. Diekstra (1990) haalt Levi (1987) aan, die een lijst van de 16 voornaamste psychosociale kenmerken van werk heeft opgesteld. Deze kenmerken zijn te verdelen in drie categorieën: a) de zingeving van het werk, de verantwoordelijkheid van de hulpverlener en de gevarieerdheid van het werk, b) de mate waarin de taak binnen de organisatie een duidelijke identiteit heeft: de feedback over de (eigen) werkzaamheden en de begeleiding en c) de invloed die de hulpverlener kan uitoefenen op beslissingen met betrekking tot zijn werk, de onzekerheid met betrekking tot de taak en de daarbij te volgen procedures en eventuele rolconflicten. Diekstra maakt echter niet duidelijk welke rol deze

^{**} Alhoewel het onderzoek van Hoolboom en Smulders plaatsvond bij werknemers van ziekenhuizen, lijken de resultaten ook van belang te zijn voor andere sectoren binnen de gezondheidszorg.

factoren precies spelen. Werken naar het concept 'zorg op maat' kan inhoudelijke gevolgen hebben, zoals veranderingen in de te verrichten werkzaamheden, maar kan ook gevolgen hebben voor de werkwijze van de hulpverleners. Dit kan zich uiten in een grotere verantwoordelijkheid voor de hulpverleners, de identiteit van het werk of de invloed die een hulpverlener heeft op het gevoerde beleid binnen de organisatie.

Samenwerking

Het doel van zowel wijkverpleging als gezinszorg is ouderen bij de zelfzorg te ondersteunen met als doel de oudere zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten wonen (van Santen, 1985). Hoewel beide soorten instellingen thuiszorg verlenen, verschillen zij in de aard van de hulpbehoefte waar zij zich op richten. De gezinsverzorging zal zich vooral richten op ondersteuning op huishoudelijk gebied, terwijl de wijkverpleging zich met name richt op medische verzorging van de oudere. Toch kunnen er taken zijn die even goed zowel door de wijkverpleging als door de gezinsverzorging verricht zouden kunnen worden. Daarbij kan gedacht worden aan het wassen van de cliënt, het verschonen van het bed, het aandoen van een prothese etc. Van Santen beveelt aan dat hieromtrent op het plaatselijke vlak afspraken worden gemaakt tussen medewerkers van beide instellingen. Daarbij kan rekening worden gehouden met factoren als kennis en vaardigheid van de hulpverlener, tijd en ruimte om bepaalde werkzaamheden te verrichten en de wenselijkheid van zo min mogelijk hulpverleners in één cliëntsituatie.

Hoewel tussen de taken en werkzaamheden van beide vormen van hulpverlening wel een overlap lijkt te bestaan, blijkt uit onderzoek dat wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden, als ze bij dezelfde cliënt komen, nauwelijks of geen contact met elkaar hebben (Staats en Wevers, 1985). In het Zorghuis hebben wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden wel contact met elkaar. Dit kan bepaalde voordelen hebben, bijvoorbeeld met betrekking tot de afstemming van de zorgverlening en het hebben van meer inzicht in elkaars werkwijze. Aangezien beide soorten hulpverleners vaak in elkaars nabijheid werken, kan verwacht worden dat zij, zeker naarmate zij meer bekend raken met elkaars werk(wijze),

vaker afspraken zullen maken over de verdeling van het werk dat inhoudelijk overlapt.

2.2 **Professionele hulpverlening in het Zorghuis**

In deze paragraaf wordt ingegaan op twee aspecten die kenmerkend zijn voor het EZH. Het betreft het begrip 'zorg op maat' en de samenwerking tussen de deelnemende instanties.

Zorg op maat

In het Zorghuis Dr. W. Drees wordt hulp verleend volgens het 'zorg op maat'-principe. Zorg op maat houdt in dat het zorgaanbod wordt afgestemd op de individuele zorgbehoefte van de cliënt, waarbij rekening wordt gehouden met de aanwezige zelf- en mantelzorg. Volgens dit principe krijgt de oudere niet meer en niet minder hulp dan hij of zij nodig heeft.

Indien de oudere de zorg niet meer (geheel) zelf aankan, wordt eerst nagegaan of de benodigde hulp verleend kan worden door informele hulpverleners. Is dit niet het geval, dan wordt professionele hulpverlening ingeschakeld (Projektplan, 1987).

De zorg die een oudere behoeft dient het uitgangspunt te zijn bij de bepaling van het hulpaanbod. Maar wie bepaalt die hulpbehoefte? Is dat de oudere zelf of zijn het professionele hulpverleners? In de praktijk geeft de oudere vaak aan op welk vlak hij of zij hulp behoeft, maar bepaalt de professionele hulpverlener of en hoe aan de hulpvraag voldaan wordt. Dit verloopt niet altijd vlekkeloos.

Samenwerking in het EZH

In het Zorghuis wordt de hulp verleend door extramurale hulpverleners van de gezinsverzorging en de wijkverpleging. Voor de AWBZ-geïndiceerden is er een vast behandelteam, dat 24 uur per dag hulp biedt. Dit behandelteam verleent ook avond- en nachthulp aan ouderen met een andere indicatie en in geval van een noodoproep. Het komt dus voor dat bij één oudere zowel gezinsverzorging, wijkverpleging als iemand van het behandelteam over de vloer komt. Bovendien

kan het voorkomen dat bij die oudere ook nog eens één of meerdere informele hulpverleners of vrijwilligers helpen. Het is duidelijk dat een goede samenwerking in een dergelijke situatie van groot belang is.

2.3 Vrijwillige hulpverlening

Vrijwilligerswerk in georganiseerd verband wordt, volgens een recent onderzoek (Daal en Willems, 1990), door ongeveer 15% van de bevolking van 18 jaar en ouder verricht. Zij besteden gemiddeld ruim vijf uur per week aan dit werk. De meeste vrijwilligers in de gezondheidszorg verrichten werkzaamheden als vriendschappelijk bezoek en het bieden van ontspanningsactiviteiten. Heel weinig mensen blijken praktische huishoudelijke of verzorgende werkzaamheden uit te voeren. Op basis van deze resultaten stellen Daal en Willems dat het meeste vrijwilligerswerk in de hulpverlening niet in aanmerking komt als substituuat voor beroepsmatige arbeid in de verzorging. Er is dus geen sprake van een zogenaamde concurrentievervalsing.

Het werk dat door vrijwilligers verricht wordt vertoont een aantal specifieke kenmerken waardoor dit werk als vrijwilligerswerk omschreven kan worden. Die kenmerken zijn:

- "- het is werk;
 - het gebeurt in georganiseerd verband;
 - het moet onverplicht zijn;
 - het moet onbetaald worden verricht en
 - het moet worden gedaan ten behoeve van anderen of van de samenleving"
- (Hovenga, 1985).

Drie van deze kenmerken zullen kort toegelicht worden. Vrijwilligerswerk gebeurt in **georganiseerd verband** en onderscheidt zich daardoor van gewone informele hulp. Vrijwilligerswerk zou daarom eigenlijk 'semi-formele hulp' genoemd moeten worden. Het Platform Vrijwilligerswerk (1982) stelt dat het organisatorisch verband van doorslaggevend belang is voor onder andere de positie van vrijwilligers en de samenwerking met beroepskrachten etc. Vrijwilligerswerk moet **onverplicht** zijn, maar is niet vrijblijvend. Gemaakte afspraken dienen

nagekomen te worden, zoals afspraken over de taak die de vrijwilliger zal vervullen, over informatieverstrekking en over eventuele begeleiding. Tenslotte moet vrijwilligerswerk **onbetaald** verricht worden. Een betaalde vrijwilliger bestaat niet en wordt door de overheid niet erkend. Een onkostenvergoeding staat hier uiteraard buiten (Hovenga, 1985).

Van Loon (1987) onderscheidt drie maatschappelijke functies van vrijwilligerswerk:

- **aanvullende functie:** vrijwilligerswerk als aanvulling op professioneel werk, zoals burenhulpdiensten, patiëntenbezoek enzovoort;
- **signaalfunctie:** vrijwilligerswerk dat ontstaan is uit kritiek op (delen van) de samenleving, zoals alternatieve hulpverlening, rechtswinkels enzovoort;
- **opvang- en reservoirfunctie:** vrijwilligerswerk kan een opvangvoorziening zijn voor mensen die in de maatschappij moeizaam functioneren, zoals ex-psychiatrische patiënten, en voor mensen die in het reguliere arbeidsbestel nog geen plaats hebben gevonden, zoals schoolverlaters.

In het Zorghuis werken vrijwilligers in een georganiseerd verband (er worden afspraken gemaakt en er is een vrijwilligersraad). Verder gebeurt het werk onverplicht en onbetaald. Gelet op de werkzaamheden die de vrijwilligers in het Zorghuis verrichten kan gesteld worden dat het vrijwilligerswerk in het Zorghuis een aanvullende functie vervult.

In deze paragraaf wordt vervolgens ingegaan op persoonskenmerken van vrijwilligers, hun motivatie om vrijwilligerswerk te doen, hun gezondheid en belasting. Tevens wordt ingegaan op enkele praktische aspecten van vrijwillige hulpverlening, namelijk financiële gevolgen van vrijwilligerswerk, afspraken, begeleiding en inspraak in het beleid ten aanzien van vrijwilligers.

Persoonskenmerken

Menchik en Weisbrod (1987) veronderstellen dat vrouwen meer dan mannen geneigd zijn anderen te helpen. Zij noemen dit het 'Florence Nightingale-effect'. Deze veronderstelling lijkt echter niet geheel juist. Meer mannen dan vrouwen spelen een rol in het vrijwilligerswerk: van de mannen doet ongeveer 50% enige vorm van vrijwilligerswerk tegen 40% van de vrouwen. Van de vrouwen blijken

vooral huisvrouwen vrijwilligerswerk te doen. Boin en van Dijk (1990) stellen dat dit waarschijnlijk komt omdat huisvrouwen een bepaalde mate van vrijheid bij hun tijdsindeling hebben. Mannen doen vaker vrijwilligerswerk ten behoeve van sportverenigingen of op het gebied van maatschappelijke participatie. Het betreft ook vaker bestuurlijk en organisatorisch werk. Vrouwen doen vaker uitvoerend werk. Boin en van Dijk vonden verder dat het voor vrouwen met een volledige baan zeer moeilijk is om tijd vrij te maken voor vrijwilligerswerk, zij zijn immers vaak ook nog met huishoudelijke taken belast.

De participatie in het vrijwilligerswerk is het grootst in de leeftijdsgroep van 30 tot 50-jarigen. Vrijwilligerswerk op het gebied van ouderen wordt vooral gedaan door 35- tot 75-jarigen. De meesten van hen zijn vrouwen en veel vrijwilligers binnen deze groep behoren zelf tot de categorie ouderen. Boin en van Dijk vonden bovendien dat men, naarmate men ouder wordt meer tijd aan het vrijwilligerswerk gaat besteden, maar dat dit boven een bepaalde leeftijd weer afneemt. Waar deze grens precies ligt vermelden zij echter niet.

Opleiding en inkomen lijken verband te houden met de kans dat een persoon al dan niet vrijwilligerswerk doet. Hoe hoger de opleiding en hoe hoger het inkomen des te groter de kans dat een persoon vrijwilligerswerk doet (van Dijk, 1987). Onderzoek van Daal en Willems (1990) toont bovendien een duidelijk verband aan tussen de arbeidssituatie en de levensfase waarin mensen verkeren enerzijds en (de aard van) het onbetaalde werk dat zij verrichten anderzijds. Zo doen mensen zonder betaalde baan relatief vaak vrijwilligerswerk dat als alternatief kan gelden voor het ontbrekende betaalde werk.

Motivatie

Hoewel vrijwilligerswerk gedaan wordt ten behoeve van anderen of van de samenleving kunnen vrijwilligers zelf wel degelijk belang hebben bij het verrichten van werk op vrijwillige basis. "De puur altruïstische vrijwilliger sterft snel uit en de verhouding tussen organisatie en vrijwilliger wordt meer en meer een ruilverhouding" (van Loon en Ruiter, 1989). Het Landelijk Steunpunt Vrijwilligerswerk hanteerde in 1986 de slogan "Vrijwilligerswerk doe je nooit voor niks". Het ontbreken van materiële beloning houdt in dat het werk dat vrijwilligers doen tegemoet moet komen aan andere motieven. Van Loon (1987) haalt

een studie van het NIMAWO aan waarin uitkomsten van enige onderzoeken naar de motivatie van vrijwilligers vergeleken worden. Hieruit blijkt dat het aangaan en het krijgen van sociale contacten, maatschappelijk engagement, ontplooiing en gezelligheid veel voorkomende motieven zijn. Bovendien vonden Daal en Willems (1990) dat omstandigheden van buitenaf vaker aanleiding zijn om vrijwilligerswerk te gaan doen dan persoonlijke overwegingen. Zo bleek meer dan de helft van de door hen ondervraagde vrijwilligers door de organisatie gevraagd te zijn.

De motivatie van vrijwilligers in het Zorghuis om vrijwilligerswerk te gaan doen zal niet veel verschillen van de motieven die hiervoor genoemd zijn. Het is echter mogelijk dat het Zorghuis door zijn uniciteit en door het werken volgens het 'zorg op maat'-concept aantrekkingskracht heeft op bepaalde mensen.

Gezondheid en belasting

De gezondheid en de belasting van de vrijwilliger geniet weinig of geen belangstelling in de onderzoeksliteratuur. Toch is het waarschijnlijk dat gezondheid enerzijds van invloed is op de beslissing van een persoon om vrijwilligerswerk te gaan of te blijven doen, en anderzijds is het denkbaar dat het verrichten van vrijwilligerswerk, net als betaalde arbeid, invloed heeft op de gezondheid van die vrijwilliger. Hetzelfde geldt voor belasting. Net als bij betaalde arbeid brengt vrijwilligerswerk een zekere lichamelijke en psychische belasting met zich mee. De mate van belasting heeft aan de ene kant invloed op de manier waarop een vrijwilliger het werk beleeft en de andere kant op de manier waarop de vrijwilliger zijn of haar taak vervult. Vooral wanneer in de toekomst, door de toenemende vergrijzing, een grotere vraag naar vrijwilligers zal ontstaan lijken aspecten als motivatie tot het doen van vrijwilligerswerk, de gezondheid en de belasting van de vrijwilliger aan belang te gaan winnen. Ook in het Zorghuis zal de gezondheid en belasting van vrijwilligers een rol spelen. Het is denkbaar dat substitutie van formele zorg naar informele zorg een grotere belasting en daarmee een minder goede gezondheid voor de vrijwilliger met zich mee brengt.

Financiële gevolgen

Vrijwilligers mogen niet 'beloond' worden voor hun diensten. Wel kunnen zij een onkostenvergoeding ontvangen. Dit is vastgelegd in de Regeling Onkostenvergoeding Vrijwilligers van het Ministerie van Financiën. Onkosten voor vrijwilligerswerk zijn, onder andere, reis- en eventuele verblijfskosten, kosten van trainingen en cursussen en werkkleding (LSW, 1989a).

Uit een onderzoek onder vrijwilligers (s'Jacob en Swagten, 1989) blijkt dat 88% van de door hen ondervraagde vrijwilligers onkosten maakt. Het betreft met name reiskosten en kosten voor telefoon en porti. Ruim 60% van de vrijwilligers geeft aan geld toe te moeten leggen op het werk. Zij krijgen geen (volledige) onkostenvergoeding. De helft van hen heeft daar vrede mee. Ongeveer 15% van de vrijwilligers krijgt wel een beloning, maar bijna 40% van hen vindt deze te laag. Ook voor de vrijwilligers in het Zorghuis is het mogelijk een onkostenvergoeding te ontvangen. Voor alle vrijwilligers is een W.A.-verzekering afgesloten.

Afspraken

Het Landelijk Steunpunt Vrijwilligerswerk (L.S.W.^{***}) meent dat de vrijwilliger en de organisatie, voor de aanvang van het vrijwilligerswerk, mondelinge of schriftelijke afspraken zouden moeten maken betreffende een aantal hiervoor genoemde zaken. Een schriftelijk contract heeft voor beide partijen als voordeel dat het makkelijker te bewijzen is of iets echt op een bepaalde manier is afgesproken. Afspraken die voor alle vrijwilligers gelden kunnen worden opgenomen in de algemene interne regels van de organisatie. Regels vastgelegd in statuten en huishoudelijk reglement geven vrijwilligers de mogelijkheid het bestuur van de instelling daarop aan te spreken (LSW, 1989b). In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de afspraken die gemaakt worden tussen het Zorghuis en de vrijwilligers die in het Zorghuis werkzaam zijn.

^{***} Vroeger was de naam Landelijk Steunpunt Welzijnswerk.

Begeleiding

Begeleiding van vrijwilligers is een term die misschien niet gelukkig gekozen is. Volgens Hovenga kan beter gesproken worden van het 'samenwerken met vrijwilligers', omdat vrijwilligers en beroepskrachten als gelijkwaardige partners beschouwd dienen te worden. De één ontleent deskundigheid aan een genoten opleiding, de ander aan opgedane levenservaring. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de gemiddelde beroepskracht jonger is dan de gemiddelde vrijwilliger. Een goede samenwerking leidt dan tot kwaliteitsverbetering van de hulp. De vrijwilliger blijkt vooral aandacht te vragen voor:

- "informatie over de organisatie van de instelling;
- informatie over de te ondernemen activiteit;
- een vast contact-punt voor het melden van moeilijkheden e.d. en
- de mogelijkheid om onderling ervaringen te kunnen uitwisselen" (Stichting Toekomst voor Twee, 1982).

Een zorgvuldige inwerktijd en een goede continue begeleiding wordt van groot belang geacht. De voorkeur gaat daarbij uit naar begeleiding door een vaste persoon. Tevoren dienen dan afspraken te worden gemaakt over de aard en inhoud van de begeleiding (LSW, 1989b).

Het onderzoek van Daal en Willems (1990) toont aan dat bij een "niet te verwaarlozen deel van de vrijwilligers in de hulpverlening" de behoefte bestaat aan betere ondersteuning. Eén derde van de vrijwilligers zou (meer) cursussen of training wensen. In het Zorghuis worden de vrijwilligers begeleid door een speciaal hiervoor aangestelde coördinator. Deze coördinator staat hiërarchisch boven de vrijwilligers.

Inspraak

Het LSW stelt dat vrijwilligers moeten kunnen meebeslissen over het beleid van de organisatie waarin zij werkzaam zijn. In dat verband wordt gesproken over het recht op informatie, openbaarheid van bestuursvergaderingen, de mogelijkheid tot overleg in een vrijwilligersvergadering en de bevoegdheden van zo'n vergadering (LSW, 1989b). Van Loon en Ruiter (1989) stellen dat - omdat de materiële beloning ontbreekt - een organisatie juist extra aandacht moet geven aan organisatorische voorwaarden voor vrijwilligerswerk. In het Zorghuis

functioneert een vrijwilligersraad en voorts komen alle vrijwilligers eens in de twee à drie maanden bij elkaar om over het werk te praten.

2.4 Vrijwillige hulpverlening in het Zorghuis

In het Zorghuis spelen vrijwilligers een belangrijke rol. De doelstelling van het vrijwilligerswerk in het Zorghuis Dr. W. Drees is "het door vrijwilligers bevorderen en verlenen van zorg met als voornaamste kenmerk het bevorderen van het menselijk contact. Het doel is een schakel te zijn tussen de bewoner en de wereld buiten het Zorghuis" (Vrijwilligersinfomap, 1988). Alle vrijwilligers krijgen, bij binnenkomst, een oriënterend gesprek, een rondleiding door het gebouw en er wordt kennis gemaakt met de medewerkers van het Zorghuis. Daarna wordt een keuze gemaakt ten aanzien van de functie die de vrijwilliger in het Zorghuis wil gaan vervullen. Ook wordt in principe een aantal afspraken op schrift gesteld. In de praktijk echter gebeurt dat zelden (Perenboom en Schroots, 1990). De vrijwilliger wordt op de hoogte gebracht van de rechten en plichten die de vrijwilliger en het Zorghuis tegenover elkaar hebben. De vrijwilliger heeft recht op begeleiding. Na twee maanden vindt er een evaluatief gesprek plaats tussen de vrijwilliger en zijn of haar begeleider. Alle vrijwilligers zijn W.A.-verzekerd. Eenmaal per twee à drie maanden komen de vrijwilligers bij elkaar om te praten over het werk en om, als dat nodig is, nieuwe afspraken te maken (Vrijwilligersinfomap, 1988). De belangen van de vrijwilligers worden behartigd door een vrijwilligersraad, die uit 5 personen bestaat. Verder bestaat de taak van de raad uit het bevorderen van contact tussen de vrijwilligers en het Zorghuis, en binnen dit contact: het oplossen van eventuele geschillen, het uitwerken van wensen en suggesties en het geven van voorlichting en advies. De voorzitter van de vrijwilligersraad participeert in het werkoverleg van het Zorghuis (Projectteam, 1989).

De activiteiten van de vrijwilligers spitsen zich toe op de koffiebar, de maaltijduitgifte, het bezoeken van bewoners en de (re)creatieve activiteiten. Ook kunnen vrijwilligers een rol spelen bij de ontlasting van de partner van een

AWBZ-geïndiceerde. Een vrijwilliger kan bijvoorbeeld een AWBZ-geïndiceerde gezelschap houden zodat de partner een middag van huis kan.

2.5 Overeenkomsten en verschillen tussen professionele en vrijwillige hulpverlening

Dat er tussen professionele en vrijwillige hulpverleners verschillen bestaan heeft geen betoog. Overeenkomsten liggen soms wat minder voor de hand. In deze paragraaf wordt getracht zowel de verschillen als de overeenkomsten tussen beide soorten hulpverleners te beschrijven aan de hand van een aantal begrippen uit de literatuur. Alleen de belangrijkste begrippen - die betrekking kunnen hebben op het werken in het Zorghuis - worden behandeld. Het betreft de taken van vrijwillige en professionele hulpverleners en de onderlinge samenwerking.

Taken

Hovenga (1985) stelt dat vrijwilligers door bewoners van instellingen vaak gezien worden als belangstellende mensen 'van buitenaf'. Vrijwilligers worden niet ervaren als 'de overheid' of als 'iemand van een bureau'. Omdat de vrijwilliger geen salaris hoeft te rechtvaardigen kan hij zich onafhankelijker en flexibeler opstellen dan professionele hulpverleners en kan hij zich volledig richten op de persoon die hulp behoeft, zonder zich te hoeven bekommeren om allerlei instellingsregels etc. Dit leidt er, volgens Hovenga, toe dat de vrijwilliger bij uitstek geschikt is om 'persoonlijke contacten' te onderhouden. Vaak komt de persoonlijke benadering in de hulpverlening, veelal door externe omstandigheden, bij professionele krachten nogal eens in het gedrang. De vrijwilliger kan allerlei dingen doen waar de beroepskracht door een te grote werkdruk niet meer aan toe komt.

De beroepskracht daarentegen heeft een (relevante) opleiding genoten en is deskundig op het gebied van de hulpverlening. Hij onderhoudt het contact met de bewoner in opdracht van de instelling waar hij werkzaam is. De vrijwilliger onderhoudt het contact vrijwillig. De beroepskracht en de vrijwilliger kunnen elkaar goed aanvullen. De beroepskracht is daarbij de deskundige op verzorgend

terrein. Hij is door omstandigheden niet altijd in staat de bewoner speciale aandacht te geven. De vrijwilliger is de onafhankelijke persoon die, nagenoeg ongehinderd door een band met een professionele instelling, in staat is om persoonlijke aandacht te geven aan de persoon die dit behoeft (Hovenga, 1985). Hoewel beroepskrachten en vrijwillige hulpverleners in het Zorghuis verschillende werkzaamheden verrichten, zijn er ook werkzaamheden die door zowel een professionele als door een vrijwillige zorgverlener uitgevoerd kunnen worden. Daarbij kan gedacht worden aan de maaltjduitgifte en de koffiebar.

Samenwerking

De samenwerking tussen vrijwilligers en professionele hulpverleners kan gehinderd worden door de mogelijke aanwezigheid van belangen- en waarderingsconflicten (V.I.W., 1989). Een belangenconflict kan optreden als de beroepskracht er moeite mee heeft dat vrijwilligers de kans krijgen taken te doen, die de beroepskracht graag zou willen doen, maar niet mag of kan doen. Er kan een strijd ontstaan over de vraag tot wiens terrein bepaalde taken horen. De overheid heeft hierover een standpunt ingenomen: de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg ligt bij professionele hulpverleners en bij de instellingen. Als gevolg hiervan moeten aan vrijwilligers in de gezondheidszorg beperkingen worden opgelegd. De werkzaamheden van vrijwilligers in de gezondheidszorg mogen niet nadelig zijn voor de gezondheid van de cliënt/patiënt of voor de hulpverlening door beroepskrachten (Tweede Kamer, 1985). Een jaar later stelt de Tweede Kamer echter dat het karakter van professionele hulpverlening (vanuit de gezinsverzorging) wordt beschouwd als aanvullend op hetgeen door de cliënt zelf en informele hulpverleners gedaan kan worden (Tweede Kamer, 1986). Onduidelijk is echter of vrijwilligerswerk hier tot het formele dan wel tot het informele hulpverleningsveld wordt gerekend. Indien het laatste het geval is, betekent dit dat professionele hulpverlening beschouwd moet worden als aanvullend op o.a. vrijwilligerswerk in plaats van andersom. Voorts kunnen er waarderingsconflicten ontstaan. Professionele hulpverleners overschatten vaak hun opleiding en onderschatten het werk van vrijwilligers. Deze vrijwilligers, op hun beurt, vertrouwen vaak al te erg op hun mensenkennis en doen minachtend over de theoretische kennis van de (vaak

jongere) beroepskracht. De samenwerking tussen vrijwilligers en professionele hulpverleners laat dan ook nogal eens te wensen over. De Heus (1988) stelt dat "vrijwilligers klagen over de slechte samenwerking met de beroepskrachten ... Zij omschrijven de wijze waarop beroepskrachten tegen het vrijwilligerswerk aankijken als autoritair, hautain en sceptisch. Zij verwijten professionals dat ze niet de moeite nemen om de werkwijze van vrijwilligers te leren kennen, dat zij categorisch weigeren de noodzaak van samenwerking in te zien en dat zij geen kritiek accepteren op hun functioneren". Korenromp (1986) stelt daartegenover dat professionele hulpverleners op hun beurt vrijwilligers ervan beschuldigen dat hun inzet verdere bezuinigingen in de gezondheidszorg mogelijk maakt. Er wordt zelfs gesproken van broodroof. Zelf meent zij dat er niet ingekrompen wordt omdat er vrijwilligers komen, maar dat er eerst ingekrompen en bezuinigd wordt en dat er dan vrijwilligers komen. Recentelijk wordt er, volgens Korenromp (1989), door professionele organisaties wat genuanceerder gedacht over de inzet van vrijwilligers. Zij stelt dat "de bedreiging vermindert zodra duidelijk is dat òfwel de omvang van de bezuinigingen geen relatie (meer) heeft tot de inzetmogelijkheid van vrijwilligers ... òfwel de beroepskrachten alleen nog maar hun baan kunnen behouden dankzij het feit dat vrijwilligers in het geheel meewerken om een bepaalde kwaliteit of kwantiteit van het werk te realiseren". Volgens het substitutie-principe dient formele zorg waar mogelijk vervangen te worden door informele zorg. In het Zorghuis zou een deel van de professionele zorg dan vervangen worden door vrijwillige zorg. Het ligt voor de hand te verwachten dat dit de samenwerking tussen vrijwillige en beroepskrachten niet ten goede komt. In het Zorghuis wordt het vrijwilligerswerk echter door een professionele kracht gecoördineerd. Dit zou de samenwerking weer ten goede kunnen komen.

2.6 Vraagstelling

Op grond van de bestudeerde literatuur zijn voor beide deelonderzoeken twee vraagstellingen geformuleerd. De deelonderzoeken worden apart beschreven en de vraagstellingen worden apart beantwoord. De vraagstellingen voor dit deelonderzoek luiden:

1. Welke problemen ondervinden professionele en vrijwillige hulpverleners bij het verlenen van hulp aan ouderen in het Zorghuis?
2. Wat is de mening van professionele en vrijwillige hulpverleners ten aanzien van a) het begrip 'zorg op maat', b) hun eigen gezondheid en c) de belasting die het werken in het Zorghuis met zich meebrengt.

3. ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk wordt de selectie van respondenten en de manier waarop het veldwerk heeft plaatsgevonden behandeld. Vervolgens wordt de non-respons beschreven. Tot slot komt de operationalisatie van de variabelen aan de orde.

3.1 Selectie van respondenten

professionele hulpverleners

Tot de onderzoeksgroep behoren alle verplegende en verzorgende professionele hulpverleners die, namens de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging, de Stichting Thuishulp 's Gravenhage en het Haags Kruiswerk, werkzaam zijn in het Zorghuis. De fysiotherapeut, de logopedist, de huisartsen en dergelijke zijn niet in het onderzoek betrokken. Zij komen minder vaak in het Zorghuis en behoren niet tot één van de drie voornoemde instellingen. De professionele hulpverleners zijn tweemaal benaderd. Het doel van het houden van twee metingen bij deze groep was te kunnen zien of de meningen omtrent het (werken in het) zorghuis in de loop der tijd veranderd was. Hoewel het goed mogelijk is dat dezelfde professionele hulpverlener aan beide metingen heeft meegedaan heeft het onderzoek geen longitudinaal karakter in verband met het verloop onder het personeel. In totaal waren er, op het moment van beide metingen, gemiddeld 42 professionele hulpverleners werkzaam in het Zorghuis. Van de GDVV gemiddeld 25 personen, van de Stichting Thuishulp gemiddeld 7 personen en van het Haags Kruiswerk gemiddeld 10 personen.

vrijwillige hulpverleners

Tot de onderzoeksgroep behoren alle vrijwilligers die in het Zorghuis werkzaam zijn. Enkelen van hen zijn tevens bewoner van het Zorghuis. Dit gegeven was een reden om het onderzoek onder de vrijwilligers tot één meting te beperken. Andere reden was individuele ouderen en daarom met betrekking tot de evaluatie een minder belangrijke groep vormen. Aangenomen wordt dat het eenmalige karakter van de meting bij vrijwilligers niet zal leiden tot een te grote belasting

ten aanzien van het invullen van meerdere vragenlijsten door deze vrijwilligers. In totaal waren er op het moment van de meting 59 vrijwilligers in het Zorghuis.

3.2 Veldwerk

professionele hulpverleners

De professionele hulpverleners zijn bij beide metingen benaderd via contactpersonen van de instellingen waar zij in dienst zijn. Deze contactpersonen kregen een aantal vragenlijsten toegestuurd met het verzoek deze uit te delen onder de hulpverleners die, namens de instelling, in het Zorghuis werkzaam zijn. De hulpverleners werd gevraagd de vragenlijst terug te sturen naar het NIPG.

vrijwillige hulpverleners

De vrijwilligers zijn individueel schriftelijk benaderd. De coördinator van het vrijwilligerswerk in het Zorghuis verstrekte de namen en adressen van alle vrijwilligers die op dat moment in het Zorghuis werkzaam waren. Ook zij werden verzocht de ingevulde vragenlijst terug te sturen naar het NIPG.

Het veldwerk heeft plaatsgevonden in de periode augustus 1989 tot en met oktober 1989. In verband met vakanties van vrijwilligers en professionele hulpverleners heeft deze fase enige tijd in beslag genomen. De tweede meting bij professionele hulpverleners is gehouden in september en oktober 1990.

3.3 Non-respons

professionele hulpverleners

Op het moment van de metingen werkten er 42 professionele hulpverleners in het Zorghuis. Bij de eerste meting hebben 25 hulpverleners, na het rondsturen van een herinneringsbrief, de vragenlijst ingevuld en geretourneerd. De respons komt hiermee op 60%. Bij de tweede meting hebben 18 hulpverleners de vragenlijst beantwoordt. De respons bedraagt hier 43%. Vermoed wordt dat de reden voor de

non-respons vooral gelegen is in het verloop onder het personeel en de grote werkdruk, die maakt dat de hulpverleners weinig tijd hebben voor het invullen van vragenlijsten.

vrijwillige hulpverleners

Op het moment dat het veldwerk voor de meting bij de vrijwilligers begon, telde het Zorghuis 59 vrijwilligers. Zij zijn allen benaderd. Vierenveertig vrijwilligers hebben de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Hiermee komt het responspercentage op 75%. Er zijn geen herinneringsbrieven gestuurd. Eén van de vrijwilligsters heeft zich, op eigen initiatief, persoonlijk ingezet om vrijwilligers te vragen de vragenlijst in te vullen. Uit gesprekken van deze vrijwilligster met de andere vrijwilligers bleek dat een aantal van hen de vragenlijst liever niet in wilde vullen omdat er o.a. een vraag over het inkomen gesteld werd. Het is mogelijk dat zij bang zijn dat het doen van vrijwilligerswerk gevolgen heeft voor, bijvoorbeeld, hun WAO-uitkering. In de vragenlijst is hier niet naar gevraagd.

3.4 Operationalisatie

In deze paragraaf wordt besproken welke variabelen onderzocht zijn en op welke manier deze variabelen zijn geoperationaliseerd. Ten behoeve van de analyses is een aantal variabelen bewerkt of nieuw geconstrueerd uit de vragen van de vragenlijst. Deze variabelenconstructie is opgenomen in bijlage 1.

variabelen professionele hulpverleners

De vragenlijst voor professionele hulpverleners bevat vragen met betrekking tot persoonskenmerken, zorg en gezondheid (zie schema 1) en is opgenomen in bijlage 2.

Schema 1 Operationalisatie kenmerken professionele hulpverleners

kenmerk	variabelen
<u>persoonskenmerken:</u>	
- persoonskenmerken	- leeftijd - geslacht - burgerlijke staat - opleiding

<u>zorg:</u>	
- zorgverlening	- functie - aantal uren zorgverlening - verandering in taak
- zorg op maat	- mening omtrent zorg op maat - motivatie werken in Zorghuis - begeleiding - samenwerking
- de bewoners	- ADL en HDL - bekendheid zorg op maat
- het gebouw	- mening over het gebouw

<u>gezondheid en belasting:</u>	
- gezondheid	- subjectieve gezondheid - psychosomatische klachten
- belasting	- subjectieve belasting

Bij de tweede meting zijn enkele vragen toegevoegd. Deze hadden, naast een aantal aspecten van zorgverlening die nog niet eerder aan bod waren gekomen, betrekking op informele hulpverlening, op de reacties van ouderen op het experiment en op de toekomst van het Zorghuis.

variabelen vrijwillige hulpverleners

De vragenlijst voor vrijwilligers bevat vragen met betrekking tot persoonskenmerken, werkzaamheden en gezondheid (zie schema 2) en is opgenomen in bijlage 3.

Schema 2 Operationalisatie kenmerken vrijwilligers

kenmerk	variabelen
<u>persoonskenmerken:</u>	
- persoonskenmerken	<ul style="list-style-type: none"> - leeftijd - geslacht - burgerlijke staat - opleiding - beroep - inkomen - woonsituatie - andere bezigheden

<u>werkzaamheden:</u>	
- vrijwilligerswerk	<ul style="list-style-type: none"> - motivatie - voorwaarden - interesse ontwikkelingen - financiële gevolgen
- werkzaamheden	<ul style="list-style-type: none"> - werkzaamheden in Zorghuis - aantal uren - problemen - begeleiding
- zorg op maat	<ul style="list-style-type: none"> - bekendheid met zorg op maat - motivatie werken in Zorghuis

<u>gezondheid en belasting:</u>	
- gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> - subjectieve gezondheid - somatische klachten - psychosomatische klachten
- belasting	<ul style="list-style-type: none"> - subjectieve belasting

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de metingen bij de professionele en vrijwillige hulpverleners weergegeven. De resultaten van de metingen in beide groepen zullen afzonderlijk worden behandeld. De resultaten van de twee metingen onder professionele hulpverleners worden samen behandeld. In paragraaf 4.1 zal ingegaan worden op de professionele hulpverleners, waarna paragraaf 4.2 de vrijwilligers behandelt.

4.1 Professionele hulpverleners

In deze paragraaf zullen de resultaten van de beide metingen bij professionele hulpverleners weergegeven worden. De professionele hulpverleners worden als één groep behandeld. Er wordt geen uitsplitsing gemaakt naar de functie van de hulpverlener binnen het Zorghuis. Het aantal respondenten per subcategorie zou te klein zijn om zinvolle uitspraken over te kunnen doen.

4.1.1 Persoonskenmerken

In onderstaande tabel worden de persoonskenmerken van professionele hulpverleners weergegeven (tabel 1).

Tabel 1 Geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleiding professionele hulpverleners 1e en 2e meting

kenmerk	1e meting		2e meting	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage
<u>geslacht</u>	n = 22		n = 18	
- man	2	9	1	6
- vrouw	20	91	17	94
<u>leeftijd</u>	n = 22		n = 17	
- t/m 30 jaar	8	36	4	24
- 31 jaar t/m 40 jaar	8	36	2	12
- 41 jaar t/m 50 jaar	3	14	7	41
- 51 jaar en ouder	3	14	4	24
<u>burgerlijke staat</u>	n = 22		n = 18	
- gehuwd/samenwonend	11	50	9	50
- gescheiden	2	9	1	6
- ongehuwd	41	41	8	44
<u>opleiding</u>	n = 22			
- LO/LBO	9	41	-	--
- ULO/MAVO	6	27	-	--
- HBO/WO	7	32	-	--

Nagenoeg alle professionele hulpverleners zijn vrouwen. De gemiddelde leeftijd ligt in de eerste meting op 37 jaar en bij de tweede meting op 39 jaar. Vijftien hulpverleners uit de eerste meting (68%) hebben een lagere of middelbare opleiding. Een derde heeft ten minste een hogere beroepsopleiding, zoals A-verpleging, HBO-Verpleging en de Maatschappelijke GezondheidsZorg-opleiding. Bijna een derde van de ondervraagde hulpverleners heeft echter geen beroepsopleiding gevolgd. De overigen hebben opleidingen tot o.a. ziekenverzorgende (21%), al dan niet met een applicatiecursus, of bejaardenhelpende (11%). Een aantal hulpverleners heeft meerdere beroepsopleidingen gedaan. Bij de tweede meting is alleen naar de beroepsopleiding gevraagd. Vier hulpverleners (22%) hebben geen enkele beroepsopleiding gevolgd. Drie hulpverleners (17%) hebben de opleiding tot verzorgingsassistente gedaan, 5 hulpverleners (28%) hebben de (tenminste) de opleiding tot ziekenverzorgende gedaan, 4 hebben de applicatie ziekenverzorging gedaan. Eén hulpverlener (6%) geeft MBO-V gedaan, de overige 9 hulpverleners (50%) hebben opleidingen op HBO-niveau gedaan.

4.1.2 Professionele hulpverlening in het Zorghuis

In deze paragraaf wordt ingegaan op professionele hulpverlening in het Zorghuis. De functie van de hulpverleners, het aantal werkuren, problemen die zij onder- vinden, begeleiding die zij al dan niet krijgen en de eventuele verandering in hun taak zullen hierbij aan de orde komen. Tabel 2 geeft de percentages van enkele kenmerken van de hulpverlening weer.

Tabel 2 Functie, duur beroepsuitoefening en aantal uren zorgverlening totaal per week, duur beroepsuitoefening in het Zorghuis, aantal uren werkzaam per week in het Zorghuis, aantal ouderen en dezelfde/wisselende ouderen 1e en 2e meting.

kenmerk	1e meting		2e meting	
	absoluut	percentage	absoluut	percentage
<u>functie</u>	n = 25		n = 18	
- ziekenverzorgende	8	32	4	22
- bejaarden/gezinsverzorgende	8	32	2	11
- (wijk)verpleegkundige	7	28	7	39
- anders	2	8	5	28
<u>duur beroepsuitoefening</u>	n = 25		n = 17	
- tot en met 4 jaar	5	20	5	29
- 5 tot en met 10 jaar	10	40	5	29
- 11 jaar of langer	10	40	7	41
<u>aantal uren totaal per week</u>	n = 23		n = --	
- tot en met 20 uur	4	17	-	--
- 21 tot en met 37 uur	9	39	-	--
- 38 uur en meer	10	43	-	--
<u>duur beroepsuitoefening ZH</u>	n = 23		n = 17	
- hoogstens sinds een jaar	6	26	3	18
- een jaar tot twee jaar	4	17	3	18
- sinds het begin van het EZH	13	57	11	65
<u>uren ZH</u>	n = 25		n = 18	
- ten hoogste 10 uur	7	28	5	28
- 11 tot en met 20 uur	4	16	5	28
- 21 tot en met 30 uur	5	20	1	6
- 31 uur of meer	9	36	7	39
<u>aantal ouderen</u>	n = 22		n = 17	
- ten hoogste 10	12	55	8	47
- 11 tot en met 29	2	9	5	30
- 30 of meer	8	36	4	24
<u>dezelfde/wisselende ouderen</u>	n = 23		n = --	
- steeds dezelfde ouderen	11	48	-	--
- steeds wisselende ouderen	12	52	-	--

Opvallend is dat, hoewel de meeste hulpverleners in het Zorghuis al enige jaren ervaring hebben, een aanzienlijk aantal pas relatief korte tijd werkzaam is in het beroep. Bijna de helft werkt full-time en ruim de helft werkt sinds de start van het EZH in het Zorghuis. De meesten werken al hun uren in het Zorghuis. Een aantal hulpverleners komt bij 30 of meer ouderen. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat er in het zorghuis ca. 30 verpleeghuisgeïndiceerde ouderen wonen die dagelijks zorg behoeven op meerdere momenten.

begeleiding

Zes van de ondervraagde hulpverleners uit de eerste meting (25%) zeggen begeleiding te krijgen vanuit het Zorghuis, elf krijgen begeleiding vanuit de eigen organisatie (46%) en de overigen zeggen in het geheel geen begeleiding te krijgen. Bij de tweede meting krijgen 12 hulpverleners (67%) begeleiding. Door wie zij begeleidt worden is niet bekend.

Van hulpverleners uit de eerste meting die aangeven begeleiding te krijgen noemen 9 de begeleiding 'goed' (60%) en 5 noemen de begeleiding 'gaat wel' (33%), een hulpverlener noemt de begeleiding daarentegen 'niet goed'. Het valt daarbij op dat hulpverleners die begeleiding vanuit de eigen organisatie krijgen positiever zijn over deze begeleiding dan zij die haar vanuit het Zorghuis ontvangen. Slechts één hulpverlener (20%) met begeleiding vanuit het Zorghuis noemt de begeleiding goed tegen acht (80%) van hen die begeleiding vanuit de eigen organisatie krijgen. In de tweede meting geven 8 van de 12 hulpverleners die begeleiding krijgen (67%) aan dat zij de begeleiding goed vinden, de overige 4 noemen de begeleiding 'gaat wel'.

Van dertien hulpverleners uit de eerste meting die positief zijn over de begeleiding hebben negen (69%) geen wensen om de begeleiding te veranderen, van twee hulpverleners die de begeleiding als 'gaat wel' omschrijven wil één wel veranderingen zien. Genoemde wensen zijn: meer overleg, directere begeleiding en meer inzicht in de samenwerking zoals die bestaat tussen de verschillende werksoorten. Uit de tweede meting blijkt niet of men verandering in de begeleiding wenst. Wel kon men aangeven op welke punten men verbetering van de samenwerking wenste. Het blijkt dat men met name de overlegsituatie wil verbeteren, men wil een betere informatie-uitwisseling en men wil de

werkzaamheden beter op elkaar afstemmen. Deze vraag is, op één persoon na, alleen door extramurale hulpverleners beantwoordt.

problemen

Hoewel de meeste hulpverleners de begeleiding goed noemen en zij geen wensen hebben op het gebied van begeleiding, kunnen er uiteraard toch problemen ontstaan. Vijftien hulpverleners uit de eerste meting (60%) zeggen geen problemen op het werk te ondervinden. Acht hulpverleners (32%) vinden de sfeer goed of het werk leuker dan zij hadden verwacht. De overigen laten zich minder positief uit, zij vinden de sfeer tegenvallen of zij vinden het werk minder leuk. De tweede meting laat zien dat 12 hulpverleners (67%) geen problemen hebben, dat 5 hulpverleners (28%) de sfeer goed vinden en dat 2 hulpverleners (11%) de sfeer vinden tegenvallen of het werk minder leuk vinden dan zij dachten.

De helft van de hulpverleners uit de eerste meting gaat bij (zwaarwegende) problemen meestal met de leiding praten. Deze groep overlegt echter eveneens met collega's. De andere helft zegt de problemen zelf op te willen lossen door, in eerste instantie, met de collega's praten en eventueel ook met de leiding. Van de hulpverleners uit de tweede meting zijn deze gegevens niet bekend.

Een deel van de problemen die kunnen ontstaan zal betrekking hebben op de samenwerking tussen de verschillende werksoorten. Vier personen uit de eerste meting (20%) menen dat de samenwerking goed is, terwijl één persoon (5%) de samenwerking slecht noemt. Het merendeel (61%) van de hulpverleners geeft aan dat er op een aantal punten verbeteringen mogelijk zijn. Het betreft dan voornamelijk het overleg tussen de verschillende werksoorten. Leden van alle disciplines wensen meer overleg en afstemming tussen de (werkzaamheden van de) verzorgenden onderling. De gemaakte afspraken worden vaak onduidelijk gevonden. Tevens wenst men meer inzicht in elkaars werkwijze. Bij de tweede meting noemen 5 hulpverleners (31%) de samenwerking goed en één (6%) noemt haar slecht. Tien hulpverleners (56%) vinden dat er nog verbeteringen mogelijk zijn. Welke verbeteringen zij zich wensen is niet bekend.

Vier hulpverleners uit de eerste meting (20%) vinden dat zij onvoldoende inspraak hebben (gehad) in het beleid van het Zorghuis met betrekking tot zorgverlening, ruim de helft vindt de inspraak soms voldoende, soms niet. In de

tweede meting vinden 5 hulpverleners (31%) de inspraak onvoldoende en 6 (38%) geven aan dat de mogelijkheid tot inspraak soms wel en soms niet voldoende is.

verandering in taak

Het werken volgens het 'zorg op maat' principe kan voor professionele hulpverleners een verandering in hun taak met zich mee brengen. Toch vinden 15 hulpverleners uit de eerste meting (60%) niet dat hun werkzaamheden, sinds zij in het Zorghuis werken, inhoudelijk zijn veranderd. Bijna alle hulpverleners die wel veranderingen noemen waren daarin positief. Met name het intensievere contact met de oudere werd genoemd, evenals de grotere mate van overleg tussen de verschillende disciplines. Drie ziekenverzorgenden noemden het feit dat zij nu, meer dan voorheen, dienen uit te gaan van de capaciteiten van de oudere als een positieve verandering. Eén bejaardenhelpende stelt dat zij nu meer aan het huishoudelijke werk toekomt, een andere daarentegen noemt dit werk nu saaier en eentoniger.

Voor een aantal hulpverleners zijn de werkzaamheden inhoudelijk veranderd, maar de taak lijkt voor veruit de meesten duidelijk vast te liggen. Voor drie hulpverleners (12%) geldt dat echter niet.

Naast een inhoudelijke verandering van de taak, is er voor de extramurale hulpverleners een belangrijke praktische verandering opgetreden. De ouderen die zij als cliënten hebben wonen allen dicht bij elkaar. Dit wordt echter niet altijd als een verbetering gezien. Elf hulpverleners (50%) noemen het weliswaar prettig, maar de anderen (op 1 persoon na) maakt het eigenlijk niet uit. De ene persoon noemt het zelfs niet prettig.

4.1.3 Zorg op maat

'Zorg op maat' is voor veel hulpverleners een betrekkelijk nieuw begrip. Gevraagd is naar hun mening over 'zorg op maat' en naar hun eventuele voorkeur voor het werken in het Zorghuis.

mening zorg op maat

Alhoewel 'zorg op maat' een nieuw begrip is, mag de inhoud ervan bij de professionele hulpverleners van het Zorghuis bekend verondersteld worden. Elf van de ondervraagde hulpverleners in de eerste meting (46%) noemen het een goed idee, terwijl niemand het een slecht idee vindt. De overigen vinden het op sommige punten een goed idee, maar op andere punten niet. De goede kanten van het 'zorg op maat' principe hebben veelal betrekking op de zelfstandigheid van de oudere. Hierbij wordt een veronderstelde verminderde afhankelijkheid van de oudere heel belangrijk gevonden. De slechte kant van 'zorg op maat' heeft met name betrekking op een gebrek aan aandacht voor de oudere en een moeilijk of niet te vervullen hulpbehoefte van veel ouderen. Dit wordt vooral door de extramurale hulpverleners genoemd. Ook vinden enkele hulpverleners dat er te veel verschillende hulpverleners bij de ouderen over de vloer komen. Deze mening wordt door hulpverleners uit verschillende disciplines gedeeld. Bij de tweede meting gaven 5 hulpverleners (28%) aan 'zorg op maat' een goed idee te vinden. Elf personen (61%) vonden het soms een goed en soms een slecht idee. Twee hulpverleners hadden geen mening. Degenen die 'zorg op maat' een goed idee vinden, wijzen vooral op de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de ouderen. Een wijkverpleegkundige vindt dat de eigen deskundigheid in 'zorg op maat' meer tot zijn recht komt. Zij die 'zorg op maat' soms goed en soms slecht noemen wijzen soms op de schaduwzijde van privacy: privacy kan tot isolement leiden. Twee bejaardenhelpenden stellen dat de ouderen beloofd was dat het Zorghuis een eindstation zou zijn, maar dat blijkt niet het geval.

'Zorg op maat' houdt onder andere in dat de zorg in principe gegeven wordt door informele hulpverleners, waaronder vrijwilligers, en waar nodig wordt aangevuld met professionele hulpverlening. Hierdoor is het mogelijk dat er concurrentievervalsing kan gaan optreden. De meningen hierover liggen verdeeld. Alhoewel 15 hulpverleners uit de eerste meting (70%) van mening zijn dat er geen sprake is van concurrentievervalsing, liggen de redenen voor deze mening uiteen. Ruim de helft van hen zegt dat beroepskrachten ander werk doen, de anderen zeggen dat er voor het werk dat vrijwilliger doen toch geen beroepskrachten worden aangenomen. Vier hulpverleners (19%) vinden dat er wel sprake is van concurrentievervalsing. De overigen menen dat daar vooralsnog

geen sprake van is. De tweede meting heeft met betrekking tot deze vraag geen gegevens opgeleverd.

Negen hulpverleners uit de eerste meting (36%) hebben speciaal gekozen voor het Zorghuis en zes (24%) hebben een lichte voorkeur voor het Zorghuis. De overigen kozen niet speciaal voor het Zorghuis of het maakte hen niet uit waar zij zouden werken. Bij de tweede meting zeggen 3 hulpverleners (17%) speciaal te hebben gekozen voor het Zorghuis, 5 (28%) hebben een lichte voorkeur voor het Zorghuis. Eén persoon geeft aan juist niet voor het Zorghuis te hebben gekozen, de overige 9 hulpverleners (50%) hebben geen speciale voorkeur of het maakte hen niet uit.

4.1.4 Bewoners

Het 'zorg op maat' principe en de bijbehorende verandering in professionele hulpverlening lijkt, in de opvattingen van de hulpverleners, voor de ouderen minder duidelijk te zijn dan voor de meeste hulpverleners. Vijf hulpverleners uit de eerste meting (20%) zeggen namelijk dat zij 'dikwijls' of 'bijna altijd' van ouderen vragen krijgen die niet bij hun taak horen. Dertien hulpverleners (52%) krijgen dit soort vragen soms. Slechts een kwart van de hulpverleners krijgt zelden of nooit een dergelijke hulpvraag. Bij de tweede meting krijgen 3 hulpverleners (19%) dikwijls een vraag die buiten hun taak valt. Negen hulpverleners (56%) krijgen soms een dergelijke vraag en de overige vier hulpverleners zelden of nooit.

De hulpverleners is gevraagd een oordeel te geven over het Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)- en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL)-vermogen van de Zorghuisbewoners in vergelijking met wijkbewoners die niet in het Zorghuis verblijven. Met betrekking tot het ADL-vermogen zeggen 10 hulpverleners uit de eerste meting (44%) dat er geen verschil bestaat, 8 (35%) dat Zorghuisbewoners een minder goed ADL-vermogen hebben en 2 (9%) dat zij juist een beter ADL-vermogen hebben. In de tweede meting zeggen 9 hulpverleners (64%) dat er geen verschil bestaat, 2 (14%) dat Zorghuisbewoners een minder goed ADL-vermogen hebben en 3 hulpverleners (21%) dat zij een

beter ADL-vermogen hebben. Met betrekking tot het HDL-vermogen zeggen 6 hulpverleners uit de eerste meting (32%) dat er geen verschil bestaat, eveneens 6 dat Zorghuisbewoners een minder goed HDL-vermogen hebben en 2 (11%) dat zij juist een beter HDL-vermogen hebben. In de tweede meting geven 11 hulpverleners (92%) aan dat er geen verschil in HDL-vermogen is en één hulpverlener noemde het HDL-vermogen van Zorghuisbewoners slechter. De overige hulpverleners konden de vraag niet beantwoorden. Velen hebben geen ervaring met het zorgverlenen aan wijkbewoners. In de tweede meting is gevraagd of de zelfredzaamheid van de Zorghuisbewoners toegenomen, afgenomen of gelijkgebleven is. Negen hulpverleners (60%) menen dat de zelfredzaamheid onveranderd is, 4 hulpverleners (27%) dat zij toegenomen is en 2 menen dat zij is afgenomen.

4.1.5 Gebouw

Het gebouw voldoet niet aan ieders wens. Twintig hulpverleners (80%) zijn van mening dat er nog wel een en ander aan het gebouw verbeterd kan worden, terwijl één persoon zegt dat het gebouw absoluut niet voldoet. De gewenste verbeteringen betreffen vooral de ventilatie in het gebouw. Elf hulpverleners noemen de atmosfeer in het Zorghuis te benauwd, vaak zelfs te benauwd om in te werken. Daarnaast wil een aantal hulpverleners alle drempels weghalen en meer en beter functionerende liften. Bovendien noemt een aantal hulpverleners het uitzicht vanuit de appartementen, vooral voor rolstoelgebruikers, slecht. Een volledige lijst van genoemde wensen is opgenomen in bijlage 4. Bij de tweede meting zijn geen vragen over het gebouw opgenomen.

4.1.6 Subjectieve gezondheid en belasting

Bij de professionele hulpverleners is gevraagd naar subjectieve gezondheid en het aantal psychosomatische klachten. Daarnaast is er gevraagd naar de eigen mening over de belasting die het werk in het Zorghuis met zich meebrengt.

subjectieve gezondheid

Zestien hulpverleners uit de eerste meting (73%) noemen zich goed gezond, de overigen noemen zich redelijk gezond. Bij de tweede meting noemen 12 hulpverleners (67%) zich gezond. Drie hulpverleners (17%) noemen zich redelijk gezond en eveneens 3 noemen zich matig gezond.

psychosomatische klachten

Sommige psychosomatische klachten blijken vaak voor te komen. De klachten die in de eerste meting het meest genoemd worden zijn vermoeidheid (74%) en gejaagdheid (47%). Neerslachtigheid en onrustgevoelens daarentegen komen nauwelijks voor. De overige klachten zoals slapeloosheid, zenuwachtigheid, hoofdpijn, gespannenheid en prikkelbaarheid komen bij 3 tot 6 personen (18% tot 33%) voor. Bij de tweede meting worden eveneens vermoeidheid (81%) en gejaagdheid (67%) het meest genoemd. Bovendien wordt gespannenheid vaak genoemd (50%). De overige klachten komen minder vaak voor: slapeloosheid (31%), prikkelbaarheid, onrustgevoelens en zenuwachtigheid (allen 27%), neerslachtigheid (25%) en hoofdpijn (23%).

subjectieve belasting

Vier hulpverleners uit de eerste meting (17%) vinden het werk lichamelijk zwaarder dan elders en elf (48%) vinden het werk soms zwaar. Bij de tweede meting noemen 5 hulpverleners (29%) het werk lichamelijk zwaarder dan elders en vier (24%) vinden dat dit soms het geval is. Acht hulpverleners (47%) vinden echter dat het werk niet lichamelijk zwaarder is geworden. Wanneer gevraagd wordt naar de emotionele belasting die het werk met zich mee brengt, geven de hulpverleners uit de eerste meting een heel andere mening. Twaalf van hen (55%) vinden het werk emotioneel zwaarder dan elders, terwijl 4 (18%) het werk emotioneel niet zwaarder vindt. Vier hulpverleners (18%) vinden het werk zowel emotioneel als lichamelijk zwaar. Bij de tweede meting is dit verschil echter nauwelijks aanwezig. Vier hulpverleners (24%) vinden het werk emotioneel zwaarder en eveneens 4 vinden dit soms het geval. Negen hulpverleners (53%) noemen het werk echter niet emotioneel zwaarder dan elders. Dertien hulpverleners uit de eerste meting (62%) voelen zich enigszins of tamelijk belast

voelen door hun werkzaamheden in het Zorghuis. Bij de tweede meting voelen 10 hulpverleners (63%) zich hierdoor belast. Drie hulpverleners (19%) noemen zich niet of nauwelijks belast en eveneens 3 hulpverleners noemen zich overbelast.

4.1.7 Zorgverlening

Naast de bovengenoemde resultaten heeft de tweede meting nog specifieke gegevens ten aanzien van zorgverlening in het zorghuis opgeleverd. Een vraag betrof de relatie tussen hulpverleners en Zorghuisbewoners. Zeven hulpverleners (41%) menen dat de relatie met de ouderen in het Zorghuis persoonlijker is dan elders. Voor een even groot aantal maakt het echter niet uit. Drie hulpverleners (18%) noemt de relatie juist minder persoonlijk. Daarnaast menen 6 hulpverleners (33%) dat zij in het Zorghuis meer tijd nodig hebben om hun werk te doen, 7 hulpverleners (39%) daarentegen meent dat het werk nu minder tijd in beslag neemt en wat betreft de overige hulpverleners maakt het niet uit. Van de 6 hulpverleners die menen dat de hulpverlening in het Zorghuis meer tijd vergt geven 4 (67%) tevens aan dat zij soms de neiging hebben meer te doen dan feitelijk afgesproken is, maar ook van de 6 die menen dat de zorgverlening relatief minder tijd vergt geven er 4 aan dat zij deze neiging soms hebben. Tien personen geven aan dat zij precies doen wat afgesproken is. Een van hen geeft aan dat de zorgverlening relatief meer tijd kost en de ander geeft aan dat het niet uitmaakt. Indien men vindt dat het zorgverlenen meer tijd vergt, meent men dat met name komt door het overleg dat moet plaatsvinden, doordat ouderen meer hulp vragen en doordat een aantal ouderen eenzaam zijn en meer aandacht vragen. Het lijkt erop dat evenveel intra- als extramurale hulpverleners menen dat de zorgverlening meer tijd kost. Indien men vindt dat de zorgverlening minder tijd kost, met name extramuraal werkenden vinden dat, wordt vooral gewezen op de mogelijkheid om, als dat nodig is, terug te kunnen vallen op andere voorzieningen. Tevens wijst men op de grotere zelfredzaamheid van de ouderen en op de samenwerking tussen hulpverleners onderling die tijdbesparend zou werken.

Op de vraag of men vindt dat er sprake is van een goed gecoördineerde zorgverlening door intra- en extramurale hulpverleners geven 13 hulpverleners (72%) aan dat dit 'tenminste soms' het geval is. Twee hulpverleners (11%) menen dat hiervan geen sprake is en 3 hulpverleners (17%) meent dat er nog geen goed gecoördineerde zorgverlening is, maar dat er wel sprake is van verbetering op dat gebied.

Van de 'intramuraal' werkenden meent slechts 1 hulpverlener (20%) dat een kleinschalig opgezet verpleeghuis voordelen heeft. Vier 'intramurale' hulpverleners (80%) menen dat er zowel voor- als nadelen aan kleven. Als voordelen worden genoemd: privacy voor de oudere en het feit dat men elkaar en de ouderen persoonlijk kent. Als nadeel wordt genoemd dat men erg is aangewezen op een kleine groep, bij onderlinge wrijvingen geeft dit veel spanning. Ook het hoge personeelsverloop wordt genoemd als een nadeel van een kleinschalig verpleeghuis. Ook onder de 'extramuraal' werkenden is er slechts 1 persoon (9%) die voordelen ziet in het werken in een Zorghuis, de overige 10 hulpverleners (91%) ziet zowel voor- als nadelen. Als voordelen worden genoemd: het contact met collega's, de kortere reistijd en het feit dat hulp of materiaal altijd beschikbaar is. Als nadelen worden met name genoemd: het feit dat men meerdere adressen heeft op een dag en dat er onduidelijkheid is over taakverdeling.

4.1.8 Reacties ouderen

De hulpverleners uit de tweede meting is gevraagd naar hun mening omtrent de reacties van de Zorghuis-bewoners op het EZH. Er is gevraagd naar hun mening over een aantal mogelijke reacties. Zo denken 7 hulpverleners (47%) dat sommige ouderen niet van het bestaan van het EZH afweten, 4 hulpverleners (27%) denken dat de meeste ouderen het EZH niet kennen, terwijl eveneens 4 hulpverleners denken dat weinig ouderen onbekend zijn met het experiment. Vijf hulpverleners (36%) denken dat de meeste ouderen enthousiast zijn over het Zorghuis, maar de meeste (9, 64%) denken dat sommige ouderen wel enthousiast zijn en dus anderen niet. Volgens veruit de meeste hulpverleners (11, 85%) denken dat sommige

ouderen niet veel van het bestaan van het EZH merken. De overige twee hulpverleners denken dat slechts weinig ouderen er niets van merken. Ouderen kunnen het heel vervelend vinden dat er dingen veranderen. Negen hulpverleners (75%) denken dat sommige ouderen het inderdaad vervelend vinden, terwijl 2 hulpverleners (17%) denken dat er maar weinig ouderen zo denken. Twaalf hulpverleners (80%) denken dat sommige ouderen meer hulp zijn gaan vragen in het EZH en 2 hulpverleners denken dat weinig ouderen meer hulp vragen.

4.1.9 Toekomst Zorghuis

Zeven hulpverleners (44%) menen dat het Zorghuis na de experimentele periode zeer zeker op dezelfde wijze door moet gaan, terwijl 9 hulpverleners (56%) menen dat het Zorghuis wel door moet gaan mits aan een aantal voorwaarden voldaan is. Met nadruk wordt er gewezen op het belang van een goede samenwerking. Regelmatig overleg wordt als voorwaarde daarvoor genoemd. Verder noemen hulpverleners zowel een uitbreiding naar meer hulpbehoeftige ouderen als voorwaarde, als juist de voorwaarde dat er meer mobiele ouderen moeten komen, zodat er meer capaciteit voor verpleegbehoeftigen vrijkomt. Het Zorghuis wordt door 8 hulpverleners (47%) geschikt gevonden voor alle ouderen, terwijl 9 hulpverleners (53%) het Zorghuis alleen geschikt vindt voor bepaalde groepen ouderen. Vier van hen menen dat het Zorghuis alleen geschikt is voor ouderen die nog redelijk zelfstandig zijn. Drie hulpverleners noemen het Zorghuis met name geschikt voor echtparen waarvan één persoon een AWBZ-indicatie heeft. Verder worden ouderen genoemd die gemotiveerd zijn en die weten wat 'zorg op maat' betekent en die er ook mee kunnen omgaan.

4.1.10 Informele zorgverlening

In de tweede meting zijn een aantal vragen over informele zorgverlening opgenomen. Hieruit blijkt dat slechts 2 hulpverleners (12%) vaak contact hebben met informele zorgverleners. Acht hulpverleners (47%) hebben soms contact en 7

hulpverleners (41%) hebben zelden of nooit contact. Als zij contact hebben met informele zorgverleners trachten 4 hulpverleners wel de informele hulpverlening te bevorderen, 2 hulpverleners (33%) doen dat niet. De hulpverleners die trachten de informele hulpverlening te bevorderen doen dat door met informele en niet-informele hulpverleners te overleggen en afspraken te maken. Eén hulpverlener noemt het zorgdossier als mogelijkheid om dit te doen. Elf hulpverleners (85%) geven aan dat informele hulpverleners een paar taken van hen overnemen die zij in een traditioneel verzorgings- of verpleeghuis zelf zouden hebben uitgevoerd. Bij twee hulpverleners (15%) is dit niet het geval. De meeste hulpverleners (10, 71%) meent dat de inzet van de informele hulpverleners in de afgelopen jaren gelijk is gebleven. Twee hulpverleners (14%) menen dat de inzet is toegenomen en eveneens 2 vinden dat de inzet is afgenomen.

4.2 Vrijwilligers

In deze paragraaf worden de resultaten van de meting bij vrijwilligers weergegeven. De vrijwilligers zullen als één groep onderzocht worden. Uitsplitsing naar het soort vrijwilligerswerk dat de respondenten verrichten is niet zinvol. Het aantal respondenten per subcategorie zou veel te klein zijn.

4.2.1 Persoonskenmerken

Om een goed beeld te krijgen van de onderzochte groep volgt hieronder een beschrijving van een aantal persoonskenmerken van vrijwilligers. In onderstaande tabel worden deze gegevens weergegeven (tabel 3).

Tabel 3 Geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, inkomen en woonplek vrijwilligers

kenmerk	absoluut	percentage
n = 44		
<u>geslacht</u>		
- man	12	27
- vrouw	32	73
n = 43		
<u>leeftijd</u>		
- tot en met 40 jaar	4	9
- 41 jaar tot en met 50 jaar	2	5
- 51 jaar tot en met 60 jaar	3	7
- 61 jaar tot en met 70 jaar	18	42
- 71 jaar en ouder	16	37
n = 44		
<u>burgerlijke staat</u>		
- gehuwd/samenwonend	21	48
- weduwe/weduwnaar	15	34
- gescheiden	4	9
- ongehuwd	4	9
n = 44		
<u>opleiding</u>		
- laag	27	61
- middel	12	27
- hoog	5	11
n = 32		
<u>inkomen</u>		
- laag	20	63
- hoog	12	38
n = 44		
<u>woonplek</u>		
- in Zorghuis	7	16
- nabij Zorghuis	34	34
- elders in Den Haag	19	43
- buiten Den Haag	3	7

De groep vrijwilligers in het Zorghuis bestaat voor 73% uit vrouwen, waarvan de meeste 60 jaar of ouder zijn. De helft is gehuwd of samenwonend en ruim de helft heeft een lage opleiding en/of een laag inkomen.

Bijna een kwart heeft of had een baan in de gezondheidszorg. Opvallend is dat een derde van de vrijwilligers ook nog elders vrijwilligerswerk doet.

4.2.2 Vrijwilligerswerk

In deze paragraaf wordt een aantal algemene aspecten van vrijwilligerswerk besproken. Achtereenvolgens komen de motivatie om vrijwilligerswerk te (gaan) doen, de voorwaarden voor goed vrijwilligerswerk en de financiële gevolgen die het doen van vrijwilligerswerk kan hebben aan de orde.

motivatie

De wens mensen te willen helpen is voor 23 vrijwilligers (52%) de motivatie om vrijwilligerswerk te gaan doen. Daarnaast willen 19 vrijwilligers (43%) graag iets omhanden hebben en spelen ook de contacten die men door het werk opdoet een belangrijke rol. Een enkeling noemt het opdoen van ervaring voor een mogelijk toekomstige baan of het ontbreken van een betaalde baan als motivatie. Voor ruim driekwart van de vrijwilligers zijn dergelijke motivaties niet van toepassing. Velen hebben de pensioengerechtigde of VUT-leeftijd bereikt. Drie vrijwilligers (7%) hebben getracht een betaalde baan te krijgen, drie hebben er wel over gedacht, maar het nooit geprobeerd en eveneens drie hebben er nog nooit over gedacht.

voorwaarden

Naast de motivatie om vrijwilligerswerk te gaan doen, zullen vrijwilligers ook voorwaarden hanteren om vrijwilligerswerk te gaan of blijven doen. Achtentwintig vrijwilligers (64%) achten een goede sfeer een voorwaarde voor goed vrijwilligerswerk. Het maken van duidelijke afspraken tussen de instantie en de vrijwilliger wordt door 19 personen genoemd (43%). Een goede onkostenvergoeding en het nakomen van afspraken worden respectievelijk 11 en 13 keer genoemd (25% en 30%) en de waardering van de geholpene en een contract over 'rechten en plichten' worden respectievelijk 9 en 8 keer genoemd (21% en 18%).

financiële gevolgen

Het vrijwillig verrichten van allerlei werkzaamheden kan financiële gevolgen voor de vrijwilliger hebben. Voor 33 van de onderzochte groep vrijwilligers (79%) heeft het doen van vrijwilligerswerk echter geen financiële gevolgen. Ze-

ven vrijwilligers (17%) zeggen dat het vrijwilligerswerk onkosten met zich mee brengt, die niet vergoed worden en 2 vrijwilligers (5%) zeggen andere inkomsten te missen door het vrijwilligerswerk.

Voor diverse onkosten bestaat er een mogelijkheid tot onkostenvergoeding. De vraag die hierop betrekking had is echter slechts door 19 vrijwilligers beantwoord. Zeven van hen (37%) vinden de vergoeding voldoende. Acht (42%) vinden hem te weinig of veel te weinig en volgens vier vrijwilligers (21%) houdt het erom. Vijftien vrijwilligers (68%) zijn van mening dat zij, omdat zij vrijwilligerswerk doen, eigenlijk een financiële bijdrage van de overheid, bijvoorbeeld in de vorm van belastingaftrek, zouden moeten krijgen. Ook hier moet echter opgemerkt worden dat slechts de helft van de ondervraagde vrijwilligers deze vraag heeft beantwoord.

4.2.3 Vrijwillige hulpverlening in het Zorghuis

Deze paragraaf gaat dieper in op de werkzaamheden die vrijwilligers in het Zorghuis verrichten, het aantal uren per week dat zij aan dit werk besteden, de problemen die er (kunnen) zijn en de begeleiding die zij, al dan niet, ontvangen. In tabel 4 worden de percentages vrijwilligers naar werkzaamheden en het aantal uren dat zij werken weergegeven.

Tabel 4 Werkzaamheden en aantal uren vrijwillige hulpverlening

kenmerk	absoluut	percentages
n = 43		
<u>werkzaamheden in het Zorghuis</u>		
- koffiebar	17	39
- maaltijduitgifte	9	21
- creatieve activiteiten	9	21
- bezoekdame/-heer	9	21
- praatgroep	3	7
- dagverzorging	6	14

n = 38		
<u>aantal uren</u>		
- tot en met 4 uur per week	15	40
- 5 tot en met 8 uur per week	14	37
- 9 uur per week of meer	9	24

Bijna een derde van de vrijwilligers is al vanaf het eerste jaar (1987) als vrijwilliger werkzaam in het Zorghuis. De helft van de ondervraagde groep is in het jaar daarna binnengekomen. Een groot aantal vrijwilligers vervult in het Zorghuis meerdere functies. De functie bezoekdame of -heer houdt in dat er een vrijwilliger langs gaat bij een oudere voor een praatje of om te schaken e.d. Drieëntwintig vrijwilligers (55%) hebben zelf voor de taak die ze in het Zorghuis vervullen gekozen. De overigen zeggen voor het vervullen van die taak gevraagd te zijn. Van de activiteit 'bewegen voor ouderen' heeft niemand de vragenlijst ingevuld. Veruit de meesten zijn tevreden met het werk wat zij nu doen. Vijfendertig vrijwilligers (80%) willen geen ander werk doen. De overige 9 willen dat echter wel. Drie van hen willen bij de praatgroep werken, een enkeling wil als bezoekdame of -heer, bij de maaltjduitgifte of de dagverzorging werken. Twee personen zouden voor de koffiëbar kiezen en één persoon zou zowel bij de dagverzorging, als bij de praatgroep én het bewegen voor ouderen werkzaam willen zijn.

Driekwart van de vrijwilligers komt wekelijks in het Zorghuis. De overigen komen dagelijks, maandelijks of incidenteel. Gemiddeld zijn de vrijwilligers 8 uur per week in het Zorghuis werkzaam. Driekwart van de vrijwilligers zou niet meer uren per week in het Zorghuis willen werken dan zij nu al doen.

begeleiding

Achttien vrijwilligers (49%) zeggen geen begeleiding te krijgen bij de werkzaamheden en dit ook niet te willen. Een drietal vrijwilligers (8%) wil wel begeleiding, maar krijgt het niet. De vrijwilligers die wel begeleiding krijgen, krijgen dit meestal van een andere vrijwilliger (22%) of van zowel een andere vrijwilliger als van een professionele hulpverlener (14%). Een drietal vrijwilligers (8%) krijgt alleen van een professionele kracht begeleiding. Velen gaven geen mening over de begeleiding. Van de 19 vrijwilligers die dat wel deden vinden 9 de begeleiding die zij krijgen goed (47%) en 8 beoordelen de begeleiding als 'gaat wel' (42%). In overeenstemming hiermee zeggen 34 vrijwilligers (77%) geen wensen te hebben ten aanzien van verandering in de begeleiding. De overigen hebben echter wel wensen. Eén vrijwilliger (2%) wil graag meer praktische begeleiding, twee (5%) willen professionele begeleiding, drie (7%) willen intensievere gesprekken met de

leiding en zeven vrijwilligers (16%) willen vaker een gesprek met de leiding. Het valt op dat naast de 16 vrijwilligers die inderdaad begeleiding zeggen te krijgen ook vrijwilligers die dit niet krijgen hun mening over de begeleiding hebben geuit.

problemen

Drieëndertig vrijwilligers (75%) zeggen geen problemen te hebben met de werkzaamheden die zij verrichten. De helft van de vrijwilligers zegt de sfeer tijdens het werk goed te vinden, twee vrijwilligers (5%) vinden de sfeer echter tegenval- len. Op een aantal mogelijke problemen met betrekking tot de organisatie van het vrijwilligerswerk in het Zorghuis is wat dieper ingegaan. Eén daarvan is de inspraak die vrijwilligers hebben in het beleid van het Zorghuis met betrekking tot vrijwilligerswerk. Vijftien vrijwilligers (46%) zijn van mening dat deze on- voldoende is. Zes vrijwilligers (18%) vinden de inspraak echter wel voldoende, de overigen vinden de inspraak soms wel voldoende, soms niet. Als er zich z- waarwegende problemen met betrekking tot het vrijwilligerswerk voordoen trachten 25 vrijwilligers (60%) deze zelf op te lossen. Acht vrijwilligers (22%) gaan met de leiding praten, de overigen doen niets of ze houden op met het werk.

4.2.4 Zorg op maat

In deze paragraaf zal worden nagegaan of de vrijwilligers bekend zijn met het centrale begrip van het EZH 'zorg op maat' en of de mening over het Zorghuisi- dee meespeelde bij de beslissing om juist in het Zorghuis vrijwilligerswerk te gaan doen.

bekendheid 'zorg op maat'

Negenentwintig vrijwilligers (73%) zeggen met het begrip 'zorg op maat' bekend te zijn, echter slechts de helft gaf een omschrijving van het begrip. De helft daarvan omschreef 'zorg op maat' o.a. in termen van zorg geven naar de behoefte van de oudere en rekening houdend met de nog aanwezige mogelijkheden tot zelfzorg. Twee personen gaven een omschrijving die niet overeenstemt met

datgene wat in de literatuur genoemd wordt en anderen gaven een irrelevant antwoord. De overigen gaven een omschrijving die deels overeenstemt en deels niet.

motivatie tot werken in Zorghuis

Naast de algemene motivatie om vrijwilligerswerk te gaan doen kunnen de vrijwilligers een meer specifieke motivatie hebben om in het Zorghuis te willen werken.

Het Zorghuisidee sprak 15 vrijwilligers (34%) zo aan dat zij daarom in het Zorghuis vrijwilligerswerk wilden doen. Voor 11 personen (25%) speelde het gegeven dat het Zorghuis vlak in de buurt van hun woning staat een rol en 12 vrijwilligers (27%) noemden het werken met oudere mensen als motivatie. De overige redenen, zoals 'het werk in het Zorghuis of in de gezondheidszorg lijkt leuk', 'het Zorghuis was bekend' of 'er was geen plaats elders' werd beduidend minder vaak genoemd.

interesse in lokale en landelijke ontwikkelingen

Uiteraard zal een vrijwilliger het meest geïnteresseerd zijn in ontwikkelingen op het gebied van vrijwilligerswerk die betrekking hebben op zijn of haar concrete situatie. Toch blijken 27 vrijwilligers (70%) daarnaast ook interesse te hebben in ontwikkelingen op het gebied van de zorgverlening elders in de stad of in het land. Twintig (53%) van hen hebben zelfs interesse in zowel de lokale als de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot zorgverlening voor ouderen. Drie vrijwilligers (7%) hebben alleen interesse in landelijke ontwikkelingen en vier (9%) alleen in lokale ontwikkelingen.

4.2.5 Subjectieve gezondheid en belasting

De subjectieve gezondheid is vastgesteld door te vragen naar de mening over de eigen gezondheid en verschillende somatische en psychosomatische klachten. Tevens is gevraagd naar de mening over de zwaarte van het werk in lichamelijk en emotioneel opzicht en de belasting die de vrijwilliger door het vrijwilligerswerk ervaart.

subjectieve gezondheid

Zesentwintig vrijwilligers (59%) noemen zichzelf goed gezond. Vijftien (34%) voelen zich redelijk gezond en drie vrijwilligers (7%) noemen zich matig of niet gezond.

somatische klachten

Meer dan de helft van de vrijwilligers geeft aan geen last te hebben van lichamelijke klachten. Ruim een kwart heeft één lichamelijke klacht. Geen van de vrijwilligers heeft meer dan drie lichamelijke klachten. De klachten die het meest genoemd worden zijn: moeite hebben met traplopen (17%), moeite met zien (17%) en rugklachten (29%).

psychosomatische klachten

Circa 40% geeft aan geen psychosomatische klachten te hebben, terwijl 38% één of twee klachten zegt te hebben. De overige 22% heeft 3 of meer klachten. De klachten die het meest genoemd worden zijn: gespannenheid (26%), zenuwachtigheid (27%), gejaagdheid (34%), vermoeidheid en slapeloosheid (beiden 35%)

subjectieve belasting

Geen van de vrijwilligers vindt het werk dat zij in het Zorghuis verrichten lichamelijk of emotioneel zwaar. Acht vrijwilligers noemen het werk echter *soms* lichamelijk zwaar. Veertien vrijwilligers noemen het werk *soms* emotioneel zwaar. Als direct gevraagd wordt naar de belasting die het doen van vrijwilligerswerk met zich mee brengt, antwoorden 35 vrijwilligers (83%) dat zij zich niet of nauwelijks belast voelen. Zeven personen (17%) voelen zich enigszins belast.

5. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting van het rapport gegeven, waarna een aantal bevindingen van de meting(en) bij professionele en vrijwillige hulpverleners besproken worden.

5.1 Samenvatting

In het kader van het substitutiebeleid van het ministerie van WVC is in 1987 het Experiment Zorghuis Den Haag (EZH) gestart. In het Zorghuis kunnen ouderen met verschillende zorgindicaties een appartement huren. De zorgverlening aan de bewoners vindt plaats door informele hulpverleners. Waar nodig wordt dit, voor de aanleun- en WBO-geïndiceerden, aangevuld met extramurale hulpverlening door de Stichting Thuishulp en Haags Kruiswerk. Voor de verpleeghuisgeïndiceerden is er een vast behandelteam van de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (G.D.V.V.). Indien de zorgbehoefte van de oudere verandert, hoeft hij of zij in principe niet te verhuizen.

Doelstelling van het experiment is, onder andere, het handhaven of vergroten van de zelfstandigheid en het welzijn van ouderen, door middel van substitutie en het leveren van zorg op maat. In het EZH wordt, naast professionele hulpverlening, de nadruk gelegd op informele hulpverlening, zoals onder andere door vrijwilligers.

In dit onderzoek zijn alle verplegende en verzorgende professionele hulpverleners die, namens de drie eerder genoemde instellingen, in het Zorghuis werkzaam zijn benaderd. Tevens zijn alle vrijwilligers die in het Zorghuis werkzaam zijn benaderd. Het veldwerk van de eerste meting bij professionele hulpverleners en de eenmalige meting bij vrijwilligers heeft plaatsgevonden in de periode van augustus 1989 tot en met oktober 1989. Het veldwerk van de tweede meting bij professionele hulpverleners vond plaats in september en oktober 1990. De respons bij professionele hulpverleners was bij de eerste meting 60% en bij de tweede meting 43%. Bij de vrijwilligers bedroeg de respons 75%. De vragenlijst voor

beide onderzoeksgroepen bevat vragen naar persoonskenmerken, gezondheid en zorg (bij professionele hulpverleners) of werkzaamheden (bij vrijwillige hulpverleners).

De vraagstellingen voor dit deelonderzoek luiden:

1. Welke problemen ondervinden professionele en vrijwillige hulpverleners bij het verlenen van hulp aan ouderen in het Zorghuis?
2. Wat is de mening van professionele en vrijwillige hulpverleners ten aanzien van a) het begrip 'zorg op maat', b) hun eigen gezondheid en c) de belasting die het werken in het Zorghuis met zich meebrengt.

Nagenoeg alle **professionele hulpverleners** zijn vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar bij de eerste meting en 39 jaar bij de tweede meting. De helft van hen bij beide metingen is gehuwd of samenwonend. Tweederde van de hulpverleners bij de eerste meting heeft een lagere of middelbare opleiding. Een derde heeft geen gerichte beroepsopleiding gevolgd. Bij de tweede meting is niet naar vooropleiding gevraagd. Bijna een kwart heeft hier geen beroepsopleiding gevolgd. Een derde van de hulpverleners bij de eerste meting vervult de functie van ziekenverzorgende, een derde die van bejaarden- of gezinsverzorgende en bijna een derde is (wijk)verpleegkundige. Driekwart werkt part-time. Bij de tweede meting zijn de zieken- en gezinsverzorgenden iets minder vertegenwoordigt.

Ruim de helft van de hulpverleners uit zowel de eerste als de tweede meting zegt geen problemen op het werk te ondervinden. Er is echter ook een groep die de sfeer op het werk vindt tegenvallen of die het werk minder leuk vindt dan ze had gedacht.

Driekwart van de hulpverleners uit de eerste meting krijgt begeleiding, waarvan tweederde vanuit de eigen organisatie. Zij die begeleiding vanuit de eigen organisatie krijgen zijn positiever in hun oordeel over die begeleiding dan zij die begeleiding vanuit het Zorghuis krijgen. De wensen die nog leven zijn: meer overleg, directere begeleiding en meer inzicht in de samenwerking tussen verschillende werksoorten. Deze wensen leven ten tijde van de tweede meting nog steeds. Tevens wenst men de werkzaamheden beter op elkaar af te stemmen.

Ruim de helft van de hulpverleners uit beide metingen is van mening dat er met name op het gebied van de samenwerking nog wel enige verbetering mogelijk is. Leden van alle disciplines wensen meer overleg en afstemming tussen de (werkzaamheden van de) verzorgenden onderling. De gemaakte afspraken worden vaak onduidelijk gevonden. Tevens wenst men meer inzicht in elkaars werkwijze.

Een kleine meerderheid uit de eerste meting vindt dat het werk inhoudelijk niet veranderd is in het Zorghuis. Zij die wel veranderingen constateren zijn daarin positief. Zij noemen een intensiever contact met de oudere en een grotere mate van overleg tussen de disciplines.

Over 'zorg op maat' is iedereen het bij de eerste meting eens. Het idee is goed, maar de helft van de hulpverleners is van mening dat er nog wel het een en ander aan verbeterd kan worden. De zelfstandigheid van de oudere wordt als positief gezien. Een aantal hulpverleners meent echter dat er sprake is een gebrek aan aandacht voor de oudere door professionele hulpverleners. Soms is er tevens sprake van een moeilijk of niet te vervullen hulpbehoefte bij de oudere. Ruim de helft van de professionele hulpverleners krijgt soms vragen van ouderen om iets te doen wat niet bij hun taak hoort. Twee jaar later waren minder hulpverleners van mening dat zorg op maat goed is. Er wordt nadruk gelegd op de tegenstrijdigheid tussen privacy en isolement. Voor veel ouderen betekent privacy isolement. Volgens de hulpverleners zijn er ouderen die vereenzamen.

Het Zorghuis als gebouw voldoet niet aan ieders eisen. Het meest genoemde minpunt is het binnenklimaat. Men vindt het klimaat te benauwd om in te werken.

Bijna driekwart van de professionele hulpverleners uit beide metingen noemt zichzelf goed gezond. Eveneens driekwart van de hulpverleners noemt vermoeidheid als klacht en bijna de helft voelt zich wel eens gejaagd. Bij de tweede meting is hierin niet veel veranderd. Ruim 60% van de professionele hulpverleners uit zowel de eerste als de tweede meting noemt zich enigszins of tamelijk belast door de werkzaamheden. Ruim de helft uit de eerste meting noemt het werk emotioneel zwaar, maar bij de tweede meting noemt nog een kwart het werk emotioneel zwaar.

De tweede meting heeft bovendien nog enkele gegevens ten aanzien van zorgverlening in het Zorghuis opgeleverd. Met betrekking tot de tijd die de zorgverlening in het Zorghuis in beslag neemt lijkt weinig verschil te bestaan met de traditionele situatie. Evenveel hulpverleners vinden dat zorgverlening meer en minder tijd kost. Zorgverlening kost meer tijd door het regelmatige overleg en door een grotere hulpbehoefte van de ouderen. Zorgverlening kost minder tijd omdat extramurale hulpverleners kunnen terugvallen op andere voorzieningen. De meeste hulpverleners vinden dat de zorgverlening 'tenminste soms' goed gecoördineerd is. Over de reacties van ouderen op het EZH hebben de professionele hulpverleners geen uitgesproken mening: sommige ouderen weten ervan, anderen niet en sommige ouderen zijn enthousiast en anderen niet. Allen zijn van mening dat het Zorghuis na de experimentele periode door moet gaan. Ruim de helft van de hulpverleners verbindt daar echter wel voorwaarden aan. Men denkt daarbij vooral aan een goede samenwerking. Niet alle hulpverleners hebben contact met informele hulpverleners. Wel lijken centrale verzorgers enige taken van de professionele hulpverleners over te nemen. Het lijkt er, volgens professionele hulpverleners, echter niet op dat zij dit in de loop der jaren meer zijn gaan doen.

De groep **vrijwilligers** in het Zorghuis bestaat voor driekwart uit vrouwen. De meeste vrijwilligers zijn ouder dan 60 jaar. De helft is gehuwd of samenwonend. Ruim de helft heeft een lage opleiding en een even groot deel heeft een laag inkomen. Een derde van de vrijwilligers is huisvrouw, de overigen zijn of waren veelal werkzaam in de gezondheidszorg of hadden een administratieve functie. Een derde van de vrijwilligers doet ook nog vrijwilligerswerk elders. Ruim de helft van de vrijwilligers is vrijwilligerswerk gaan doen om mensen te helpen. De overigen wilden iets omhanden hebben of zochten sociale contacten. Een goede sfeer wordt dan ook vaak gezien als een voorwaarde voor goed vrijwilligerswerk. Het maken van duidelijke afspraken tussen de instantie en de vrijwilliger wordt ook vaak genoemd. Voor 80% van de vrijwilligers heeft het vrijwilligerswerk geen financiële gevolgen. Bijna een derde van de vrijwilligers werkt al vanaf het eerste jaar in het Zorghuis. Iets meer dan de helft van de vrijwilligers heeft zelf voor dit werk gekozen. De overigen zijn gevraagd. Veruit

de meesten zijn tevreden met het werk dat zij nu doen en willen dan ook geen ander werk. Driekwart van de vrijwilligers komt wekelijks in het Zorghuis. Gemiddeld werken zij 8 uur per week. Enkelen werken zelfs meer dan 20 uur per week. De meeste vrijwilligers hebben geen behoefte om meer uren te gaan werken. De helft van de vrijwilligers zegt geen begeleiding bij de werkzaamheden te willen en te krijgen. Zij die wel begeleiding krijgen, krijgen dit meestal van een andere vrijwilliger of van zowel een andere vrijwilliger als van een professionele hulpverlener. Velen gaven geen mening over de begeleiding. Van de overigen vond de helft de begeleiding goed en de helft 'gaat wel'. Er leven geen duidelijke wensen ten aanzien van verandering in de begeleiding. De helft van de vrijwilligers noemt de sfeer tijdens het werk goed. Toch noemt eveneens de helft de inspraak die zij hebben onvoldoende. Bij zwaarwegende problemen tracht een meerderheid deze zelf op te lossen. De overigen gaan met de leiding praten, doen niets of houden op met het werk. De meeste vrijwilligers zeggen het begrip 'zorg op maat' te kennen, maar slechts de helft gaf een omschrijving van het begrip. De helft daarvan gaf een omschrijving, zoals die ook in de literatuur voorkomt. Dit wordt weerspiegeld in het feit dat maar een derde het Zorghuisidee noemde als motivatie om juist in het Zorghuis te willen werken. De meeste vrijwilligers zijn geïnteresseerd in ontwikkelingen op het gebied van vrijwilligerswerk met betrekking tot gezondheidszorg.

Ruim de helft van de vrijwilligers heeft geen last van lichamelijke klachten. Ruim een kwart heeft één lichamelijke klacht. Het meest genoemd worden: moeite hebben met traplopen, moeite met zien en rugklachten. Ruim een derde van de vrijwilligers heeft één of twee psychosomatische klachten. Het meest genoemd worden: gespannenheid, zenuwachtigheid, gejaagdheid, vermoeidheid en slapeloosheid. Toch noemt ruim de helft zichzelf goed gezond en een derde noemt zich redelijk gezond. Een klein aantal vrijwilligers noemt het werk soms lichamenlijk zwaar en een iets groter aantal noemt het werk soms emotioneel zwaar. Veruit de meesten voelen zich niet of nauwelijks belast.

In de discussie van het rapport wordt voornamelijk ingegaan op de samenwerking tussen professionele hulpverleners onderling, op de motivatie voor en de voorwaarden van het doen van vrijwilligerswerk. Daarnaast wordt ingegaan op de

gezondheid en belasting van zowel de professionele als de vrijwillige hulpverleners.

5.2 Discussie

Het onderzoek onder professionele en vrijwillige hulpverleners in het Zorghuis is geen representatief onderzoek en kan derhalve niet worden beschouwd als een onderzoek naar professionele en vrijwillige hulpverlening in het algemeen. De onderwerpen van onderzoek zijn geheel toegespitst op de situatie in het Zorghuis. Wel is het deelonderzoek vrijwillige hulpverlening in die zin uniek dat er tot op heden zeer weinig tot geen onderzoek is gedaan naar de subjectieve gezondheid en belasting van vrijwilligers in relatie tot hun werkzaamheden als vrijwilliger. Het onderzoek is dus beschrijvend van aard en met die gedachte zijn de vraagstellingen van het onderzoek geformuleerd.

Het eerste deel van de vraagstelling betrof de problemen die **professionele hulpverleners** tegenkomen bij het verlenen van zorg in het Zorghuis. In overeenstemming met wat in de literatuur gevonden werd blijkt samenwerken een gebied te zijn met veel problemen. Eerdere onderzoeken gaven al aan dat er overlap bestaat tussen de werkzaamheden van wijkverpleging en gezinsverzorging, maar dat de coördinatie en communicatie tussen de beide werksoorten vaak stroef verloopt of zelfs ontbreekt. Ook in het Zorghuis lijkt een dergelijke problematiek voor te komen. Dit blijkt voornamelijk uit de sterk levende wens tot een betere afstemming van de werkzaamheden onderling en meer inzicht in elkaars werkwijze. Hoewel deze wens na twee jaar nog steeds leeft, lijkt er al wel enige verbetering te zijn opgetreden. Ook bij de ouderen lijkt de werkwijze van de hulpverleners niet goed bekend. Dit blijkt uit het gegeven dat de meeste hulpverleners minstens soms vragen van de ouderen krijgen om werkzaamheden te verrichten die niet tot hun taak behoren. Een ander aspect is de gezondheid en vooral de belasting van de professionele hulpverleners. Alhoewel de meeste hulpverleners in het Zorghuis zich goed gezond noemen, is er bij beide metingen toch ook een - relatief grote - groep die

zich weleens vermoeid of gejaagd voelt. Dit laatste heeft vermoedelijk te maken met de belasting. Driekwart van de professionele hulpverleners noemt zich tenminste enigszins belast en ruim de helft noemt het werk emotioneel zwaar. Dit lijkt bij de tweede meting echter te zijn afgenomen. Ook het gebrek aan frisse lucht in het Zorghuis kan te maken hebben met het feit dat vermoeidheid vaak genoemd wordt. Helaas zijn er geen gegevens van ziekteverzuim in het Zorghuis voorhanden. Wel is het verloop onder het personeel aanzienlijk te noemen (Perenboom en Schroots, 1990). Mogelijk heeft een aantal hulpverleners het werken in een experiment als het EZH verkeerd ingeschat. Tevens is gevraagd naar de mening van de hulpverlener over het ADL- en HDL-vermogen van de ouderen. Bij de eerste meting vinden hulpverleners dat het ADL- en HDL-vermogen hetzelfde of minder is dan bij wijkbewoners. Bij de tweede meting noemen minder hulpverleners een verschil op ADL- of HDL-gebied dan bij de eerste meting. Het is mogelijk dat ten tijde van de eerste meting de ouderen (nog) niet gewend waren aan het (weer) zelfstandig wonen en dat dit twee jaar later wel het geval is.

Ondanks een eventueel iets verbeterd HDL-vermogen van veel ouderen zijn toch een aantal hulpverleners van mening dat de zorgverlening meer tijd kost. Dit wordt echter geweten aan de hoeveelheid overleg dat plaats moet vinden. Een nagenoeg even groot aantal hulpverleners vindt dat de zorgverlening juist minder tijd kost door het beroep dat op andere voorzieningen kan worden gedaan. Het zijn met name extramurale hulpverleners die deze mening zijn toegedaan. Zodoende lijkt het dat een meer 'semi-murale' manier van werken minder tijd kost aan zorgverlening, maar meer tijd kost aan overleg.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het **vrijwilligerswerk** in het Zorghuis vooral een aanvullende en uitvoerende functie heeft. In overeenstemming met wat in de literatuur gevonden is zijn het in het Zorghuis vooral vrouwen die vrijwilligerswerk in de hulpverlening doen. Het opdoen van sociale contacten en gezelligheid zijn vaak genoemde motieven om vrijwilligerswerk te gaan doen. Ook in het Zorghuis is dat een sterke motivatie. Dit wordt onderstreept door de bevinding dat een goede sfeer het meest genoemd wordt als voorwaarde voor goed vrijwilligerswerk. Daarnaast worden goede afspraken ook veel genoemd.

Deze kunnen immers bijdragen aan een goede sfeer. Een andere (potentiële) voorwaarde voor vrijwilligerswerk is de financiële kant. Alhoewel 80% aangeeft dat het doen van vrijwilligerswerk voor hen geen financiële gevolgen heeft is 68% van mening dat zij een tegemoetkoming in de vorm van belastingaftrek zouden moeten krijgen voor het werk dat zij verrichten. Een derde van de vrijwilligers noemt het Zorghuis-idee de reden om juist in het Zorghuis te willen werken. Echter de meesten weten niet (goed) wat dit Zorghuis-idee eigenlijk inhoudt. Het lijkt erop dat ieder er het zijne of hare onder verstaat. De zelfstandigheid van de oudere wordt wel vaak als behorende bij het Zorghuis-idee genoemd.

De gezondheid en de belasting van de vrijwilliger wordt in de literatuur nauwelijks vermeld. Dit deelonderzoek levert geen verrassende resultaten. Gemiddeld werken de vrijwilligers 8 uur per week. Van de meeste vrijwilligers is de gezondheid goed. Wat wel opvalt is dat, ondanks de hogere leeftijd van de vrijwilligers, zij minder klachten noemen dan professionele hulpverleners. Het is mogelijk dat de belasting die het werk met zich meebrengt hier een rol in speelt. Wellicht draagt het 'vrijwillige' karakter van het werk ertoe bij dat men zich minder belast voelt. Daarnaast doen vrijwilligers ook minder zwaar werk als professionele hulpverleners, zij verrichten bijvoorbeeld geen tilwerkzaamheden. Tenslotte heeft men wellicht het idee makkelijk te kunnen stoppen wanneer het werk te zwaar zou worden of niet meer zou bevallen. Dat de laatstgenoemde situatie zal gaan ontstaan lijkt echter niet waarschijnlijk. 80% geeft aan dat tevreden te zijn met het werk dat men verricht en dat men geen ander werk zou willen doen. Wel zegt de meerderheid niet meer uren in het Zorghuis te willen werken.

LITERATUURLIJST

- BOIN, R. EN J. VAN DIJK. Vrijwilligerswerk: determinanten van deelname en tijdsbesteding. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken, 6 (1990) nr. 2 62-78.
- DAAL, H.J. EN L. WILLEMS. Onbetaald werk buiten het eigen huishouden. Samenvatting van een onderzoek naar vrijwilligerswerk en informele hulp in Nederland. Den Haag, NIMAWO, 1990.
- DIEKSTRA, R.F.W. Jobstress en gezondheid in de gezondheidszorg: implicaties van het coherentiemodel. Gedrag en Gezondheid, 17 (1990) 155-161.
- DIJK, J. VAN. De omvang en aard van het vrijwilligerswerk in Nederland na 1975. Groningen, Economische Faculteit R.U. Groningen, Wetenschapswinkel Economie, Publicatie EV 5, 1987.
- DOGGER, J. Werk in de wijk, werk voor de wijk: Werkbelasting, knelpunten, klachten en afwijkingen door het werk van de wijkverpleegkundige. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 66 (1988) 26-28.
- HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. Algemene zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen. Lochem, De Tijdstroom, 1985.
- HEUS, C. DE. Kloof tussen vrijwilligers en professionals. Handicap Magazine, februari 1988.
- HOOLOOM, H EN P.G.W. SMULDERS. Arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen. Maandblad voor Arbeidsomstandigheden, 62 (1986) 333-335.
- HOVENGA, R. Gevangen in een web? Vrijwilligerswerk in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn, Samsom, 1985.
- JACOB, R. EN S. SWAGTEN, S'. Onkosten en vergoedingen in het vrijwilligerswerk. Een verkennend onderzoek onder vrijwilligers. Den Haag, NIMAWO, 1989.
- KORENROMP, M. Vrijwilligerswerk: botsende belangen. Rooie vrouw, september 1986.
- KORENROMP, M. Vrijwilligersbeleid en motivatie van vrijwilligers. Tijdschrift voor jeugdhulpverlening en jeugdwerk, maart 1989.
- L.S.W. (LANDELIJK STEUNPUNT VRIJWILLIGERSWERK). Onkostenvergoeding aan vrijwilligers (brochure). Utrecht, 1989a.
- L.S.W. (LANDELIJK STEUNPUNT VRIJWILLIGERSWERK). Rechtspositie van vrijwilligers (brochure). Utrecht, 1989b.
- LEEMEYER, A. De gezondheidszorg zorgt slecht voor zichzelf. Het Ziekenhuis 7 (1990) 266-270
- LEVI, L. Fitting work to human capacities and needs: improvements in the content and organization of work. In: Kalimo, R., El-Batawi, E en C.L. Cooper (eds.) Psychosocial factors at work and their relation to health. Geneva, World Health Organization, 1987.
- LOON, TH. VAN. Vrijwilligerswerk: maatwerk! In: R.C. Kwant (red.), Dat doe je gewoon: vrijwilligerswerk in sociaal, cultureel en economisch perspectief. Amsterdam, de Balie, 1987.
- LOON, TH. VAN EN C. RUITER. Werving en selectie van vrijwilligers. Geen kwestie van een blik opentrekken. Personeelsbeleid, 25, 3, 1989.
- MENCHIK, P.L. EN B.A. WEISBROD. Volunteer labor supply. Journal of Public Economics, 32, 1987.
- PERENBOOM R.J.M. EN J.J.F. SCHROOTS. Substitutie Ouderenzorg Den Haag, deel 1 Opzet van Evaluatie. Leiden, NIPG/TNO, 1989.

PERENBOOM, R.J.M. EN J.J.F. SCHROOTS. Substitutie Ouderenzorg Den Haag, deel 3 Procesevaluatie: 1984 tot en met 1988. Leiden, NIPG/TNO, 1990.

PLATFORM VRIJWILLIGERSWERK. Kun je op vrijwilligers niet rekenen? Rijswijk, 1982.
PROJECTTEAM ZORGHUIS. Derde interne evaluatie. Den Haag, Zorghuis Dr. W. Drees, 1989.

SANTEN, W. VAN. Samenwerking gezinsverzorging - wijkverpleging, Rapport ten behoeve van de besturen van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging en de Nationale Kruisvereniging. Bunnik, 1985.

SMULDERS, P.G.W. De arbeidssituatie van twaalf beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. T.Soc.Gezondheidsz. 68 (1990) 247-255.

STAATS, P.G.M. EN C.W.J. WEVERS. Wijkverpleegkundige hulp aan ouderen. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 10 (1985) nr. 10 24-26.

STICHTING TOEKOMST VOOR TWEE. Spoorzoeken in het vrijwilligerswerk. onbekend, 1982.

TWEEDE KAMER. Vergaderjaar 1984-1985, 18927, nrs. 1-2, bijlage 2. Den Haag, 1985.

TWEEDE KAMER. Vergaderjaar 1985-1986, 19388, nrs. 1-2. Den Haag, 1986.

V.I.W. (VERBOND VAN INSTELLINGEN VOOR WELZIJNSWERK). Als vrijwilligers samenwerken met beroepskrachten. Brussel, Licap, 1989.

WEVERS, C.W.J., STAATS, P.G.M., HOEK, F.H. EN M. KASTELEIN. Ouderen en hulpverlening. Leiden, NIPG/TNO, 1985.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Hercoderingen ten behoeve van variabelenconstructie

Voor een aantal variabelen geldt dat zij in beide onderzoeken op dezelfde wijze gehercodeerd zijn opgenomen. De hercoderingen van deze variabelen zullen eerst besproken worden. Daarna volgen de hercoderingen van de meting bij vrijwillige hulpverleners. Bij de meting bij professionele hulpverleners hebben geen aparte hercoderingen plaatsgevonden.

Gehercodeerde variabelen beide onderzoeken

De variabele **leeftijd** is gehercodeerd tot 4 categorieën: - 'tot 20 jaar'; - '20 tot en met 29 jaar'; - '30 tot en met 39 jaar'; - '40 jaar en ouder'.

De variabele **opleiding** is gehercodeerd naar drie categorieën: - 'laag' (d.w.z. lager (beroeps) onderwijs en uitgebreid lager onderwijs); - 'middel' (d.w.z. middelbaar beroeps onderwijs en middelbaar algemeen vormend onderwijs); - 'hoger' (d.w.z. hoger beroeps en universitair onderwijs).

De lijst van **psychosomatische klachten** is gesommeerd tot één variabele. De waarde van deze variabele geeft het aantal psychosomatische klachten aan.

Gehercodeerde variabelen meting vrijwilligers

De variabele **inkomen** is gehercodeerd tot 2 categorieën: - 'laag' (d.w.z. tot fl. 2000 netto per maand) en - 'hoog' (d.w.z. fl. 2000 netto per maand of meer).

De lijst van **lichamelijke klachten** is gesommeerd tot één variabele. De waarde van deze variabele geeft het aantal lichamelijke klachten aan.

Bijlage 2 Vragenlijsten professionele hulpverleners

De eerste vragenlijst is van de eerste en de tweede vragenlijst van de tweede meting bij professionele hulpverleners.

De cijfers vòòr de antwoordmogelijkheden zijn de percentages respondenten die die betreffende categorie als antwoord hebben gekozen. In sommige gevallen was het mogelijk om meer dan één antwoordcategorie te kiezen. In die gevallen kan het voorkomen dat de som van de percentages meer dan 100 is. Bij de vragen naar somatische en psychosomatische klachten geven de cijfers de percentages aan van de respondenten die voor deze klacht 'ja' hebben geantwoord.

6. Sinds wanneer bent U werkzaam in het Zorghuis?
Sinds (datum)
- 7a. Sinds wanneer oefent U Uw huidige beroep uit?
Sinds (datum)
- b. Is er een periode van onderbreking geweest? (doorstrepen wat niet gewenst is s.v.p.)
4.0 ja, in totaal gedurende .. maanden/jaren
96.0 nee
- 8a. Hoeveel uur in de week werkt U in totaal?
... uur
- b. En hoeveel uur gemiddeld per week werkt U in het Zorghuis? (dit kan hetzelfde aantal uren zijn als ingevuld bij vraag 8a)
... uur
- c. Indien u werkzaam bent bij Gezinszorg of Kruisvereniging, c.q. alpha-help(st)er bent: Hoe vaak per week komt U in het Zorghuis?
.. maal per week
9. Heeft U er speciaal voor gekozen om in het Zorghuis te gaan werken?
0.0 nee, integendeel zelfs
28.0 nee, niet speciaal
12.0 het maakte me niet uit
24.0 ja, ik had wel een lichte voorkeur voor het Zorghuis
36.0 ja, ik wilde speciaal in het Zorghuis werken
- 10a. Bij hoeveel cliënten/patiënten komt U gemiddeld per week in het Zorghuis?
... cliënten/patiënten
- b. Komt U over het algemeen steeds bij dezelfde ouders of zijn het telkens anderen?
47.8 steeds dezelfde ouders
52.2 deels dezelfde, deels anderen
0.0 altijd anderen
0.0 weet niet

11a. Wat vindt U van het 'zorg op maat'-principe?

45.8 goed idee, want ...

0.0 slecht idee, want ...

54.2 op sommige punten goed, op sommige punten slecht, want ...

0.0 geen mening

b. Bent U van mening dat er in het Zorghuis 'zorg op maat' wordt gegeven?

0.0 ja, altijd

100.0 soms wel, soms niet

0.0 nee, nooit

0.0 weet niet

12a. Kreeg U, toen U bij het Zorghuis begon, enige vorm van begeleiding om het werken conform de ideeën van het Zorghuis te vergemakkelijken?

25.0 ja, vanuit het Zorghuis

45.8 ja, vanuit de eigen organisatie

29.2 nee, ---> vraag 13a

b. Wat vindt U van deze begeleiding?

60.0 goed

33.3 gaat wel

6.7 niet goed

0.0 weet niet

c. Heeft U nog wensen ten aanzien van de begeleiding?

70.6 nee

29.4 ja, nl. ...

13a. Wanneer er problemen op het werk zijn kunt U er dan over praten met Uw direct meerdere?

52.0 altijd

44.0 meestal wel

4.0 vaak niet

0.0 nooit

b. En met Uw collega's?

64.0 altijd

32.0 meestal wel

4.0 vaak niet

0.0 nooit

14. Wat vindt U van de samenwerking tussen de verschillende werksoorten?

21.1 het gaat goed

73.7 op een aantal punten nog te verbeteren, nl.

5.3 slecht

0.0 geen mening

15a. Vindt U het werk in het Zorghuis lichamelijk zwaarder dan elders?

34.8 ja

47.8 soms

17.4 nee

0.0 juist niet

0.0 weet niet

b. Vindt U het werk in het Zorghuis emotioneel zwaarder dan elders?

18.2 ja

27.3 soms

54.5 nee

0.0 juist niet

0.0 weet niet

16. Wat vindt U van de kortere afstanden tussen de huishoudens in het Zorghuis?

50.0 is prettig

45.5 maakt niet uit

4.5 is niet prettig

0.0 geen mening

17. Is er inhoudelijk iets in Uw werkzaamheden veranderd?

40.0 ja, nl. ...

60.0 nee

18. Ligt duidelijk voor U vast wat precies Uw taak is?

0.0 zeer precies

64.0 vrij precies

24.0 enigszins

8.0 niet zo precies

4.0 helemaal niet precies

19. Hoe vaak komt het voor dat ouderen in het Zorghuis U vragen dingen te doen die eigenlijk niet precies bij Uw taak horen?
- 4.0 bijna altijd
 - 16.0 dikwijls
 - 52.0 soms
 - 16.0 zelden
 - 12.0 bijna nooit
20. Valt het werk dat U doet in het Zorghuis U in het algemeen mee of tegen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
- 60.0 ik heb geen problemen
 - 28.0 de sfeer bevalt me goed
 - 8.0 de sfeer valt me tegen
 - 12.0 het werk is minder leuk dan ik dacht
 - 4.0 het werk is leuker dan ik dacht
 - 0.0 ik heb moeite met het aantal uren dat ik werk
 - 24.0 anders, nl. ...
21. Wat doet U als U zwaarwegende problemen of vragen heeft met betrekking tot zaken die met de zorgverlening te maken hebben?
- 0.0 niets, ik wacht tot het zich vanzelf oplost
 - 50.0 ik probeer het zelf of onderling op te lossen
 - 50.0 ik praat met de leiding
22. Heeft U naar Uw mening voldoende inspraak in het beleid van het Zorghuis met betrekking tot de zorgverlening?
- 25.0 ja
 - 55.0 soms wel, soms niet
 - 20.0 nee
23. Heeft U interesse voor landelijke of lokale ontwikkelingen met betrekking tot de zorgverlening voor ouderen?
- 8.3 ja, alleen voor landelijke ontwikkelingen
 - 8.3 ja, alleen voor lokale ontwikkelingen
 - 79.2 ja, voor beiden
 - 4.2 nee, geen interesse

24. Wat is Uw mening over een eventuele concurrentievervalsing door vrijwilligers en mantelzorg?
- 38.1 daar is geen sprake van, beroepskrachten doen ander werk
 - 33.3 daar is geen sprake van, er worden voor het werk toch geen extra beroepskrachten aangenomen
 - 14.3 daar is in enige mate wel sprake van
 - 4.8 daar is zeker sprake van
 - 9.5 daar is nu nog geen sprake van, maar in de toekomst waarschijnlijk wel
 - 0.0 weet niet
25. Zijn er verschillen merkbaar wat betreft ADL-vermogen tussen bewoners van het Zorghuis en overige wijkbewoners?
- 10.0 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een beter ADL-vermogen
 - 40.0 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een minder goed ADL-vermogen
 - 50.0 nee, er is niet of nauwelijks verschil
 - 0.0 weet niet/geen ervaring mee
26. Zijn er verschillen merkbaar wat betreft HDL-vermogen tussen bewoners van het Zorghuis en overige wijkbewoners?
- 14.3 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een beter HDL-vermogen
 - 42.9 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een minder goed HDL-vermogen
 - 42.9 nee, er is niet of nauwelijks verschil
 - 0.0 weet niet/geen ervaring mee
- 27a. Wat is Uw mening over het Zorghuis als gebouw?
- 16.0 het gebouw voldoet aan onze eisen ----> naar vraag 28
 - 80.0 het gebouw zou op een aantal punten verbeterd kunnen worden
 - 4.0 het gebouw voldoet absoluut niet aan onze eisen
- b. Op welke punten zou het Zorghuis als gebouw nog verbeterd kunnen worden?
-
-

Er volgen nu enkele vragen die betrekking hebben op Uw gezondheid.

28. Wat vindt U zelf van Uw gezondheid. Voelt U zich momenteel

72.7 gezond

27.3 redelijk gezond

0.0 matig gezond

0.0 niet gezond

0.0 weet niet

29. Heeft U, als gevolg van Uw werk, weleens last van:

35.3 hoofdpijn	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
----------------	--------------------------	---------------------------

29.4 gespannenheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
--------------------	--------------------------	---------------------------

6.3 neerslachtigheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
----------------------	--------------------------	---------------------------

73.7 vermoeidheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
-------------------	--------------------------	---------------------------

29.4 prikkelbaarheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
----------------------	--------------------------	---------------------------

18.6 slapeloosheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
--------------------	--------------------------	---------------------------

6.3 onrustgevoelens	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
---------------------	--------------------------	---------------------------

18.6 zenuwachtigheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
----------------------	--------------------------	---------------------------

47.1 gejaagdheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
------------------	--------------------------	---------------------------

30. Sommige hulpverleners voelen zich erg belast door hun werk, voor andere hulpverleners geldt dit minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt U zich momenteel?

38.1 niet of nauwelijks belast

38.1 enigszins belast

23.8 tamelijk zwaar belast

0.0 zeer zwaar belast

0.0 overbelast

Wij willen U nogmaals hartelijk danken voor Uw medewerking.

De vragenlijst begint met een paar vragen die algemeen van aard zijn en die te maken hebben met Uw werk.

1. In welk jaar bent U geboren?

....

2. Bent U:

9.1 man

90.9 vrouw

3. Wat is uw burgerlijke staat?

50.0 gehuwd/samenwonend

0.0 weduwe/weduwenaar

9.1 gescheiden

40.9 ongehuwd (nooit gehuwd geweest)

4a. Wat is de hoogste opleiding die U met succes heeft afgerond?

4.5 lagere school

36.4 lager beroepsonderwijs (bv. huishoudschool, LTS ambachtsschool)

22.7 uitgebreid lager onderwijs (ULO of MULO)

0.0 middelbaar beroepsonderwijs (MTS, kleuterleidster e.d.)

4.5 middelbaar algemeen vormend onderwijs (MMS, HBS, Gymnasium)

27.3 hoger beroepsonderwijs (HTS, Pedag. Acad., etc.)

4.5 Universiteit, Hogeschool.

b. Welke specifieke opleiding heeft U voor Uw huidige beroep gevolgd of volgt U momenteel nog (incl. applicatiecursussen)?

Graag in chronologische volgorde noteren.

1..... 3.....

2..... 4.....

5. Welke functie vervult U momenteel in het Zorghuis?

32.0 ziekenverzorg(st)er

4.0 verpleegkundige (geen wijkverpleging)

20.0 bejaardenverzorg(st)er

12.0 gezinsverzorg(st)er

0.0 alpha-help(st)er

24.0 wijkverpleegkundige

8.0 anders, nl. ...

EVALUATIE ONDERZOEK ZORGHUIS DR. W. DREES

VRAGENLIJST PROFESSIONELE HULPVERLENERS

De vragenlijst begint met een paar vragen die algemeen van aard zijn.

1. In welk jaar bent U geboren?
....
2. Bent U:
5.6 man
94.4 vrouw
3. Wat is uw burgerlijke staat?
50.0 gehuwd/samenwonend
0.0 weduwe/weduwnaar
5.6 gescheiden
44.4 ongehuwd (nooit gehuwd geweest)
- 4a. Welke functie vervult U momenteel in het Zorghuis?
22.2 ziekenverzorg(st)er
5.6 verpleegkundige (geen wijkverpleging)
0.0 bejaardenverzorg(st)er
11.1 gezinsverzorg(st)er
0.0 alpha-help(st)er
33.3 wijkverpleegkundige
27.8 anders, nl.
- b. Welke specifieke opleiding heeft U voor Uw huidige beroep gevolgd of volgt U momenteel nog (incl. applicatiecursussen)?
Graag in chronologische volgorde noteren.
1..... 3.....
2..... 4.....
5. Sinds wanneer bent U werkzaam in het Zorghuis?
Sinds (datum)

6. Sinds wanneer oefent U Uw huidige beroep uit?
Sinds (datum)
7. En hoeveel uur gemiddeld per week werkt U in het Zorghuis?
... uur
8. Heeft U er speciaal voor gekozen om in het Zorghuis te gaan werken?
5.6 nee, integendeel zelfs
38.9 nee, niet speciaal
11.1 het maakte me niet uit
27.8 ja, ik had wel een lichte voorkeur voor het Zorghuis
16.7 ja, ik wilde speciaal in het Zorghuis werken

Nu volgen er een paar vragen over Uw werk.

9. Bij hoeveel cliënten/patiënten komt U gemiddeld per week in het Zorghuis?
... cliënten/patiënten
10. Wat vindt U van het 'zorg op maat'-principe?
27.8 goed idee, want
0.0 slecht idee, want
61.1 op sommige punten goed, op sommige punten slecht,
want
11.1 geen mening
- 11a. Kreeg U, toen U bij het Zorghuis begon, enige vorm van begeleiding om
het werken conform de ideeën van het Zorghuis te vergemakkelijken?
66.7 ja
33.3 nee
- b. Wat vindt U van deze begeleiding?
58.8 goed
29.4 gaat wel
11.8 niet goed

12. Wat vindt U van de samenwerking tussen de verschillende werksoorten?
 31.3 het gaat goed
 62.5 op een aantal punten nog te verbeteren, nl.

 6.3 slecht
- 13a. Vindt U het werk in het Zorghuis lichamelijk zwaarder dan elders?
 29.4 ja
 23.5 soms
 47.1 nee
- b. Vindt U het werk in het Zorghuis emotioneel zwaarder dan elders?
 23.5 ja
 23.5 soms
 52.9 nee
14. Hoe vaak komt het voor dat ouderen in het Zorghuis U vragen dingen te doen die eigenlijk niet precies bij Uw taak horen?
 0.0 bijna altijd
 18.8 dikwijls
 56.3 soms
 18.8 zelden
 6.3 bijna nooit
15. Valt het werk dat U doet in het Zorghuis U in het algemeen mee of tegen?
 Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
 87.5 ik heb geen problemen/sfeer is goed
 12.5 de sfeer valt me tegen/werk is minder leuk
 0.0 het werk is leuker dan ik dacht
 0.0 ik heb moeite met het aantal uren dat ik werk
 0.0 anders, nl.

- 16a. Neemt de zorg voor een oudere in het Zorghuis over het algemeen relatief meer of minder tijd in beslag dan in een traditionele wijksituatie of verpleeghuis?
- 33.3 relatief meer tijd
38.9 relatief minder tijd
27.8 maakt niet uit
- b. Indien de zorg meer of minder tijd vergt, waar ligt dit met name aan?
.....
17. Indien U deel uitmaakt van het behandelteam, wat vindt U de voordelen van een kleinschalig opgezet verpleeghuis en wat zijn de nadelen?
- 20.0 voordelen zijn
.....
0.0 nadelen zijn
.....
80.0 beiden
18. Indien U een extramuraal werkende hulpverleners bent, wat vindt U de voordelen van het werken in het Zorghuis en wat zijn de nadelen?
- 9.1 voordelen zijn
.....
0.0 nadelen zijn
.....
90.0 beiden
19. Is de relatie tussen de ouderen en het verplegend en verzorgend personeel in het Zorghuis meer of minder persoonlijk van aard in vergelijking met een traditionele setting?
- 41.2 de relatie met de oudere is persoonlijker
17.6 de relatie met de oudere is minder persoonlijk
41.2 maakt niet uit

20. Heeft U naar Uw mening voldoende inspraak in het beleid van het Zorghuis met betrekking tot de zorgverlening?

31.3 ja

37.5 soms wel, soms niet

31.3 nee

Nu volgen er enkele vragen die betrekking hebben op de ouderen in het Zorghuis en hun informele hulpverleners

21. Zijn er verschillen merkbaar wat betreft ADL-vermogen tussen bewoners van het Zorghuis en overige wijkbewoners?

21.4 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een beter ADL-vermogen

14.3 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een minder goed ADL-vermogen

64.3 nee, er is niet of nauwelijks verschil

0.0 weet niet/geen ervaring mee

22. Zijn er verschillen merkbaar wat betreft HDL-vermogen tussen bewoners van het Zorghuis en overige wijkbewoners?

0.0 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een beter HDL-vermogen

8.3 ja, de Zorghuisbewoners hebben over het algemeen een minder goed HDL-vermogen

91.7 nee, er is niet of nauwelijks verschil

0.0 weet niet/geen ervaring mee

23. Is de zelfredzaamheid van ouderen die al enige tijd in het Zorghuis wonen over het algemeen toegenomen, gelijkgebleven of afgenomen?

26.7 toegenomen

60.0 gelijkgebleven

13.3 afgenomen

24a. Heeft U contact met informele hulpverleners van de ouderen?

11.8 ja, vaak

47.1 ja, soms

41.2 nee, zelden of nooit

b. Zo ja, bevordert U de informele hulpverlening?

66.7 ja

33.3 nee

0.0 niet van toepassing

c. Op welke wijze bevordert U de informele hulpverlening?

.....

25. Neemt of nemen informele hulpverleners taken van U over die U in een traditioneel verzorgings- of verpleeghuis wel had uitgevoerd?

84.6 ja, een paar taken

0.0 ja, veel taken

15.4 nee, geen enkele taak

26. Wat vindt U van de inzet van de centrale verzorger of andere informele hulpverleners? Is die over het algemeen in de afgelopen jaren toegenomen, gelijkgebleven of afgenomen?

14.3 toegenomen

71.4 gelijkgebleven

14.3 afgenomen

27. Voor welke groep ouderen acht U het Zorghuis met name geschikt?

47.1 voor alle ouderen, ongeacht zorgbehoefte

0.0 het Zorghuis is in het geheel niet geschikt voor ouderen

52.9 alleen voor ouderen die

.....

28. Wat denkt U dat de reacties van ouderen zijn op het Zorghuis-experiment?
Achter iedere uitspraak omcirkelen of U denkt dat dit geldt voor (1) de meeste ouderen, (2) sommige ouderen of (3) weinig ouderen.

	meeste	sommige	weinig
- men weet niet dat het bestaat	26.7	46.7	26.7
- men is enthousiast	35.7	64.3	0.0
- men merkt er niet veel van	0.0	84.6	15.4
- men vindt het vervelend dat er allerlei dingen veranderen	8.3	75.0	16.7
- meer ouderen vragen om hulp	0.0	73.3	26.7
- ouderen vragen om meer hulp	0.0	80.0	20.0
- anders, nl.	0.0	100.0	0.0

29. Heeft U weleens de neiging om net iets meer of net iets minder te doen voor een oudere dan feitelijk afgesproken is?

52.9 ja, soms doe ik wel wat meer

0.0 ja, soms doe ik wel wat minder

35.3 soms doe ik wat meer, soms wat minder

11.8 nee, ik doe precies datgene wat afgesproken is

30. Is er sprake van een goed gecoördineerde zorgverlening aan ouderen door intra- en extramuraal werkenden?

0.0 nee, absoluut niet

11.1 nee, eigenlijk niet

16.7 nog niet, maar er is sprake van verbetering op dat gebied

61.1 ja, soms wel

11.1 ja, absoluut

Nu volgen tenslotte enkele vragen die betrekking hebben op Uw gezondheid.

32. Wat vind U zelf van Uw gezondheid. Voelt U zich momenteel
- 66.7 gezond
- 16.7 redelijk gezond
- 16.7 matig gezond
- 0.0 niet gezond
33. Heeft U, als gevolg van Uw werk, weleens last van:
- | | | |
|-----------------------|------|-------|
| 23.1 hoofdpijn | O ja | O nee |
| 50.0 gespannenheid | O ja | O nee |
| 25.0 neerslachtigheid | O ja | O nee |
| 81.3 vermoeidheid | O ja | O nee |
| 27.3 prikkelbaarheid | O ja | O nee |
| 30.0 slapeloosheid | O ja | O nee |
| 27.3 onrustgevoelens | O ja | O nee |
| 27.3 zenuwachtigheid | O ja | O nee |
| 66.7 gejaagdheid | O ja | O nee |
34. Sommige hulpverleners voelen zich erg belast door hun werk, voor andere hulpverleners geldt dit minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt U zich momenteel?
- 18.8 niet of nauwelijks belast
- 43.8 enigszins belast
- 18.8 tamelijk zwaar belast
- 0.0 zeer zwaar belast
- 18.8 overbelast
31. Vindt U dat het Zorghuis na 1 oktober 1990 op dezelfde wijze door moet gaan?
- 43.8 ja, zeer zeker
- 56.3 ja, mits
- 0.0 nee

WIJ WILLEN U NOGMAALS HARTELIJK DANKEN VOOR UW MEDEWER-
KING.

Bijlage 3 Vragenlijst vrijwillige hulpverleners

De cijfers vòòr de antwoordmogelijkheden zijn de percentages respondenten die die betreffende categorie als antwoord hebben gekozen. In sommige gevallen was het mogelijk om meer dan één antwoordcategorie te kiezen. In die gevallen kan het voorkomen dat de som van de percentages meer dan 100 is. Bij de vragen naar somatische en psychosomatische klachten geven de cijfers de percentages aan van de respondenten die voor deze klacht 'ja' hebben geantwoord.

De vragenlijst begint met een paar algemene vragen en een aantal vragen die betrekking hebben op het vrijwilligerswerk dat U in het Zorghuis verricht.

1. In welk jaar bent U geboren?
....
2. Bent U:
27.3 man
72.7 vrouw
3. Wat is uw burgerlijke staat?
47.7 gehuwd/samenwonend
34.1 weduwe/weduwenaar
9.1 gescheiden
9.1 ongehuwd (nooit gehuwd geweest)
4. Wat is de hoogste opleiding die U met succes heeft afgerond?
22.7 lagere school
20.5 lager beroepsonderwijs (bv. huishoudschool, LTS , ambachtsschool)
18.2 uitgebreid lager onderwijs (ULO of MULO)
9.1 middelbaar beroepsonderwijs (MTS, kleuterleidster e.d.)
18.2 middelbaar algemeen vormend onderwijs (MMS, HBS, Gymnasium)
6.8 hoger beroepsonderwijs (HTS, Kweekschool/Ped. Acad., etc.)
4.5 Universiteit, Hogeschool.
5. Heeft u een betaalde baan buitenshuis (gehad)? Zo ja, wat is/was uw beroep?
.....
6. Heeft U momenteel naast het vrijwilligerswerk in het Zorghuis nog andere bezigheden? (meerdere antwoorden mogelijk)
75.0 eigen huishouden
4.5 betaalde baan
11.4 studie
31.8 vrijwilligerswerk elders
11.4 anders, nl.
9.1 nee
7. Woont U:
15.9 in het Zorghuis zelf
34.1 in de nabije omgeving van het Zorghuis (op max. 10 min. loopafstand)
43.2 elders in Den Haag
6.8 buiten Den Haag
8. Woont U alleen of samen met anderen?
40.9 alleen
59.1 samen met anderen
9. Sinds wanneer doet U in het Zorghuis vrijwilligerswerk?
sinds (datum)

10. Wat zijn Uw werkzaamheden in het Zorghuis? (meerdere antwoorden mogelijk)
- 38.6 koffiebar
 - 20.5 bezoekdame of bezoeker
 - 20.5 helpen bij de handwerkmiddag, zangkoor, kaarten e.d.
 - 20.5 maaltijduitgifte
 - 0.0 bewegen voor ouderen
 - 6.8 praatgroep
 - 13.6 dagverzorging ouderen met somatische problematiek
 - 29.6 anders, nl.....
11. Heeft U zelf voor deze taak/taken gekozen of was er geen keuze (meer) mogelijk?
- 54.8 zelf gekozen
 - 0.0 geen andere keuze (meer) mogelijk
 - 45.2 ik ben gevraagd voor deze taak
 - 0.0 weet niet (meer)
12. Zoudt U (ook) andere werkzaamheden willen doen? Welke? (meerdere antwoorden mogelijk)
- 4.6 koffiebar
 - 2.3 bezoekdame of bezoeker
 - 0.0 helpen bij de handwerkmiddag, zangkoor, kaarten e.d.
 - 2.3 maaltijduitgifte
 - 2.3 bewegen voor ouderen
 - 9.1 praatgroep
 - 4.6 dagverzorging ouderen met somatische problematiek
 - 4.6 anders, nl....
 - 79.6 wil geen andere werkzaamheden
13. Hoeveel uur per week besteedt U gemiddeld aan werk in het Zorghuis?
- uur
14. Werkt u regelmatig in het Zorghuis?
- 11.6 ja, iedere dag
 - 74.4 ja, iedere week, maar niet dagelijks
 - 4.7 ja, iedere maand, maar niet wekelijks
 - 9.3 nee, incidenteel of wisselend
15. Wat is/was in het algemeen Uw motivatie om vrijwilligerswerk te gaan doen? (- meerdere antwoorden mogelijk)
- 52.3 ik wil andere mensen helpen
 - 43.2 ik wil iets omhanden hebben
 - 22.7 om (weer) in contact te komen met andere mensen
 - 2.3 omdat ik geen baan kan vinden
 - 2.3 om ervaring voor een mogelijke toekomstige betaalde baan op te doen
 - 15.9 een andere reden, nl....

16. Waarom bent U in het Zorghuis vrijwilligerswerk gaan doen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- 9.1 ik wil graag iets in de gezondheidszorg doen
 - 27.3 omdat ik het werken met oudere mensen leuk vind
 - 18.2 ik vind het werk dat ik hier kon gaan doen leuk
 - 34.1 het Zorghuisidee spreekt mij aan
 - 25.0 het Zorghuis is in de buurt
 - 0.0 ik heb familie of kennissen in het Zorghuis
 - 6.2 ik kende het Zorghuis al via andere vrijwilligers of hulpverleners
 - 2.3 elders was geen plaats (meer) voor vrijwilligers
 - 4.6 ik ben gevraagd voor vrijwilligerswerk in het Zorghuis
 - 45.5 een andere reden, nl. ...
17. Bent U bekend met het begrip 'zorg op maat'?
- 27.5 nee
 - 72.5 ja, volgens mij betekent het
18. Van wie krijgt u begeleiding?
- 8.1 een professionele kracht
 - 21.6 een andere vrijwilliger
 - 13.5 zowel van professionele krachten als van andere vrijwilligers
 - 0.0 weet niet
 - 8.1 ik heb geen begeleiding, maar ik wil het wel ---> naar vraag 21
 - 48.6 krijg geen begeleiding en heb er geen behoefte aan ---> naar vraag 21
19. Wat vindt U van de begeleiding die U in het Zorghuis ontvangt?
- 47.4 goed
 - 42.1 gaat wel
 - 10.5 niet goed
 - 0.0 weet niet
20. Heeft U (nog) wensen ten aanzien van de begeleiding? (meerdere antwoorden mogelijk)
- 2.3 wat meer praktische begeleiding
 - 6.8 intensievere gesprekken
 - 15.9 wat vaker een gesprek
 - 4.6 een professional als begeleider
 - 0.0 een vrijwilliger als begeleider
 - 0.0 anders, nl.....
 - 77.3 geen andere wensen

21. Welke voorwaarde(n) acht U van belang voor goed vrijwilligerswerk? (meerdere antwoorden mogelijk)
- 43.2 duidelijke afspraken over en weer tussen Zorghuis en vrijwilliger
 - 25.0 goede onkostenvergoeding
 - 18.2 contract over 'rechten en plichten'
 - 63.6 goede sfeer/gezelligheid
 - 20.5 waardering van degene die door U geholpen worden
 - 29.6 het nakomen van afspraken tussen vrijwilligers onderling of tussen vrijwilligers en professionele krachten
 - 2.3 anders, nl.....
22. Vindt U het vrijwilligerswerk dat U in het Zorghuis doet lichamelijk zwaar?
- 81.8 nee
 - 18.2 soms
 - 0.0 ja
23. Vindt U het vrijwilligerswerk dat U in het Zorghuis doet emotioneel zwaar?
- 66.7 nee
 - 33.3 soms
 - 0.0 ja
24. Valt het vrijwilligerswerk dat U doet in het Zorghuis U in het algemeen mee of tegen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- 75.0 ik heb geen problemen
 - 54.6 de sfeer bevalt me goed
 - 4.6 de sfeer valt me tegen
 - 2.3 het werk is minder leuk dan ik dacht
 - 2.3 het werk is leuker dan ik dacht
 - 0.0 ik heb moeite met het aantal uren dat ik werk
 - 0.0 ik kan het moeilijk combineren met andere bezigheden
 - 4.6 anders, nl. ...
25. Wat doet U als U zwaarwegende problemen of vragen heeft met betrekking tot zaken die met Uw vrijwilligerswerk te maken hebben?
- 2.8 niets, ik wacht tot het zich vanzelf oplost
 - 69.4 ik probeer het zelf of onderling op te lossen
 - 22.2 ik praat met de begeleider(s)
 - 5.6 ik houd op met het vrijwilligerswerk
26. Heeft U naar Uw mening voldoende inspraak in het beleid van het Zorghuis met betrekking tot vrijwilligers?
- 18.2 ja
 - 36.4 soms wel
 - 45.5 nee

27. Heeft U interesse voor landelijke of lokale ontwikkelingen met betrekking tot de zorgverlening voor ouderen?
- 7.9 ja, alleen voor landelijke ontwikkelingen
- 10.5 ja, alleen voor lokale ontwikkelingen
- 52.6 ja, voor beiden
- 28.9 nee, geen interesse
28. Wat is Uw mening over een eventuele concurrentievervalsing door vrijwilligers en mantelzorg?
- 28.0 daar is geen sprake van, beroepskrachten doen ander werk
- 44.0 daar is geen sprake van, er worden voor het werk toch geen extra beroepskrachten aangenomen
- 16.0 daar is in enige mate wel sprake van
- 4.0 daar is zeker sprake van
- 8.0 daar is nu nog geen sprake van, maar in de toekomst waarschijnlijk wel
- 0.0 weet niet

De vragen die nu volgen hebben betrekking op Uw gezondheid.

29. Wat vindt U zelf van Uw gezondheid. Voelt U zich momenteel

59.1 gezond

34.1 redelijk gezond

4.5 matig gezond

2.3 niet gezond

0.0 weet niet

30. Heeft U moeite met:

5.9 lopen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
16.7 traplopen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
9.1 gebruik armen/benen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
17.6 zien (evt. met bril/lenzen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
5.9 horen (evt. met apparaat)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

31. Heeft U:

28.9 rug, schouder of nekklachten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
2.9 hartklachten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
2.7 klachten over Uw longen/ ademhaling	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

32. Heeft U weleens last van:

23.7 hoofdpijn	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
25.7 gespannenheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
12.1 neerslachtigheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
35.3 vermoeidheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
18.2 prikkelbaarheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
35.1 slapeloosheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
21.2 onrustgevoelens	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
17.6 vergeetachtigheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
27.3 zenuwachtigheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
34.3 gejaagdheid	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

33. Sommige vrijwilligers voelen zich erg belast door hun vrijwilligerswerk, voor andere vrijwilligers geldt dit minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt U zich momenteel?
- 83.3 niet of nauwelijks belast
 - 16.7 enigszins belast
 - 0.0 tamelijk zwaar belast
 - 0.0 zeer zwaar belast
 - 0.0 overbelast

Tot slot van de vragenlijst volgen nog enkele algemene vragen.

34. Kunt U zeggen hoe hoog Uw netto inkomen (+ evt. inkomen van Uw partner) per maand is?
- 12.5 f 1100,- of minder
 - 34.4 tussen de f 1100,- en f 1599,-
 - 15.6 tussen de f 1600,- en f 1999,-
 - 6.3 tussen de f 2000,- en f 2499,-
 - 25.0 tussen de f 2500,- en f 3499,-
 - 6.3 meer dan f 3500,-
 - 0.0 weet niet/wil niet zeggen
35. Wat vindt U van het inkomen dat U vrij te besteden hebt? Dus na aftrek van alle vaste lasten.
- 14.6 ruim voldoende
 - 51.2 voldoende
 - 19.5 het houdt erom
 - 12.2 te weinig
 - 2.4 veel te weinig
 - 0.0 weet niet
36. Heeft U er weleens over gedacht om in plaats van of naast het vrijwilligerswerk een betaalde baan te zoeken?
- 7.1 ja, wel geprobeerd ook, maar het lukte niet
 - 7.1 ja, wel over gedacht maar nooit geprobeerd
 - 0.0 ja, wel over gedacht, maar is (b.v. door tweeverdienersregeling) financieel ongunstig
 - 7.1 nee, nooit over gedacht
 - 78.6 is voor mij niet van toepassing (bv. 65+, WAO, VUT)
37. Heeft het feit dat U vrijwilligerswerk doet nog financiële gevolgen voor U?
- 4.8 ja, ik mis hierdoor andere inkomsten
 - 16.7 ja, ik heb onkosten die ik niet (voldoende) vergoed krijg
 - 78.6 nee, geen gevolgen
38. Wat vindt U van de vergoeding die U voor onkosten kunt krijgen?
- 0.0 ruim voldoende
 - 36.8 voldoende
 - 21.1 het houdt erom
 - 21.1 te weinig
 - 21.1 veel te weinig

39. Vindt U dat U, omdat U vrijwilligerswerk doet, eigenlijk een financiële bijdrage van de overheid zou moeten krijgen? Bv. in de vorm van belastingaftrek.
68.2 ja
31.8 nee
0.0 weet niet/geen mening
40. Zoudt U nog meer uren per week willen of kunnen besteden aan vrijwilligerswerk (al dan niet in het Zorghuis)?
25.6 ja
74.4 nee
0.0 weet niet
41. Wat voor soort werk zoudt U als vrijwilliger nooit (meer) willen doen?
.....
42. Wat voor soort vrijwilligerswerk mist U eventueel in het Zorghuis?
.....

Wij willen U nogmaals heel hartelijk danken voor Uw medewerking.

Bijlage 4 Verbeteringen Zorghuis-gebouw

De volgende suggesties werden gedaan. Tussen haakjes staat het aantal hulpverleners dat deze suggestie deed.

- benauwde, drukkende atmosfeer (11);
- deuren te smal/bedden en rolstoelen kunnen niet door de deur (4);
- verwijderen van drempels (4);
- beroerd uitzicht/ramen zitten te hoog voor rolstoelgebruikers (3);
- meer liften (3);
- gezelligere entree (3);
- grotere en beter functionerende liften (2);
- grotere balcon (2);
- betere douches (2);
- verbeteren bewegwijzering (1);
- deuren zijn te zwaar (1);
- weinig privacy in de slaapruijnte in het appartement (1);
- directe deur van de kamer naar het toilet (1);
- toilet is te klein (1);
- vanuit de koepeltuin geen uitzicht op de straat (1);
- woningen aan de koepeltuin hebben geen privacy en veel geluidsoverlast (1);
- betere beveiliging (1).

Reprografie NIPG-TNO
Projectnummer: 3716