OUDEREN EN HULPVERLENING

C.W.J.Wevers
P.G.M.Staats / F.H.Hoek / M.Kastelein

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

OUDEREN EN HULPVERLENING

verslag van een pilotstudy naar de zelfstandigheid,
de zorgbehoefte en zorgkonsumptie
van ouderen in de eerste lijns-gezondheidszorg

C.W.J.Wevers
P.G.M.Staats
F.H.Hoek
M.Kastelein

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

juni 1985

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124 2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 170441

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f. 36,75 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 85009.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ouderen

Ouderen en hulpverlening : een onderzoek naar de zelfstandigheid, de zorgbehoefte en de zorgconsumptie van ouderen in de eerstelijnsgezondheidszorg / C. Wevers ... (et al.). - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Met lit. opg.
ISBN 90-6743-063-3
SISO 324 UDC 364.44-053.9
Trefw.: hulpverlening ; ouderen.

© 1985 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 85009

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

VERANTWOORDING

In 1983 werd door het NIPG/TNO een subsidie-aanvraag ingediend bij het Praeventiefonds in verband met een onderzoek naar de zorgbehoefte en zorgkonsumptie van ouderen in de 1e lijns(gezondheids)-zorg.
De looptijd van het onderzoek zou tenminste 2 jaar bedragen, terwijl een viertal onderzoeksmedewerkers van verschillende disciplines op part-time basis bij het projekt betrokken zouden zijn. Het projekt vormde tevens een onderdeel van het onderzoeksprogramma van het NIPG ten aanzien van ouderen en zorg voor ouderen.
Het Praeventiefonds beoordeelde het onderzoek en de vraagstelling positief en besloot voor 1 jaar een zogenaamde 'kiem'subsidie te verlenen, teneinde aan de hand van de opgedane ervaringen over verder onderzoek op dit gebied te kunnen oordelen.
Onderhavige rapportage vormt het verslag van 1 jaar onderzoek en is gebaseerd op enkele interne deelrapporten, die eventueel voor belangstellenden beschikbaar zijn.
Wij hopen dat het onderzoek een bijdrage zal leveren aan de kwaliteit van de zorg voor ouderen.

INHOUD

		blz.
1.	HET ONDERZOEK	1
1.1	Belang van het onderzoek	1
1.2	Vraagstelling	3
1.3	Opzet en werkwijze	4
1.4	De argumentatie met betrekking tot de keuze van de onderzoeksmethoden	7
2.	DE AARD VAN DE HULPVRAAG EN DE HULP-BEHOEFTE	14
2.1	Inleiding	14
2.2	Respons, non-respons en betrouwbaarheid van de enquête	15
2.3	Enige algemene gegevens	16
2.4	Gezondheid en welbevinden	18
2.5	Redzaamheid en hulpbehoefte	20
2.6	Hulpverleners en gewenste hulpverleners.	23
2.7	De beleving van het kontakt met eerstelijns helpers	25
2.8	Konklusie	25
3.	DE AARD VAN DE FEITELIJK GEBODEN HULP DOOR DE HUISARTS	28
3.1	Inleiding	28
3.2	Het aantal kontakten	29
3.3	De plaats van en het initiatief tot het kontakt	30
3.4	De reden(en) voor het kontakt	31
3.5	De diagnostische procedures tijdens het kontakt	35
3.6	De (therapeutische) aktie	36
3.7	De evaluatie van de hulpvraag	37
3.8	De evaluatie van de aanpak en het kontakt met de kliënt	37
3.9	De verschillen tussen huisarts 1 en 2 ..	38
3.10	Nadere analyse van de verschillende gebruikersgroepen	43
3.11	Konklusies	47

4. DE FEITELIJK GEBODEN HULP VAN WIJKVERPLEGING EN GEZINSVERZORGING 51

4.1 Inleiding 51
4.2 De hulp van de wijkverpleging 53
4.3 De hulp van de gezinsverzorging 57
4.4 Konklusies 62

5. ZIJN DE HULPVERLENERS OP DE HOOGTE VAN DE SITUATIE EN DE HULPBEHOEFTE VAN DE OUDEREN? .. 66

5.1 Inleiding 66
5.2 De situatie van de ouderen volgens de beide huisartsen 69
5.3 De huisarts-kliënt vergelijking 77
5.4 De situatie van de kliënten volgens de wijkverpleging 82
5.5 De wijkverpleegkundige - kliënt-vergelijking 85
5.6 De situatie van de ouderen volgens helpsters en leiding 87
5.7 De gezinsverzorging - kliënt-vergelijking 90
5.8 Konklusies 93

6. DE ONVOLKOMENHEDEN IN HET ONDERZOEK 102

6.1 Waar we nog niet aan toegekomen zijn ... 102
6.2 De gebreken van het onderzoek 109

7. BESCHOUWINGEN OVER HULPVERLENINGSMETHODIEKEN VOOR OUDEREN EN OVER DE ONDERZOEKSMETHODE ALS EVALUATIE VAN 1e LIJNSZORG 112

7.1 Inleiding 112
7.2 De hulp van de huisarts 113
7.3 De hulp van de wijkverpleegkundige 115
7.4 De gezinsverzorging 117
7.5 De 1e-lijns hulp in het algemeen 118
7.6 De hulpbehoefte van ouderen 119
7.7 De bruikbaarheid van de onderzoeksmethode ten behoeve van een meer algemeen toepasbare evaluatie van 1e-lijnszorg 120

8. SAMENVATTING 122

8.1 Inleiding 122
8.2 Het onderzoek 122
8.3 De resultaten 127
8.4 Beschouwingen over hulpverleningsmethodieken voor ouderen en over de onderzoeksmethode als evaluatie van eerstelijnszorg 139

LITERATUUR 151

BIJLAGEN 157

1. HET ONDERZOEK

1.1 Belang van het onderzoek

Het onderzoek beoogt een wetenschappelijk onderbouwde methodiek-ontwikkeling te bieden voor de beschrijving en de evaluatie van de eerste-lijnszorg voor ouderen in relatie tot hun hulpbehoefte.

Het onderzoek voorziet in de leemte van onderzoek naar het funktioneren van eerste-lijns(gezondheids)zorgvoorzieningen voor ouderen. Voorzieningen, die het de ouderen mogelijk maken - zolang als zij het kunnen en willen - in hun eigen omgeving te vertoeven, zoals: de huisartsenzorg, wijkverpleging, gezinsverzorging en het maatschappelijk werk.
In recente literatuur* is grotendeels sprake van beleidsvoornemens en experimenten, bijvoorbeeld ten aanzien van 24-uurs-beschikbaarheid van wijkverpleging en gezinsverzorging en een eventuele wenselijkheid van een periodiek preventief geneeskundig onderzoek of screening bij ouderen. Maar een onderbouwing door onderzoek ontbreekt veelal: er is weinig bekend over de aard van de hulp specifiek voor ouderen die door de genoemde disciplines geboden wordt. Er is weinig bekend over de onderlinge samenhang in het funktioneren van eerste-lijnshulp ten behoeve van ouderen. En niet in de laatste plaats ontbreekt kennis over de aard en achtergronden van de hulpbehoefte en problemen, zoals door de ouderen zelf kenbaar wordt gemaakt. Tevens is onduidelijk in hoeverre

---

* Zie bijvoorbeeld:
- Bouwstenen voor een ouderen beleid; Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17393 nr. 6;
- Preventieve gezondheidszorg bij het ouder worden MGZ 8e jaargang no. 10 okt. 1980;
- Biesenbeek, F.J. Een persoonlijke visie omtrent een gezondheidszorgbeleid voor ouderen. Leiden, NIPG/TNO 1976.

de hulpverleners op de hoogte kunnen of moeten zijn van de situatie en behoeften van de oudere hulpvrager.
Het onderhavige onderzoek komt dan ook tegemoet aan de belangstelling van hulpverleners, die - zo is onze ervaring - vaak onzeker zijn of zij ouderen een verantwoorde zorg bieden.

Vanuit meer theoretisch oogpunt is van belang dat wij hulp én hulpbehoefte als een resultante zien van de wisselwerking tussen hulpvrager en -bieder. Beider inbreng en interpretatie van de situatie is hierbij ongelijk(waardig). Maar de mate van afstemming van de inbreng van beiden achten wij van invloed op de kwaliteit van de zorg en op het konsumptiepatroon.

Naast een beschrijving van de geboden hulp over een bepaalde periode trachten wij in het onderzoek enkele elementen in deze wederzijdse beïnvloeding en beeldvorming te verhelderen. In deze zin kan het onderzoek een bijdrage leveren aan kennis op het gebied van de medische sociologie of sociologie van de hulpverlening. Ook met het oog hierop ontwerpen en testen wij een geïntegreerde kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode van de hulpverlening.

Het maatschappelijk belang en de toepasbaarheid van het onderzoek is meerledig: door beschrijving van hulp en hulpbehoefte en aspekten van de wisselwerking tussen hulpvrager en -bieder in de onderzoekssituatie zelf, kan het onderzoek rechtstreeks bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg van de direkt bij het onderzoek betrokkenen.
In de tweede plaats kan door stroomlijning van het onderzoeksmodel - methodiekontwikkeling - het onderzoek elders herhaald worden, waarbij dan ook meer generaliseerbare kennis verworven kan worden, die ook meer in het algemeen een kwaliteitsverbetering van de zorg kan bewerkstelligen.

In de derde plaats biedt het onderzoeksmateriaal een meer gefundeerde basis voor beleidsaanbevelingen ten aanzien van de eerstelijnszorg. Beleidsaanbevelingen die passen in het voornemen van de overheid de eerste-lijn te versterken en het ouderen mogelijk te maken in hun eigen omgeving te blijven. Ook vanwege bezuinigingen en de toename van het aantal hoogbejaarden zal een versterking van de eerste-lijnszorg vooral moeten gebeuren door een kwalitatieve verbetering van de zorg en in mindere mate door een kwantitatieve uitbreiding.

1.2 Vraagstelling

Bij de aanvang van het onderzoek werd de vraagstelling met betrekking tot de zorgbehoefte en zorgkonsumptie van ouderen als volgt geformuleerd:

1. Welke is de aard van de hulpvraag en de hulpbehoefte van ouderen met betrekking tot de eerste-lijnszorg?
2. Welke is de aard van de feitelijke geboden hulp door huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en het maatschappelijk werk?
3. In welke mate zijn de eerste-lijnshulpverleners op de hoogte van de situatie en hulpbehoeften van hun oudere kliënten?
4. Welke zijn volgens de ouderen en hulpverleners de problemen in de hulpverleningsrelatie?
5. Hoe beïnvloedt de interpretatie van en de wederzijdse beeldvorming in de zorgverleningsrelatie de zorgkonsumptie en zorgbehoefte?

   De informatie, die hiermee beschikbaar komt zou dan ook op twee additionele onderzoeksvragen een antwoord moeten geven:
6. Welke konkrete interventiemogelijkheden en hulpverleningsmethodieken kunnen er voor hulpverleners beschikbaar zijn, teneinde een doelmatige en preventief gerichte gezondheidszorg voor ouderen mogelijk te maken en hun zelfredzaamheid te bevorderen?

7. Hoe is de bruikbaarheid van de ontworpen onderzoeksmethoden ten behoeve van een meer algemeen toepasbare evaluatie en kwaliteitsverbetering van de zorg?

1.3 Opzet en werkwijze

De gekozen onderzoeksopzet vloeit enerzijds voort uit de vraagstelling en anderzijds uit het experimentele karakter van het onderzoek. Met bepaalde elementen van de methoden, zoals de internationaal zeer recent ontwikkelde Reason for Encounter Classification (zie pag. 28) en de indikatieklassifikatie van gezinsverzorging en wijkverpleging bestond weinig ervaring evenals met de koppeling van de te verwachten gegevensbestanden.
Wij kozen daarom voor een overzichtelijke onderzoekspopulatie, waarbij tegelijkertijd de gelegenheid geboden werd om in nauwe samenwerking met de hulpverleners de onderzoeksmethoden te ontwikkelen.
De onderzoekspopulatie wordt gevormd door de 548 65-plussers in een huisartsenpraktijk en de 'bijbehorende' hulpverleners te weten: 2 huisartsen, 4 wijkverpleegkundigen, 3 leidinggevenden van de gezins- en bejaardenverzorging, 16 bejaardenhelpsters en 1 maatschappelijk werkende.
De beoordeling of de onderzoeksopzet 'werkt' moet aan de hand van de ervaringen in één praktijk mogelijk zijn.
De begeleidingscommissie bestaat uit 1 vertegenwoordiger van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening, de hoofdwijkverpleegkundige, 1 huisarts en 1 oudere uit het betreffende gebied. Zowel bij de ontwikkeling van de onderzoeksmethode als bij de implementatie van de resultaten ten aanzien van de betrokken hulpverleners speelt de begeleidingscommissie een belangrijke rol.

De informatieverzameling voor het onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van:

1. registratie van de hulp door hulpverleners;
2. postenquête onder de ouderen;
3. halfgestruktureerde interviews met een geselekteerde groep ouderen en hulpverleners.

1. De hulpverleners registreren de hulp gedurende vijf maanden op een wijze, die in nauwe samenwerking met hen is ontwikkeld:
   a. Van elke bejaarde waarmee kontakt wordt gelegd wordt éénmaal een vragenlijst ingevuld, waarin het beeld bij de hulpverlener van de bejaarde wordt vastgelegd. Om praktische redenen is deze vragenlijst beperkt. Deze 'algemene' registratie is uit een aantal rubrieken opgebouwd:
      1. enkele achtergrondkenmerken met betrekking tot de leefsituatie en persoonlijkheid;
      2. vroegere of chronische ziekten/aandoeningen en andere vroegere gebeurtenissen, die op dit moment nog voor de hulpverlening of voor de ouderen belangrijk zijn;
      3. kenmerken van eventuele ziekte(n), aandoening(en), handicap(s) en medicijngebruik;
      4. algemeen overzicht van de hulpverlening;
      5. evaluatie van de hulpverlener-kliënt-relatie.
   b. De huisarts vult na elk kontakt een formulier in met een meer beschrijvend en een meer evaluerend deel.
      De kern van het beschrijvend deel wordt gevormd door de reden voor kontakt (volgens de 'Reason for Encounter Classification'- zie pag. 28), de ondernomen diagnostische procedures en de voorgenomen behandeling. In het meer evaluatieve deel wordt een oordeel van de arts gevraagd over verschillende aspekten van de klacht/hulpvraag, van de gekozen aanpak en van de beleving van het kontakt.
   c. De overige hulpverleners registreren op een apart indikatiestellingsformulier de hulpvraag die is vastgesteld voor en door de wijkverpleging, de bejaardenverzorging en het maatschappelijk werk. De indeling is grotendeels gebaseerd op de registratie, die door de Nationale Kruisvereniging

wordt gepropageerd en blijkt ook voor de overige disciplines uitstekend te voldoen.

In tegenstelling tot de huisarts, die per afzonderlijk kontakt met nieuwe klachten en problemen gekonfronteerd kan worden, is er bij de andere hulpverleners meer sprake van een min of meer langdurige hulpverlening ten aanzien van een bepaalde problematiek.

d. De overige hulpverleners evalueren eens per maand de geboden hulp met behulp van een vragenlijst, waarin eventueel veranderingen in de hulp of bijzondere voorvallen kunnen worden aangegeven, evenals een beoordeling van de hulpverlener-kliënt-relatie.

2. Na afloop van de registratieperiode is onder alle ouderen een postenquête gehouden om inzicht te krijgen in een beperkt aantal algemene kenmerken van deze populatie; dit tevens ook met het doel deze informatie te kunnen spiegelen aan het beeld dat de hulpverleners hebben van de ouderen waarmee ze kontakt hebben.

In de vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan bod:

a. de leefsituatie/achtergrondkenmerken, praktisch geheel volgens het stramien van de registratie;

b. de gezondheid en het welbevinden, waaronder vragen met betrekking tot de algemene dagelijkse levensverrichtingen, klachten op lichamelijk en geestelijk gebied en het medicijngebruik;

c. een rubriek vragen met betrekking tot levenshouding en de geneigdheid tot het inroepen van hulp;

d. de hulpbehoeften ten aanzien van huishoudelijke en lichamelijke verzorging en het maatschappelijk werk;

e. de beoordeling van de aard van de kontakten met huisarts, wijkverpleegkundige en gezinsverzorging;

f. een rubriek overige vragen.

3. Na afloop van de enquête zijn met 50 ouderen halfgestructureerde interviews gehouden met het doel dieper in te gaan op hun wensen, verwachtingen en wederwaardigheden met betrekking tot de hulpverlening, mede in relatie tot het ouder worden.
   Deze 50 ouderen zijn geselekteerd op basis van vier groepen hulpverleners-kliëntrelaties, namelijk relaties waarover:
   a. de ouderen in de enquête problemen in de hulp hebben gesignaleerd;
   b. de hulpverleners in de registratie problemen hebben gesignaleerd;
   c. hulpverleners én ouderen problemen hebben gesignaleerd;
   d. beiden géén problemen hebben gesignaleerd.
   Naast deze interviews met ouderen worden ook met de hulpverleners gesprekken gevoerd over taakopvatting en praktijkvoering ten aanzien van ouderen en de problemen daarbij. Dit mede op basis van in de voorgaande fasen verzamelde informatie. Gezien de betrokkenheid van de hulpverleners bij het hele onderzoek zijn deze gesprekken van een heel andere aard dan die met de ouderen.
   Op deze wijze is er een geïntegreerd kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode ontwikkeld ten behoeve van de beschrijving en evaluatie van de eerste-lijnshulpverlening.

1.4 De argumentatie met betrekking tot de keuze van de onderzoeksmethoden

1.4.1 Keuze registratie als eerste onderzoeksmethode

De oorsprong van het onderzoek ligt in kontakten van één van de onderzoekers met een huisarts.
Deze zat met de voor hem wezenlijke vraag of hij het wel 'goed' deed voor zijn ouderen kliënten en daarbij aansluitend de vraag, wát hij eigenlijk deed. Hij overwoog onderzoek hiernaar te doen.

Overleg met de onderzoekers leidde er toe, dat ook andere eerste-lijnsdisciplines bij het onderzoek werden betrokken en dat uitgebreid werd stil gestaan bij wat 'goede' hulp in dit verband inhoudt, hoe dit te 'meten' is en welke faktoren van invloed zijn op de (medische) konsumptie specifiek voor ouderen.

Nu is er tot op heden weinig onderzoek gedaan naar de aard van de eerste-lijnshulpverlening aan ouderen in onderlinge samenhang.
Wel is er met betrekking tot 'konsumptiebeïnvloedende faktoren' het één en ander aan Nederlandse literatuur voorhanden, helaas niet specifiek voor ouderen*.
Relatief weinig aandacht wordt besteed aan de hulpverlening zelf als 'aanstichter' van (medische) konsumptie. Desalniettemin is in de meer beleidsgerichte literatuur met betrekking tot de gezondheidszorg het adagium dat het aanbod de vraag beïnvloedt nauwelijks omstreden (alhoewel bepaalde beleidsvoornemens ten aanzien van het verzekeringssysteem deze stelling negeren).

Wij vinden de interaktie tussen hulpvrager en -bieder een belangrijke faktor bij het tot stand komen van hulpvraag en hulpbehoefte. Dit betekent dat bij een onderzoek naar de hulpvraag en hulpbehoefte van ouderen de interaktie in de hulpverlening betrokken moet worden. Hulpbehoefte is dan niet zomaar een persoonlijke eigenschap van de hulpvragende oudere.
Deze gedachtengang vindt men ook terug in de theorie van het symbolisch interaktionisme**: hulpvraag en hulpbehoefte als een vorm

---

* Een bespreking van de literatuur is opgenomen in een interne rapportage "Faktoren van invloed op konsumptie van huisartsenzorg" (Wevers et al.).

** Een bespreking van de literatuur is opgenomen in een interne rapportage "onderzoek vanuit symbolisch interaktionistisch perspektief (Wevers et al.).

van gedrag kan alleen beschreven en begrepen worden, wanneer aan een tweetal voorwaarden wordt voldaan:

1. het onderzoek moet zich allereerst richten op sociale interakties in specifieke situaties, en
2. het moet in staat zijn de subjektieve komponenten van deze interakties, in het bijzonder de zingeving en de interpretatie van het handelen, tot hun recht laten komen.

Bovenstaande overwegingen leiden uiteindelijk tot de formulering van een aantal uitgangspunten voor het onderzoek die de keuze van de onderzoeksmethode bepalen:

1. Registratie en beschrijving van de hulpverlening gedurende een bepaalde tijd is een noodzakelijk onderdeel van het onderzoek, omdat ten aanzien van ouderen in de eerste-lijnszorg hierover zo weinig bekend is;
2. In het onderzoek dient aandacht besteed te worden aan de interaktie en wederzijdse beeldvorming in de hulpverlener-kliënt-relatie, ook met betrekking tot de hulpvraag en hulpbehoefte van de kliënt;
3. Bij het onderzoek dienen daarom ouderen en hulpverleners betrokken te worden;
4. Het onderzoek moet aandacht besteden aan problemen in de hulpverlening en in de hulpverlener-kliënt-relatie en aanleiding zijn tot verbeteringen in de zorg.

Omdat in het onderzoek gesteld wordt, dat de specifieke situatie in het onderzoeksgebied (werkwijzen van hulpverleners, de leefomstandigheden van ouderen e.d.) en derhalve de konklusies van het onderzoek niet zomaar te veralgemeniseren zijn, is het idealiter gewenst het onderzoek in andere situaties te herhalen.
Mede daarom is het noodzakelijk het leereffekt van het onderzoek te benutten. Als laatste uitgangspunt is dus toegevoegd:

5. Het onderzoek dient te leiden tot de ontwikkeling van een aantrekkelijke onderzoeksmethodiek voor de beschrijving en evaluatie van de eerste-lijnszorg voor ouderen.

Uitgangspunten 1 en 2 leiden echter tot een dilemma bij de keuze van de onderzoeksmethode.
Nemen we uitgangspunt 2, de wederzijde beïnvloeding en beeldvorming, serieus dan dienen specifieke kontakten of kontaktreeksen met specifieke kliënten nauwgezet bestudeerd te worden. Dit kan bijvoorbeeld door participerende observatie en interviews met deze kliënten en betrokken hulpverleners: hoor en wederhoor naar aanleiding van specifieke gebeurtenissen.
Dit kan echter maar bij een beperkt aantal kliënten gebeuren. Bovendien geeft een dergelijke aanpak ook methodologische problemen, waar we hier verder niet op ingaan.
Stellen we daarentegen uitgangspunt 1 voorop, dan dienen gedurende een niet al te korte periode alle kontakten van hulpverleners met ouderen geregistreerd te worden. Voor een huisarts betekent dit een paar honderd oudere kliënten en per kliënt een wisselend aantal kontakten.
Het is dan nauwelijks mogelijk de oudere te benaderen voor enigszins gedetailleerde informatie per kontakt. De hulpverlener (met onvermijdelijk zijn/haar visie op de gang van zaken) is dan de meest op de voorgrond tredende informatiebron, terwijl helaas het verhaal en de mening van de oudere kliënt meer naar de achtergrond verschuift.

Zoals uit de projektbeschrijving duidelijk is geworden hebben wij prioriteit gegeven aan de registratie van de hulp en wel om de volgende redenen:

- zowel door hulpverleners als onderzoekers werd de behoefte aan 'feitelijke' informatie over de eerste-lijnshulp aan ouderen het meest urgent gevonden;
- de verkregen informatie kan daarom het meest direkt bijdragen aan een verbetering van de zorg;
- de te verwachten resultaten hebben beleidsrelevantie ten aanzien van de eerste-lijnszorg voor ouderen.

Omdat de registratie, zoals gezegd, niet de meest geschikte onderzoeksmethode is om inzicht te verkrijgen in de interaktie

tussen hulpverlener en kliënt hebben wij ten behoeve van dit inzicht naast de registratie nog gebruik gemaakt van andere onderzoeksmethoden.
Tevens hebben wij, voor zover dit mogelijk is, in de registratie al enige aandacht aan de hulpverlener-kliënt-relatie besteed.

1.4.2 Keuze andere onderzoeksmethoden: enquête en interviews

Teneinde onafhankelijk van de mening van de hulpverleners op de hoogte te raken van de leefsituatie en hulpbehoeften van de hele onderzoekspopulatie van ouderen, besloten wij hen met een vragenlijst te benaderen. Een postenquête is voor de respondent het meest anoniem en geeft op een vrij gemakkelijke wijze informatie over een grote groep respondenten. Bovendien is een postenquête financieel aantrekkelijk, terwijl een korrekte en door de hulpverleners ondersteunde benadering toch een voldoende hoge respons kan opleveren (hetgeen ook gebleken is: de respons was 78%).
Een nadeel is de vereiste eenvoud en beperktheid van de vragenlijst, die dan ook niet meer dan dat aan informatie kan opleveren.
Ondanks deze beperkingen is toch gekozen voor een postenquête.

In de hiervoor genoemde meer kwantitatieve methoden kan weinig of geen rekening gehouden worden met de meer subjektieve aspekten, wensen en verlangens met betrekking tot de hulpverlening. In verband hiermee hebben wij ook besloten ouderen te interviewen.
In de registratie en de enquête is gevraagd naar (on)tevredenheid met de hulp en de beleving van het kontakt naar een drietal aspekten: het resultaat, de relatie en de persoon van de hulpverlener.

Deze gesignaleerde (on)tevredenheid is tevens criterium geweest voor de selektie van de te interviewen ouderen. In de vraaggesprekken hadden wij de gelegenheid dieper in te gaan op de

invloed die de hulpverlening heeft op de aard van de hulp en hulpbehoefte van de geïnterviewde ouderen.
De definitie van de hulpverleningssituatie, het beeld dat de oudere hiervan heeft, de wederwaardigheden en eventueel problemen met de hulp kwamen uitgebreid aan bod. Hierdoor is een konfrontatie mogelijk van de meer 'objektiveerbare' en 'feitelijke' gegevens uit de registratie en de meer subjektieve informatie.

1.4.3 Keuze van de onderzoekspopulatie: representativiteit en generaliseerbaarheid

De onderzoekspopulatie zou samengesteld kunnen worden door middel van een voor een aantal variabelen representatieve steekproef uit het bevolkingsregister van een bepaalde gemeente of gemeenten. Bepaalde konklusies zouden dan statistisch toetsbaar en generaliseerbaar zijn voor de Nederlandse bevolking boven de 65 jaar.
Om een aantal redenen vonden wij dit niet wenselijk:

1. De procedure heeft het bezwaar dat te veel hulpverleners bij het onderzoek betrokken zouden moeten worden. Een gemotiveerde materiaalverzameling op kontaktniveau door de hulpverleners en een goede samenwerking met hun is dan zeer onzeker.
   Het is bovendien de eerste maal dat wij deze onderzoeksmethode toepassen, zodat voor deze 'pilot study' een veel duidelijker overzienbare onderzoekssituatie noodzakelijk is. Hierdoor is bijstelling en evaluatie van het onderzoek samen met hulpverleners mogelijk, hetgeen voor een methodiekontwikkeling vereist is.
2. Vanuit ons theoretisch perspektief is een statistisch toetsbare generaliseerbaarheid geen eerste vereiste bij de samenstelling van de onderzoekspopulatie.
   Wij gaan er immers vanuit dat hulpbehoefte en -konsumptie situationeel bepaald worden.
   Deze hulpverleningssituatie, waarin de ouderen en de helper hun inbreng hebben, waarvan zij beiden hun interpretaties

hebben en die tevens een vorm van interaktie is, is toch zodanig specifiek en door zoveel onbekende en/of deels gerelateerde faktoren beïnvloed, dat statistisch toetsbare generalisaties moeilijk zijn. Tenzij wellicht de steekproef voor ons onhanteerbaar groot gemaakt zou worden.
Bovendien biedt de onderzoeksopzet, zoals wij die gekozen hebben, de mogelijkheid de meer objektiveerbare kwantitatieve gegevens te koppelen aan de meer subjektieve informatie.

3. In de samenwerking van de onderzoekers met de huisarts werd de gelegenheid geboden de 65-plussers uit de praktijk als onderzoekspopulatie te gebruiken. Het aantal deelnemende hulpverleners blijft hierdoor overzichtelijk en hun betrokkenheid met het onderzoek makkelijker beïnvloedbaar.

Om deze redenen hebben wij voor deze onderzoekspopulatie en deze onderzoeksopzet gekozen.

Dat wij representativiteit van de onderzoekspopulatie en generaliseerbaarheid niet voorop gesteld hebben, wil niet zeggen dat de onderzoeksresultaten niet van een meer algemene geldigheid zouden kunnen zijn.
In de eerste plaats geeft een 'herkenbare' beschrijving van de hulpverlening, die juist aan bijzondere situaties recht doet, aanknopingspunten voor de hulpverlening in andere omstandigheden.
In de tweede plaats hopen wij door een herhaling en toespitsing van het onderzoek in andere omstandigheden een steeds gedifferentieerder en uitgewerkt beeld te kunnen geven van de eerste-lijnshulpverlening aan ouderen en hun behoefte daaraan. Bovendien hopen wij door methodiekontwikkeling en stroomlijning van de onderzoeksmethode, deze methode ter beschikking te kunnen stellen aan hulpverleners die geïnteresseerd zijn in de evaluatie van hun handelen in relatie tot de hulpbehoeften van hun oudere kliënten.

2. DE AARD VAN DE HULPVRAAG EN DE HULPBEHOEFTE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk en de volgende hoofdstukken komen de resultaten aan bod van 1 jaar onderzoek. De weergegeven resultaten zijn gebaseerd op interne rapportages over onderdelen van het onderzoek. Dit heeft het voordeel dat binnen beperkt bestek de belangrijkste bevindingen weergegeven kunnen worden, zodat een goede indruk mogelijk is van de opbrengst van het onderzoek.
De resultaten hebben voornamelijk betrekking op de onderzoeksvragen 1 tot en met 3, genoemd in paragraaf 1.2
Aan de uitwerking van het materiaal in het licht van de onderzoeksvragen 4 en 5 zijn wij nauwelijks toegekomen, maar hierover meer in het laatste hoofdstuk, waarin ook wordt ingegaan op onderzoeksvragen 6 en 7.

De vraag naar de aard van de hulpvraag en de hulpbehoefte van ouderen met betrekking tot de eerste-lijnszorg kan gedeeltelijk met de resultaten van de ouderenenquête beantwoord worden. Het gaat dan nu uitsluitend om de hulpvraag en hulpbehoefte van de ouderen uit onze onderzoekspopulatie. Daarnaast komt de hulpvraag in ons onderzoek tot uitdrukking in het huisartsenbezoek; de beide huisartsen registreren dan ook de kontaktredenen c.q. klachten waar de oudere kliënt mee komt. Voor de overzichtelijkheid komt dit in hoofdstuk 3 aan bod.
In hoofdstuk 4 wordt de indikatiestelling door de wijkverpleging en gezinsverzorging beschreven. De indikatiestelling is meer indirekt een weergave van de hulpvraag van de oudere; het is de hulpvraag, zoals de hulpverlener die ziet en beoordeelt.

De enquête onder de ouderen is eveneens benut om informatie te verzamelen, die vergeleken kan worden met de informatie die hulpverleners over hun kliënten verschaft hebben. Dit in verband met

onderzoeksvraag 3. De resultaten die hierop betrekking hebben komen in het betreffende hoofdstuk aan bod.

Dit hoofdstuk is derhalve gewijd aan de resultaten van de enquête, hetgeen voor de lezer tevens een goede kennismaking vormt met de onderzoekspopulatie. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met gegevens uit het leefsituatie-onderzoek van het CBS uit 1982. Voor een gedetailleerde bespreking van de inhoud van de vragenlijst wordt verwezen naar de betreffende interne rapportage*.

2.2 Respons, non-respons en betrouwbaarheid van de enquête

Na één rappél behaalden wij een bevredigende respons van 78%. Wij ontvingen 426 geldige enquêteformulieren van de 548 ouderen, die onze onderzoekspopulatie vormen. De belangrijkste reden hiervoor is wellicht dat door de betrokkenheid van de hulpverleners bij het onderzoek, de mensen met vragen en twijfels ook bij hen terecht konden en niet alleen bij anonieme onderzoekers. Ook was de begeleidende brief mede ondertekend door één van de huisartsen. Of de responsgroep voldoende representatief is voor alle ouderen in de onderzoekspopulatie is niet met zekerheid vast te stellen. Het is mogelijk dat de meest hulpbehoevende of gehandicapte ouderen niet in staat geweest zijn de vragenlijst in te vullen. Anderzijds kunnen juist relatief gezonde ouderen gedacht hebben, dat ze er niets mee te maken hoefden te hebben. Hierop is in de begeleidende brief overigens wel duidelijk gewezen.
Enige kontrole is er door de leeftijd- en geslachtsverdeling van de totale onderzoekspopulatie, zoals die bekend is uit de

---

* Onderzoek naar de zelfstandigheid, zorgbehoefte en zorgkonsumptie van ouderen in de eerste-lijnsgezondheidszorg; de resultaten van de postenquête onder de ouderen (Wevers et al.).

huisartsen-administratie, te vergelijken met die van de respons- en non-respons-groep. Dit blijkt geen grote verschillen op te leveren:

	respons (n=426)	non-respons (n=122)*	totale populatie (n=548)
percentage vrouwen	55%	59%	57%
percentage 75-79 jarigen	21%	17%	19%
percentage 80-plussers	16%	19%	17%

* waaronder 20 personen die gedurende de onderzoeksperiode overleden of verhuisd zijn.

Aan de betrouwbaarheid van de antwoorden op enkele vragen dient getwijfeld te worden. Een relatief groot deel van de respondenten heeft deze vragen niet ingevuld of heeft door de beantwoording te kennen gegeven met de betreffende vragen geen raad te weten. Voor zover noodgedwongen van deze gegevens gebruik gemaakt is, zal dat steeds vermeld worden.

2.3 Enige algemene gegevens

De totale onderzoekspopulatie bestaat uit de 548 ouderen (65+ in 1983) die ingeschreven zijn in de huisartsenpraktijk per 1 februari 1983. Dit is 11% van het totale kliëntenbestand van deze praktijk. In 1983 was 11,6% van de Nederlandse bevolking 65+, dus het patiëntenbestand wijkt op dit punt niet af van het landelijke gemiddelde qua percentage 65-plussers. Van dit aantal ingeschre-

ven ouderen is 56,6% vrouw (zie tabel 2.1)*. In het jaar van registratie (1983) was het landelijk percentage 60%**. Vrouwen zijn dus ten opzichte van het gemiddelde iets ondervertegenwoordigd maar er zijn nog altijd meer vrouwen dan mannen onder de ouderen in de praktijk.
De leeftijdsverdeling over het kliëntenbestand is weergegeven in tabel 2.2. 35,8% van de ouderen is ouder dan 75 jaar. Landelijk is dit 40,6%. De gemiddelde leeftijd is 73,4 jaar. De meerderheid van de ingeschreven ouderen woont in de gemeente waar de praktijk gevestigd is, namelijk 59,5%. 10,4% woont in de nabij gelegen stad en 26,1% in een dorp in de buurt. De rest (4%) woont verspreid over andere dorpen en op het platteland. Het gebied is te omschrijven als verstedelijkt platteland, gelegen in de randstad.

Wat de respondenten van de postenquête betreft is 66% gehuwd. Dit is aanzienlijk hoger dan het landelijk gemiddelde van 53%. 27% is weduwe of weduwnaar (tabel 2.3).
Het percentage respondenten dat na de lagere school nog ander onderwijs gevolgd heeft is 43%. Dit is voor een oudere populatie hoog en wijst erop dat we te maken hebben met een groep kliënten met een relatief hoge sociaal-ekonomische status***. Dit beeld wordt bevestigd door het percentage respondenten dat naast de AOW nog andere vaste inkomsten heeft, namelijk 66%. 31% van de respondenten woont alleen; 70% woont in een eengezinshuis, 17% in een flat (waarvan de helft zonder lift) en 5% in een boerderij. Een kleine minderheid (8%) moet derhalve trappen lopen om hun woning te bereiken.

---

* Zie bijlage 1.

** Bron: CBS maandstatistiek van de bevolking februari 1984.

*** 18 Maar er is een signifikant (p = 0,00) verband met het geslacht: 34% van de vrouwen heeft vervolgonderwijs genoten tegen 57% van de mannen.

Volgens het leefsituatie-onderzoek vormt 33% van de 65-plussers een éénpersoonshuishouden. Hierin komt onze onderzoekspopulatie dus aardig overeen met het landelijk gemiddelde. Wanneer wij de woning met meer dan één woonlaag uit het CBS-onderzoek als een eengezinswoning opvatten, dan is het aantal ouderen uit onze onderzoekspopulatie, dat in een eengezinswoning woont aanzienlijk groter dan gemiddeld (53%).

Het oordeel van de geënquêteerde ouderen over enkele aspekten van woning en buurt staat in tabel 2.4.
95% van de respondenten heeft telefoon; dit is enkele procenten hoger dan het landelijk gemiddelde (91% CBS). Zoals te verwachten was blijkt onze onderzoeksgroep zeer gehecht aan woning en buurt (respektievelijk 95 en 85%, n=414). Volgens het CBS woont 87% prettig in woning en buurt. De meeste respondenten wonen er al tientallen jaren; 44% woont al 36 jaar of langer in dezelfde buurt (tabel 2.5). Over de bereikbaarheid van buurtvoorzieningen voor de dagelijkse levensbehoefte zijn onze respondenten minder te spreken: 38% vindt deze niet goed bereikbaar.

In tabel 2.6 staat het algemene oordeel van de respondenten over hun sociale kontakten. Dit geeft een rooskleurig beeld: een te verwaarlozen percentage ouderen geeft aan ontevreden te zijn. Eveneens blijkt dat 85% van de respondenten in noodgevallen een beroep kan doen op kinderen of familie; 68% kan een beroep doen op niet-familieleden. 'Slechts zo nu en dan', geven respektievelijk 11 en 20% van de ouderen aan. De zogenoemde mantelzorg lijkt dan toch voor relatief veel ouderen (meer dan 20%) zelfs in noodgevallen niet of niet gemakkelijk inzetbaar.

2.4 Gezondheid en welbevinden

Op de vraag naar de beoordeling van hun gezondheid antwoordde 67% hun gezondheid 'goed' te vinden, 31% 'matig' en 2% 'slecht'. In

de CBS-enquête vond 81% van de ouderen zich (redelijk) gezond. Dit is echter niet goed vergelijkbaar, omdat men waarschijnlijk 'matig' en 'redelijk' verschillend opvat. Een meer objektiveerbaar gegeven is de schatting door de respondenten van het aantal malen dat men in het laatste halfjaar ziek in bed heeft gelegen. Driekwart was dit niet overkomen, 21% één tot vier maal en 4% meer dan vier maal (tabel 2.7). Wanneer men de enkele oriënterende vragen aangaande een meer positieve dan wel negatieve levenshouding hierbij betrekt (zie tabel 2.8), dan ontstaat een goed beeld van die ouderen uit onze onderzoekspopulatie, die zich 'onwel' voelen. Nadere analyse zou deze groep scherper kunnen definiëren en verband aangeven met de konsumptie van zorg.

De belangrijkste vooral lichamelijke klachten die uit de enquête naar voren komen worden in tabel 2.9 vermeld.
Zenuwachtigheid wordt bij 35,5% van de respondenten aangegeven, slapeloosheid en pijnklachten bij een kleine 30% en kortademigheid bij 28% van de respondenten. Hartklachten en hoge bloeddruk noemen de ouderen respektievelijk in 13% en 20% van de gevallen.
Overigens bedraagt het aantal geldige antwoorden op deze vraag gemiddeld 380 op het aantal respondenten van 426, zodat enige reserve ten aanzien van deze percentages op z'n plaats is.
De eventuele aanwezigheid van psychische klachten, die het leven bemoeilijken, staat vermeld in tabel 2.10.
Vaak vergeetachtig vinden zich 23% van de respondenten, de overige klachten worden minder vaak genoemd (10% of minder). 52 mensen (12.4% van de respondenten) hebben 2 of meer van deze klachten aangegeven. Wij rekenen deze mensen tot de hulpbehoevende groep op psychische gronden, waarvan de zorgkonsumptie nader onderzocht zou kunnen worden. Er blijkt in ieder geval een signifikant verband te bestaan ($p = 0,00$) tussen het zich vaak eenzaam voelen en het alleen wonen.

Het medicijngebruik is fors. Slechts 32% van de respondenten gebruikt geen medicijnen (tabel 2.11); 34.5% gebruikt kombinaties van geneesmiddelen.
Een probleem hierbij is, dat het onbekend is in hoeverre sommige respondenten de 'vrije' geneesmiddelen als aspirines en andere huismiddeltjes als medicijnen beschouwen of niet. Onze vraagstelling was hier onvoldoende duidelijk. De lijst van medicijnen is in tabel 2.12 opgenomen. Opvallend is het grote aantal gebruikers van plastabletten, die veelal gebruikt worden bij hoge bloeddruk en hartklachten (31%).

2.5 Redzaamheid en hulpbehoefte

Naast lichamelijke of psychische klachten, die aanleiding kunnen zijn om hulp te vragen, veelal aan de huisarts, is de mate van (zelf)redzaamheid een belangrijke faktor in de hulpbehoefte. Door middel van enkele oriënterende vragen over de algemene dagelijkse levensverrichtingen van de respondenten hebben wij hier inzicht in proberen te krijgen (tabel 2.13).
Het is duidelijk dat veel respondenten vinden dat zij moeite hebben hun huis aan kant te maken (38%), terwijl een kwart van de ouderen aangeeft, dat het zelf boodschappen doen hun matig tot slecht afgaat.
Onderzocht is of het geslacht van de respondent hierbij van invloed is. Dit blijkt niet het geval, hoewel iets meer vrouwen moeite hebben met het boodschappen doen dan mannen. Ten aanzien van het koken voelen de mannen zich wel signifikant meer onbeholpen dan de vrouwen: 46% van de mannen heeft moeite met koken tegen 14% van de vrouwen ($p = 0,00$).
Ook zijn wij nagegaan of het zelf boodschappen kunnen doen samenhangt met het goed bereikbaar zijn van winkels in de buurt. Deze samenhang is inderdaad signifikant ($p = 0,00$). De bereikbaarheid van de winkels hangt eveneens signifikant samen met een tevreden algemeen oordeel over de woonbuurt ($p = 0,004$).

Het is daarom goed hier te benadrukken, dat de zelfredzaamheid zowel van goede buurtvoorzieningen afhangt, als van de lichamelijke gesteldheid van de ouderen.

Het gezichtsvermogen en het gehoor wordt door respektievelijk 23% en 30% van de respondenten als matig tot slecht beoordeeld.
Het is interessant deze en voorgaande oordelen van de ouderen over hun eigen situatie te vergelijken met het beeld dat de hulpverleners hiervan hebben. Dit komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

Aangezien wij in de enquête eveneens gevraagd hebben van wie de respondent hulp krijgt bij de huishoudelijke en persoonlijke verzorging hebben wij kunnen nagaan in hoeverre deze hulp verband houdt met de zelfredzaamheid (tabellen 2.14 en 2.15). Een positief verband is te verwachten en het verband blijkt ook significant.
Respondenten, die zich slecht redden in het huishouden (43 personen) of hun persoonlijke verzorging (7 personen) hebben in alle gevallen hulp van tenminste 1 persoon. Van degenen die zich matig redden wat betreft hun persoonlijke verzorging (7% van de respondenten) heeft 40% geen hulp. 27% Van de respondenten kan zich matig redden in het huishouden; van hen heeft 10% geen hulp. Het gaat hier om 10 respektievelijk 11 ouderen die wellicht voor hulp in aanmerking zouden kunnen komen.
Het is trouwens opvallend, dat van degenen die zich in het huishouden goed redden toch 70% hulp van minstens 1 persoon heeft; het is aannemelijk dat dit vaak de partner is. Ten aanzien van de persoonlijke verzorging daarentegen geldt dit niet.

Wij kunnen de hulpbehoevende groep ook ruimer definiëren dan met behulp van de begrippen zelfredzaamheid in het huishouden en de

persoonlijke verzorging. ADL-hulpbehoevend* zijn dan diegenen die ten aanzien van het huis aan kant maken, het boodschappen doen, koken en de persoonlijke verzorging, minstens 1 maal 'slecht' hebben aangegeven of twee of meer keer 'matig'. Dit blijkt bij 33% van onze respondenten het geval te zijn.
Lichamelijk hulpbehoevend noemen wij dan de ouderen die ten aanzien van het lopen binnenshuis, het gehoor en het gezicht minstens 1 maal 'slecht' hebben ingevuld of twee of driemaal 'matig. Het gaat dan om 21% van de respondenten.
Op deze wijze ontstaat toch een wat minder rooskleurig beeld van de zelfredzaamheid en hulpbehoefte van de onderzoekspopulatie, zeker als we de groepen hulpbehoevenden op ADL, lichamelijke en psychische gronden samen nemen. Dan blijkt 45% van onze respondenten volgens genoemde criteria hulpbehoevend.

Wij hebben gevraagd of men in geval van nood een beroep kan doen op familie of kennissen. Respektievelijk 17 en 31 hulpbehoevenden konden dit naar eigen zeggen niet. Ook deze (risico?)groep verdient nadere aandacht. Opvallend is dat er een signifikant verband blijkt te bestaan ($p = 0,02$) tussen het géén beroep kunnen doen op kennissen en het wél hulpbehoevend zijn. Dit geldt niet voor een eventueel beroep op familie.
Kennelijk is het zo dat het hulpbehoevend zijn het hebben van kennissen, op wie men een beroep kan doen, in de weg staat. Het is mogelijk dat de ene dienst die de andere waard is ook in ontkennende zin opgaat. Wanneer men zelf niet in staat is tot helpen, is het moeilijk deze hulp (buiten de familie) te vragen. Wij vonden een sterk signifikant verband tussen het zelden of nooit iemand helpen en het hulpbehoevend zijn ($p = 0,00$).

---

* ADL = Algemene dagelijkse levensverrichtingen.

2.6 Hulpverleners en gewenste hulpverleners

De aanwezige hulp in de huishouding staat vermeld in tabel 2.16. Vanzelfsprekend speelt de echtgeno(o)t(e) hierin een belangrijke rol. Ongeveer een kwart van de respondenten geven aan dat zij hulp krijgen van familie of kinderen. Het aantal malen dat hulp van een partikulier werkster en hulp van de gezinsverzorging en/of alphahulp genoemd worden ontloopt elkaar niet veel (10,3 respektievelijk 12,4%). Of deze hulp gewenst is komt in tabel 2.17 tot uitdrukking. De verschillen met de vorige tabel zijn gering. Bij nadere analyse blijkt dat ten aanzien van hulp ongeacht de helper, de helpende echtgeno(o)t(e), huisgenoot en werkster, meer ouderen aangeven hulp te krijgen dan te willen. Voor hulp van gezinsverzorging en familie is dit net andersom: meer ouderen willen hulp dan zij krijgen. Het gaat hierbij echter om kleine aantallen in verhouding tot het totaal aantal situaties, waarbij huishoudelijke verzorging in het spel is.

Wij hebben het verband onderzocht tussen de soort hulpverlener die aangegeven is en de redzaamheid bij het huis aan kant maken. Voor hulp van familie ($p = 0,00$), van partikulier werkster ($p = 0,01$), van de gezinsverzorging ($p = 0,01$) is er een signifikant verband met een verminderde redzaamheid in het huishouden. Voor de andere kategorieën helpers geldt dit niet.

Een wat ander beeld geeft de hulp bij de persoonlijke verzorging. Als er hierbij al hulp gegeven wordt, dan komt deze hulp voornamelijk van de partner (15%); maar dit gebeurt toch wat minder dan gewenst (21%) (tabellen 2.18 en 2.19).
Ook de hulp van de familie wordt in meer gevallen gewenst dan feitelijk verkregen (6 respektievelijk 3%). Dit wordt bij nadere analyse bevestigd: ten aanzien van hulp ongeacht de helper en hulp van echtgeno(o)t(e), familie en wijkverpleging geven ouderen meer aan hulp te willen dan hulp te krijgen.

Wij zouden hier van een onvervulde behoefte kunnen spreken. Ten opzichte van het totaal aantal situaties waarin hulp bij de persoonlijke verzorging gegeven wordt, zijn de aantallen vrij groot. Het gaat dan om 42 respondenten die hulp van de partner wensen en 12 respektievelijk 13 respondenten, die hulp van familie en wijkverpleging wensen.
Zoals te verwachten is, is de hulpbehoefte ten aanzien van de persoonlijke verzorging veel geringer dan ten aanzien van het huishouden. Toch is het opmerkelijk dat maar 58% van de respondenten pertinent geen hulp wil (80% heeft feitelijk geen hulp). Blijkbaar wordt er in veel gevallen toch serieus rekening mee gehouden, dat dergelijke intieme hulp wel eens onontkoombaar zou kunnen zijn.
Voor de verleende hulp van alle met name genoemde kategorieën behalve die van buren/kennissen en partikulier werkster bestaat er een sterk signifikant verband ($p = 0,00$) met een verminderde redzaamheid bij de persoonlijke verzorging. Ook dit wijst erop dat deze hulp minder vrijblijvend is dan die bij het huishouden.
De behoefte aan hulpverleners op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening staat vermeld in tabel 2.20. Deze cijfers dienen met grote reserve bekeken te worden, omdat uit de beantwoording van de vragen blijkt dat de respondenten zich hierover moeilijk een beeld konden vormen. Dit ondanks de moeite die wij aan deze vragen besteed hebben. Te konstateren is alleen dat ook op dit gebied de huisarts meer malen genoemd wordt als raadsman (in 7 tot 10% van de gevallen) en dat ook de hulp van de accountant relatief vaak wordt genoemd (13%). Het is in dit verband interessant op te merken dat gedurende een voorafgaand aan onze onderzoeksperiode het maatschappelijk werk, dat onderdeel uitmaakt van de stichting waaronder ook de gezinsverzorging valt, geen enkele oudere kliënt uit onze onderzoekspopulatie heeft gehad.

Tot slot van deze paragraaf nog een schatting van het aantal malen dat men in het laatste halfjaar kontakt met de huisarts heeft gehad (tabel 2.21). 21% Van de respondenten is van mening dat zij

geen enkele maal kontakt gehad hebben, 71% schat dat zij 1-6 maal kontakt gehad hebben en 8% schat 7 of meer keer kontakt gehad te hebben. Deze schatting komt wat hoger uit dan de kontaktfrekwentie volgens de huisartsen zelf: 64% van de onderzoekspopulatie heeft in 5 maanden 1 of meer malen kontakt gehad.

2.7 De beleving van het kontakt met eerste-lijns helpers

In enkele oriënterende vragen hebben wij aan dit aspekt (voorzichtige) aandacht gegeven. De interviewfase van het onderzoek is hier meer geschikt voor.
Wel kunnen we de mening van de kliënt vergelijken met die van de hulpverlener; dit gebeurt in hoofdstuk 5.
Wij vroegen aan de ouderen of men het eventuele kontakt met de huisarts, de wijkverpleegkundige en de bejaardenhelpster ver- - trouwd, gemakkelijk of plezierig vond en of men tevreden was met het kontakt (tabellen 2.22, 2.23 en 2.24).
De oordelen, zeker die over de wijkverpleging, zijn eigenlijk uitgesproken gunstig. Het steeds in de literatuur opduikende percentage van 10% ontevredenen bij een algemene beoordeling, had dit ons ook wel doen verwachten. Als men echter de 'min of meer' antwoorden ook beschouwt als een niet-positief antwoord, dan ontstaat een wat 'realistischer' beeld. Nadere analyse is noodzakelijk, vandaar dat wij de antwoorden op deze vraag als selektiecriterium genomen hebben bij de keuze van de te interviewen ouderen.

2.8 Konklusie

De door ons gebruikte vragenlijst biedt op een relatief eenvoudige wijze een algemeen inzicht in de leefsituatie, de gezondheid en hulpbehoeften van ouderen.

De respons van 78% was bevredigend.
Ten opzichte van het landelijk gemiddelde zijn onze respondenten (n=426) jonger, terwijl de sociaal economische status hoger is.
In het voorgaande zijn gegevens gepresenteerd met betrekking tot de aanwezigheid van lichamelijke en geestelijke klachten, de ervaren gezondheid, het medicijngebruik, de algemene dagelijkse levensverrichtingen (A.D.L.), eventuele hulpverleners en de hulpbehoefte van de onderzoekspopulatie.

Enkele achtergrondgegevens van onze respondentengroep blijken redelijk overeen te komen met gegevens van het leefsituatie-onderzoek van het CBS uit 1982. Dit geldt bijvoorbeeld voor het aantal eenpersoonshuishoudens (in ons onderzoek 31% van de respondenten). Het aantal ouderen dat in een eengezinswoning woont is in ons onderzoek echter aanmerkelijk groter.
Over de bereikbaarheid van buurtvoorzieningen zijn onze respondenten minder te spreken: 38% vindt deze niet goed bereikbaar.

Met betrekking tot de hulpbehoefte kunnen wij het volgende konkluderen: op basis van lichamelijke en psychische klachten en de redzaamheid in de algemene dagelijkse levensverrichtingen troffen wij toch een vrij grote groep ouderen aan, die wij hulpbehoeftig kunnen noemen (45%). Voor de huishoudelijke bezigheden is onderzocht of het geslacht van invloed is. Dit blijkt alleen bij het koken het geval: 46% van de mannen heeft hier moeite mee tegen 14% van de vrouwen.
Dat de lichamelijke gesteldheid van de ouderen niet alleen van invloed is, wordt onderstreept door ons bevinding dat de redzaamheid met betrekking tot het doen van boodschappen signifikant samenhangt met de bereikbaarheid van buurtwinkels.
79% van de respondenten wordt bij het huishouden geholpen, vaak door de partner; dat huishoudelijke hulp in het algemeen niet zozeer met de zelfredzaamheid samenhangt blijkt uit het feit, dat van degenen die zich goed redden nog 70% hulp krijgt. Wel blijkt

er signifikant verband tussen verminderde redzaamheid in het huishouden en de aanwezige hulp van familie, partikuliere werkster en de gezinsverzorging.
Professionele hulp (partikuliere werkster, gezinsverzorgster, alpha hulp) wordt aan 24% van de respondenten gegeven.
Ten aanzien van de huishoudelijke verzorging bestaat nauwelijks verschil tussen de feitelijke hulp en de eventueel gewenste hulp: aan eventuele behoeften wordt kennelijk voldaan.

20% Van de respondenten wordt bij de persoonlijke verzorging geholpen.
Professionele hulp wordt in feite zelden gegeven. Slechts bij een 4% van de respondenten. Meestal helpt de partner (15%). Er is een wat groter verschil tussen de feitelijke en gewenste hulp wat betreft de persoonlijke verzorging. Met name werd door meer respondenten hulp van partner, familie en wijkverpleging gewenst dan gekregen. Vooral ten aanzien van de partner bestaat deze onvervulde hulpbehoefte bij 42 respondenten.

Tevens hebben wij kunnen konkluderen, dat de ónmogelijkheid om in gevallen van nood een beroep te kunnen doen op buren of kennissen juist signifikant samenhangt met het hulpbehoeftig zijn.

Toch blijkt dat respondenten die zich slecht in het huishouden redden (11%) of in hun persoonlijke verzorging (2%) in alle gevallen hulp hebben van tenminste één persoon.
Van degenen die zich matig redden wat betreft hun persoonlijke verzorging (7% van de respondenten) heeft 40% geen hulp. 27% van de respondenten kan zich matig redden in het huishouden. Van hen heeft 10% geen hulp. Deze ouderen zouden wellicht voor hulp in aanmerking kunnen komen.

3. DE AARD VAN DE FEITELIJK GEBODEN HULP DOOR DE HUISARTS

3.1 Inleiding

Gedurende 5 maanden registreerden de twee huisartsen de hulpverlening aan hun ouderen kliënten per kontakt. Omdat de hulpverlening in de huisartspraktijk niet alleen door de twee huisartsen geschiedt werd ook aan de assistente gevraagd haar aktiviteiten ten behoeve van deze groep enkele weken te registreren. Daarnaast konden wij voor de gegevensverzameling gebruik maken van de patiëntenadministratie en het afsprakenboek van de huisartsen. Dit alles met alle mogelijke voorzorgen om de privacy van de kliënten te beschermen.

Bij de huisarts-kontaktregistratie werd gebruik gemaakt van een door ons in samenwerking met de huisartsen ontwikkeld formulier. Dit formulier werd door de huisarts na elk kontakt ingevuld. Het bestaat uit een beschrijvend deel en een evaluatiedeel.
In het beschrijvende deel registreert de huisarts met wie, waar en wanneer hij kontakt had, wie het initiatief nam tot dat kontakt, wat de reden was voor dat kontakt, welke diagnostische procedure de huisarts verrichtte en tenslotte welke (therapeutische) aktie hij ondernam.
De reden voor het kontakt werd daarbij geregistreerd met behulp van een klassifikatiesysteem ontwikkeld door de WHO, in Nederland bekend geworden door Lamberts, de Reason for Encounter Classification (kortweg: RFEC). Het is de bedoeling van dit systeem dat redenen waar de kliënt mee komt, 'voordat de arts ze interpreteert' worden geregistreerd. Centraal daarin staat een klacht/-symptoom. Daarnaast kunnen ook verzoeken van de kliënt (specifikaties) worden geregistreerd zoals een bepaalde handeling of een verwijzing. Wij hebben dit systeem in een iets gewijzigde vorm gebruikt. De belangrijkste wijzigingen zijn de mogelijkheid om de

specifikaties van de kliënt in verband te brengen met een klacht/symptoom en de mogelijkheid om ook 'kontrolebezoeken' waarbij de reden al voor het kontakt bekend is in de vorm van een diagnose te registreren. Strikt genomen zou deze laatste reden niet geregistreerd worden. Hij wordt immers niet met zoveel woorden door de kliënt naar voren gebracht. Omdat de ervaring leert dat juist bij ouderen in verband met chronische aandoeningen veel van deze geregelde kontakten plaatsvinden hebben wij deze mogelijkheid toegevoegd.
In het evaluatiedeel van de kontaktregistratie wordt eerst de hulpvraag zelf geëvalueerd (duidelijk, ernstig, urgent, lichamelijk of niet) en welke andere problemen op dit moment een rol spelen. Vervolgens beantwoordt de arts de vraag of hij zelf op bepaalde punten ontevreden is over zijn aanpak en of hij denkt dat de kliënt op bepaalde punten ontevreden is. Hij heeft daarbij de mogelijkheid zijn antwoord toe te lichten. Dan volgt een vraag over de wenselijkheid om andere hulpverleners in te schakelen en het evaluatiegedeelte wordt afgesloten met enkele vragen over het kontakt met de kliënt (was het vertrouwd, gemakkelijk, plezierig).

Gezien de aard van een spreekuur moet rekening worden gehouden met een onderrapportage, zowel wat betreft het aantal kontakten als wat betreft de geregistreerde informatie per kontakt.

3.2 Het aantal kontakten

Gedurende de 5 maanden zijn door de beide huisartsen in totaal 921 kontakten geregistreerd met 350 van de 548 ingeschreven ouderen (64%). Gemiddeld zijn dit 9 ouderen per werkdag. Dit is gemiddeld 17% van het totaal aantal kontakten met kliënten van alle leeftijden. Vergelijken we dit met het percentage ingeschreven ouderen (11%) dan blijkt dat ouderen relatief meer gebruik maken van de huisarts, maar dat dit toch minder 'meer' is, dan wij op

grond van het grootverbruikersimago van ouderen verwachtten. Wel neemt een relatief kleine groep (8,8% van alle ingeschreven oudere kliënten) een groot deel (40%) van de kontakten met de huisartsen voor zijn rekening. De ouderen uit deze groep zagen de arts gemiddeld 8 maal in 5 maanden. Bijna 44% van het totale ouderenbestand had weinig (1-2 maal) kontakt en 35% zag de dokter helemaal niet. De verschillende kontaktfrekwenties zijn in tabel 3.1 opgenomen.

Het uit de literatuur naar voren komend algemene beeld dat vrouwen meer konsumeren dan mannen wordt in de registratie niet bevestigd; 60% van de kontakten is met vrouwen maar dit kan grotendeels verklaard worden uit het groter aantal in de praktijk ingeschreven vrouwen (57%). Het gemiddeld aantal kontakten per gebruiker van mannen en vrouwen verschilt daarom nauwelijks (±2,7). Onder de niet-gebruikers en klein-gebruikers vinden we relatief wél meer mannen (tabel 3.2). Vrouwen zijn meer vertegenwoordigd bij de middel- en grootverbruikers. De niet gebruikersgroep blijkt gemiddeld jonger te zijn (72,9 jr) dan de gebruikersgroep (74,6 jr).

Het aantal kontakten per week vertoont een grote spreiding. Het minimum bedraagt 25 (in de eerste week, wellicht een gevolg van aanloopproblemen in de registratie) en het maximum is 63 kontakten. Ook het aantal kontakten per maand vertoont grote verschillen.

3.3 De plaats van en het initiatief tot het kontakt

Een groot deel (43%) van de kontakten met oudere kliënten vond plaats bij de kliënt thuis. Vergelijking met 'jongeren' is niet mogelijk, omdat gegevens daarover ontbreken, maar het lijkt waarschijnlijk dat het percentage daar veel lager ligt. Thuisbezoek vergt in het algemeen meer tijd dan het kontakt op de praktijk.

Alleen daarom al lijkt de konklusie gerechtvaardigd dat, hoewel het aantal kontakten met ouderen slechts een klein deel (17%) van het totaal uitmaken, de hoeveelheid tijd die de artsen aan ouderen besteden relatief groot is.

In bijna de helft van het aantal kontakten speelden de huisartsen zèlf een belangrijke rol in de totstandkoming ervan (zie tabel 3.3). Zij deden dit door zelf het initiatief te nemen (6,1%) of door met de kliënt een (datum van een) volgend kontakt af te spreken. De kliënt nam zelf het initiatief tot het kontakt in 44,8% van de kontakten. Bij 4,6% van de kontakten lag dit initiatief volgens de artsen bij de omgeving van de kliënt (bijvoorbeeld partner).
Door de andere eerste-lijnshulpverleners of specialist werd er nauwelijks doorverwezen (1,4% respektievelijk 0,2%).

3.4 De reden(en) voor het kontakt

In onze registratie hebben wij 6 verschillende kontaktredenen onderscheiden, waarmee de kliënt voor de dag kan komen.

1. klachten (symptoms and complaints) met behulp van een lettercijfercode;
2. procedures met betrekking tot diagnostiek;
3. procedures met betrekking tot screening of preventie;
4. procedures met betrekking tot behandeling/medikatie/kontrolekontakten;
5. testresultaten;
6. administratieve procedures.

   Reden 2 tot en met 6 worden in het navolgende ook wel specifikaties genoemd.

Daarnaast is een zevende kontakt reden mogelijk, namelijk een diagnose. Deze is in de oorspronkelijke RFEC slechts als een door de kliënt aangegeven reden mogelijk. Wij hebben de definiëring uitgebreid tot alle diagnosen, die bekend zijn en die dus meestal

door de arts gebruikt worden. De diagnose moet dan beschouwd worden als een efficiënt etiket voor een symptomen én aktiecomplex. Een aangekruiste kontaktreden 'medikatie' wint aan informatie, wanneer een bijbehorende diagnose bekend is.

Zowel in de RFEC als in het algemeen in de literatuur gaat men er toch wel vanuit, zij het soms impliciet, dat het merendeel van de mensen met klachten komt, welke andere bijkomende motieven ook werkzaam zijn. Onderzoek is veelal gebaseerd op kliënten in de leeftijdsgroepen van 15 tot 65 jaar en men is dan vooral geïnteresseerd in nieuwe klachten. In ons onderzoek hebben wij deze veronderstelling al heel snel laten varen. Bij onze populatie ouderen betreft het vaak chronische voor de kliënt vertrouwde klachten, waar men in wisselende mate last van heeft; de kontakten zijn voortzettingen van behandelingen en kontroles.

Meerdere redenen per kontakt zijn mogelijk, de frekwentieverdeling van het aantal redenen per kontakt is in tabel 3.4 vermeld. Eén reden werd in 55% van de kontakten genoteerd en 2 redenen in 33%.

Een onderrapportage van het aantal redenen per kontakt is waarschijnlijk, vanwege tijdgebrek en twijfel bij de huisartsen over de juiste codering en soms onduidelijke problemen.

Een overzicht van alle kontaktredenen biedt tabel 3.5.

Gegroepeerd per kontakt levert dit het volgende beeld (tabel 3.6). Kontakten met als (een) reden een kontrole ten aanzien van één of meer bekende diagnosen kwamen 479 maal voor (52% van het totaal aantal kontakten).

Er waren 406 kontakten (44%), waarin de kliënt met een klacht of symptoom kwam. In 237 kontakten (26%) betrof dit nieuwe klachten of symptomen. Kontakten, waarin de kliënt één of meer specifikaties naar voren bracht, kwamen 160 maal voor (17%). In slechts 3% van de kontakten kwam de kliënt volgens de huisarts met een eigen diagnose.

3.4.1 Klachten/symptomen

Gedurende de onderzoeksperiode zijn 125 verschillende klachten en/of symptomen ter ore van de huisarts gekomen.
De vijf meest genoemde klachten/symptomen zijn: 'kortademigheid' (36 maal), 'plaatselijke beschadiging' (lesie) van de huid (33 maal), 'been-symptomen/klachten' (32 maal), 'hoesten' (26 maal) en 'algemene zwakte en oververmoeidheid' (22 maal) (tabel 3.7). De andere klachten/symptomen komen aanmerkelijk minder vaak voor en vormen een nogal divers lijstje.
Beschouwing van de bij klachten aangegeven orgaansystemen biedt wat meer houvast. Daar vallen een aantal uitschieters op (zie tabel 3.8). Het meest worden klachten/symptomen aan het bewegingsapparaat (123 maal, 20% van het totaal aantal genoemde klachten) genoemd. Dit was bij ouderen te verwachten. Een goede tweede zijn de klachten die te maken hebben met het ademhalingssysteem (103 maal, 17%). Het spijsverteringssysteem werd 75 maal genoemd (12%) en 61 maal (10%) waren de klachten/symptomen algemeen en ongespecificeerd.
Opvallend weinig genoemd werden de 'orgaansystemen': bloed- en bloedvormende organen, het oog, het mannelijke en vrouwelijke genitale systeem. Allen minder dan tien maal.
Omdat een kliënt verschillende malen met dezelfde klacht/symptoom kan komen, zijn wij nagegaan bij hoeveel kliënten een bepaalde klacht is voorgekomen (morbiditeit). Gezien de vele uiteenlopende klachten/symptomen wordt de morbiditeit naar orgaansysteem weergegeven in tabel 3.9.
De meeste patiënten (74, 21%) hebben klachten op het gebied van het bewegingsapparaat. Klachten met betrekking tot het ademhalingssysteem komen bij 61 kliënten voor (17%). Meer algemene en ongespecificeerde klachten, als koorts en algemene malaise, klachten met betrekking tot het spijsverteringssysteem en klachten met betrekking tot de huid komen op de derde plaats en komen bij ongeveer 10% van de kliënten voor.

3.4.2 Kontrolekontakten met bekende diagnose

In totaal zijn er 155 verschillende diagnosen geregistreerd. De drie veruit meest genoemde kontroles voor bekende diagnosen zijn in verband met (zie tabel 3.10) ongekompliceerde hypertensie (81 maal), begeleiding/sociaal bezoek (75 maal) en 'heart failure' (60 maal). Tellen we alle hypertensiediagnoses bij elkaar op dan komen we op 97 kontrolekontakten in verband met hoge bloeddruk. Dit is ruim één tiende van het totaal aantal kontakten. Doen we hetzelfde met alle 'hartdiagnoses' dan komen we op 124 kontrolekontakten (12,8%) in verband met het hart. Opvallend is dat kwalen met betrekking tot hart en bloedvaten nauwelijks gesignaleerd worden onder klachten/symptomen (zie vorige paragraaf). 37 maal had de diagnose verder te maken met bronchitis en 24 maal was het kontakt een kontrole na ziekenhuisopname. Vrij veel komt ook voor kontrole in verband met een kwaadaardig gezwel in het vrouwelijke genitale systeem (23 maal). 15 Maal is de kontaktreden een kontrole wegens suikerziekte en 14 maal wegens slaapstoornissen. In tien kontakten is er kontrole wegens ernstige psychische stoornissen.

Bekijken we de genoemde diagnoses naar orgaansysteem (zie tabel 3.8) dan blijkt dat veruit de meeste kontroles te maken hebben met de bloedsomloop. 253 Maal is dit het geval (38% van het aantal kontroles). 140 Maal (21%) hebben de kontroles een psychologisch aksent. Dit is voornamelijk het gevolg van de door ons ingevoerde kodering voor 'slaapstoornissen', 'ziekenhuisbezoek' en 'sociaal bezoek/begeleiding'. Deze 'diagnoses' werden onder de rubriek 'psychologisch' geregistreerd. Kontrolebezoeken in verband met het ademhalingssysteem zijn 63 maal genoemd. 41 Maal heeft de kontrole betrekking op de huid, 38 maal is het spijsverteringssysteem onderwerp van kontrole en een zelfde aantal betreft het vrouwelijke genitale systeem.
De diagnosen per kliënt (de morbiditeit) (zie tabel 3.9) ondersteunen het bovenstaande beeld. De meest getelde diagnosen

betreffen de bloedsomloop (103 kliënten, 29%). Bij 61 kliënten (17%) is sprake van psychologische problematiek; onder deze noemer vallen dan ook de vele 'sociale' bezoeken en bezoeken na ziekenhuisopnamen. Diagnosen met betrekking tot het ademhalingssysteem komen bij 8% van de kliënten voor.
Tot slot van deze subparagraaf nog een overzicht van het aantal klachten/symptomen en diagnosen per kliënt (tabel 3.11).
Bij verreweg de meeste kliënten is sprake van één klacht of diagnose (respektievelijk bij 39% en 43%). Twee verschillende klachten of diagnosen komen bij respektievelijk 17 en 15% van de kliënten voor.

3.4.3 De overige kontaktredenen

Nadere specifikaties waarin de kliënt aangeeft wat hij/zij van de arts wil zijn in het algemeen weinig geregistreerd door de huisartsen (tabel 3.5). Dit is wellicht een aanwijzing dat ouderen weinig expliciet zijn in hun wensen. Ook kan het grote aantal routinekontakten (kontroles) een rol spelen, waardoor veel in het kontakt vanzelfsprekend is. De enige specifikatie die relatief wel vaak is aangegeven is het verzoek om 'behandeling/medikatie' (221 maal). Verzoeken om een 'diagnostische procedure', 'resultaten' van onderzoek, 'screening/preventie', een 'administratieve handeling' en/of een verwijzing zijn allen minder dan 30 keer voorgekomen.

3.5 De diagnostische procedures tijdens het kontakt

In 29,1% van de kontakten verrichten de artsen geen enkele diagnostische procedure. In de overige 71% heeft dus wel één of andere vorm van onderzoek plaatsgevonden (tabel 3.12).
Het meest is dit specifiek lichamelijk onderzoek (43,6% van de kontakten) (algemeen lichamelijk onderzoek gebeurde bijna niet)

en anamnese in 36,5% van de kontakten. Bloeddrukmeting komt op de derde plaats met 24,2%. Als we dit percentage plaatsen tegen de achtergrond van 10,4% kontrole kontakten in verband met hoge bloeddruk en nog eens een groot aantal kontakten in verband met een hartdiagnose (12,8%) dan kan gekonkludeerd worden dat preventieve bloeddrukmeting relatief weinig plaatsvindt. ECG-onderzoek wordt weinig uitgevoerd (0,9% van de kontakten), als we dit met het groot aantal hartdiagnoses vergelijken (12,8%). Laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden in 6,2% van de kontakten en röntgenonderzoek in 2,3%.

3.6 De (therapeutische) aktie

In bijna alle kontakten (98%) ondernamen de huisartsen één of meer vormen van therapeutische aktie (zie tabel 3.13).
In 33,7% van de kontakten was dit (eventueel naast andere aktie) een gesprek met een therapeutisch doel: hetgeen veel lijkt gezien de toch vaak korte duur van de kontakten.
Medisch advies gaven de artsen in 18,7% van de kontakten.
Een recept werd in bijna de helft van het aantal kontakten uitgeschreven (47,9%). Omdat de registratie samenviel met de eerste maanden van de invoering van de 'medicijnknaak' zal dit aantal in 'normale omstandigheden' nog wel hoger zijn.
Instrumenteel ingrijpen gebeurde weinig (4,7%).
Verwijzingen vinden in 11,1% van de kontakten plaats, voornamelijk naar de specialist (65% van de verwijzingen) en fysiotherapeut (18%). In slechts 4 gevallen vond verwijzing naar de wijkverpleging plaats. Het aantal malen dat de huisartsen specialisten konsulteerden is praktisch nihil.
Dit geldt tevens voor koördinatie (organiseren van hulp voor de kliënt) en een aktie volledig gericht op preventie.
De huisartsen maakten in 43,4% van de kontakten een afspraak voor een volgend kontakt (herhalingskontakt).

3.7 De evaluatie van de hulpvraag

Een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de hulpverlening lijkt te zijn dat een probleem waar de kliënt mee komt althans voor de huisarts zelf duidelijk is. Het blijkt dat het probleem in 81% van de kontakten volgens de huisartsen duidelijk was. Min of meer duidelijk was het in 16% van de kontakten. Niet duidelijk was het probleem naar het oordeel van de huisartsen in 3,1% van de kontakten.

In 9,4% van de kontakten vonden de huisartsen het probleem ernstig. 'Min of meer ernstig' beoordeelden zij het in 32% van de kontakten. In ruim de helft van het aantal kontakten was het probleem volgens hen niet ernstig.

Urgent was het probleem volgens de artsen in 3,5% van de kontakten. In 9,3% van de kontakten was het min of meer urgent en in de overige 87% was er geen sprake van een urgent probleem.

Als laatste kenmerk van de aangeboden problematiek is gevraagd of de problemen vooral op lichamelijk of niet-lichamelijk vlak lagen.
In de helft van de kontakten was het probleem volgens de artsen 'lichamelijk'. 13% was volgens hen niet-lichamelijk en in 37% van de kontakten was het zowel lichamelijk als niet-lichamelijk.
Interessant zou een nadere analyse zijn van deze evaluatie en het verband met de genoemde redenen voor kontakt.

3.8 De evaluatie van de aanpak en het kontakt met de kliënt

De artsen waren in een gering aantal gevallen op bepaalde punten ontevreden over hun eigen aanpak (20 kontakten, 2,2%). De redenen van de ontevredenheid waren uiteenlopend.

De kliënt is volgens de artsen ook weinig ontevreden op bepaalde punten, maar wel vaker dan de artsen zelf (3,4% van de kontakten). Ook hier om uiteenlopende redenen.
In een gering aantal kontakten (26) is volgens de artsen hulp van een andere hulpverlener gewenst. Het meest werd genoemd de wijkverpleging (9 maal) en de specialist (4 maal).
Het kontakt met de kliënt werd in meer dan 90% van de gevallen vertrouwd, gemakkelijk en/of plezierig beoordeeld door de huisartsen. Uitgesproken negatief waren zij slechts in respektievelijk 0,7%, 1.2% en 1.3% van de kontakten.
Samenvattend kan gekonkludeerd worden dat een negatieve evaluatie, hetzij van de aanpak, hetzij van het kontakt, opvallend zelden voorkomt.

3.9 De verschillen tussen huisarts 1 en 2

3.9.1 Inleiding

Speelt bij de aard en frekwentie van de medische konsumptie de oudere kliënt een belangrijke rol, ook de invloed van de huisarts mag beslist niet onderschat worden.
Dit blijkt wanneer wij de gegevens uit het voorgaande ook apart per huisarts beschouwen.
Weliswaar zijn de patiëntenpopulaties van de beide huisartsen niet zomaar gelijk te stellen (in sommige opzichten zijn er verschillen), maar het is onwaarschijnlijk dat dit altijd een verklarende faktor is bij konsumptieverschillen tussen de beide huisartsen.
Verschillen in evaluatie zijn meer vanzelfsprekend en komen dan ook voor.

3.9.2 Verschillen in achtergrondgegevens van de kliënten

Vergelijken we de beide huisartsen op het punt van ingeschreven oudere kliënten dan valt in de eerste plaats op dat huisarts 1 meer ouderen in zijn bestand heeft dan huisarts 2 (respektievelijk 57,1% en 41,8% van het totaal). Huisarts 2 heeft verder relatief meer vrouwen ingeschreven (59%, zie tabel 2.1) dan huisarts 1 (54,6%). De gemiddelde leeftijd is bij huisarts 1 iets lager dan bij 2, respektievelijk 73,6 en 74,5 jaar (zie tabel 2.2). De leeftijdsverdeling verschilt signifikant tussen beide huisartsen ($T = 1,58$, $p = 0.12$).

De verschillen zijn opvallend op het punt van de woonplaats van ingeschreven kliënten. De meerderheid van de oudere kliënten van huisarts 1 (56%) woont in de omringende gemeenten. Huisarts 2 daarentegen heeft zijn kliënten voornamelijk in de gemeente waarin de praktijk is gevestigd; 80% van zijn kliënten woont daar. Gekonkludeerd kan worden dat de kliënten van huisarts 1 gemiddeld verder van de praktijk wonen.

Daarnaast blijkt er (uit het algemene registratieformulier) een signifikant verschil tussen beide huisartsen in burgelijke staat en geslacht van de kliënten waarmee ze kontakt gehad hebben (zie tabel 3.14a en b).

Huisarts 1 heeft meer kontakt gehad met mannen en gehuwden en minder met weduwen en weduwnaars.

De leeftijdsopbouw van de gebruikersgroep verschilt niet signifikant voor de twee huisartsen ($T = 0,96$, $p = 0,34$), met andere woorden de verschillen in aard en frekwentie van konsumptie tussen de beide huisartsen kunnen niet uit het leeftijdsverschil verklaard worden. De leeftijdsverdeling van gebruikers en niet-gebruikers blijkt bij huisarts 1 signifikant te verschillen: gebruikers zijn gemiddeld ouder (74,3 versus 72,5 jaar). Bij huisarts 2 is het verschil niet signifikant.

3.9.3 Aantal kontakten

Huisarts 2 heeft meer kontakten met minder kliënten dan huisarts 1. Het gemiddelde aantal kontakten per kliënt is bij huisarts 2 hoger dan bij huisarts 1 (respektievelijk 3,33 en 2,07).
Niet- en kleingebruikers vinden we relatief meer bij huisarts 1 (tabel 3.2). Grootgebruikers zijn bij huisarts 2 aanzienlijk meer vertegenwoordigd.

Huisarts 2 heeft relatief meer kontakten met vrouwen en huisarts 1 relatief meer met mannen. Het gemiddeld aantal kontakten met een vrouwelijke kliënt is bij huisarts 2 hoger dan bij huisarts 1 (respektievelijk 3,49 en 2,06).
Ook het gemiddeld aantal kontakten per mannelijke kliënt is bij huisarts 2 hoger maar het verschil is minder groot (3,05 tegenover 2,09).

Het aantal kontakten van huisarts 1 is gelijkmatiger gespreid over de maanden, weken en dagen van de week. Het vertoont minder steile pieken en dalen in vergelijking met huisarts 2.

3.9.4. Plaats en initiatief van het kontakt

Huisarts 2 bezoekt relatief vaker thuis dan huisarts 1 (respektievelijk 49% en 37%). Huisarts 1 behandelt vaker op de praktijk (63% respektievelijk 50%). Ten aanzien van het initiatief tot het kontakt verschillen de beide huisartsen niet signifikant (tabel 3.3).

3.9.5 De reden van kontakt

De beide huisartsen vertonen grote verschillen ten aanzien van de geregistreerde symptomen/klachten (zie tabel 3.15), ook als we

deze groeperen naar orgaansystemen (tabel 3.16). Het percentage klachten/symptomen dat 'nieuw' is komt wél opvallend overeen (56%) (tabel 3.5).
Aangezien het aantal mogelijke klachten/symptomen groot is, zou alleen een langere registratieperiode of onderzoek elders uitsluitsel kunnen geven of toeval in het spel is bij het presenteren van klachten door de kliënt of dat de huisarts hier meer een verklarende faktor vormt.

Huisarts 1 had relatief veel kontrolebezoeken in verband met de diagnose 'hoge bloeddruk' en veel bezoeken met een 'begeleidings-/sociaal' karakter. Kontroles in verband met 'hartklachten' komen bij huisarts 2 relatief veel voor (tabel 3.17).
Als we de diagnosen groeperen naar orgaansysteem dan blijkt dat huisarts 1 meer kontroles heeft in verband met het spijsverteringssysteem en kontakten met een 'psychologisch' aksent en dat huisarts 2 veel vaker het ademhalingssysteem noemt (tabel 3.16).
Het is mogelijk dat niet zozeer de diagnosen tussen de huisartsen verschillen alswel de aantallen kontrolebezoeken dat zij gewoon zijn. De aantallen zijn te klein om dit per diagnose uit te zoeken. Wel blijkt het relatieve aantal kontrolekontakten per huisarts niet verschillend (zie tabel 3.6). Er is wel een signifikant verschil tussen de beide huisartsen in het totaal aantal kontakten, waarin de kliënt met een verzoek gekomen is (tabel 3.6). Huisarts 2 geeft in het algemeen meer uitgesproken wensen van de kliënt (specifikatie) als reden voor kontakt dan huisarts 1. Een uitzondering vormt een verzoek om screening/preventieve aktie. Dit wordt door huisarts 1 vaker geregistreerd (tabel 3.5).

3.9.6 Diagnostische procedures en therapeutische akties

Ten aanzien van de uitgevoerde diagnostische procedures verschillen de beide huisartsen op een aantal punten. Huisarts 2 doet vaker specifiek lichamelijk onderzoek (48% versus 38%) en rönt-

genonderzoek (3% versus 1%). Huisarts 1 geeft veel vaker bloeddrukmeting aan (31% versus 19%), wat 'verklaard' zou kunnen worden door een groter aantal kontrolekontakten in verband met hoge bloeddruk en het vaker aangeven van screening/preventie als reden voor kontakt door huisarts 1 (tabel 3.12).

Ten aanzien van de akties, waartoe de huisartsen besluiten valt het volgende op te merken (tabel 3.13). Huisarts 2 geeft signifikant vaker medisch advies, verwijst kliënten meer en maakt vaker een afspraak voor een herhalingskontakt. Dat laatste klopt met de grote gemiddelde kontaktfrekwentie bij deze arts. Huisarts 1 grijpt vaker instrumenteel in wat te verwachten viel gezien de specialisatie van deze huisarts in kleine operaties (onderlinge verwijzing). Beide artsen schreven relatief even vaak een recept uit en gaven even vaak een gesprek aan als onderdeel van de therapeutische aktie.

3.9.7 De evaluatie

Huisarts 2 evalueert de hulpvraag iets minder uitgesproken dan huisarts 1. Hij antwoordt vaker met 'min of meer' op de vraag of het probleem duidelijk ernstig of urgent is.
Huisarts 2 registreert meer 'lichamelijke problemen' en huisarts 1 meer 'niet-lichamelijke'.
Huisarts 1 is relatief iets vaker ontevreden over zijn eigen aanpak dan huisarts 2 maar dit verschil is niet signifikant. Bij beide huisartsen waren de redenen voor deze ontevredenheid uiteenlopend en daarom niet goed te vergelijken.
Weinig verschil is er in het aantal keren dat de kliënt volgens de arts ontevreden is.
Huisarts 1 geeft relatief vaker aan dat hulp van een andere hulpverlener gewenst zou zijn.

Het kontakt werd door huisarts 2 over het algemeen iets minder uitgesproken beoordeeld dan door huisarts 1. Het was vaker 'min of meer' vertrouwd, gemakkelijk en plezierig.

3.10 Nadere analyse van de verschillende gebruikersgroepen

3.10.1 Inleiding

Op basis van de kontaktfrekwentie definieerden wij drie verbruikersgroepen.
Ouderen, die eens per maand of meer kontakt met de huisarts gehad hebben noemen wij grootverbruikers (groep 3); degenen, die in 5 maanden 1 of 2 kontakten gehad hebben, zijn kleinverbruikers (groep 1) en de overigen met dus 3 of 4 kontakten zijn middelgebruikers (groep 2).
Groep 1 telt 236, groep 2 telt 66 en groep 3 telt 48 mensen.

De huisartsen en de onderzoekers waren met name geïnteresseerd in de karakteristieken van de grootverbruikersgroep die immers een relatief groot beslag legt op de tijd van de huisartsen; 40% van alle kontakten met ouderen vindt bij deze groep plaats.
De inhoud van de kontakten zou kunnen verschillen, evenals de patiëntenkenmerken van de grootverbruikende groep, terwijl ook de arts-patiënt-relatie door de frekwente kontakten beïnvloed kan worden.
Op de inhoud van de kontakten wordt in deze paragraaf ingegaan; in subparagraaf 5.2.6 wordt ingegaan op eventuele verschillen in patiëntenkenmerken in subparagraaf 5.2.6. De arts-patiënt-relatie is meer in de interviews aan bod gekomen, aan de verwerking daarvan wij niet toegekomen zijn.

3.10.2 De aard van de kontakten

Zoals al eerder is opgemerkt verschillen de gebruikersgroepen signifikant met betrekking tot hun huisarts ($p = 0,00$). De grootverbruikers hebben relatief vaker huisarts 2 als arts. Grootverbruikers worden ook veel vaker thuis bezocht ($p = 0,00$) en komen navenant minder op de praktijk ($p = 0,00$).
Het gemiddelde percentage huisbezoeken is voor de grootverbruikersgroep 66% en voor alle andere kliënten 29%. De relatief kleine groep grootverbruikers legt daarom een nog groter beslag op de huisartsenzorg, dan uit het aantal kontakten blijkt.
Dat dit alles zeker niet los gezien kan worden van de leeftijd van deze gebruikers blijkt uit subparagraaf 5.2.6.

Wat het initiatief tot het kontakt betreft is het duidelijk dat in de groepen 1 en 2 de kliënt signifikant vaker het initiatief genomen heeft in vergelijking met de groep grootverbruikers ($p = 0,00$). Het percentage kontakten waarvoor de kliënt het initiatief genomen heeft is gemiddeld per kliënt 56%, maar voor de grootverbruikers gemiddeld 29%.

Geheel in overeenstemming met het voorgaande is er verschil tussen de groepen in de verhouding van het aantal kontrolekontakten op het totaal van kontakten per kliënt. Dit verschil is signifikant ($p = 0,00$). In de grootverbruikersgroep is het gemiddeld aantal kontrolekontakten per kliënt 63%, terwijl dit voor de twee andere groepen 41% is.
Het gemiddeld aantal 'klacht'-kontakten is voor de grootverbruikersgroep lager: 39% tegen 48% van de drie groepen te samen. Het verschil is echter niet signifikant ($p = 0,29$). Dit geldt ook voor het verschil in percentage kontakten per kliënt, waarbij nieuwe klachten aan bod gekomen zijn ($p = 0,08$). In gemiddeld 21% van de kontakten presenteren grootverbruikers nieuwe klachten, terwijl dit voor de kleinverbruikersgroep gemiddeld 33% is.

Het gemiddeld percentage kontakten op het totaal aantal kontakten per kliënt, waarbij de kliënt met een duidelijke vraag (specifikatie) komt, blijkt voor de kleinverbruikersgroep wel signifikant groter te zijn: 24% tegen 21% voor alle kliënten ($p = 0,03$). De kontakten, waarbij de kliënt zelf met een eigen diagnose komt blijkt bij kleinverbruikers ook relatief (niet signifikant) groter te zijn ($p = 0,49$), maar vaak komt dit niet voor.
Het voorgaande bevestigt het meer routinematige karakter van de kontakten met grootverbruikers. Toch is het aantal kontakten waarin door grootverbruikers nieuwe klachten worden gepresenteerd zeker niet gering (21%).

Wat zijn nu de problemen van de grootverbruikers?
Het blijkt dat met betrekking tot alle orgaansystemen, zowel het aantal klachten/symptomen als het aantal diagnosen beduidend hoger is (vergelijk de tabellen 3.18 en 3.9).
Gemiddeld zijn er bij de grootverbruikers 3 verschillende klachten/symptomen en 3 verschillende diagnosen per kliënt gesignaleerd (voor de gehele kliëntenpopulatie is dit weergegeven in tabel 3.11).
Klachten met betrekking tot het ademhalingssysteem, het bewegingsapparaat en het neurologisch systeem komen zeer vaak voor (respektievelijk bij 62,5, 45,8 en 31,3% van de grootverbruikers), evenals diagnosen op het gebied van de bloedsomloop, het ademhalingssysteem en psychologische problematiek (respektievelijk bij 52,1, 31,2 en 56,3% van de grootverbruikers).
Tot de meest genoemde klachten behoren kortademigheid (bij 11 grootverbruikers), algemene malaise (bij 7 patiënten) en hoesten (bij 6 patiënten). Misselijkheid, duizeligheid, verlammingsverschijnselen, spraakstoornissen en beenklachten komen bij 4 grootverbruikers voor.
De meest voorkomende diagnose is decompensatio cordis, die bij 7 patiënten voorkomt, terwijl als kontaktreden eveneens vaak sociaal bezoek of bezoek na ziekenhuisopname genoemd is (bij

respektievelijk 12 en 7 kliënten). Het sociale bezoek is immers onder de kategorie psychologische problematiek gecodeerd.

Met betrekking tot de diagnostische procedures, die de huisarts onderneemt blijkt dat hij bij de grootverbruikers wat meer een anamnese afneemt en specifiek lichamelijk onderzoek doet, maar dit is niet signifikant (respektievelijk p = 0,31 en p = 0,42).

Wat betreft de therapeutische aktie blijkt het gesprek relatief vaker voor te komen (p = 0,02), gemiddeld per grootverbruiker bij 42% van de kontakten. Ten aanzien van de gehele kliëntenpopulatie is dit percentage 29%. Ook het medisch advies wordt wat vaker aan de grootverbruikers gegeven (in 23% van de kontakten), maar dit verschil is niet signifikant (p = 0,13).
Receptuur wordt bij de grootverbruikers minder voorgeschreven (p = 0,06), maar toch nog gemiddeld per kliënt in 43% van de kontakten, tegen 54% van de kontakten gemiddeld voor de populatie als geheel. Omdat het bij grootverbruikers veelal herhalingsrecepten betreft wil dat niet zeggen dat grootverbruikers minder medicijnen zouden gebruiken, integendeel.
Opvallend is dat voor de groep middelverbruikers het aantal kontakten, dat in een verwijzing resulteert groter is (p = 0,21): gemiddeld per kliënt in 16% van de kontakten tegen 10% voor de groot- en kleinverbruikers. Vanzelfsprekend wordt bij de grootverbruikers signifikant vaker (p = 0,00) tot een herhalingskontakt besloten bij gemiddeld per kliënt in 56% van de kontakten. De overige mogelijke akties komen zelden voor.

Wij zijn tenslotte tevens nagegaan of de evaluatie van het kontakt door de huisarts verschilt tussen de 3 groepen gebruikers.
Hoewel het relatief zelden voorkomt blijkt dat inderdaad het geval te zijn voor de als ernstig en urgent beoordeelde kontakten, die meer bij grootverbruikers voorkomen (p = 0,00) in gemiddeld per kliënt 6% van het aantal kontakten. Bovendien blijkt bij deze groep de problematiek wat vaker zowel op lichamelijk als niet-

lichamelijk vlak te liggen in gemiddeld per kliënt 39% van de kontakten, tegen 31% voor de drie groepen te samen (p = 0,42). Opvallend is dat juist voor de middengroepverbruikers het aantal kontakten waarin het probleem niet echt duidelijk is, het grootst is - gemiddeld per kliënt in 24% van het aantal kontakten - terwijl dit voor alle kliënten 18% is (p = 0,20). Ten aanzien van de overige evaluatieve aspekten, als de ontevredenheid van arts of kliënt, het niet vertrouwd, gemakkelijk of plezierig zijn van het kontakt, zijn de verschillen gering, terwijl deze negatieve beoordelingen ook zelden voorkomen. Toch lijkt het kontakt met de grootverbruikers relatief wat vertrouwder te zijn, maar minder gemakkelijk en plezierig.

3.11 Konklusies

Met behulp van de gepresenteerde gegevens is een beeld geschetst van de hulpvraag van de ouderen in de kontakten met de huisarts. Gezien de aard van het spreekuur moet rekening gehouden worden met een onderrapportage, zowel wat betreft het aantal kontakten als wat betreft de geregistreerde informatie per kontakt.

Gedurende onze onderzoeksperiode is 17% van de kontakten met patiënten van alle leeftijden gewijd geweest aan de 11% ouderen in de praktijk; met name een vrij kleine groep ouderen (8,8% van de ingeschreven 65-plussers) neemt een groot deel (40%) van de kontakten met ouderen voor zijn rekening.
De uit de literatuur bekende grotere konsumptie van vrouwen wordt in dit onderzoek niet bevestigd.

Een groot deel (43%) van de kontakten met oudere kliënten vond thuis plaats, een tijdsintensief gebeuren.
Ook blijkt dat in bijna de helft van de kontakten de huisarts zélf een belangrijke rol speelt in de totstandkoming ervan,

enerzijds door zelf het initiatief te nemen, maar vooral door (een datum voor) een vervolg-kontakt af te spreken.
Andere eerste-lijns hulpverleners en de specialist verwijzen maar zelden door maar ook huisartsen verwijzen zelden door naar andere eerste-lijners.

52% van de kontakten heeft als (een) reden een kontrole ten aanzien van één of meer bekende diagnosen; tijdens 44% van de kontakten kwam de kliënt met een symptoom of klacht en in 26% van de kontakten betrof dit nieuwe klachten of symptomen. Kontakten, waarin de kliënt min of meer specifieke verzoeken naar voren bracht vormden 17% van het totaal aantal kontakten tijdens de onderzoeksperiode.

De morbiditeit van klachten/symptomen is zeer uiteenlopend. 74 (21,1%) patiënten komen met klachten op het gebied van het bewegingsapparaat. Ook klachten met betrekking tot de luchtwegen komen veel voor (bij 61 kliënten, 17,4%); klachten op het gebied van de bloedsomloop opvallend weinig.

De meest getelde diagnosen daarentegen betreffen wél de bloedsomloop (103 kliënten, 29,4%); hypertensie en decompensatis cordis komen wat dit betreft veel voor. Diagnosen met betrekking tot de bloedsomloop betreffen dan ook vele kontrolekontakten (38% van de kontakten). Vaak hebben de kontrolekontakten ook een meer psychologisch of psychosociaal aksent (21% van de kontakten bij 61 - 17% - kliënten).
Respiratoire aandoeningen komen bij 31 kliënten voor (9%).

Nadere specifikaties, waarmee de kliënt aangeeft wat hij/zij van de arts wil zijn in het algemeen weinig door de huisartsen geregistreerd. Ouderen zijn wellicht weinig expliciet in hun wensen, maar ook het grote aantal (routine) kontrolekontakten kan een rol spelen.

Dit laatste speelt waarschijnlijk ook een rol bij het feit dat in 29% van de kontakten de artsen geen diagnostische aktiviteiten ontplooien. Daarentegen ondernamen de huisartsen wel in bijna alle kontakten een therapeutische aktie: in bijna 50% van de gevallen een recept.
Verwijzingen vinden in 11% van de kontakten plaats, voornamelijk naar specialist en fysiotherapeut. Verwijzingen tussen eerstelijners onderling komen zelden voor.

Ten aanzien van de evaluatie van de hulpvraag, de aanpak en het kontakt worden opvallend weinig problemen gesignaleerd: in 81% van de kontakten is de aangeboden problematiek volgens de huisartsen duidelijk en de keren dat men ontevreden is over de eigen aanpak of over de beleving van het kontakt zijn zeldzaam (respektievelijk 2 en 1% van het aantal kontakten).

De relatief kleine groep 'grootverbruikers', die eens per maand of vaker met de huisarts kontakt heeft, omvat 8,8% van de ingeschreven ouderen en verschilt in een aantal opzichten van de overige oudere kliënten. De gemiddelde leeftijd is beduidend hoger: 78 tegen 73,5 jaar. Zij worden veel vaker thuis bezocht en zijn voornamelijk patiënt van één van beide huisartsen. Vanzelfsprekend is er veel sprake van een kontrolekontakt, maar het aantal nieuwe klachten is net niet signifikant lager dan bij de overige oudere kliënten ($p = 0,07$). Toch is het aantal kontakten waarin door grootverbruikers nieuwe klachten worden gepresenteerd, nog gemiddeld per kliënt 21% van het totaal aantal kontakten. Wel komt de grootverbruikersgroep signifikant minder met eigen wensen (specifikaties) naar voren. De problemen worden wat vaker door de huisarts als ernstig en urgent beschouwd in gemiddeld 6% van het aantal kontakten.
Als therapeutische aktie hebben de huisartsen bij grootverbruikers vaker een gesprek aangegeven en wat minder vaak receptuur. Met betrekking tot alle orgaansystemen is zowel het aantal klachten/symptomen als het aantal diagnosen bij de grootverbruikers

beduidend hoger. Zo komen klachten ten aanzien van het bewegingsapparaat en de luchtwegen bij respektievelijk 46% en 62% van de grootverbruikers voor en diagnosen ten aanzien van bloedsomloop, luchtwegen en psychologische problematiek bij respektievelijk 52%, 31% en 56%.
De kontakten met grootverbruikers lijken een meer routinematig karakter te hebben, ondanks het meer voorkomen bij deze groep van ernstige en urgente problemen en het niet geringe aantal nieuwe klachten dat gepresenteerd wordt.
Het meest opvallend bij de groep 'middelgebruikers' - die in 5 maanden 3 of 4 keer kontakt met de huisarts hebben gehad - is, dat de huisarts de problemen meer onduidelijk vindt en deze oudere kliënten vaker doorverwijst.

De patiëntenpopulatie van de beide huisartsen verschilt op een aantal punten. Toch zijn sommige verschillen en overeenkomsten in konsumptie tussen kliënten van de beide huisartsen opvallend en hier niet zomaar uit te verklaren. Wellicht is de huisarts hier een verklarende faktor. Nadere analyse zou hier noodzakelijk zijn. Voorbeelden zijn onder andere dat de ene huisarts meer kontakten met minder kliënten heeft en ook vaker thuis bezoekt dan de andere huisarts; bovendien zijn er verschillen in gestelde diagnosen en redenen voor kontakt, terwijl beide huisartsen juist in gelijke mate recepten uitschrijven.

4. DE FEITELIJK GEBODEN HULP VAN WIJKVERPLEGING EN GEZINSVERZORGING

4.1 Inleiding

Omdat beide disciplines gebruik gemaakt hebben van dezelfde formulieren en de aantallen kliënten niet groot zijn, gebeurt de bespreking van de resultaten in één hoofdstuk.
Een overzicht van de geboden hulp vindt plaats aan de hand van de indikatiestelling en van een maandelijkse evaluatie.
In tegenstelling tot de huisarts, die per afzonderlijk kontakt met nieuwe klachten en problemen gekonfronteerd kan worden, is er bij de andere hulpverleners sprake van een min of meer langdurige hulpverlening ten aanzien van een bepaalde problematiek.
Tijdens de eerste kontakten wordt getracht te komen tot de vaststelling van de benodigde hulp en het behandelingsplan. Deze vaststelling kan overigens al lang vóór het begin van de onderzoeksperiode gebeurd zijn. De hulpvraag aan wijkverpleging, gezinsverzorging (en het maatschappelijk werk) wordt dus gedefinieerd door het nodig zijn van de verschillende soorten hulp; de hulpvraag meer rechtstreeks beschreven in termen van hulpaanbod.

Tegen onze verwachting bleek het maatschappelijk werk, dat wel bij de voorbereiding van het onderzoek betrokken was, tijdens de onderzoeksperiode en de enkele maanden daarvóor geen enkele oudere uit onze onderzoekspopulatie als klant te hebben.

De hulpverleningskategorieën, waarin de hulp aangegeven moest worden, staan in het volgende schema.
Deze indeling is grotendeels gebaseerd op de registratie, die door de nationale kruisvereniging gepropageerd wordt en die door de betrokken wijkverpleegkundigen ook vlak na de onderzoeksperiode in gebruik is genomen. Met enkele aanpassingen voldoet

deze indeling ook goed voor de gezinsverzorging. Verschillende vormen van (te verwachten) overlap tussen de werkzaamheden van beide disciplines kunnen zo zichtbaar worden.

Opgenomen werkzaamheden:

Huishoudelijke verzorging

- hulp bij lichte huishoudelijke werkzaamheden
- hulp bij bedden opmaken
- hulp bij overige zwaardere huishoudelijke werkzaamheden
- hulp bij boodschappen doen
- hulp bij voorbereiding maaltijden
- hulp bij verzorging van kleiding en linnengoed
- overig, namelijk: . . . . . .

Lichamelijke/hygiënische verzorging

- hulp met eten/drinken
- hulp met wassen
- hulp bij zich verschonen vanwege laten lopen van urine en ontlasting
- hulp bij aan-/uitkleden
- hulp bij haarverzorging/scheren/mondhygiëne
- hulp bij naar het toilet gaan
- hulp bij toiletteren in bed
- hulp bij verplaatsen in/uit bed
- overig, namelijk: . . . . . .

Verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen

- katheteriseren
- open wond verzorgen
- decubitus verzorgen
- stomp behandeling
- druk- en steunverbanden geven
- a.p. verzorgen
- u.p. verzorgen
- kontroleren van temperatuur
- kontroleren van pols; ademhaling
- observatie urine, faces
- kontroleren van gehoor, enz.
- kontroleren van bewegingsapparaat
- overig, namelijk: . . . . . .

- medicijn toediening:
  . injekties
  . sonde
  . oraal
  . vaginaal
  . rectaal
  . oog-, oor-. neusdruppelen
  . inhalatie
  . overig, namelijk: . . . . . .

Reaktivering

- samen met kliënt aktiviteiten ontplooien
- beorderen van aktiviteiten onder andere wandelen
- assisteren bij het herstel van A.D.L.-funkties*
- oefentherapieën
- overig, namelijk: . . . . . .

Begeleiding immateriële probleemsituaties ten aanzien van:

- problemen rond ziekte/handicap
- opname verpleeg/verzoringstehuis
- overlijden partner
- overlijden naasten
- eenzaamheid
- relationele problemen in het algemeen
- relatie met partner
- relatie met naasten
- problemen met andere hulpverleners
- stervensbegeleiding
- doodsproblematiek
- inschakelen/consulteren van andere instanties of hulpverleners
- koördinatie hulpverlening
- overig, namelijk: . . . . . .

Begeleiding materiële probleem situaties ten aanzien van:

- financiën
- huisvesting
- administratie
- indienen van aanvragen ten behoeve van aanpassing handicap
- indienen van andere aanvragen
- overig, namelijk: . . . . . .

Helpen bij het realiseren van therapie en/of leefregel ten aanzien van:

- medicijngebruik
- voeding en dieet
- tijdige medische kontrôle
- andere voorgeschreven leefregels
- overig, namelijk: . . . . . .

Gezondheidsvoorlichting en bevordering:

- praeventief bejaardenbezoek
- overig, namelijk: . . . . . .

Oriëntatie:

- voorlopig nog geen hulp ingezet

* = algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Gezien het geringe aantal hulpverleningssituaties moet niet teveel waarde toegekend worden aan statistische toetsen. De konklusies zijn tentatief.

4.2 De hulp van de wijkverpleging

4.2.1 Inleiding

Enige achtergrondgegevens met betrekking tot de kliënten zijn opgenomen in tabel 4.1. In totaal krijgen 37 ouderen uit onze onderzoekspopulatie hulp van drie wijkverpleegkundigen (6,7% van de onderzoekspopulatie). Een landelijk vergelijkingscijfer is ons onbekend. Opvallend is dat de kliënten die hulp krijgen van de wijkverpleging voornamelijk 'kleinverbruikers' zijn bij de huisarts.
In 8 situaties is er naast hulp van de wijkverpleging ook traditionele hulp van de gezinsverzorging aanwezig.

4.2.2 De indikatiestelling

Aan de wijkverpleegkundigen is gevraagd de hulpverlening van het laatste moment van indikatie te beschrijven hetgeen veelal zal overeenkomen met hun huidige werkzaamheden.
Daarnaast hebben ze aangegeven dat vanaf de indikatiestelling tot aan de onderzoeksperiode de hulp in 13 situaties verminderd is, in 5 situaties vermeerderd en in 7 situaties gelijk gebleven.

De taken van de wijkverpleegkundigen worden veelal gezien in de medisch verzorgende sfeer. Het is dan ook opmerkelijk te konstateren, dat de wijkverpleegkundigen binnen de kategorie immateriële begeleiding de meeste werkzaamheden aangeven (tabel 4.2.).
Het gaat hier voornamelijk om de begeleiding rond ziekte en handicap (21 maal aangegeven) en de begeleiding rond eenzaamheids-

problemen (14 maal aangegeven). Daarnaast wordt in 10 gevallen in verband met het overlijden van de partner begeleiding gegeven.
Werkzaamheden binnen de kategorie lichamelijke en hygiënische hulp komen in aantal op de tweede plaats (hulp bij wassen is 12 maal, hulp bij aan- en uitkleden is 9 maal aangegeven).
In verband met de nadruk op de immateriële begeleiding moet nog even in herinnering geroepen worden, dat het maatschappelijk werk geen enkele kliënt heeft gehad tijdens de onderzoeksperiode.
Een schatting van het relatieve tijdsaandeel van de verschillende kategorieën in de gegeven hulp bevestigt het bovenstaande beeld van de nadruk op de immateriële begeleiding, die gemiddeld 54% van de tijd van de wijkverpleegkundige vergde (tabel 4.3).

4.2.3 De evaluatie van de hulpvraag, de aanpak en het kontakt

In overeenstemming met de nadruk op immateriële begeleiding vinden de wijkverpleegkundigen dat het accent van de hulpvraag in 38% van de gevallen op niet-lichamelijk vlak ligt.
In tabel 4.4 wordt daarnaast aangegeven hoe de wijkverpleegkundigen de hulpvraag beoordeelden. De hulpvraag werd in 24% van de gevallen min of meer duidelijk gevonden.
Deze aarzelingen over de duidelijkheid worden bevestigd in de door de wijkverpleegkundigen genoemde punten van eigen onvrede met hun aanpak ten aanzien van 9 kliënten, terwijl ze vermoedden dat 5 kliënten ontevreden zijn. Deze onvrede heeft meestal te maken met enerzijds het niet regelmatig (kunnen) bezoeken van de kliënt en anderzijds het niet precies weten wat de behoeften van de kliënt zijn en wat in die gevallen de taken zijn van de wijkverpleegkundigen.
Over de beleving van het kontakt volgens de aspekten vertrouwd, gemakkelijk en plezierig oordelen de wijkverpleegkundigen gunstig (tabel 4.5). Slechts bij één kliënt is het oordeel ongunstig.

4.2.4 Relatie met andere eerste-lijners en mantelzorg

Aanwijzingen hierover levert de gestelde vraag door welke personen de wijkverpleegkundigen op de hoogte gebracht is of gehouden wordt over de situatie van de kliënt (tabel 4.6).
Naast vanzelfsprekend de kliënt zijn de huisarts (23 maal), familie (12 maal) en partner (10 maal) de belangrijkste informatiebronnen. De gezinsverzorging wordt slechts 3 maal genoemd, terwijl toch bij 8 ouderen zowel wijkverpleging als gezinsverzorging hulp geeft.
De wijkverpleegkundigen hebben ook herhaaldelijk aangegeven dat het mogelijk en wenselijk is om de zelf- en mantelzorg te intensiveren (tabel 4.7). Dit geldt vooral voor de kategorie immateriële begeleiding. Blijkbaar twijfelen de wijkverpleegkundigen toch aan de wenselijkheid van hun eigen inzet op dit gebied.
In 76% van de situaties wordt volgens de wijkverpleegkundigen trouwens al regelmatige hulp door de familie geboden (tabel 5.30).

4.2.5 De evaluatie van de hulp gedurende de 5 maanden van het onderzoek

Bij 22 kliënten hebben de wijkverpleegkundigen problemen of klachten gesignaleerd. De aangegeven klachten/problemen zijn in 5 kategorieën te verdelen, te weten:

1. lichamelijke en geestelijke klachten die mogelijk een opname tot gevolg hebben	14
2. familie en relationele problemen	6
3. overlijden kliënt	2
4. overlijden naasten	2
5. materiële problemen	2

Bij 25 ouderen waren er positieve gebeurtenissen het signaleren waard gedurende de onderzoeksperiode.
De positieve voorvallen zijn in vier kategorieën in te delen:

1. lichamelijke vooruitgang	11 maal
2. het weer aktief bezig zijn	6 maal
3. familie-gebeurtenissen en algemene veranderingen	5 maal
4. materiële gebeurtenissen	4 maal

In achttien situaties waar een of meerdere negatieve gebeurtenissen gesignaleerd zijn door de wijkverpleegkundigen, geven zij positieve gebeurtenissen aan die hier betrekking op hebben.
Het (weer) aktief bezig zijn wordt veelal gezien als graadmeter voor de vooruitgang op lichamelijk en geestelijk gebied.

De genoemde positieve en negatieve voorvallen kunnen een wijziging in de aard van de hulpverlening tot gevolg hebben gehad (tabel 4.8).
Deze veranderingen hebben wat betreft de immateriële begeleiding plaatsgevonden bij 13 kliënten: dit is 43% van de kliënten die deze hulp kregen. De veranderingen liggen ten aanzien van de lichamelijke en hygiënische verzorging percentueel hoger: 67% dus bij 8 kliënten. Binnen deze hulpkategorie traden derhalve gedurende de 5 maanden de meeste veranderingen op. Veranderingen in de hulpkategorie verpleegtechnisch handelen en medicijnentoediening kwamen wel redelijk veel voor (11 maal), maar veelal steeds bij dezelfde 4 kliënten.
Gekonkludeerd kan worden dat uitgaande van de eerdere indikatiestelling vele (kleinere) veranderingen in de chronische hulp voorkomen.

De gedurende de 5 maanden gesignaleerde punten van onvrede, hetzij bij de kliënt hetzij bij de wijkverpleegkundige komen grotendeels overeen met de eerder genoemde punten van onvrede.
Bij dertien kliënten is een of meerdere malen iets van onvrede genoemd. Deze onvrede heeft veelal te maken met het niet regelmatig (kunnen) bezoeken van de kliënt (6 maal); in een aantal situaties zou volgens de wijkverpleegkundigen dit ook mogelijk onvrede bij de kliënt tot gevolg hebben.

In een enkele situatie wordt aangegeven dat er méér hulp gegeven zou moeten worden.

4.3 De hulp van de gezinsverzorging

4.3.1 Inleiding

Binnen de gezinsverzorging kunnen twee disciplines onderscheiden worden namelijk de leidinggevenden en de helpsters.
De leidinggevenden stellen de indikatie en bepalen de hoeveelheid geboden hulp, de helpsters verlenen de daadwerkelijke hulp. Daarnaast begeleidt de leiding de helpsters en soms de oudere zelf ten aanzien van specifieke problemen. Aan deze laatste werkzaamheden van de leiding wordt in ons onderzoek weinig aandacht besteed. De helpsters helpen elk veelal één of twee ouderen.
De groep van de gezinsverzorging die meedeed aan het onderzoek, bestond uit 3 leidinggevenden en 16 helpsters, die hulp boden aan 20 kliënten. De helpsters van 7 kliënten deden niet mee aan het onderzoek; in deze gevallen is alleen van de leiding informatie verkregen.
Ten aanzien van één echtpaar uit onze onderzoekspopulatie hebben zowel leiding als helpster niet meegedaan.
Voor het onderzoek is de keuze gemaakt om alleen de helpsters erbij te betrekken, die 'traditionele' hulp geven.
Traditionele hulp wil zeggen dat naast het huishoudelijk werk de begeleiding een min of meer grote rol speelt; dit in tegenstelling tot de alpha-hulp, waar het uitsluitend zou gaan om huishoudelijke hulp.
Enige achtergrondgegevens met betrekking tot de kliënten staan vermeld in tabel 4.9.
In totaal krijgen 29 ouderen (5,4% van onze onderzoekspopulatie) traditionele hulp van de gezinsverzorging, landelijk gezien geen ongebruikelijk aantal. Het hangt echter nogal sterk af van de

verdeling van het aanbod van kliënten over traditionele en alpha-hulp in de verschillende regio's.

4.3.2 De indikatiestelling en de verleende hulp

Door de oudere wordt hulp gevraagd, de leiding stelt met de kliënt de aard en de mate van de benodigde hulp vast (indikatie) en overlegt met de helpster de konkrete werkzaamheden die door haar moeten worden uitgevoerd. Met het oog op deze verschillende funkties van helpsters en leiding is het interessant stil te staan bij eventuele verschillen tussen de huidige werkzaamheden, zoals weergegeven door de helpsters en de indikatie die door de leiding gesteld is. Het schema van werkzaamheden (paragraaf 4.1) wordt door de leiding gebruikt om de gestelde indikatie weer te geven, door de helpsters om hun feitelijke werkzaamheden aan te duiden.

Over het algemeen hebben helpsters en leiding aangegeven dat voorafgaand aan de onderzoeksperiode de verleende hulp gelijk gebleven is in intensiteit en in enkele gevallen vermeerderd is.

De meest voorkomende werkzaamheden zijn in tabel 4.10 aangeduid. Volgens verwachting worden in de kategorie huishoudelijke verzorging de zwaardere huishoudelijke werkzaamheden in alle situaties door leiding en helpsters genoemd.
Ook bestaat er een redelijke overeenstemming tussen geïndiceerde en feitelijke hulp op het gebied van de lichte huishoudelijke werkzaamheden (respektievelijk bij 15 en 16 kliënten).
Het boodschappen doen wordt duidelijk minder geïndiceerd dan gedaan (respektievelijk bij 6 en 12 kliënten).
Binnen de kategorie begeleiding immateriële probleemsituaties, die naast de huishoudelijke bezigheden een belangrijke rol spelen, geeft de leiding meer problemen aan dan de helpsters (eenzaamheidsproblemen, overlijden).

We kunnen konstateren dat achtereenvolgens huishoudelijke verzorging en immateriële begeleiding het meest door de leiding en de helpsters genoemd wordt. Het verpleegtechnisch handelen wordt het minst aangekruist.

De grootste verschillen per kategorie tussen leiding en helpsters doen zich voor op het gebied van de begeleiding op immaterieel gebied, reaktivering en materiële begeleiding (tabel 4.11). Het is de leiding die op deze gebieden meer signaleert dan de helpsters; terwijl het aan de andere kant opvallend is dat helpsters meer werkzaamheden uitvoeren dan de leiding aangeeft op het gebied van lichamelijke verzorging en toezicht bij therapie en leefregel. Dit zijn werkzaamheden die ook door wijkverpleging gedaan worden.

Bekijken we de schatting (in percentages) van de relatieve tijdsbesteding van de kategorieën huishoudelijke verzorging en immateriële begeleiding (tabellen 4.12 en 4.13) dan zien we ook hier dat de leiding een hoger percentage aangeeft voor de kategorie immateriële begeleiding dan de helpsters (leiding 24%, helpster 12%) en dat de helpsters een hoger percentage aangeven voor de kategorie huishoudelijke verzorging dan de leiding (helpster 84%, leiding 72%).
Aan de leiding is verder nog apart gevraagd hun eigen werkzaamheden ten aanzien van kliënten, per kategorie, aan te geven (tabel 4.14). Begeleiding in immateriële probleemsituaties wordt door de leiding in 21 situaties aangegeven.
Verder houdt de leiding zich bezig met reaktivering (8 maal). De begeleiding in materiële probleemsituaties werd door de leiding bij 4 kliënten gedaan.

4.3.3 De evaluatie van de aanpak en het kontakt

Volgens de helpsters ligt het accent van de hulpvraag in 20% van

de gevallen op een niet-lichamelijk vlak; een verrassend hoog percentage voor de gezinsverzorging.
De helpsters geven in 5 situaties aan dat ze op bepaalde punten ontevreden zijn over hun aanpak bij 3 kliënten.Daar waar ontevredenheid aangegeven wordt gaat het in de ogen van de hulpverleners over het onbereikbaar zijn van de kliënt, zodat er een machteloos gevoel ontstaat.
De beleving van het kontakt naar de aspekten vertrouwd, gemakkelijk, plezierig, wordt door de helpsters in het algemeen positiever beoordeeld dan door de leiding (tabel 4.15).
In ongeveer 25% van de situaties vinden de helpsters het kontakt min of meer gemakkelijk of vertrouwd, hetgeen echter niet gepaard gaat met gevoelens van onplezierigheid.

De relatie met andere eerste-lijners en de mantelzorg is bij de beantwoording van de vragen niet duidelijk uit de verf gekomen.

In 70% van de situaties wordt door de helpster de familie als regelmatige hulpgever aangeduid; de leiding signaleert dit zelden (tabel 5.43).
Er kan ook gekonkludeerd worden dat de hulp van de gezinsverzorging als aanvulling dient op de al bestaande hulp van de familie.
Wat betreft het (meer) inschakelen van mantelzorg en/of zelfzorg zien leiding en helpsters dan ook weinig mogelijkheden of vinden zij deze hulp niet wenselijk. De hulp wordt door de leiding en helpsters, mede door het aangeven van de belangrijke rol die de professionele hulp en met name de gezinsverzorging in het leven van betrokkene speelt, derhalve als onontkoombaar en noodzakelijk gezien.

4.3.4 De evaluatie van de hulp gedurende de 5 maanden van het onderzoek

Bij 15 van de 20 kliënten hebben de helpsters gedurende de

onderzoeksperiode problemen of klachten gesignaleerd, de leiding bij 16 van de 27 kliënten.

De aangegeven klachten zijn in 4 kategorieën onder te verdelen (tussen haakjes de aantallen genoemd door de leiding).

1. klachten over de lichamelijke gesteldheid van de kliënt (tijdelijk/langdurig), wat vaak ziekenhuisopname tot gevolg heeft	8	(3)
2. overlijden van de kliënt	2	
3. overlijden/ziekte naasten waaraan vaak gekoppeld is de keuze wél of géén verzorgingstehuis voor de kliënt zelf	4	(3)
4. klachten over het funktioneren van de zorg; verandering van de hulp	1	(3)

Afgezien van het feit dat helpsters gedetailleerder zijn in hun 'signalering' (32 maal versus 11 maal) blijkt dat in het algemeen klachten/problemen, die leiding en helpsters beiden per kliënt aangeven, overeenkomen.

Bij 16 van de 20 ouderen signaleerden de helpsters positieve gebeurtenissen, die belangrijk waren in de hulpverlening.
Deze positieve gebeurtenissen zijn in drie kategorieën in te delen:

1. verbetering van de lichamelijke of geestelijke gesteldheid van de kliënt, voorheen als probleem gesignaleerd	12 maal
2. in het algemeen iets positiefs, bijvoorbeeld vakantie	10 maal
3. het goede funktioneren van de hulp	1 maal

De leiding gaf in slechts 2 gevallen positieve gebeurtenissen aan. De leiding heeft derhalve een wat somberder beeld van de situatie en de mogelijkheden van de kliënten dan de helpsters.
Opvallend is dat helpsters en leiding in het merendeel van de situaties de meeste klachten en problemen aangeven op het gebied van de gezondheid. De positieve ontwikkelingen beslaan een wat groter terrein dan alleen de gezondheid, al voert de gezondheid wel duidelijk de boventoon.

De genoemde positieve en negatieve voorvallen kunnen een verandering in de aard van de hulpverlening tot gevolg hebben gehad (tabel 4.16).
Wat betreft de huishoudelijke verzorging hebben deze veranderingen inderdaad plaatsgevonden bij 10 kliënten (50%). De veranderingen ten aanzien van de begeleiding in immateriële probleemsituaties ligt procentueel hoger en vond plaats bij 8 kliënten (67% van de kliënten die deze hulp kregen). Ook ten aanzien van lichamelijke en hygiënische verzorging en de hulp-kategorie begeleiding in materiële probleemsituaties kwamen veranderingen voor bij 7 kliënten. Ten aanzien van de gezinsverzorging kan dus gekonkludeerd worden dat er veel veranderingen in de hulp optreden, zonder dat een formele herindikatie plaatsvindt.

Ten aanzien van 4 kliënten hebben de helpsters gedurende de onderzoeksperiode onvrede gesignaleerd over hun aanpak (de leiding heeft niets ingevuld). Zo gaf een helpster aan niet toe te komen aan het huishoudelijk werk, doordat de kliënt meer behoefte had aan praten; een ander gaf aan dat ze onvoldoenden kan doordringen tot de kliënt.
In vijf situaties geven de helpsters aan dat het wenselijk zou zijn als de mantelzorg of een professionele kracht, naast de gezinsverzorging, hulp zou bieden.

4.4 Konklusies

Een overzicht van de geboden hulp gebeurt aan de hand van de indikatiestelling door wijkverpleging en gezinsverzorging en aan de hand van hun maandelijkse evaluatie gedurende de onderzoeksperiode.
De hulpvraag aan wijkverpleging en gezinsverzorging wordt gedefinieerd door het nodig zijn van verschillende soorten hulp; de hulpvraag beschreven in termen van hulpaanbod.

Het maatschappelijk werk, dat ook bij het onderzoek betrokken was, had vóór en tijdens de onderzoeksperiode, verrassenderwijs geen enkele kliënt uit onze onderzoekspopulatie.

6,7% Van onze onderzoekspopulatie krijgt hulp van de wijkverpleging. De taken van de wijkverpleegkundigen worden veelal gezien in de medisch verzorgende sfeer. Het is dan ook opmerkelijk dat de wijkverpleegkundigen in de hulpkategorie 'immateriële begeleiding' de meeste werkzaamheden aangeven (begeleiding van ziekte/-handicap, eenzaamheidsproblemen).
Werkzaamheden binnen de kategorie 'lichamelijke en hygiënische verzorging' komen op de tweede plaats (hulp bij wassen, aan- en uitkleden).

Het blijkt dat de wijkverpleegkundigen niet zelden onzeker zijn over hun taak bij de kliënten en hun hulpbehoefte. In 24% van de gevallen vond men de hulpvraag min of meer duidelijk, terwijl ten aanzien van 14 kliënten deze onzekerheid als een punt van onvrede werd geuit. Nadere analyse zou de achtergronden kunnen verduidelijken. In overeenstemming hiermee is ook het feit dat de wijkverpleegkundigen herhaaldelijk hebben aangegeven, dat - met name op het gebied van de immateriële begeleiding - het mogelijk en wenselijk is de zelf- en mantelzorg te intensiveren.
In 76% van de situaties wordt trouwens volgens de wijkverpleging door de familie al regelmatig hulp geboden.

Tijdens de onderzoeksperiode zijn er bij de meerderheid van de kliënten (positieve en negatieve) gebeurtenissen te signaleren, die van invloed zijn op de hulpverlening. Er blijken dan ook veel (kleinere) veranderingen in de hulp voor te komen, uitgaande van een eerdere en ongewijzigde indikatiestelling. Het stellen van een hulpindikatie moet dus niet te strikt worden opgevat; het is meer de afweging dat hulp geboden is en in grote lijnen welke hulp.

In de gezinsverzorging doet zich de omstandigheid voor dat de leidinggevenden de indikatie stellen en de hoeveelheid hulp bepalen, die de helpster daadwerkelijk verleent.
In totaal krijgen 29 ouderen (5,4% van onze onderzoekspopulatie) traditionele hulp van de gezinsverzorging. Dit is landelijk gezien geen ongebruikelijk aantal. Het hangt echter sterk af van de verdeling van het kliëntenaanbod over de traditionele - en alpha-hulp in de verschillende regio's. In ons onderzoek wordt aan alpha-hulp geen aandacht besteed.
In de hulpkategorie 'huishoudelijke verzorging' worden de zwaardere huishoudelijke werkzaamheden in alle gevallen door leiding en helpsters genoemd. Ook op het gebied van de lichte huishoudelijke werkzaamheden bestaat er redelijke overeenstemming tussen geïndiceerde en feitelijke hulp. Het boodschappen doen wordt duidelijk minder geïndiceerd dan gedaan.
Naast de kategorie 'huishoudelijke verzorging' wordt de kategorie 'immateriële begeleiding' het meest door helpsters en leiding genoemd. Wel is het opvallend dat binnen deze laatste kategorie - maar ook op het gebied van reaktivering en materiële begeleiding - de leiding meer bezigheden aangeeft dan de helpsters. Aan de andere kant voeren de helpsters meer werkzaamheden uit dan de leiding aangeeft op het gebied van de lichamelijke verzorging en toezicht bij therapie en leefregel. Dit zijn werkzaamheden die ook door de wijkverpleging gedaan worden.

Ontevredenheid of onzekerheid over eigen aanpak wordt bij de gezinsverzorging minder vaak gesignaleerd dan bij de wijkverpleging. De helpsters geven in 5 gevallen en de leiding in drie gevallen punten van onvrede aan, die neer komen op een machteloos en onbereikbaar gevoel ten opzichte van de kliënt. Wel beoordeelde de helpster in het algemeen het kontakt met de kliënt positiever dan de leiding.

In 70% van de situaties wordt door de helpster de familie als regelmatige hulpgever aangeduid; de leiding signaleert dit zelden.

Wat betreft het (meer) inschakelen van mantelzorg en/of zelfzorg zien leiding en helpsters weinig mogelijkheden.

Ook door de helpsters (en minder gedetailleerd door de leiding) werden tijdens de onderzoeksperiode in de meerderheid van de gevallen (positieve en negatieve) gebeurtenissen gesignaleerd, die van belang waren voor de hulpverlening. De leiding was meer op de hoogte van de problemen, dan van de positieve voorvallen, zodat zij vermoedelijk een wat somberder beeld hebben van de kliënt. Ook bij de gezinsverzorging hebben veel veranderingen in de hulp plaatsgevonden binnen het kader van een ongewijzigde indikatiestelling.
Het is niet onwaarschijnlijk dat de grote nadruk zowel bij de gezinsverzorging als de wijkverpleging op de immateriële begeleiding in verband gebracht kan worden met het afwezig zijn van hulp van het maatschappelijk werk.

5. ZIJN DE HULPVERLENERS OP DE HOOGTE VAN DE SITUATIE EN DE HULPBEHOEFTE VAN DE OUDEREN?

5.1 Inleiding

Eén van de premissen van het onderzoek is, dat hulpbehoeften en eventuele klachten of problemen die daartoe aanleiding geven, niet zomaar iets is dat de oudere hééft - en waarover hij/zij simpelweg ondervraagd kan worden; zij zijn tevens het resultaat van de interaktie tussen hulpverleners en ouderen. De behoefte op zich is dan ook niet scherp te definiëren, maar wordt onder meer bepaald door de aard van de beschikbare voorzieningen (het aanbod) en vertaald in de aard van de konsumptie.
Ervaringen met en het beeld bij de kliënt van hulpverleners en hulpverlening spelen een grote rol in de wijze waarop een probleem al dan niet wordt vertaald als een behoefte aan hulp van een toch altijd relatieve buitenstaander, de professionele hulpverlener. In de interviewfase van het onderzoek wordt hier ruim aandacht aan besteed.
De hulpverlener speelt echter een sleutelrol: hij/zij interpreteert de hulpvraag en helpt (of niet). Over dit laatste aspekt, de interpretatie en beeldvorming van de helpers ten aanzien van de hulpbehoefte en de situatie van de oudere kliënten gaat dit hoofdstuk.

Met behulp van de gegevens uit de meer kwantitatieve fasen van het onderzoek, de registratie en de enquête, kunnen wij op twee manieren hier inzicht in krijgen.

1. De indrukken en oordelen van de beide huisartsen ten aanzien van de situatie van hun kliënten kunnen met elkaar vergeleken worden.
   Weliswaar oordelen beiden over hun eigen kliëntenpopulatie en deze verschillen onderling, zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven. Toch kunnen uit de overeenkomst en verschillen tussen

beiden konklusies getrokken worden over de mate, waarin zij op de hoogte zijn van de toestand van hun kliënten.
Al zijn bijvoorbeeld de patiënten van huisarts 1 gemiddeld wat jonger en wonen zij meer gespreid dan die van huisarts 2, dit hoeft nog geen reden te zijn dat huisarts 1 signifikant meer op de hoogte is van hun vroeger beroep of hun tevredenheid met de relatie met de partner signifikant hoger schat. Dit terwijl de huisartsen andere aspekten weer opvallend gelijk beoordelen. De versimpelende vooronderstelling is dus dat, ondanks enkele aangetoonde verschillen in de patiëntenpopulatie van de beide huisartsen, het aanbod van de problematiek voldoende gelijkwaardig is.
Uit overeenkomsten en verschillen in de oordelen over de problemen is dan te konkluderen dat sommige aspekten zich blijkbaar (bij deze huisartsen) meer voor een eenduidige beoordeling lenen dan anderen.
Ten aanzien van de andere hulpverleners die veel minder kliënten hebben - de helpster in de gezinsverzorging heeft vaak één kliënt - is deze vergelijking zinloos.
Bij de gezinsverzorging is het wel mogelijk de oordelen van de leiding en de helpster (ondanks hun verschillende funktie en dus ook perspektief) over één en dezelfde kliënt te vergelijken.

2. Een meer direkte methode is vanzelfsprekend de oordelen van de hulpverleners te vergelijken met die van de ouderen. Maar we moeten dan wel rekening houden met de verschillende perspektieven van hulpverleners en ouderen. Dit is niet alleen van invloed op de oordelen zélf, maar het kan ook het begrip van de respondenten van de vragen in onbekende mate vertekenen.
De gegevens van de huisartsen zijn afkomstig van twee beoordelaars; het perspektief ten aanzien van de ouderen van elk zal tamelijk konstant zijn.
De gegevens van de ouderen zijn afkomstig van elke oudere afzonderlijk; allen zullen met eigen ogen hun situatie beoordelen.

De vergelijking van informatie van de ouderen met die van de drie wijkverpleegkundigen is te vergelijken met die van de huisartsen. De aantallen kliënten zijn echter veel kleiner, zodat het toeval onberekenbare effekten heeft. Elke helpster daarentegen heeft weer haar eigen referentiekader bij de beoordeling van de situatie van de oudere.
Toch en daar gaat het uiteindelijk om, wanneer de hulpverlener A zegt en de kliënt B, dan zijn ze het niet met elkaar eens, hetgeen effekt kan hebben op het verloop van de hulp.

Naast bovengenoemde voorbehouden zijn er nog enkele beperkingen ten aanzien van konkrete vragen verbonden aan de vergelijking van informatie.

1. Het is niet uitgesloten dat ouderen en hulpverleners een verschillende betekenis hechten aan dezelfde woorden: dit zou bijvoorbeeld kunnen gelden voor de betekenis van een ongemakkelijk kontakt.
2. Sommige vragen zijn, juist vanwege de vergelijkbaarheid, met opzet anders gesteld (bijvoorbeeld ten aanzien van incontinentie). Of deze opzet altijd geslaagd is, is een tweede.
3. Enkele vragen zijn per definitie niet aan de oudere zelf te stellen; dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de vraag naar mogelijk hinderlijk gedrag of de relatie met hun partner.
4. Door onachtzaamheid van de onderzoekers is het voorgekomen, dat sommige vragen niet in de registratie zijn opgenomen en dat sommige antwoordkategorieën niet helemaal overeenkomen.

Ten aanzien van de volgende onderwerpen gaan wij na of het beeld dat de hulpverleners hiervan hebben overeenkomt met dat wat de oudere zelf aan informatie heeft verschaft:
1. geslacht/leeftijd, 2. burgerlijke staat, 3. financiële situatie, 4. tevredenheid met woonsituatie, 5. tevredenheid met sociale situatie, 6. welbevinden-gezondheid, 7. geestelijke problemen, 8. ziekten-handicaps, 9. medicijngebruik, 10. eventuele hulpverleners, 11. de evaluatie van het kontakt.

Noodgedwongen hebben wij ons een beperking opgelegd in het aantal aspekten dat voor deze vergelijking in aanmerking komt. Evenzeer hebben wij ons beperkt in de mogelijke waardering van deze aspekten. Er is steeds sprake van een twee- of driedeling: ja of nee, goed of matig of slecht.
Vanuit twee invalshoeken kan er naar de vergelijkingen gekeken worden:

- met de vraag in welke mate het oordeel van de hulpverleners met die van de ouderen overeenkomt;
- met de vraag in welke mate de helpers de problemen signaleren, die de ouderen aangeven.

Tenslotte zal het duidelijk zijn, dat alleen vergelijkingen gemaakt kunnen worden ten aanzien van kliënten, waarover zowel uit de registratie als uit de enquête informatie beschikbaar is.

5.2 De situatie van de ouderen volgens de beide huisartsen

5.2.1 Inleiding

De gegevens in deze paragraaf zijn zodanig gepresenteerd dat, ook ongeacht eventuele verschillen of overeenkomsten tussen de huisartsen een beeld gegeven wordt van de situatie van de ouderen in de ogen van de huisartsen.
Het betreft een vrij grote groep kliënten (349), praktisch alle kliënten, waarmee kontakt is geweest, 64% van de onderzoekspopulatie. Vandaar dat deze huisartsgegevens vrijwel in hun geheel worden weergegeven om het beeld te kompleteren dat de ouderen van zichzelf gegeven hebben (zie hoofdstuk 2).
De gegevens van de andere hulpverleners zullen meer summier aan de orde komen.

De informatie is verzameld met behulp van het algemene registratieformulier, dat de huisartsen (en de overige helpers) éénmaal per kliënt hebben ingevuld.

5.2.2 Achtergrondgegevens

Het geslacht en de burgelijke staat volgens de huisartsen van hun kliënten is weergegeven in tabel 3.14 ab.
Wat betreft burgerlijke staat is er een signifikant verschil tussen de patiëntenpopulaties van beide huisartsen. Het is niet erg waarschijnlijk dat beiden zich signifikant verschillend zullen vergissen ten aanzien van burgerlijke staat en geslacht.
De indruk van de huisartsen van het vroegere beroep van hun kliënten of van de echtgenoot verschilt ook signifikant (tabel 5.1). In hoeverre dit werkelijk een verschil is in hun patiëntenbestand of hun indruk verschillend is, is moeilijk uit te maken, omdat het onmogelijk bleek een begrijpelijke vergelijkbare vraag in de postenquête aan de oudere op te nemen. Bovendien moet ook getwijfeld worden aan de betrouwbaarheid van de invulling door de huisartsen, omdat lang niet altijd zo duidelijk is in welke kategorie sommige beroepen thuishoren. Wel hadden wij afgesproken twijfelgevallen onderling te bespreken, zodat in ieder geval door beiden min of meer éénduidige criteria werden gehanteerd.

Daarnaast hebben we gevraagd of de huisartsen feitelijk bekend waren met het vroegere beroep van de kliënt, de woonsituatie en zijn/haar sociale situatie (tabel 5.2). Huisarts 1 vindt zich signifikant meer op de hoogte.

De indrukken van de beide huisartsen over de tevredenheid van hun kliënten m.b.t. enkele aspekten van hun leefsituatie staan vermeld in tabel 5.3.
Wij erkennen het bezwaar dat een vraag naar tevredenheid een te algemeen karakter heeft en dus ook een weinig specifiek antwoord

oplevert. Toch hebben wij deze vraag opgenomen, omdat ook de huisartsen (en de andere hulpverleners) deze aspekten in algemene termen in het oog houden als achtergrondgegevens bij hun hulp, totdat een enkel aspekt zelf eens onderwerp van hulp wordt. Een tweede reden is dat in zijn versimpeling tevredenheid toch een begrijpelijk begrip is, ook voor de ouderen, en een enigszins verantwoorde uitdieping van sociale en woonsituatie vele pagina's vragen met zich meebrengt.

De financiële situatie wordt door de huisartsen bij 40% van de kliënten krap genoemd, een oordeel dat in de enquête niet door de ouderen gedeeld werd, 14% vond zijn inkomen krap.
Bij 9% van de kliënten werden door de huisartsen blijkbaar duidelijke problemen in de relatie met de partner gekonstateerd, terwijl in 13% van de gevallen het welbevinden en de gezondheid ongunstig werden beoordeeld.
Opvallend is dat ten aanzien van het oordeel over het belang van de professionele hulp in het leven van betrokkene er een dichotomie naar voren komt: een vrij kleine tussengroep, terwijl de hulp voor 47% belangrijk is en voor 35% van de kliënten onbelangrijk.

Behalve in hun oordeel over de woonsituatie verschillen de beide huisartsen signifikant van mening. Wanneer in de volgende paragraaf enkele oordelen met die van de kliënt vergeleken worden, kunnen deze verschillen beter geïnterpreteerd worden.

5.2.3 Lichamelijke en geestelijke klachten en het medicijngebruik

De klachtenlijst is door ons samengesteld met het oog op de lichamelijke redzaamheid van de ouderen (tabel 5.4). Naar meer specifieke klachten/symptomen is dus niet gevraagd; die komen in de kontakt-registratie aan bod.

Over het geheel genomen is naar het oordeel van de huisartsen het aantal klachten aanzienlijk.
Hoge bloeddruk, hartklachten en kortademigheid komen natuurlijk veel voor, hetgeen ook in de kontakt-registratie bevestigd is. Maar ook klachten die wat minder in de 'belangstelling' staan, komen regelmatig voor. Beven, evenwichtstoornissen, vetzucht, pijnklachten en oedeem aan de benen. Pijnklachten en oedeem aan de benen zijn in de kontakt-registratie veelal als beenklachten gekodeerd.
Opvallend weinig is incontinentie gesignaleerd.
Ten aanzien van enkele klachten is er een signifikant verschil in signalering tussen de huisartsen.

In tabel 5.5 staat het medicijngebruik volgens de huisartsen. Uit het hoge percentage 'andere medicijnen' blijkt dat de opgenomen lijst niet bevredigend is.
Plastabletten worden bij 33,8% van de kliënten voorgeschreven, maar ook het gebruik van andere soorten medicijnen is niet gering (harttabletten 17,2%, slaaptabletten 15,2%, zenuwtabletten 12%).
Een dieet wordt bij 12,9% van de kliënten voorgeschreven; alleen hierbij is een signifikant verschil tussen de huisartsen. Voor zover het een vermageringsdieet betreft is dit in tegenspraak met de juist door huisarts 1 meer gekonstateerde vetzucht. Duidelijk is wel dat een zoutbeperkt dieet in vergelijking met het percentage plastabletten weinig wordt geadviseerd.

Geestelijke klachten die de zelfredzaamheid ongunstig beïnvloeden staan vermeld in tabel 5.6.
Eenzaamheidsgevoelens en zwaarmoedigheid werden het meest gesignaleerd (respektievelijk 12,6 en 16,4%). Er is geen verschil tussen de huisartsen. De interessante vergelijking met de oordelen van de ouderen zelf komt in de volgende paragraaf aan bod.

5.2.4 De zelfredzaamheid en gesignaleerde hulp

Een slechte redzaamheid ten aanzien van de zintuigen werd relatief weinig opgemerkt (in 1 à 2 van de gevallen); er is hier wel een signifikant verschil tussen de huisartsen (tabel 5.7). Ook de mobiliteit binnenshuis wordt slechts bij 4% van de kliënten slecht bevonden.

De beoordeling van de mobiliteit komt opvallend overeen met die van de redzaamheid in het licht huishoudelijk werk en het bereiden van de maaltijden.

De signalering door de huisartsen van de aanwezigheid van regelmatige hulp staat in tabel 5.8.

De meeste hulp komt van de huisartsen zelf (61,3% van de kliënten waarmee zij tijdens de onderzoeksperiode kontakt hebben gehad). Dit wijst erop, dat de onderzoeksperiode lang genoeg is geweest om alle regelmatige kontakten aan bod te laten komen.

Hulp van partner en familie werd bij een kwart van de kliënten aangegeven. Dit is beduidend lager dan bij de kliëntenpopulatie van gezinsverzorging en wijkverpleging en eveneens lager dan de kliënten zelf in de enquête hebben aangegeven. Er is een signifikant verschil tussen de huisartsen. 29,6% van de kliënten is volgens de huisartsen onder behandeling van een medisch specialist. Uit de enquête bleek dat 44% van de respondenten onder behandeling van een specialist zou zijn.

Van degenen die kontakt met de huisarts hebben gehad zouden volgens hen respektievelijk 4 en 3% hulp van wijkverpleging en gezinsverzorging hebben. Dit is duidelijk minder dan het totaal aantal klanten van gezinsverzorging en wijkverpleging in de onderzoekspopulatie, die dus blijkbaar niet allemaal regelmatig kontakt met de huisarts hebben.

5.2.5 Oordeel over klachtenpresentatie en beleving van het kontakt

Een heikel, maar toch belangrijk aspekt in de hulpverlening is de manier waarop de helper de klachtenpresentatie van de kliënt interpreteert, soms na jarenlange ervaring met de kliënt. Wij kwamen uiteindelijk op een drietal aspekten, die van meest praktisch belang zijn: een eventuele neiging van de kliënt klachten te ontkennen, te accepteren of te overdrijven. Met opzet hebben wij causale of meer karakterologische kenmerken vermeden, zoals bijvoorbeeld hypochondrisch, somatiserend of zeurderig.
Tabel 5.9 geeft de signaleringspercentages.
Er is een duidelijk verschil tussen de beide huisartsen, hetgeen te verwachten was, omdat het hier zo duidelijk een perceptie betreft. Nadere analyse is noodzakelijk om een eventueel verband aan te tonen met andere kliëntkenmerken en met de feitelijke medische konsumptie.
De beleving van het kontakt naar een drietal aspekten staat in tabel 5.10. Opvallend is hier weer het geringe aantal ongunstige beoordelingen (± 2%). Het verband met de beoordelingen tijdens de kontakten hebben wij nog niet onderzocht.
Wel is bekeken in hoeverre de drie aspekten onderling korreleren; 'vertrouwd' en 'gemakkelijk' zijn enigszins gekorreleerd (T = 0,37) evenals 'vertrouwd' en 'plezierig' (T = 0,36).
'Gemakkelijk' en 'plezierig' is sterk gekorreleerd (T = 0,72. Daarom kan bij nadere analyse van een somscore worden uitgegaan in de zin van een gunstige versus ongunstige beleving van het kontakt. Dan is het oordeel van de huisartsen gezamenlijk bij 76,5% de kliënten gunstig, bij 10% min of meer gunstig en bij 14,5 ongunstig.

5.2.6 De situatie van de verschillende gebruikersgroepen

In paragraaf 3.10 is aangegeven dat van de verschillende gebrui-

kersgroepen van huisartsenzorg - klein-, middel- en grootverbruikers - in sommige aspekten de aard en inhoud van de kontakten met de huisarts anders zijn.
Wij zijn nagegaan of dit ook geldt voor de verschillende aspekten van de beoordeling van de huisartsen van de situatie en hulpbehoefte van de ouderen.

Duidelijk is dat de gemiddelde leeftijd van 78 jaar van de grootverbruikers hoger is dan gemiddeld voor alle kliënten het geval is (74 jaar). Tabel 5.11 geeft de tijdsverdeling in vijfjaarsklassen. Het geslacht daarentegen verschilt niet, evenals de burgerlijke staat.

Wat de verschillende achtergrondgegevens betreft blijken er in de oordelen van de huisartsen ten aanzien van de drie gebruikersgroepen geen verschillen met uitzondering van de tevredenheid met de relatie met de buren. Deze blijkt bij de grootverbruikersgroep door de huisartsen wat ongunstiger beoordeeld te worden dan bij alle kliënten gezamenlijk ($p = 0,05$).
De indruk van de huisartsen over het algemeen welbevinden van de kliënten is ten aanzien van de grootverbruikers relatief het ongunstigst ($p = 0,00$). Op een vijfpuntsschaal geven de huisartsen dit gemiddeld voor de grootverbruikers aan met een score van 2,5.

Lichamelijke klachten (tabel 5.12) blijken bij grootverbruikers in het algemeen meer voor te komen. Signifikant geldt dit voor hoge bloeddruk, oedeem aan de benen, rugpijn en evenwichtsstoornissen.
Ten aanzien van de geestelijke klachten geldt hetzelfde; geheugenstoornissen, zwaarmoedigheid en kontaktstoornissen komen volgens de huisartsen signifikant meer bij grootverbruikers voor (tabel 5.13).
Grootverbruikers gebruiken eveneens meer medicijnen, vooral harten pijntabletten (tabel 5.14).

In overeenstemming met het voorgaande blijken de grootverbruikers ook in de verschillende aspekten van de zelfredzaamheid signifikant slechter af te zijn (tabel 5.15), alleen met uitzondering eigenlijk van het spraakvermogen en (opvallend) de mobiliteit binnenshuis.
De grootverbruikers van huisartsenzorg ontvangen volgens de huisartsen eveneens meer regelmatige hulp van mantelzorg, zowel als professionele hulpverlening, met uitzondering van het maatschappelijk werk (tabel 5.16).
Het belang van de rol van de professionele hulp in het leven van betrokkene beoordelen de huisartsen aan de hand van een vijfpuntsschaal. Dit belang achten zij voor de grootverbruikersgroep beduidend groter ($p = 0,00$): een score van 3,5 tegen 2,8 voor alle andere kliënten.

In het oordeel van de huisartsen over de klachtenpresentatie en de beleving van het kontakt kunnen de volgende verschillen gekonstateerd worden tussen de verschillende gebruikersgroepen. De huisartsen zijn van mening dat de neiging van betrokkene om de klachten te accepteren bij grootverbruikers signifikant minder voorkomt ($p = 0,00$), terwijl het overdrijven van klachten bij deze groep juist wat meer zou voorkomen (tabel 5.17).
Het kontakt met grootverbruikers vonden zij over het algemeen meer vertrouwd, maar minder gemakkelijk en plezierig, maar deze verschillen zijn niet signifikant (resp. $p = 0,23$, $p = 0,10$ en $p = 0,40$).

Samenvattend kunnen we, uitgaande van een indeling in klein-, middel- en grootverbruikers van huisartsenzorg, het volgende konkluderen.
Uit het oordeel van de huisartsen blijken de grootverbruikers meer lichamelijke klachten te hebben en geestelijke problemen, zoals zwaarmoedigheid, kontaktstoornissen en geheugenstoornissen. De grootverbruikers zijn ook signifikant slechter af wat betreft hun zelfredzaamheid, terwijl zij meer hulp krijgen van

professionele èn mantelzorg. Ook in het oordeel van de huisartsen over het kontakt blijken er verschillen, hoewel niet signifikant. Zij vonden het kontakt met grootverbruikers over het algemeen meer vertrouwd, maar minder gemakkelijk en plezierig.

5.3 De huisarts-kliënt vergelijking

5.3.1 Inleiding

Het aantal oordelen van huisarts en kliënt dat vergeleken kan worden is beperkt. De tabellen waarin deze vergelijking gepresenteerd wordt zijn zo opgebouwd dat voor de huisartsen gezamenlijk aangegeven wordt of hun oordeel gunstiger, ongunstiger of gelijk aan dat van de kliënt is, ofwel dat hun signalering al dan niet overeenkomt.
Wanneer een oordeel gunstig, min of meer gunstig, of ongunstig kan zijn, kunnen de antwoorden van kliënt en huisarts 2 klassen verschillen en diametraal tegengesteld zijn. Het percentage kliënten waarbij dat het geval is, wordt ook in de tabellen vermeld.
De vergelijking is ook per huisarts afzonderlijk uitgevoerd.
Wanneer het oordeel van de ene huisarts meer met dat van de kliënt overeenkomt dan het oordeel van de andere huisarts (wanneer T meer dan 0,10 verschilt) is dat ook in de tabel vermeld (ha 1 J ha 2). Het kan ook voorkomen dat het gezamenlijke oordeel van de artsen niet overeenkomt met dat van de kliënt, maar het afzonderlijke oordeel van één van de huisartsen wel. Deze signifikantiemaat staat dan in de tabel.

5.3.2 Achtergrondgegevens

Met betrekking tot de financiële situatie (tabel 5.18) stemt het

oordeel van de huisartsen signifikant overeen met de mening van de kliënt. Toch zien we dat de huisartsen de neiging hebben de situatie ongunstiger te beoordelen. De mening van huisarts 1 ligt het dichtst bij die van de kliënt. Het signifikante verschil tussen de beide huisartsen van tabel 5.3 is derhalve grotendeels te verklaren als een verschil in perceptie tussen beiden.
De beoordeling van de woonsituatie en sociale situatie komt niet overeen . De huisartsen hebben de neiging de situatie gunstiger te beoordelen dan de kliënt heeft aangegeven. Huisarts 2 doet het hier 'beter', en beoordeelt relatief minder gunstig. Dit is in tabel 5.3 terug te zien, terwijl ook opmerkelijk is dat juist huisarts 1 zich signifikant meer dan huisarts 2 op de hoogte acht van de woon- en sociale situatie, terwijl huisarts 2 meer huisbezoeken doet (tabel 5.2). Hierbij kan een rol spelen, dat ten behoeve van de vergelijking het hier samengestelde variabelen betreft, zodat de vergelijkbaarheid niet optimaal is.
De oordelen over de gezondheid en het welbevinden van huisartsen en kliënt komen wel signifikant overeen. Ook hier heeft de huisarts de neiging de situatie gunstiger te beoordelen.
Deze overeenkomst is des te opvallender omdat aan de huisartsen het oordeel over het welbevinden gevraagd is en aan de oudere een oordeel over de gezondheid. De oorzaak hiervan was dat eenmaal met de voorbereiding van de enquête bezig het ingeslopen hulpverlenersjargon geschrapt moest worden. In theorie zouden er aan het begrip 'welbevinden' wat meer psychosociale aspekten vast zitten dan aan het begrip gezondheid. Ook hier doet huisarts 2 die minder gunstig beoordeelt het 'beter'.

5.3.3 Lichamelijke en geestelijke klachten en het medicijngebruik

Met betrekking tot die klachten/symptomen die vergeleken konden

worden komen de oordelen van de huisartsen signifikant met die van de kliënt overeen, met uitzondering van 'verlammingen' (tabel 5.19).
Ten aanzien van evenwichtsstoornissen, pijnklachten en incontinentie is naast het gezamenlijk oordeel, alleen de beoordeling van huisarts 2 signifikant gelijk aan dat van de kliënt.
Voor het overige is het per klacht verschillend welke huisarts het 'beter' doet dan de ander. 'Beter' natuurlijk alleen, wanneer het oordeel van de kliënt de referentie is.
Op te merken valt dat huisarts 1 die volgens de kontaktregistratie meer in hoge bloeddruk 'doet', ten aanzien van dit punt in zijn oordeel meer met dat van de kliënt overeenstemt. Overigens bleek uit tabel 5.4 dat er weinig verschillen in signalering tussen de huisartsen aanwezig waren ten aanzien van lichamelijke klachten. Toch is het goed op te merken dat kortademigheid, evenwichtsstoornissen, pijnklachten en incontinentie althans in de ogen van de kliënt meermalen onterecht niet gesignaleerd worden. Met betrekking tot incontinentie zou een verklaring kunnen zijn dat in verband met de omschrijving in de enquête, de respondenten dit ruimer hebben geïnterpreteerd dan de huisartsen.
De overeenstemming in aangegeven medikatie tussen huisarts en kliënt is signifikant (0,00). Wel neigen de huisartsen in de ogen van de klant eerder tot een onderrapportage (tabel 5.20).

De vergelijking tussen de signalering door oudere en huisarts van geestelijke klachten geeft een wisselend resultaat te zien (tabel 5.21).
Ten aanzien van de angst om alleen te zijn en het moeilijk omgaan met anderen zitten de huisartsen in de ogen van hun kliënten 'ernaast', in gelijke mate wat betreft een vals positieve of vals negatieve signalering.
Hoewel volgens tabel 5.6 de oordelen van de huisartsen onderling niet signifikant verschillen, volgt afwisselend huisarts 1 en 2 de opgave van de kliënt beter.

De signalering van eenzaamheidsgevoelens en zwaarmoedigheid, door de huisartsen het meest gesignaleerd (resp. 13 en 16%), komt significant met de opgave van de oudere overeen. Het is goed even bij deze hoge percentages stil te staan.
Ondanks de significantie is er wat betreft de geheugenstoornissen naar de mening van de kliënt een onderrapportage door de huisartsen vooral door huisarts 2. Wellicht komt dit ook omdat de vraag aan de kliënt wat vriendelijker gesteld is: Bent u vaak vergeetachtig?

5.3.4 De zelfredzaamheid en de gesignaleerde hulp

In subparagraaf 5.2.4 is opgemerkt dat een slechte redzaamheid ten aanzien van de zintuigen bij ouderen relatief weinig door de huisartsen is opgemerkt (bij 1 à 2% van de ouderen). Uit tabel 5.22 blijkt dat dit oordeel niet geheel overeenkomt met dat van de kliënt. Vooral het gehoor wordt veel vaker gunstiger beoordeeld dan door de kliënt, zodanig dat voor de beide huisartsen gezamenlijk de overeenkomst net niet significant is. Het oordeel van huisarts 1 afzonderlijk is dat wel.
Het lopen binnenshuis wordt eveneens gunstiger beoordeelt dan door de kliënt, hoewel de overeenkomst hier wel significant is.
Het probleem bij de vergelijking van de mening over de huishoudelijke redzaamheid is, dat aan de helpers apart gevraagd is naar licht en zwaar huishoudelijk werk (een gebruikelijk onderscheid in de gezinsverzorging) en aan de bejaarde slechts gevraagd is naar het huis aan kant maken.
Uit de beide vergelijkingen te zamen blijken de huisartsen de mening van de ouderen significant te delen, hoewel het aantal tegengestelde opinies hier relatief groot is (resp. 8 en 6%).
Ook ten aanzien van koken en boodschappen doen (aan de ouderen apart gevraagd) is het aantal tegengestelde opinies relatief groot (8 en 9%). Ondanks een significante overeenkomst beoordelen de huisartsen de redzaamheid van de oudere toch vaker gunstiger

dan de oudere zelf. In feite worden alle aspekten van de redzaamheid door de huisartsen gunstiger beoordeeld dan door de oudere.

In tabel 5.23 staan de verschillen tussen huisartsen en oudere in het aangeven van hulp.
Ondanks de signifikante overeenkomst is er ten aanzien van de hulp door partner en specialist een duidelijke onderraportage, wat de hulp door de partner betreft vooral door huisarts 1.
Bij de signalering van de hulp door de familie is huisarts 1 weer meer akkuraat.
Hulp van buren/vrienden wordt zo zelden aangegeven dat de gegevens niet betrouwbaar zijn.

5.3.5 De beleving van het kontakt

In de oudere enquête blijkt een grote overlap tussen de aspekten vertrouwd, gemakkelijk en plezierig (T is groter dan 0,6), zodat ook nu een somscore berekend kan worden en vergeleken met de somscore van het huisartsenoordeel.
De overeenkomst blijkt dan niet signifikant (p = 0,27). De huisartsen beoordelen in 17% van de gevallen ongunstiger, in 14% van de gevallen gunstiger. Bovendien komen tegengestelde opinies ook bij 17% van de vergelijkingen voor. De analyse is nog niet per huisarts uitgevoerd.
Van alle vergeleken aspekten is de beleving van het kontakt het meest antagonistisch door huisarts en kliënt aangegeven.
Wanneer de begrippen apart vergeleken worden blijkt de vergelijking van de oordelen 'gemakkelijk' en 'plezierig' een signifikante overeenkomst op te leveren (p is resp. 0,03 en 0,00), terwijl het percentage tegengestelde oordelen slechts 1 à 2% bedraagt. De vraag is toch of het terecht is de vergelijking met de somscores uit te voeren. Het blijft in dit verband een moeilijk punt in welke mate door hulpverlener en kliënt aan de begrippen een gelijke betekenis wordt toegekend.

Toch zou uit de vergelijking van de somscores, die een positieve dan wel negatieve beleving suggereren, de voorzichte konklusie getrokken kunnen worden, dat hulpverlener en kliënt vaak verschillend denken over hun relatie.
Dat er in de hulpverlening gestreefd zou moeten worden naar een goede verstandhouding tussen helper en kliënt is daarom niet zo vanzelfsprekend. Een goede verstandhouding in de ogen van wie de arts of de kliënt?

5.4 De situatie van de kliënten volgens de wijkverpleging

5.4.1 Inleiding

De situatie van de kliënten is door de wijkverpleging naar dezelfde aspekten beoordeeld als door de huisartsen. De bespreking wordt daarom zo kort mogelijk gehouden.

5.4.2 Achtergrondgegevens

Onder andere geslacht, burgerlijke staat en leeftijd zijn al in tabel 4.1 gepresenteerd.
De indrukken van de wijkverpleging over de tevredenheid van hun kliënten met betrekking tot enkele aspekten van hun leefsituatie staan vermeld in tabel 5.24.
Ten aanzien van hún kliëntenpopulatie beoordelen de wijkverpleegkundigen de relatie met partner en buren en het algemeen welbevinden minder gunstig dan de huisartsen bij hun kliënten. De wijkverpleging is naar eigen zeggen van 65% van de kliënten op de hoogte van het vroegere beroep (tabel 5.25). De beroepenindeling staat in tabel 5.26.
Het opgegeven percentage ongeschoolde arbeiders is duidelijk hoger dan bij de huisartsenpopulatie.

5.4.3 Lichamelijke en geestelijk klachten en het medicijngebruik

De wijkverpleging signaleert relatief veel pijnklachten (59%!), kortademigheid en incontinentie (ook in vergelijking tot de huisartsen (tabel 5.27). Zoals te verwachten was, is het percentage opgegeven vrij ernstige lichamelijke klachten hoog, maar ook het percentage gesignaleerde geestelijke klachten is aanzienlijk, waarbij vooral opvalt dat de wijkverpleegkundigen van 41% van hun kliënten vinden dat zij eenzaam zijn; dit is in overeenstemming met hun grote aandacht voor immateriële begeleiding.
Aan de andere kant is het zeker niet zo dat alle kliënten van de wijkverpleging klachten hebben.

Het gesignaleerde medicijngebruik staat vermeld in tabel 5.28.
In vergelijking tot het aantal gesignaleerde pijnklachten is het medicijngebruik voor pijnklachten duidelijk minder.

5.4.4 De zelfredzaamheid en de gesignaleerde hulp

In tabel 5.29 wordt de zelfredzaamheid naar verschillende aspekten beoordeeld. Het is duidelijk dat veel van de kliënten van de wijkverpleging gehandicapt zijn. Het gezichtsvermogen is volgens de wijkverpleegkundigen bij 50% van de kliënten matig tot slecht. Ook het lopen gaat bij ongeveer de helft van de kliënten moeizaam. De vergelijking met het oordeel van de kliënt in de volgende paragraaf zal aangeven of de wijkverpleegkundigen het niet te somber zien. Als het goed is moet de informatie over de indikatie en de verleende hulp van wijkverpleging overeenstemmen met deze zelfredzaamheidsgegevens. Dit is nog niet nagegaan.

De signalering door de wijkverpleegkundigen van de aanwezigheid van regelmatige hulp staat in tabel 5.30.
De huisarts geeft in ongeveer 1/3 van de gevallen regelmatige hulp. Dit is in overeenstemming met het feit dat er voornamelijk

kleingebruikers onder de kliënten van wijkverpleging zijn. Het aantal opgegeven kliënten die gezinsverzorging hebben is groter dan eerder genoemd, omdat de wijkverpleging alpha-hulp heeft meegeteld.
Opvallend is dat de wijkverpleging zèlf slechts in de helft van de gevallen regelmatige hulp geeft (18 kliënten worden minder vaak dan 1 keer per maand bezocht).
Op te merken is ook dat volgens de wijkverpleegkundigen hun kliënten minder onder behandeling van de specialist zijn dan gemiddeld bij de huisartsenpopulatie.Het is mogelijk dat de geneeskunde bij deze ouderen meer 'uitgedokterd' is, maar evenzeer kan er sprake zijn van een onderraportage door de wijkverpleegkundigen. Deze laatste mogelijkheid wordt bevestigd in subparagraaf 5.5.3

5.4.5 Oordeel van klachtenpresentatie en beleving kontakt

Volgens tabel 5.31 heeft 30% van de kliënten de neiging klachten te ontkennen; althans in de ogen van de wijkverpleegkundigen. Dit is hoger dan het percentage dat de huisartsen hebben opgeven over hun kliëntenpopulatie.
De beleving van het kontakt is in tabel 4.5 al weergegeven. Met slechts één kliënt wordt het kontakt ongunstig beoordeeld, maar het aantal 'min of meer' oordelen is vrij groot.
Opvallend is dat de antwoorden bij alle drie aspekten in het geval van de wijkverpleging absoluut niet korreleren. Dit in tegenstelling tot de antwoorden van huisartsen en kliënten.
De aantallen zijn echter te klein voor betrouwbare statistische toetsen.

5.5 De wijkverpleegkundige - kliënt-vergelijking

5.5.1 Achtergrondgegevens

De laatste opmerking van de vorige subparagraaf geldt ook hier. De gepresenteerde signifikantieberekening moet met reserve bekeken worden.
De financiële situatie en de woonsituatie worden door de wijkverpleging gunstiger beoordeeld dan door de kliënt (zie tabel 5.32), de sociale situatie en het welbevinden c.q. de gezondheid ongunstiger. Dit laatste komt overeen met de mening van de wijkverpleegkundigen dat veel kliënten de neiging hebben klachten te ontkennen. Deze gunstiger - dan wel ongunstiger - beoordelingstendenties zijn juist tegengesteld aan die van de huisarts.

5.5.2 Lichamelijke en geestelijke klachten en het medicijngebruik

Met betrekking tot de klachten/symptomen die vergeleken konden worden, komen de oordelen van wijkverpleging en kliënt nauwelijks overeen (tabel 5.33). Het hoge percentage klachten, genoemd in subparagraaf 5.4.3 kan bevestigd noch ontkend worden.
Alleen 'vergroeiingen' zijn bij deze kleine aantallen blijkbaar zo onmiskenbaar, dat deze wel signifikant gelijk genoemd worden.
Voor het overige wordt er wisselend over- en ondergerapporteerd.
Het voorbehoud ten aanzien van 'incontinentie' is in de paragraaf over de huisartsen al gemaakt.

Ook de signalering van het medicijngebruik (tabel 5.34) is over het algemeen beslist niet die van de kliënt.

Het verschil in signalering tussen wijkverpleegkundigen en ouderen van geestelijke problemen laat als opvallend gegeven zien (tabel 5.35), dat de wijkverpleegkundige gevoelens van eenzaam-

heid nogal overrapporteren. Ten aanzien van de overige klachten is er eveneens geen sprake van een signifikante overeenkomst in signalering.

5.5.3 De zelfredzaamheid en verleende hulp

In tabel 5.36 worden de beoordelingen van de redzaamheid van de ouderen gegeven.
Opvallend is dat hier wel - met uitzondering van het boodschappen doen - een signifikante overeenkomst is tussen de oordelen van ouderen en wijkverpleegkundigen.
Uit de beide vergelijkingen van licht en zwaar huishoudelijk werk blijkt de wijkverpleegkundige in de ogen van de kliënt goed op de hoogte.
In tabel 5.37 staan de verschillen tussen de wijkverpleegkundigen en oudere in het aangeven van hulp. De drie kliënten uit tabel 5.30, die volgens de wijkverpleegkundigen geen hulp van de partner kregen, spreken dit hier tegen.
De relatief grote overraportage door de wijkverpleegkundige van hulp van familie en buren/vrienden is opvallend. Het relativeert enigszins de door de wijkverpleging eerder aangegeven grote rol van de mantelzorg.
De hulp van specialist wordt ondergerapporteerd.

5.5.4 De beleving van het kontakt

Aangezien de verschillende aspekten elkaar niet overlappen wordt de vergelijking per aspekt in tabel 5.38 gegeven.
Het is opvallend dat in het algemeen de wijkverpleegkundige de relatie ongunstiger beoordeeld dan de kliënt. Ook wanneer de som-score berekend wordt oordeelt de wijkverpleegkundige bij 8 kliënten (meer dan de helft van het aantal beoordeelde kliënten) ongunstiger dan de kliënt zelf.

De voorzichtige konklusie ten aanzien van de huisartsen kan voor de wijkverpleging zonder voorbehoud getrokken worden: hulpverlener en kliënt denken in andere termen anders over hun relatie.

5.6 De situatie van de ouderen volgens helpsters en leiding

5.6.1 Inleiding

De gepresenteerde informatie geeft naast het beeld dat helpster en leiding van hun kliënten hebben ook een indruk van verschillen in beoordeling tussen leiding en helpsters. Deze verschillen in beoordeling geven slechts een tendens aan, omdat de informatie niet konsekwent op kliëntniveau vergeleken is.
De verschillen in visie kunnen toe te schrijven zijn aan:

- de eigen taak en funkties van leiding en helpster; de leiding gaat meer probleemgeoriënteerd te werk dan de helpster, terwijl de helpster daarentegen met de dagelijkse gang van zaken te maken heeft;
- de kommunikatie tussen leidinggevende en helpster;
- de relatie, die leiding en helpster ieder met de kliënt heeft.

5.6.2 Achtergrondgegevens

Het geslacht, leeftijd en burgerlijke staat van de kliënten is al weergegeven in tabel 4.9.
Het is duidelijk dat de kliënten van de gezinsverzorging gemiddeld ouder zijn dan die van de wijkverpleging, bovendien zijn er relatief meer grootverbruikers van huisartsenzorg.
De indrukken van de gezinsverzorging over de tevredenheid van hun kliënten met betrekking tot enkele aspekten van hun leefsituatie staan vermeld in tabel 5.39.

Het is opvallend dat ten aanzien van alle aspekten de helpsters gunstiger dan de leiding oordelen en in één geval slechts ongunstiger. De discrepanties zijn vooral groot bij het oordeel over het algemeen welbevinden en de relatie met kinderen en buren. De leiding vindt zich ook minder op de hoogte van het vroegere beroep en de sociale situatie van de kliënt (tabel 5.25). De helpsters zijn relatief goed geïnformeerd.
De indruk van het vroegere beroep staat vermeld in tabel 5.26. De helpsters noemen als vroeger beroep vaak het ongeschoold arbeider zijn geweest (61%). Dit is in overeenstemming met het gegeven uit ander onderzoek, dat mensen met een lagere sociaal-ekonomische status een groter beroep op de gezinsverzorging doen.

5.6.3 Lichamelijke en geestelijke klachten en het medicijngebruik

In tabel 5.40 staan de gesignaleerde problemen vermeld. Het aantal gesignaleerde lichamelijke klachten is in het algemeen aanzienlijk, maar pijnklachten spannen de kroon (bij 60% van de kliënten).
Opmerkelijk is dat helpsters en leiding wisselend gedetailleerd signaleren.
Geestelijke problemen worden eveneens veel gesignaleerd, maar meer door de leiding dan door de helpsters. Het gaat vooral om eenzaamheidsgevoelens (35 - 40% van de kliënten).
Dit is in overeenstemming met eerder gepresenteerde gegevens over de indikatie en de verleende hulp. In de hulpkategorie 'immateriële probleemsituaties' is de leiding uitgebreider in het aangeven van werkzaamheden en kent zij aan immateriële hulp een relatief groter aandeel toe in het totaal van de werkzaamheden dan de helpsters.
Het medicijngebruik van de kliënten volgens de helpsters is vermeld in tabel 5.41. De leiding van de gezinsverzorging was in het algemeen niet op de hoogte van het medicijngebruik.

5.6.4 De zelfredzaamheid en de gesignaleerde hulp

In tabel 5.42 wordt de zelfredzaamheid van de kliënten door helpsters en leiding beoordeeld.
Gelijk het geval is bij de wijkverpleging, zijn veel kliënten van de gezinsverzorging gehandicapt, zoals natuurlijk wel te verwachten was. 50% van de kliënten hebben volgens de helpsters een matig tot slecht gezichtsvermogen en gehoor. Het lopen binnenshuis gaat zelfs in 2/3 van de gevallen matig tot slecht.
Behalve het spraakvermogen, beoordeelt de leiding deze aspekten gunstiger dan de helpster. Opmerkelijk is dat dit ten aanzien van het lichte en zware huishoudelijke werk ongeveer gelijk ligt, terwijl het bereiden van de maaltijd en de persoonlijke verzorging weer gunstiger door de leiding beoordeeld wordt dan door de helpsters.
Het bereiden van de maaltijd gaat volgens de helpsters bij 2/3 van hun kliënten matig tot slecht en ook de persoonlijke verzorging laat in bijna de helft van de gevallen te wensen over. Zwaardere huishoudelijke werkzaamheden kan praktisch niemand van de ouderen zelf verrichten.
Hulpindikatie en hulp komen met bovengenoemde gegevens min of meer overeen. Huishoudelijk werk wordt gelijkelijk geïndiceerd en gedaan, terwijl de helpsters meer werkzaamheden noemden dan de leiding indiceerde op het gebied van de persoonlijke verzorging en het bereiden van de maaltijden.

De signalering door de gezinsverzorging van de aanwezigheid van regelmatige hulp staat in tabel 5.43.
Eveneens op dit gebied signaleren helpsters en leiding zeer verschillend, terwijl daarnaast de helpster meer gedetailleerd hulp opgeeft.
Dit versterkt de eerder getrokken konklusie dat de leiding in het algemeen een somberder beeld heeft van de situatie van de ouderen dan de helpster.

Merkwaardigerwijs wordt door een helpster éénmaal hulp van het maatschappelijk werk opgegeven, maar dit kan in elk geval niet het maatschappelijk werk zijn dat betrokken is bij ons onderzoek.

5.6.5 Oordeel over klachtenpresentatie en beleving van kontakt

Volgens tabel 5.44 kiezen leiding en helpster in de meeste gevallen de meest neutrale formulering, dat de klant in het algemeen de klachten accepteerd. Overdrijven van klachten wordt meer door de helpster gesignaleerd, het ontkennen meer door de leiding.
De beleving van het kontakt is al in tabel 4.15 weergegeven. De helpsters beoordelen in het algemeen het kontakt positiever dan de leiding. De drie aspekten in de beleving van het kontakt korreleren wat de helpsters betreft matig tot slecht, wat de leiding betreft redelijk. Maar gezien de kleine aantallen is de statistische toetsing niet betrouwbaar.

5.7 De gezinsverzorging - kliënt-vergelijking

5.7.1 Achtergrondgegevens

Het is opvallend dat de beoordeling door de helpster van de tevredenheid met woon- en sociale situatie signifikant met die van hun kliënten overeenkomt (tabel 5.45). De andere disciplines hadden hier immers steeds moeite mee.
Het algemeen welbevinden wordt door de helpster gunstiger beoordeeld dan door de kliënt en dit oordeel komt dan ook niet signifikant overeen. De leiding beoordeelt het welbevinden weer ongunstiger dan de kliënten zelf (tabel 5.46). Dit laatste is, gelijk bij de wijkverpleging weer in overeenstemming met de mening van helpsters en leiding omtrent het ontkennen respektievelijk overdrijven van klachten.

De oordelen van de leiding komen bij geen van de aspekten significant overeen.

5.7.2 Lichamelijke en geestelijke klachten en het medicijngebruik

De oordelen van helpsters en leiding komen in praktisch geen enkel geval significant overeen met die van de ouderen (tabel 5.47 en 5.48).
Overigens moet in verband met de geringe aantallen, weinig waarde aan deze statistische maat gehecht worden.
Opvallend is weer zowel bij leiding als helpster de onderrapportage van pijnklachten - dit, terwijl pijnklachten de door hen meest gesignaleerde klachten zijn. Maar ook de kortademigheid en vergroeiingen worden in enkele gevallen gemist.

Behalve in het geval van angst om alleen te zijn, worden de geestelijke klachten door leiding en helpster weinig akkuraat gesignaleerd (tabel 5.49 en 5.50).
De vooral door de leiding zo vaak opgemerkte eenzaamheidsgevoelens (tabel 5.40), kunnen hier aan de hand van onder- dan wel overrapportage noch bevestigd noch ontkend worden.

Het verschil in aangegeven medikatie tussen helpster en oudere staat in tabel 5.51. Eerder is al opgemerkt dat de leiding niet op de hoogte is van het medicijngebruik van de kliënten en ook de helpsters neigen in vergelijking met de opgave van de oudere tot een onderrapportage.

5.7.3 De zelfredzaamheid en de gesignaleerde hulp

Het gezichtsvermogen en het gehoor, dat de helpsters in de helft

van de gevallen als matig tot slecht beoordelen, blijkt door hen inderdaad volgens de kliënt zelf te ongunstig te worden beoordeeld (tabel 5.52). Bij de leiding is juist het omgekeerde het geval (tabel 5.53).
Uit het beoordelingenpaar 'licht' en 'zwaar' huishoudelijk werk is te konkluderen dat helpster, leiding en ouderen het redelijk eens zijn: licht huishoudelijk werk wordt gunstiger en zwaar huishoudelijk werk wordt ongunstiger beoordeeld dan door de kliënt het huis aan kant maken beoordeeld wordt. Het bereiden van de maaltijd, het koken en de persoonlijke verzorging wordt door leiding en helpster gunstiger gewaardeerd dan door de kliënt. Het relatief hulpbehoevende beeld ten aanzien van de algemene dagelijkse verrichtingen, dat uit subparagraaf 5.6.4 oprijst, wordt dus beslist niet tegengesproken door de kliënt.

Het verschil tussen gezinsverzorging en oudere en het aangeven van hulp is aangegeven in de tabellen 5.54 en 5.55. Volgens tabel 5.54 zouden de helpsters in de ogen van de kliënt in enkele gevallen onterecht het bestaan van regelmatige hulp hebben aangegeven.

5.7.4 De beoordeling van het kontakt

De kliënt-vergelijking met de leiding is niet gemaakt omdat de ouderen over de relatie met de leiding geen oordeel uitgesproken hebben in verband met het weinig frekwente kontakt.
Ten aanzien van de aspekten gemakkelijk en plezierig beoordeelt in enkele gevallen de kliënt ongunstiger dan de helpster, dat wil zeggen min of meer gemakkelijk en plezierig. De overeenkomsten tussen helpster en kliënt zijn beslist niet signifikant.

5.8 Konklusies

5.8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn wij nagegaan wat het beeld is bij de diverse 1e-lijnshulpverleners van de situatie en hulpbehoefte van hun kliënten en in hoeverre dit beeld overeenkomt met de informatie die de oudere kliënten over zich zelf gegeven hebben.
De manifeste hulpvraag, maar ook de veronderstelde hulpbehoefte, wordt door ons beschouwd als een resultante van de hulpverlener-kliënt-relatie, waarbij deze beeldvorming een belangrijke rol speelt.
De gegevens zijn verzameld door middel van een éénmalige registratie door de hulpverleners en door een postenquête onder de oudere kliënten. In nog te analyseren interviews is meer aandacht besteed aan het verhaal van de kliënt over de wederzijdse beeldvorming en de hulpbehoefte.

De direkte vergelijking van informatie van helper en kliënt heeft een aantal beperkingen en voorbehouden, die enerzijds te maken hebben met het verschillende perspektief van beiden en anderzijds met formuleringsproblemen van de konkrete vragen.

Behalve uit de informatie van hulpverlener-kliëntvergelijking van informatie zijn er ook konklusies te trekken uit onderlinge verschillen en overeenkomsten in oordeel van hulpverleners van dezelfde disciplines; konklusies die aangeven dat sommige aspekten in de hulp en de situatie van de oudere zich méér lenen voor een éénduidige beoordeling dan andere.
De leiding en de helpster van de gezinsverzorging geven hun oordeel over dezelfde kliënten. De huisartsen daarentegen hebben ieder hun eigen kliëntenpopulatie, zodat verschillen in oordeel tussen beiden ook kunnen berusten op verschillen tussen deze populaties.

5.8.2 De huisartsen en hun kliënten

De oordelen en meningen van de huisartsen betreffen 350 kliënten (64% van de onderzoekspopulatie), het zijn de kliënten waarmee zij gedurende de onderzoeksperiode kontakt hebben gehad. De huisarts-kliënt-vergelijking gaat over maximaal 276 kliënten.

In de ogen van de huisartsen is er inderdaad een signifikant verschil tussen hun kliëntenbestanden wat betreft geslacht, burgerlijke staat, leeftijd en vroeger beroep.
Ook beoordelen zij in het algemeen de tevredenheid van de kliënt met zijn/haar financiële, woon- en sociale situatie verschillend. Deze verschillen in huisartsenoordelen zijn zeker niet zo maar terug te voeren op verschillen in kliëntenpopulatie. Hoewel ten aanzien van de financiële situatie het oordeel van de huisartsen signifikant overeenkomt met dat van de kliënt, is het toch zo dat de huisartsen de neiging hebben de situatie ongunstiger te beoordelen dan de kliënt. De beoordeling van de sociale en woonsituatie door huisarts en kliënt komt niet signifikant overeen; de huisartsen hebben de neiging de situatie gunstiger te beoordelen. Toch doet huisarts 2 het hier relatief 'beter', terwijl juist huisarts 1 zich signifikant meer dan huisarts 2 op de hoogte acht van de woon- en sociale situatie.
Kortom oordelen over deze belangrijke achtergrondgegevens in de hulpverlening blijken problematisch.
Opmerkelijk daarentegen is de signifikante overeenkomst tussen artsen en kliënten in het oordeel over de gezondheid en het welbevinden (de huisartsen tenderen tot een wat gunstiger oordeel) terwijl de huisartsen onderling signifikant in oordeel verschillen. Dit is des te opvallender omdat aan de huisartsen een oordeel over het welbevinden gevraagd is en aan de oudere een oordeel over hun gezondheid. Het betreft hier dus eerder verschillen in oordelen over de gezondheid tussen de kliëntenpopulaties van de huisartsen dan verschillen in perceptie van de huisartsen zelf.

Lichamelijke klachten worden in onze onderzoekspopulatie van 65-plussers door de huisartsen veelvuldig gesignaleerd, waarbij er zelden een signifikant verschil is in signalering tussen beide huisartsen. Ten aanzien van praktisch alle klachten komen de oordelen van de huisartsen gezamenlijk met die van de kliënten overeen. Toch zijn er per huisarts afzonderlijk signifikante verschillen, waarbij nu eens de ene dan weer de andere arts het 'beter' doet.
Huisarts 1, die volgens de kontaktregistratie meer in hoge bloeddruk 'doet', komt ten aanzien van dit punt ook meer dan de andere arts in zijn oordeel met dat van de kliënt overeen.
Vooral kortademigheid, evenwichtsstoornissen en pijnklachten worden echter in de ogen van de kliënt, meermalen door de huisartsen gemist.

Het medicijngebruik wordt door huisarts en oudere signifikant gelijk gesignaleerd, waarbij er (wat meer bij huisarts 2) een tendens is tot onderrapportage.
Het is duidelijk dat ten aanzien van lichamelijke aspekten en de gezondheid de oordelen van de huisarts minder problematisch zijn, dan ten aanzien van de voornoemde achtergrondgegevens.

Het vergelijkingsresultaat van geestelijke klachten is weer wisselender. In de signalering van eenzaamheidsgevoelens en zwaarmoedigheid (door de artsen het meest aangegeven: resp. 13 en 16%) komen huisarts en kliënt wel signifikant overeen. In de ogen van de kliënt is er veelal sprake van een onderrapportage.

Een slechte redzaamheid wat betreft de zintuigen wordt door de huisartsen relatief weinig en onderling signifikant verschillend opgemerkt (bij 1 à 2% van de kliënten). Dit blijkt niet helemaal terecht: vooral het gehoor wordt door de oudere veel vaker ongunstiger beoordeeld, zodanig dat ten opzichte van de beide huisartsen gezamenlijk de overeenkomst niet signifikant is, maar ten opzichte van huisarts 1 afzonderlijk wel. Het oordeel van de beide

artsen met betrekking tot het lopen, de huishoudelijke redzaamheid, koken, boodschappen doen, de persoonlijke verzorging komt signifikant met dat van de kliënt overeen. Desalniettemin beoordelen zij alle aspekten gunstiger dan de kliënten zelf.

Hulp door partner en familie wordt door de huisartsen (er is een signifikant verschil tussen beiden) bij een kwart van de kliënten gesignaleerd. Ondanks een signifikante overeenkomst met de informatie van de oudere, is hier toch sprake van een onderrapportage, vooral door huisarts 2.

De beleving van het kontakt is nagegaan aan de hand van een drietal aspekten: vertrouwd, gemakkelijk en plezierig.
Opvallend is het geringe aantal ongunstige beoordelingen door de huisartsen (± 2%). De drie aspekten blijken onderling redelijk te korreleren (ook bij de ouderen), zodat een somscore berekent kan worden; dan blijkt de kontaktbeleving in 15% van de gevallen ongunstig door de huisarts beoordeeld te worden. De overeenkomst met het oordeel van de oudere blijkt dan beslist niet signifikant, hoewel er wel een signifikante overeenkomst is wat betreft de aspekten 'gemakkelijk' en 'plezierig'. Een voorzichtige konklusie die nadere analyse behoeft, zou kunnen zijn dat hulpverlener en kliënt toch wat de negatieve gevoelens betreft vaak verschillend denken over hun relatie.

Samenvattend kunnen we konkluderen dat de oordelen en meningen over de kliënt van de beide huisartsen gezamenlijk vaak met die van de kliënt overeen komen vooral op het gebied van lichamelijke klachten, het medicijngebruik en de zelfredzaamheid.
Niet zelden zijn er echter signifikante verschillen tussen de huisartsen die niet zomaar op populatieverschillen zijn terug te voeren. Ook de kliëntvergelijking per huisarts levert een grillig beeld op, zodat gekonkludeerd kan worden, dat ondanks jarenlange samenwerking, de individuele perceptie van de huisartsen een grote en ten aanzien van verschillende beoordelingsgebieden een

wisselende rol speelt. Het is zelfs de vraag in hoeverre de eigen geaardheid van de huisarts een rol van betekenis speelt in de verschillen in patiëntenpopulatie.

In een analyse van de verschillen in oordelen van de huisartsen ten aanzien van de drie verbruikersgroepen van huisartsenzorg (klein-, middel- en grootverbruikers), blijken de grootverbruikers signifikant meer lichamelijke klachten te hebben. Zij blijken tevens meer geestelijke problemen te hebben als zwaarmoedigheid, kontakt- en geheugenstoornissen. Grootverbruikers zijn ook slechter af wat betreft hun zelfredzaamheid, terwijl zij meer hulp krijgen van professionele en mantelzorg. Ook in het oordeel van de huisartsen over de beleving van het kontakt blijken er verschillen hoewel niet signifikant. Zij vonden het kontakt met grootverbruikers over het algemeen meer vertrouwd, maar minder gemakkelijk en plezierig.

5.8.3 De wijkverpleegkundigen en hun kliënten

37 kliënten worden door 3 wijkverpleegkundigen beoordeeld. De aantallen zijn te klein voor betrouwbare statistische toetsen.
Wat het beroep betreft is het opvallend dat het opgegeven percentage ongeschoolde arbeiders duidelijk hoger is dan bij de huisartsenpopulatie, iets wat ook voor de gezinsverzorging blijkt te gelden.

De financiële en woonsituatie worden door de wijkverpleegkundigen gunstiger beoordeeld dan door de kliënt, de sociale situatie en het welbevinden ongunstiger. Deze beoordelingstendenties zijn juist tegengesteld aan die van de huisarts.

Zoals te verwachten is, is het percentage opgegeven vrij ernstige lichamelijke klachten hoog. Met behulp van de kliëntvergelijking kan dit bevestigd noch tegengesproken worden.

De signalering van het medicijngebruik door de wijkverpleegkundigen en de oudere zelf komt niet overeen.

De overeenkomst en signalering van geestelijke klachten is eveneens niet signifikant. Hierbij is het opvallend dat de wijkverpleegkundigen gevoelens van eenzaamheid, die zij bij 41% van hun kliënten aangaven, nogal overrapporteren in de ogen van de kliënten zelf. Dit relativeert het grote belang dat de wijkverpleegkundigen hechten aan het immateriële begeleidingsaspekt van hun hulp.

In de beoordeling van de zelfredzaamheid komt tot uitdrukking dat veel kliënten gehandicapt zijn. Ten aanzien van de verschillende aspekten van zelfredzaamheid is er wél een signifikante overeenkomst tussen het oordeel van de 'zusters' en van de kliënt.

Wat de regelmatige hulp betreft is het opvallend dat de wijkverpleging zélf slechts in de helft van de gevallen regelmatige hulp geeft.
De relatieve grote overrapportage van hulp van familie en buren/-vrienden door de wijkverpleging, relativeert enigszins de door de wijkverpleging eerder aangegeven grote rol van de mantelzorg.

In tegenstelling tot hetgeen het geval is bij de huisartsen, korreleren de drie aspekten: vertrouwd, gemakkelijk en plezierig, van de beleving van het kontakt niet; de aantallen zijn echter te klein voor een definitieve uitspraak.
Het aantal 'min of meer' oordelen is vrij groot, zodat in het algemeen de wijkverpleegkundige de relatie ongunstiger beoordeeld dan de kliënt. De voorzichte konklusie ten aanzien van de huisartsen kan voor de wijkverpleging zonder voorbehoud getrokken worden: hulpverlener en kliënt denken anders over hun relatie. Wanneer we even terugdenken aan de onzekerheid van de verpleegkundigen over hun funktioneren, dan is deze relatie een nadere analyse waard.

5.8.4 De gezinsverzorging en hun kliënten

Helpster en leidinggevende geven ieder hun oordeel over de situatie van de kliënten, een oordeel, dat zoals blijkt, vaak zal verschillen. 3 leidinggevenden en 17 helpsters geven hun mening over 20 kliënten. Daarnaast zijn 7 kliënten alleen door de leiding beoordeeld.

Het is opvallend dat de beoordeling door de helpsters van de tevredenheid met de woon- en sociale situatie signifikant met die van de kliënt overeenkomt. De andere disciplines hadden hier immers steeds moeite mee. Voor het overige oordeelt de helpster steeds gunstiger dan de leiding. Het algemeen welbevinden wordt door de helpsters gunstiger aangevoeld dan door de kliënt zelf - er is dan ook geen signifikante overeenstemming. De leiding - wier oordelen bij geen van de aspekten signifikant overeenkomt - beoordeelt het algemeen welbevinden weer ongunstiger dan de kliënt zelf.

De oordelen van helpster en leiding ten aanzien van lichamelijke en geestelijke klachten komen in praktisch geen enkel geval signifikant overeen met die van de oudere. De signifikantietoets is echter van niet zo grote waarde, gezien de kleine aantallen. Het aantal gesignaleerde lichamelijke klachten is aanzienlijk en net als bij de wijkverpleging gaat het vooral om pijnklachten (bij 60% van de kliënten). In de ogen van de kliënt betekent dit toch nog een onderrapportage, zowel door leiding als helpster.
Geestelijke problemen worden eveneens veel gesignaleerd, meer door de leiding dan door de helpsters (35-40% van de kliënten). Dit is in overeenstemming met de in een eerder hoofdstuk besproken hulpindikatie. De hulpverlener-kliëntvergelijking geeft echter omtrent geestelijke klachten weinig uitsluitsel.

Wat het medicijngebruik betreft neigen de helpsters ten opzichte van de kliënten tot een onderrapportage. De leiding was nauwelijks op de hoogte van het medicijngebruik.

Gelijk het geval is bij de wijkverpleging hebben veel kliënten van de gezinsverzorging een slechte zelfredzaamheid.
Alle redzaamheidsaspekten worden door de leiding gunstiger beoordeeld dan door de helpster, met uitzondering van het huishoudelijk werk. Hierover zijn leiding, helpster én oudere het redelijk eens. De kliënt zélf vindt de beoordeling door de helpster van gezichtsvermogen en gehoor te ongunstig. Het bereiden van de maaltijd en de persoonlijke verzorging daarentegen worden door leiding en helpster weer gunstiger gewaardeerd dan door de kliënt.
Hulp en hulpindikatie komen met het relatief hulpbehoevende beeld, dat door de kliënt niet wordt tegengesproken, min of meer overeen.

De signalering van regelmatige hulp gebeurt door leiding en helpster zeer verschillend. De helpster geeft meer gedetailleerd hulp aan, maar in de ogen van de kliënt is dit toch meermalen onterecht.

De beleving van het kontakt van de helpster is in het algemeen positiever dan van de leiding. Wat de aspekten gemakkelijk en plezierig betreft is de helpster ook positiever dan de kliënt, een uitzondering onder de hulpverleners!

Samenvattend kan gekonkludeerd worden dat de vraag of de hulpverleners op de hoogte zijn van de situatie en hulpbehoefte van hun kliënten in het algemeen niet bevestigend of ontkennend beantwoord kan worden. Het varieert per onderwerp en per discipline. Wel kan gekonstateerd worden dat overeenstemming en éénduidigheid in de oordelen van de hulpverleners onderling en ten opzichte van die van de ouderen zélf het grootst zijn binnen de 'kerngebieden'

van de disciplines. Wat de huisartsen betreft op het gebied van de lichamelijke klachten en medicijngebruik, wat de wijkverpleging en gezinszorg betreft op het gebied van de zelfredzaamheid.
Eenduidigheid in de oordelen van hulpverleners en oudere is er het minst ten aanzien van de psychosociale situatie of problematiek; dit geldt voor alle hulpverleners en disciplines.
Ook ten aanzien van de gevoelsmatige beoordeling van het kontakt loopt de waardering van kliënt en hulpverlener nogal uiteen.

6. DE ONVOLKOMENHEDEN IN HET ONDERZOEK

6.1 Waar we nog niet aan toegekomen zijn

6.1.1 Inleiding

De in de vorige hoofdstukken gepresenteerde resultaten zijn beschikbaar na iets meer dan 1 jaar onderzoek; voorbereiding, materiaalverzameling en eerste analyses hebben in dit jaar plaatsgevonden.
De onderzoeksopzet en -planning is echter gebaseerd op een tweejarige onderzoeksduur.
Aan een aantal zaken zijn wij daarom nog niet toegekomen.

6.1.2 Nadere analyse van het voorgaande

In de eerste plaats zijn dit analyses, die verspreid over de vorige hoofdstukken genoemd zijn: verfijningen van de uitwerking van de onderzoeksvragen 1 t/m 3, die in deze hoofdstukken behandeld zijn:

- Ten aanzien van het enquêtemateriaal gaat het om de analyse van de groep en/of groepen ouderen, die zich 'onwel' voelen en van de groep hulpbehoevenden op psychische gronden. Dit laatste in verband met het feit dat genoemde klachten in verband gebracht worden met een beginnend dementieel syndroom.
  Mogelijk zijn er verbanden met andere kliëntkenmerken bijvoorbeeld hun geneigdheid tot het inroepen van hulp. Bovendien is analyse wenselijk van de groep respondenten, die wij hulpbehoevend genoemd hebben. Deze groep is zo omvangrijk (45%), dat aan de redelijkheid van de criteria te twijfelen valt.
- In de bespreking van de huisartsen-kontaktregistratie zijn als aanvullende analysen, die ten aanzien van de grootverbruikers-

groep en van het grote aantal kontrôle-kontakten wel uitgevoerd.

Daarnaast zou echter het verband onderzocht moeten worden tussen de geregistreerde kontakt-redenen en de akties van de huisartsen tijdens het kontakt.

- Met betrekking tot de wijkverpleging en de gezinsverzorging zijn als punten genoemd de grote aandacht voor de immateriële begeleiding, de ongewijzigde indikatiestelling bij veranderende hulp en de onzekerheid van de wijkverpleegkundigen over de wenselijkheid van hun werkzaamheden.
- Discipline-gewijze vergelijking van de beoordelingen van de hulpverleners over hun kliënten, zou nog meer uit de verf moeten komen. Af en toe zijn hier enkele tentatieve opmerkingen over gemaakt.
- Meer systematisch zouden mogelijke verbanden kunnen worden onderzocht tussen het beeld dat hulpverlener van hun kliënten hebben en de feitelijke hulp of indikatie van hulp al dan niet afhankelijk van de overeenkomst of het verschil met het beeld dat de ouderen van zichzelf gegeven hebben.

Bij de genoemde analyses gaat het derhalve niet alleen om verband van kenmerken binnen de gegevensbestanden, maar meer nog om verbanden van kenmerken afkomstig van de verschillende bestanden.
Zo is bijvoorbeeld ook de relatie tussen de hulpbehoevendheid zoals die uit de enquête blijkt, en de grootverbruikende groep van huisartsenzorg van belang onderzocht te worden.

In de tweede plaats is de uitwerking van de onderzoeksvragen 4 en 5 nog niet gebeurd.
Deze onderzoeksvragen zijn benaderd met behulp van interviews met ouderen. Deze interviews zijn nog niet geanalyseerd.
Bij deze analyse dient tevens de informatie te worden ingebracht van de algemene registratie en de enquête. Het gaat hier dan om de open vragen in de registratie naar de persoonlijkheid van de kliënt en de open vragen in de enquête naar behartenswaardige

opmerkingen over de hulpverlening, die door een honderdtal ouderen is ingevuld.

6.1.3 De interviews

Omdat in de registratie en enquête de mening en oordelen van de ouderen over de hulpverlening niet echt aan bod gekomen zijn en dit wel in de bedoeling van het onderzoek lag, zijn een vijftigtal interviews met ouderen gehouden.
Deze gesprekken hadden tot doel dieper in te gaan op hun wensen, verwachtingen en wedervaardigheden met betrekking tot de eerstelijns hulpverlening. Hierbij zijn eveneens eventuele problemen met betrekking tot het ouder worden aan de orde gekomen.

Deze gesprekken verliepen half-gestruktureerd. Dat wil zeggen dat de interviewer de onderwerpen aangeeft waar het gesprek over zal gaan en er binnen deze onderwerpen op let dat bepaalde kernpunten steeds bij elk gesprek aangesneden worden. De manier echter waarop de geïnterviewde over deze zaken praat en de manier waarop hij/zij de gedachten ontwikkelt, wordt aan de geïnterviewde overgelaten. De geïnterviewde doet zijn/haar verhaal. Het interview wordt met een bandopname-apparaat vastgelegd en later uitgewerkt.

Een nadeel van deze methode is dat door de mate van vrijheid in het gesprek informatie verkregen wordt, die moeilijker onderling met andere interviews te vergelijken is en lastig kwantificeerbaar.
Het grote voordeel is dat datgene wat door de geïnterviewde verteld wordt per definitie meer overeenkomt met de belevingswereld van hem/haar zelf en minder beïnvloed wordt door het van te voren bedachte van de onderzoeker (wat bij uitstek voor de enquête geldt). Bovendien kunnen aan de manier waarop de geïnterviewde zijn/haar verhaal vertelt eveneens konklusies ontleend worden. Het is immers te verwachten dat de vraag wat de oudere van de

hulp verwacht niet een, twee, drie beantwoord kan worden. Omdat kwantificeerbare informatie in eerdere fasen van het onderzoek ingewonnen is, konden wij aan het nadeel van deze methode minder zwaar tillen.

Selektie van de geïnterviewde ouderen

Voor de selektie is gebruik gemaakt van gegevens uit de registratie en enquête.

Zoals al eerder is opgemerkt gaan we ervan uit dat wensen en verwachtingen van kliënten beïnvloed worden door het aanbod van hulp en de ervaringen met hulp. Daarom wilden wij de oordelen van hulpverleners over deze ervaringen als een selektiekriterium gebruiken en dan met name problematische oordelen over de hulpverlener - kliëntenrelatie.

Daarnaast hebben wij ook aan de ouderen in de enquête een - zij het oppervlakkig - oordeel gevraagd over de hulpverlening (s-relatie).

Het al of niet overeenkomen van dit oordeel met dat van de hulpverleners kan dan bij de selektie betrokken worden. De 50 ouderen zijn vervolgens geselekteerd uit vier groepen van verschillende hulpverlener - kliëntenrelaties, namelijk relaties waarover:

1. de ouderen in de enquête problemen in de hulp hebben gesignaleerd;
2. de hulpverleners in de registratie problemen hebben gesignaleerd;
3. hulpverleners én ouderen problemen hebben gesignaleerd;
4. beiden géén problemen hebben gesignaleerd.

Wij veronderstellen dat deze vier groepen vier verschillende hulpverlener - kliëntenrelaties representeren. Of en in hoeverre dit het geval is, daarvan willen wij een indikatie krijgen door middel van de interviews. Binnen deze groepen is er voor gezorgd, dat elke discipline voldoende vertegenwoordigd is en dat het aantal groot- en kleinverbruikers van huisartsenhulp ongeveer even groot is.

De aldus geselekteerde ouderen werden vervolgens bekeken op een aantal andere relevante variabelen, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en woonplaats. Daaruit bleek een redelijke vertegenwoordiging van de verschillende kenmerken in de groepen die geselekteerd zijn.
Statistische kriteria voor de selektie zijn er derhalve niet. De interviews vervullen een beschrijvende en illustrerende rol.

Wij hanteerden de volgende vrij grove 'zeef' bij de selektie van een problematische hulpverlener - kliëntenrelatie.
Onder een 'problematisch' oordeel verstaan wij:

- de hulpverlener/kliënt geeft aan dat hij/zij niet tevreden is met de hulp (de antwoordkategorieën 'min of meer' en 'weet niet' inbegrepen);
- de hulpverlener/kliënt geeft aan, dat hij/zijn het kontakt niet plezierig en/of niet gemakkelijk vindt (de antwoordkategorieën 'min of meer' en 'weet niet' inbegrepen).

Een kritische kanttekening is hier op zijn plaats. Het is niet zeker, dat kliënt en hulpverlener wel hetzelfde verstaan onder de genoemde begrippen. Een opmerking, die overigens opgaat voor elke vergelijking tussen registratie- en enquêtegegevens. Meer zekerheid hieromtrent is overigens pas in de interviews zelf te verkrijgen.
Op bovengenoemde wijze zijn 60 ouderen geselekteerd ten behoeve van de interviews. Uiteindelijk hebben 54 van hen een gesprek toegestaan; de overigen hebben geweigerd of waren onbereikbaar.

De inhoud van de interviews
De bedoeling is deze ouderen, die op bovenstaande wijze geselekteerd zijn, hun ervaringen met de hulpverlening te laten vertellen. Wij hebben natuurlijk wel bepaalde verwachtingen over wat er fout zou kunnen gaan in de hulpverlening en waar de kliënt zijn/-haar oordeel aan 'ophangt', gebaseerd op eigen ervaring en ander onderzoek.

Uit het onderzoek 'Verhalen van hulp'* hebben wij de volgende hiërarchische driedeling ontleend. Is het resultaat naar tevredenheid, dan worden onvolkomenheden in de relatie en de persoon van de hulpverlener redelijk geaccepteerd. Laat het resultaat te wensen over, dan wordt de tevredenheid met de relatie de belangrijkste faktor. Is ook deze moeizaam, dan spelen oordelen over de persoon van de hulpverlener een belangrijke rol bij het oordeel over de hulpverlening.
Hierbij moet het resultaat gezien worden als het resultaat van een onderhandelingsproces, als een meer of minder optimale oplossing voor problemen. Zeker bij ouderen waarbij relatief veel chronische kwalen voorkomen is het resultaat niet zo maar 'beter worden'.
Op voorhand is dus niet duidelijk in hoeverre het bovenstaande in ons onderzoek opgeld doet; dit moet uit de interviews blijken.
Nu heeft praten hierover, het inzicht krijgen in de gedachten van de geïnterviewde, naast een feitelijk aspekt (welke zijn de problemen, welke afspraken zijn gemaakt en dergelijke) ook een belevingsaspekt (wat vindt u van de oplossing die gekozen is, wat vindt u van het advies). De beleving is nauw verbonden met de beweegredenen of motieven (wat wilde u, wat verwachte u van de hulp). Bovenstaande overwegingen resulteerden in de gebruikte interviewschema's. Deze schema's werden door de interviewer gebruikt als checklist en als leidraad bij het gesprek.

Naast het gespreksonderwerp hulpervaringen en -wensen was een tweede belangrijk onderwerp de zelfredzaamheid en de dagelijkse dingen die veranderen c.q. veranderd zijn met het ouder worden.

---

* Verhalen van hulp; de visie van kliënten en maatschappelijk werkers op het hulpverleningsproces in het algemeen maatschappelijk werk.
Annie Stikker, Kees van Gelder; NIMAWO, 's-Gravenhage (1980).

Hierbij moest worden ingegaan op positieve zowel als negatieve aspekten. Aandacht kon dan ook besteed worden aan meer levensbeschouwelijke vraagstukken, indien de geïnterviewde dit belangrijk vond.
Dit gespreksonderwerp biedt niet alleen belangrijke achtergrondinformatie ten aanzien van hulp en hulpbehoeften, maar biedt tevens een goede uitwijkmogelijkheid voor het gesprek, indien de geïnterviewde - ook na voorzichtig aandringen en proberen van de interviewer - weinig over hulp en verwachtingen daaromtrent kan of wenst te vertellen.

De voorbereiding van de interviews
Vanwege het binnen bepaalde grenzen vrije verloop van de interviews is het belangrijk dat de interviewers, leden van het onderzoeksteam, hun houding en gesprekstechniek zoveel mogelijk op elkaar afstemmen. Hiertoe werd een video-training- en rollenspelprogramma opgesteld en afgewerkt en werden per interviewer drie proefinterviews gehouden en gezamenlijk besproken. Hoewel deze gang van zaken tamelijk arbeidsintensief is, werden de effekten als zeer positief beoordeeld; niet alleen vanwege de verbeterde interview-techniek, maar ook vanwege het inleven in de positie van ouderen en hulpverleners, dat met deze training gepaard ging.

Het verloop en de verwerking van de interviews
Alle gesprekken zijn binnen één maand gehouden. Het verloop van de interviews was praktisch altijd plezierig en vaak indringend, een gevoel dat meermalen door de geïnterviewde beaamd werd.
In bijna alle gevallen kon het ontworpen interviewschema ook goed gevolgd worden. Slechts in twee gevallen had men bezwaar tegen het gebruik van het bandopname-apparaat.
Meer dan deze algemene oordelen valt er voorlopig over de interviews niet te geven. De analyse van de interviews staat als laatste geprogrammeerd in de onderzoeksplanning.

In het algemeen is het bij deze interviewmethode gebruikelijk, dat de banden met opgenomen interviews letterlijk worden uitgetypt. Na bestudering van deze teksten wordt er dan een voorlopige analyse- en rubriceringsschema opgesteld, dat getoetst wordt aan de oordelen van een panel, dat in eerste instantie niet bij het opstellen van dit schema betrokken is geweest.
Bij de analyse wordt er niet alleen afgegaan op de feitelijk door de respondent gegeven informatie, maar dienen ook verbanden gelegd te worden naar achterliggende motieven van de geïnterviewde. Deze subjektieve beoordelingen van degene die de analyse uitvoert, kunnen tot 'intersubjektieve' oordelen worden, indien ze getoetst worden aan de bevindingen van een panel. Deze methode is nogal arbeidsintensief.
Wij hebben geprobeerd - ook in het kader van de methode-ontwikkeling - een beperking door te voeren in de voorbereidende fase. De op de band opgenomen gesprekken worden door de interviewer zelf genotuleerd, waarbij zijns/haars inziens onbelangrijke informatie kan worden weggelaten. Dit levert een aanzienlijke tijdsbesparing en een vereenvoudiging van het materiaal op. Maar op deze wijze sluipt er wel een onkontroleerbare subjektieve beoordeling in. Deze wordt echter steekproefsgewijze door de projektleider bewaakt, terwijl in groepsbesprekingen ook enkele banden besproken worden.
In de vorm van deze genotuleerde gesprekken ligt het materiaal nu klaar om geanalyseerd te kunnen worden.

6.2 De gebreken van het onderzoek

6.2.1 Omvang

De gebreken liggen niet zozeer bij de analysen die nog niet verricht zijn; in iets meer dan een jaar is veel werk verzet: de voorbereiding en administratieve organisatie van de omvangrijke gegevensverzameling, codering, ordening en schoning van het

materiaal, begeleiding van de hulpverleners bij de registratie, de eerste analyse en beschrijving van de resultaten. Het is meer het intrinsieke probleem van het onderzoek dat het een arbeidsintensief omvangrijk (en dus kostbaar) onderzoek is, zowel in de materiaalverzameling-fase als in de analyse-fase wat betreft statistische verwerking en ondersteuning.
Hoewel bijvoorbeeld het respondent- en hulpverlenernummersysteem (gelukkig) waterdicht bleek, was er wel meer dan één vinger in de dijk nodig om dit resultaat te bereiken. Ook de noodzakelijke statistische schoning en ordening van het materiaal in de verschillende bestanden was een arbeidsintensief en omvangrijk karwei. Een deel van de problemen was te wijten aan het feit, dat de instrument-ontwikkeling van enquête en interviews gebeurde tijdens de registratie-fase. Weliswaar efficiënt, maar wel belastend en de oorzaak van onvolkomenheden in sommige vragen.

De hoofdzaak van de omvang van het onderzoek ligt in de kontaktregistratie van de huisarts. Het levert uniek materiaal op over de medische konsumptie van de ouderen.
De vraag is echter of veel huisartsen zullen staan te trappelen om een dergelijke gegevensverzameling voor hun rekening te nemen. En een herhaling van dit onderzoek zou noodzakelijk zijn om de bevindingen minder exemplarisch te laten zijn. De registratie periode zou korter kunnen of een bepaalde kategorie ouderen zou geselekteerd kunnen worden. De vraag is echter of dit de validiteit niet ongunstig beïnvloedt.

Is de onderzoekspopulatie van de huisartsenzorg voldoende groot voor verantwoorde berekeningen, de beschrijving en analyse van de zorg van de wijkverpleging en gezinsverzorging wordt bemoeilijkt door de te kleine kliënten aantallen. Wanneer nader onderzoek op dit gebied gewenst zou zijn, dan moet het onderzoek zich primair op deze disciplines en hun kliënten richten, zodat de onderzoekspopulatie voldoende groot kan zijn.

6.2.2. De onderzoeksinstrumenten

Niet gestelde of bij nader inzien gebrekkig geformuleerde vragen zijn, ondanks proefonderzoek, soms (erg) vervelend, maar bijna onvermijdelijk. Het belangrijkste probleem op dit gebied wordt wel gevormd door de tegenvallende vergelijkbaarheid van de informatie uit enquête en registratie.
Dit wordt deels veroorzaakt doordat de instrumentontwikkeling niet gelijktijdig plaatsvond, deels doordat over de betekenis van dezelfde vragen aan hulpverlener en oudere zo moeilijk hoogte te krijgen valt. Het blijft een moeilijk punt de beoordeling van de leefsituatie en de hulpbehoefte van de ouderen, per definitie een subjektief gebeuren, in enkele kernbegrippen te subjektiveren c.q. te kwantificeren.
Uit spraken over de validiteit en betrouwbaarheid zijn in dit stadium niet goed mogelijk.

7. BESCHOUWINGEN OVER HULPVERLENINGSMETHODIEKEN VOOR OUDEREN EN OVER DE ONDERZOEKSMETHODE ALS EVALUATIE VAN 1e LIJNSZORG

7.1 Inleiding

Voor zover dit mogelijk is op basis van de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken, waarin de informatie uit de 50 interviews met ouderen nog niet verwerkt is, zal in dit hoofdstuk worden nagegaan welke de konsekwenties zijn uit het voorgaande met betrekking tot de 1e lijnshulpverlening aan ouderen en hun zelfredzaamheid. Dit in het kader van de zesde onderzoeksvraag uit het eerste hoofdstuk.

De verschuiving van de gezondheidszorg van de intramurale naar de extramurale sektor, kan uit kwaliteitsoogpunt slechts suksesvol zijn door optimalisering van de extramurale gezondheidszorg. Een optimalisering, zowel vanuit de gezichtshoek van de oudere (wat zijn de noden en behoeften?), alsook vanuit de gezichtshoek van de hulpverlening (welke hulp kan ik verlenen en welke niet?). Het onderzoek zou dan moeten bijdragen aan specifiek op ouderen toegesneden methodieken van hulpverlening voor extramuraal werkende hulpverleners (huisartsen, wijkverpleging, bejaardenverzorging), waardoor adekwate interventie mogelijk wordt. Hierbij dient de nadruk te liggen op een vroegtijdige signalering en preventie van gezondheidsproblemen en mogelijkheden ter bevordering van de zelfredzaamheid.

De laatste paragraaf van dit hoofdstuk gaat in op de bruikbaarheid van onze onderzoeksmethode als evaluator van de 1e lijnszorg voor ouderen; een korte beschouwing in het kader van onderzoeksvraag 7.

7.2 De hulp van de huisarts

Het 'grootverbruikers' imago van ouderen wordt blijkens onze resultaten slechts bepaald door een relatief zeer kleine groep ouderen. Vanuit kwantitatief oogpunt is het bejaard zijn een wat medische konsumptie betreft weinig relevant en te generaliserend etiket. Of de kontakten kwalitatief verschillen met die van patiënten voor alle leeftijden is moeilijk vast te stellen.
Wel konstateerden we bij de oudere kliënten opvallend veel kontrôle kontakten. Ook uit de geregistreerde diagnostische procedures en ondernomen akties blijkt dat er in veel kontakten niets nieuws gebeurt, of het moest een nieuw herhalingsrecept zijn.
Deze kontakten worden veelal afgesproken op instigatie van de huisartsen. Veel meer dan zij zelf ook vermoeden scheppen de huisartsen hun eigen vraag. In theorie zou deze gang van zaken beïnvloedbaar zijn door de arts en het is wellicht een belangrijk aanknopingspunt uit het onderzoek voor de ontwikkeling van hulpverleningsmethodieken van ouderen. Zeker geldt dit voor de kleine groep grootverbruikers, die veel aandacht van de huisarts krijgen, maar bij wie hij, ondanks de ernst van de problemen, weinig meer kan doen dan een kort gesprekje. Het medicijn is dan niet zozeer de inhoud van het gesprek als wel het komen van de arts. Deze afhankelijkheid is dieper geworteld dan de ziekte zelf. Toch is het wellicht wenselijk, dat bij een deel van deze ouderen de wijkverpleging in plaats van de huisarts de meer kontinue zorg op zich neemt.

Veel kontakten (43%) met ouderen vinden ook bij hen thuis plaats. De huisartsen vinden dit - ondanks de tijdsinvestering - een 'service' die zij moeten bieden. Het blijkt dat zij vooral op bezoek gaan bij oudere kliënten, die dicht bij de praktijk wonen en makkelijk bereikbaar zijn. Het spontaan eens even langs gaan, in de interviews door de ouderen meermalen als wenselijk aangegeven,

gebeurt zelden bij de juist geïsoleerde plattelanders uit de praktijk.

De morbiditeit van klachten/symptomen en diagnosen bij ouderen is uiteenlopend. Klachten op het gebied van het bewegingsapparaat komen het meeste voor (21% van de ouderen).
Adekwate kennis van de huisarts op dit moeilijke gebied zou voor de ouderen van veel nut kunnen zijn, vooral ook omdat het vaak uit het oogpunt van de zelfredzaamheid hinderlijke klachten zijn. Veel oudere kliënten zijn 'behept' met een diagnose die de bloedsomloop betreft (29%). Men moet zich realiseren dat het aandoeningen betreft met vaak slechts lichte of helemaal geen verschijnselen, waarvoor echter wel medicijnen worden voorgeschreven en die de vele bovengenoemde kontrôle-kontakten met zich meebrengen. Deze bezoeken gaan vaak gepaard met het magische meten van de bloeddruk, dat de kliënt zo gerust stelt.
Het is daarnaast opmerkelijk dat de ouderen zélf in de enquête zo vaak melding maken (± 30% van de respondenten) van psychosomatische klachten, zoals zenuwachtigheid en slapeloosheid.

Tot slot van deze paragraaf nog een opmerking naar aanleiding van de individuele verschillen na jarenlange samenwerking tussen de twee huisartsen van één groepspraktijk. Deze verschillen zijn duidelijk van invloed op de medische konsumptie van de kliënten. Het is niet erg realistisch te verwachten dat het analyseren en/of aangeven van hulpverleningsmethoden, een onmiddellijke invloed heeft op de individuele arts-patiënt relatie. Arts en patiënt voeden elkaar over de jaren heen op en beiden hebben (recht op) hun eigenaardigheden.
Het blijkt in de gesprekken met de arts ook niet gemakkelijk de bevindingen uit het onderzoek zodanig te bespreken dat zij er wat mee kunnen doen tijdens de individuele patiëntenkontakten. Er blijken plausibele redenen aan te voeren voor de bestaande gang van zaken. De resultaten wat betreft de morbiditeit blijken van betrekkelijke waarde voor de individuele patiëntenkontakten.

Bovendien blijft het een probleem op welke wijze de arts de klachten interpreteert en vervolgens kodeert. De onderzoeksresultaten vormen wel een goede spiegel wat betreft het funktioneren van de huisartsenzorg. Zo kon naar aanleiding van deze resultaten een verandering gekonstateerd worden in het beleid ten aanzien van het terug-bestellen en van de receptuur. Overigens zijn ook wat dat betreft verschillende interpretaties mogelijk. Uit het feit dat beide artsen niet goed op de hoogte waren van diverse achtergrondkenmerken van de kliënten, waren beiden geneigd een tegengestelde konklusie te trekken. De één nam zich voor meer op deze kenmerken te letten, terwijl de ander konkludeerde, dat een goede hulpverlening blijkbaar mogelijk is zonder al te diepgaand van de situatie van de kliënt op de hoogte te zijn.

7.3 De hulp van de wijkverpleegkundige

Het aksent van de werkzaamheden, die de wijkverpleegkundigen bij ouderen verrichten ligt op de zgn. 'immateriële' begeleiding, vooral rond ziekte en handicap en eenzaamheidsproblemen.
De wijkverpleegkundigen twijfelen zelf in een aantal situaties aan het 'nut' van het kontakt; echter het daadwerkelijk afsluiten van de hulpverlening wordt niet gedaan. Het kan zijn dat het afsluiten van de hulpverleningsrelatie de kliënt (en de hulpverlener?) van een bepaalde zekerheid en vertrouwdheid berooft. In de literatuur over maatschappelijk werk worden deze aarzelingen rond het beëindigen van de hulp ook vaak gesignaleerd.
Het is daarnaast de vraag of het wenselijk is, dat de maatschappelijk werkende, die in de onderzoeksperiode geen enkele oudere kliënt heeft gehad, deze 'immateriële' begeleidende taak van de wijkverpleegkundige deels op zich zou moeten nemen. Zeker voor ouderen heeft de wijkverpleging een bepaalde vertrouwdheid en een lage drempel.

Het 'preventief bejaardenbezoek' verdient daarom meer systematische aandacht. Uit het onderzoek komen twee kategorieën kliënten naar voren, die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. Enerzijds de groep waar men weinig frekwente 'immateriële begeleiding' geeft, waarbij de wijkverpleegkundige professioneel op de koffie komt om een oogje in het zeil te houden.
Anderzijds zouden ouderen hiervoor in aanmerking komen, die tot de groep 'grootverbruikers' van de huisarts behoren. Een meer kontinue begeleiding van de wijkverpleegkundige is wellicht effektiever dan de frekwente, maar geneeskundig weinig zinvolle, bliksembezoeken van de huisarts, al stelt de kliënt die nog zo op prijs. In dit verband is nog op te merken dat onder de kliënten van de wijkverpleging juist relatief veel kleinverbruikers van huisartsenzorg zijn.

Een specifiek probleem waar de wijkverpleging ten aanzien van hun oudere kliënten vaak mee te maken hebben, is het overlijden van de kliënt of de partner en de stervensbegeleiding, die hieraan vooraf gaat.
Tevens zien de wijkverpleegkundigen het als hun taak om hun kontakt met de achtergeblevene te kontinueren, maar hierbij zal het wanneer en waarom op een gegeven moment afgewogen moeten worden. In het vorige hoofdstuk is opgemerkt, dat de wijkverpleegkundigen gevoelens van eenzaamheid in de ogen van de kliënt nogal óverrapporteren.
Het inmiddels op de plaats van onderzoek ingevoerde Wijk Registratie Systeem, biedt de hulpverleners voordelen die de hulpverlening aan de kliënt te goede komt.
Het systematisch inbouwen van evaluatiemomenten schept duidelijkheid in de gegeven en de nog te geven hulp. De hoofdwijkverpleegkundige heeft hierin ook een belangrijke taak.
Ondanks deze systematische aanpak blijken de langdurige kliënten een moeilijke groep om in kaart te brengen vooral wat betreft de immateriële begeleiding.

Bij nieuwe kliënten wordt voor de indikatiestelling geen verpleegkundige anamnese-lijst gebruikt. Het gebruik van zo'n lijst (medicijnen en bepaalde lichamelijke en geestelijke klachten) zou misschien aan te bevelen zijn zodat op die manier ook wat meer delicate zaken als bijvoorbeeld de incontinentie wat gemakkelijker en systematischer ter sprake zouden kunnen komen. Voor de wijkverpleegkundige is het zeker belangrijk op de hoogte te zijn van het niet geringe medicijngebruik van hun ouder cliënten.

7.4 De gezinsverzorging

Het meest opvallende in de hulp van de gezinsverzorging is eigenlijk, dat de kliënt de hulpverleningsrelatie ongunstiger waardeert dan de hulpverleners. Ten aanzien van de andere disciplines is dit duidelijk omgekeerd. De helpsters blijken zich dit niet te realiseren. Een reden zou kunnen zijn dat de kliënt zijn/haar ongenoegens niet met de helpsters durft te bespreken. Plausibel is ook dat de oudere vrouwelijke kliënt toch vaak denkt, dat, als zij ertoe in staat zou zijn, de huishoudelijke werkzaamheden grondiger gedaan zouden worden.
Van belang is tevens te vermelden dat de helpsters het aanwezig zijn van mantelzorg frekwenter aangeven dan de ouderen zelf. Het is mogelijk dat hierdoor minder urgente huishoudelijke taken blijven liggen.

Op sommige onderdelen blijken er ook systematische verschillen op te treden tussen de indikatiestelling van de leiding en de feitelijke werkzaamheden van de helpster. Dit is zeker een punt dat de aandacht van de leiding behoeft.
Tenslotte moet opgemerkt worden dat naast de wijkverpleging ook de gezinsverzorging zich taken op het gebied van het maatschappelijk werk stelt en ook uitvoert.
Bovendien blijkt er op sommige punten een taakoverlap tussen gezinsverzorging en wijkverpleging, met name op het gebied van de

'immateriële begeleiding van de lichamelijk/hygiënische verzorging en bij de realisering van therapie en/of leefregels. Ondanks het feit dat zij aan dezelfde ouderen hulp geven, blijkt dat de gezinsverzorging en de wijkverpleging hierover nauwelijks kontakt hebben. Niettegenstaande het wijkgericht werken van de betrokken disciplines, de huisartsen incluis, en ondanks regelmatig overleg, blijkt de samenwerking en informatie-uitwisseling toch nog moeizaam.

7.5 De 1e-lijns hulp in het algemeen

Uit de gepresenteerde onderzoeksgegevens blijkt dat hulpverleners en ouderen ten aanzien van verschillende aspekten van de situatie van de ouderen en van de hulpverlening verschillende beelden en interpretaties hebben. Een eerste indruk van de interviews bevestigt dit. Op een aantal punten zijn er ook opvallende overeenkomsten. Uit gesprekken met de hulpverleners blijkt het echter beslist geen routine om mogelijke interpretatieverschillen met hun kliënten te signaleren, in de veronderstelling dat misverstanden vermeden moeten worden. Uit de interviews lijkt naar voren te komen dat misverstanden inderdaad herhaaldelijk voorkomen en ook meermalen een langdurige nawerking hebben, zonder dat de hulpverlener zich hier van bewust is.
In dit verband is het vooral opvallend, dat de huisartsen gedurende de onderzoeksperiode nauwelijks gesignaleerd hebben, dat de kliënt mogelijk op bepaalde punten ontevreden zou zijn over de aanpak van de arts. De wijkverpleegkundigen doen dit relatief vaker, maar zij zijn dan ook meermalen onzeker over hun wenselijke taken en funkties en over de zorgbehoefte van de kliënt. Bovendien zijn zij gewend aan de supervisie van de hoofdwijkverpleegkundige.
Uit het oogpunt van kwaliteit van de zorg zou een meer systematische aandacht van de hulpverleners voor mogelijke misverstanden in de hulpverleningsrelatie gewenst zijn.

7.6 De hulpbehoefte van ouderen

De konstatering dat in het algemeen de 65-plussers geen grootverbruikers zijn van medische zorg, betekent niet dat in het algemeen ouderen weinig zouden mankeren.
Uit onze enquête bleek immers, dat bij 45% van de respondenten volgens eigen zeggen de zelfredzaamheid verminderd was. Een zelfredzaamheid overigens die evenzeer van goede buurtvoorzieningen als de lichamelijke gesteldheid afhankelijk is.
Hoewel de huisartsen goed op de hoogte bleken van de situatie van de oudere kliënt, bleken zij toch in het algemeen de verschillende aspekten van de zelfredzaamheid gunstiger te beoordelen dan de kliënt zelf.
Aan de hulpbehoefte die uit een verminderde redzaamheid voortvloeit blijkt voor wat betreft de huishoudelijke verzorging redelijk voldaan te worden; in een enkel geval wil men meer hulp van de familie en/of gezinsverzorging. Dat de mantelzorg bij de huishoudelijke verzorging een beduidend grotere rol zou kunnen spelen, is derhalve niet de mening van de oudere. In dit verband kan een spontane opmerking van een respondent geciteerd worden. Deze stelt dat burenhulp (onbetaald en als noodzakelijkheid) juist de afhankelijkheid van ouderen vergroot.
Ten aanzien van de persoonlijke verzorging blijkt er wel sprake te zijn van een relatief grotere onvervulde hulpbehoefte. Hulp van partner, familie en wijkverpleging wordt in meer gevallen gewenst dan feitelijk verkregen. Op dit gebied zou de mantelzorg een grotere rol kunnen spelen. Een voorlopige indruk uit de interviews is echter wel dat hulp bij de intiemere verzorging problematisch aspekten heeft.
Wanneer de wijkverpleging bij haar kliënten aangeeft dat de mantelzorg meer taken op zich zou kunnen nemen, dan is dit voornamelijk op het gebied van de immateriële begeleiding.
Als konklusie zouden we kunnen stellen dat extra stimulering door professionele hulpverleners van de mantelzorg, zoals de overheid

herhaaldelijk bepleit, als interventie-mogelijkheid van weinig belang is voor de kliënten uit onze onderzoeksgroep.

7.7 De bruikbaarheid van de onderzoeksmethode ten behoeve van een meer algemeen toepasbare evaluatie van 1e-lijnszorg

Zoals in het eerste hoofdstuk is opgemerkt kan de door ons gebruikte en ontwikkelde onderzoeksmethode als experimenteel opgevat worden. Met bepaalde instrumenten was nog weinig ervaring opgedaan. Na één jaar onderzoek is een indruk over de bruikbaarheid van de methode echter wel mogelijk. In dit jaar hebben voorbereiding, materiaalverzameling en eerste analyses plaatsgevonden. Wel moet bedacht worden dat de oorspronkelijke onderzoeksopzet en -planning gebaseerd was op een tweejarige onderzoeksduur.
Aan een aantal zaken zijn wij daarom nog niet toegekomen. Vooral geldt dit voor enkele meer verfijnde analyses van het kwantitatieve materiaal en voor de analyse van de interviews met 50 geselekteerde ouderen uit onze onderzoekspopulatie. De onderzoeksvragen 4 en 5 ten aanzien van de hulpverleningsrelatie in verband met de konsumptie van zorg zijn daarom nog onvoldoende belicht.

In de eerste plaats moeten we opmerken dat voor een routinematige toepassing in verschillende 1e-lijnssituaties het onderzoek te omvangrijk en gespecialiseerd van karakter is. Het is arbeidsintensief (en dus kostbaar), zowel in de materiaalverzamelingsfase als de analysefase, wat betreft statistische verwerking en ondersteuning. De omvang van het onderzoek is in het vorige hoofdstuk al als een nadeel van het onderzoek naar voren gebracht. De hoofdoorzaak van de omvang van het onderzoek ligt zoals gezegd in de kontaktregistratie van de huisarts. De vraag is echter of veel huisartsen gelegenheid zien zo'n omvangrijke gegevensverzameling voor hun rekening te nemen. Een herhaling van dit of soortgelijk onderzoek is echter noodzakelijk om de bevindingen minder exem-

plarisch te laten zijn. De registratie zou wellicht korter kunnen of een bepaalde kategorie ouderen zou geselekteerd kunnen worden. Is de onderzoekspopulatie van de huisartsenzorg voldoende groot voor verantwoorde berekeningen, de beschrijving en analyse van de zorg van de wijkverpleging en de gezinsverzorging wordt daarentegen bemoeilijkt door de te kleine kliënten-aantallen. Nader onderzoek zou zich primair op de disciplines en hun kliënten moeten richten, zodat de onderzoekspopulatie voldoende groot kan zijn.

In de tweede plaats kunnen we konkluderen dat een belangrijk onderzoeksdoel, de beschrijving van de 1e-lijns hulpverlening aan ouderen, met deze methode goed mogelijk is.
Het blijkt dat de huisartsen, die uitdrukkelijk om een dergelijke beschrijving gevraagd hadden, met de resultaten wat betreft de morbiditeit weinig raad wisten. De resultaten met betrekking tot het funktioneren van de huisartsenzorg werden wel zinvol gevonden en leidden ook tot veranderingen in het beleid. Wel doet zich gelden dat bij uitstek de huisartsen gewend zijn solistisch op te treden.
De resultaten bleken voor wijkverpleging en gezinsverzorging herkenbaar en toepasbaar. Deze hulpverleners zijn ook gewend aan supervisie en toetsing van hun handelen. Het onderzoek heeft zeker het een en ander teweeggebracht in bijvoorbeeld een meer systematische indikatiestelling en verduidelijking van de hulpvraag.

In het algemeen kan gezegd worden, dat het onderzoek veel aanknopingspunten heeft opgeleverd voor een kwaliteitsverbetering van de zorg. De besprekingen echter met de hulpverleners over de resultaten van het onderzoek zijn echter nog in een beginstadium, zodat de effekten van het onderzoek op de hulpverlening op dit moment niet definitief te overzien zijn.
Met name echter vanuit het oogpunt van arbeidsintensiteit zou een onderzoek, meer beperkt en gericht op een enkel knelpunt, wellicht de voorkeur verdienen.

8. SAMENVATTING

8.1 Inleiding

In 1983 werd door het NIPG/TNO een subsidie-aanvraag ingediend bij het Praeventiefonds in verband met een onderzoek naar de zorgbehoefte en zorgkonsumptie van ouderen in de 1e-lijns(gezondheids)zorg.
De looptijd van het onderzoek zou tenminste twee jaar bedragen, terwijl een viertal onderzoeksmedewerkers van verschillende disciplines op parttime basis bij het projekt betrokken zouden zijn. Het projekt vormde tevens een belangrijk onderdeel van het onderzoeksprogramma van het NIPG ten aanzien van ouderen en zorg voor ouderen.
Het Praeventiefonds beoordeelde het onderzoek en de vraagstelling positief, hoewel men zich afvroeg of de onderzoeksopzet in deze vorm uitvoerbaar zou zijn. Daarom besloot men voor één jaar een zogenaamde 'kiem'subsidie te verlenen, teneinde aan de hand van de opgedane ervaringen over een eventueel vervolg te kunnen beslissen.
Onderhavige rapportage vormt dan ook de samenvatting van het verslag van één jaar onderzoek.

8.2 Het onderzoek

8.2.1 Belang van het onderzoek

Het onderzoek beoogt een wetenschappelijk onderbouwde methodiekontwikkeling te bieden voor de beschrijving en de evaluatie van de eerste-lijnszorg voor ouderen in relatie tot hun hulpbehoefte.

Het onderzoek voorziet in de leemte van onderzoek naar het funktioneren van eerste-lijns(gezondheids)zorgvoorzieningen voor ou-

deren, voorzieningen, die het ouderen mogelijk maken, zolang als zij kunnen en willen, in hun eigen omgeving te vertoeven, zoals: huisartsenzorg, wijkverpleging, gezinsverzorging en het maatschappelijk werk.
In recente literatuur is grotendeels sprake van beleidsvoornemens en experimenten, bijvoorbeeld ten aanzien van 24 uurs beschikbaarheid van wijkverpleging en gezinsverzorging en een eventuele wenselijkheid van een periodiek preventief geneeskundig onderzoek of screening bij ouderen. Maar een onderbouwing door onderzoek ontbreekt veelal.
Er is weinig bekend over de aard van de hulp specifiek voor ouderen die door de genoemde disciplines geboden wordt. Er is weinig bekend van de onderlinge samenhang in het funktioneren van eerste-lijnshulp ten behoeve van ouderen. En niet in de laatste plaats ontbreekt kennis over de aard en achtergronden van de hulpbehoefte en problemen, zoals door de ouderen zelf kenbaar wordt gemaakt. Ook is onduidelijk in hoeverre de hulpverleners op de hoogte kunnen of moeten zijn van de situatie en behoeften van de oudere hulpvrager.
Het onderhavige onderzoek komt dan ook tegemoet aan de belangstelling van hulpverleners, die - zo is onze ervaring - vaak onzeker zijn of zij ouderen een verantwoorde zorg bieden.

Vanuit meer theoretisch oogpunt is van belang dat wij, hulp én hulpbehoefte als een resultante zien van de wisselwerking tussen hulpvrager en -bieder. Beider inbreng en interpretatie van de situatie is hierbij ongelijk(waardig). Maar de mate van afstemming van de inbreng van beiden achten wij van invloed op de kwaliteit van de zorg en op het konsumptiepatroon.
Naast een beschrijving van de geboden hulp over een bepaalde periode trachten wij in het onderzoek enkele elementen in deze wederzijdse beïnvloeding en beeldvorming te verhelderen. In deze zin kan het onderzoek een bijdrage leveren aan meer theoretische kennis op het gebied van de hulpverlening. Ook met het oog hierop

ontwerpen en testen wij een geïntegreerde kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode.

Het maatschappelijk belang en de toepasbaarheid van het onderzoek is meerledig:
Door beschrijving van hulp en hulpbehoefte en aspekten van de wisselwerking tussen hulpvrager en -bieder in de onderzoekssituatie zelf, kan het onderzoek rechtstreeks bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de zorg van de direkt bij het onderzoek betrokkenen.
In de tweede plaats kan door stroomlijning van het onderzoeksmodel - methodiekontwikkeling - het onderzoek elders herhaald worden, waarbij dan ook meer generaliseerbare kennis verworven kan worden, die ook meer in het algemeen een kwaliteitsverbetering van de zorg kan bewerkstelligen. In de derde plaats bied het onderzoeksmateriaal een meer gefundeerde basis voor beleidsaanbevelingen ten aanzien van de eerste-lijnszorg. Beleidsaanbevelingen die passen in het voornemen van de overheid de eerste-lijn te versterken en het ouderen mogelijk te maken in hun eigen omgeving te verblijven. Ook vanwege bezuinigingen en de toename van het aantal hoogbejaarden zal een versterking van de eerste-lijnszorg vooral moeten gebeuren door een kwalitatieve verbetering van de zorg en wellicht in mindere mate door een kwantitatieve uitbreiding.

8.2.2 Vraagstelling

Bij de aanvang van het onderzoek werd deze vraagstelling met betrekking tot de zorgbehoefte en zorgkonsumptie van ouderen als volgt geformuleerd:

1. Welke is de aard van de hulpvraag en de hulpbehoefte van ouderen met betrekking tot de eerste-lijnszorg?

2. Welke is de aard van de feitelijk geboden hulp door huisarts, wijkverpleegkundige, de gezinsverzorging en het maatschappelijk werk?
3. In welke mate zijn de eerste-lijnshulpverleners op de hoogte van de situatie en hulpbehoeften van hun oudere kliënten?
4. Welke zijn volgens de ouderen en hulpverleners de problemen in de hulpverleningsrelatie?
5. Hoe beïnvloedt de interpretatie van en de wederzijdse beeldvorming in de zorgverleningsrelatie de zorgkonsumptie en zorgbehoefte?

De informatie, die hiermee beschikbaar komt zou dan ook op twee additionele onderzoeksvragen een antwoord moeten geven:

6. Welke konkrete interventiemogelijkheden en hulpverleningsmethodieken kunnen er voor hulpverleners beschikbaar zijn, teneinde een doelmatige en preventief gerichte gezondheidszorg voor ouderen mogelijk te maken en hun zelfredzaamheid te bevorderen?
7. Hoe is de bruikbaarheid van de ontworpen onderzoeksmethode ten behoeve van een meer algemeen toepasbare evaluatie en kwaliteitsverbetering van de zorg?

8.2.3 Opzet en werkwijze

De gekozen onderzoeksopzet vloeit enerzijds voort uit de vraagstelling en anderzijds uit het experimentele karakter van het onderzoek. Met bepaalde elementen van de methoden, zoals de internationaal zeer recent ontwikkelde Reason for Encounter Classification van de huisartsenzorg en de indikatie-klassifikatie van gezinsverzoring en wijkverpleging bestond weinig ervaring evenals met de koppeling van de te verwachten gegevensbestanden.
Wij kozen daarom voor een overzichtelijke onderzoekspopulatie, waarbij tegelijkertijd de gelegenheid geboden werd om in nauwe samenwerking met de hulpverleners de onderzoeksmethoden te ontwikkelen.

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door de 548 65-plussers in een huisartsenpraktijk en de 'bijbehorende' hulpverleners te weten: twee huisartsen, vier wijkverpleegkundigen, drie leidinggevenden van de gezins- en bejaardenverzorging, zestien bejaardenhelpsters en één maatschappelijk werkende.
De beoordeling of de onderzoeksopzet 'werkt' moet aan de hand van de ervaringen in één praktijk mogelijk zijn.
De begeleidingskommissie bestaat uit één vertegenwoordiger van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening, de hoofdwijkverpleegkundige, één huisarts en één oudere uit het betreffende gebied. Zowel bij de ontwikkeling van de onderzoeksmethode als bij de implementatie van de resultaten ten aanzien van de betrokken hulpverleners speelt de begeleidingskommissie een belangrijke rol.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen 1 t/m 4 is grotendeels gebruikt gemaakt van:
1. registratie van de hulp door de hulpverleners gedurende vijf maanden;
2. post-enquête onder de ouderen.

Ten behoeve van de onderzoeksvragen 4 en 5 is gebruik gemaakt van:
3. halfgestruktureerde interviews met een geselekteerde groep ouderen en met hulpverleners. Dit materiaal is nog niet geanalyseerd.

De registratie van de hulp gebeurt enerzijds door een korte inventarisatie van achtergrondgegevens onder andere met betrekking tot de zelfredzaamheid, die de hulpverlener bekend zijn en anderzijds door een kontaktregistratie van de huisartsen onder andere gebaseerd op de RFEC en door een hulpindikatie van wijkverpleging en gezinsverzorging, die gebaseerd is op de registra- tie van de Nationale Kruisvereniging. Bovendien evalueren wijkverpleging en gezinsverzorging eens per maand hun hulp.

Na afloop van de registratieperiode is onder alle ouderen een post-enquête gehouden om inzicht te krijgen in een beperkt aantal algemene kenmerken van deze populatie, ook met het doel deze te kunnen spiegelen aan het beeld dat hulpverleners hebben van de ouderen, waarmee ze kontakt hebben.
Tenslotte zijn met 50 ouderen halfgestruktureerde interviews gehouden met het doel dieper in te gaan op hun wensen, verwachtingen en wedervaardigheden met betrekking tot de hulpverlening, mede in relatie tot het ouder worden. Deze ouderen zijn geselekteerd op basis van al dan niet door henzelf of de hulpverleners gesignaleerde problemen.
Ook met de hulpverleners zijn er gesprekken gevoerd over taakopvatting en praktijkvoering ten aanzien van ouderen en de problemen daarbij.

Op deze wijze is er een geïntegreerde kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode ontwikkeld ten behoeve van de beschrijving en evaluatie van de eerste-lijns hulpverlening aan ouderen.

8.3 De resultaten

8.3.1 Inleiding

De vraag naar de aard van de hulpvraag en de hulpbehoefte van ouderen met betrekking tot de eerste-lijnszorg kan gedeeltelijk met de resultaten van de ouderen-enquête beantwoord worden. Dit gebeurt in de volgende subparagraaf. Het gaat dan uitsluitend om de hulpvraag en hulpbehoefte van de ouderen uit onze onderzoekspopulatie. Daarnaast komt de hulpvraag in ons onderzoek tot uitdrukking in het huisartsenbezoek; de beide huisartsen registreren dan ook de kontakt-redenen c.q. klachten waar de oudere kliënt mee komt. In subparagraaf 3 komt dit aan bod. Ook in een volgende subparagraaf wordt de indikatiestelling door de wijkverpleging en gezinsverzorging beschreven. De indikatiestelling is meer

indirekt een weergave van de hulpvraag van de oudere; het is de hulpvraag, zoals de hulpverlener die ziet en beoordeelt.

De enquête onder de ouderen is eveneens benut om informatie te verzamelen, die vergeleken kan worden met de informatie die hulpverleners over hun kliënten verschaft hebben. Dit in verband met de onderzoeksvraag 3. Een samenvatting van de resultaten die hierop hebben, sluit de paragraaf af.

8.3.2 Resultaten van de enquête

Algemeen

Het aantal respondenten bedroeg 426 (78% van de onderzoekspopulatie). Wat betreft leeftijd en geslacht bestond er weinig verschil tussen de respons- en non-responsgroep. Op verschillende meer algemene achtergrondgegevens gaan we in deze samenvatting niet in.

Redzaamheid en hulpbehoefte

Met betrekking tot de hulpbehoefte kunnen wij het volgende konkluderen: Op basis van lichamelijke en psychische klachten en de redzaamheid in de algemene dagelijkse levensverrichtingen troffen wij toch een vrij grote groep ouderen aan, die wij hulpbehoeftig kunnen noemen(45%). Voor de huishoudelijke bezigheden is onderzocht of het geslacht van invloed is. Dit blijkt alleen bij het koken signifikant het geval: 46% van de mannen heeft hier moeite mee tegen 14% van de vrouwen.

Dat de lichamelijke gesteldheid van de ouderen niet alleen van invloed is, wordt onderstreept door onze bevinding dat de redzaamheid met betrekking tot het doen van boodschappen signifikant samenhangt met de bereikbaarheid van buurtwinkels.

Enkele aspekten, wat de redzaamheid betreft zijn in de volgende tabel opgenomen.

Tabel. De redzaamheid van de geënqueteerde ouderen (in percentages)

	n=	goed	matig	slecht
het zelf huis aan kant kunnen maken	389	62,2	26,0	11,8
het zelf boodschappen doen	399	73,7	16,3	10,0
het zelf koken	375	73,6	14,1	12,3
het zelf toilet maken	415	92,0	6,0	1,9
het lopen binnenshuis	420	86,2	10,5	3,3
het gezichtsvermogen	420	76,7	19,3	4,0
het gehoor	418	70,1	26,8	3,1

Hulp en gewenste hulp

79% van de respondenten wordt bij het huishouden geholpen, vaak door de partner. Dat huishoudelijke hulp in het algemeen niet zozeer met de zelfredzaamheid samenhangt blijkt uit het feit, dat van degenen die zich goed redden nog 70% hulp krijgt. Wel blijkt er een signifikant verband tussen verminderde redzaamheid in het huishouden en de aanwezige hulp van familie, partikuliere werkster en de gezinsverzorging.

Professionele hulp (partikulier werkster, gezinsverzorging, gezinshulp) wordt aan 24% van de respondenten gegeven.

Ten aanzien van de huishoudelijke verzorging bestaat nauwelijks verschil tussen de feitelijke hulp en de eventueel gewenste hulp: aan eventuele behoeften wordt kennelijk voldaan.

20% van de respondenten wordt bij de persoonlijke verzorging geholpen. Professionele hulp wordt in feite zelden gegeven; slechts bij een 4% van de respondenten. Meestal helpt de partner (15% van degenen die deze hulp krijgen). Er is een wat groter verschil

tussen de feitelijke en gewenste hulp; met name werd door meer respondenten hulp van partner, familie en wijkverpleging gewenst dan zij feitelijk kregen. Vooral ten aanzien van de partner bestaat deze onvervulde hulpbehoefte: bij 42 respondenten.

Op de vraag of men in geval van nood een beroep kon doen op familie of kennissen antwoordden respektievelijk 17 en 31 hulpbehoevenden ontkennend. Wij hebben kunnen konkluderen, dat de ónmogelijkheid om in gevallen van nood een beroep te kunnen doen op buren of kennissen juist signifikant samenhangt met het hulpbehoeftig zijn.

Toch blijkt dat respondenten die zich slecht in het huishouden redden (11%) of in hun persoonlijke verzorging (2%) in alle gevallen hulp hebben van tenminste één persoon.
Van degenen die zich matig redden wat betreft hun persoonlijke verzorging (7% van de respondenten) heeft 40% geen hulp. 27% van de respondenten kan zich matig redden in het huishouden. Van hen heeft 10% geen hulp.

8.3.3 De registratie door de huisarts van de feitelijk geboden hulp

Inleiding
Met behulp van de gepresenteerde gegevens wordt een beeld geschetst van de hulpvraag van de ouderen in de kontakten met de huisarts.
De reden voor het kontakt wordt daarbij geregistreerd met behulp van een klassifikatie-systeem ontwikkeld door de WHO, in Nederland bekend geworden door Lamberts, de Reason for Encounter Classification (kortweg: RFEC).
De onderzoekspopulatie bestond uit de 548 65-plussers van de huisartsenpraktijk. Dit is 11% van het totale kliëntenbestand van de huisartsen. Het aantal kontakten bedroeg gedurende 5 maanden 924,

17% van het totaal aantal kontakten met kliënten van alle leeftijden.
Gezien de aard van een spreekuur moet rekening worden gehouden met een onderrapportage, zowel wat betreft het aantal kontakten als wat betreft de geregistreerde informatie per kontakt.

De hulp

Met name een vrij kleine groep ouderen (8,8% van de ingeschreven oudere kliënten) neemt een groot deel (40%) van de kontakten met ouderen voor zijn rekening. 35% van de onderzoekspopulatie had geen kontakt met de huisarts. De uit de literatuur bekende grotere konsumptie van vrouwen wordt in dit onderzoek niet bevestigd.
Een groot deel (43%) van de kontakten met oudere kliënten vond thuis plaats, een tijdsintensief gebeuren.
Ook blijkt dat in bijna de helft van de kontakten de huisarts zélf een belangrijke rol speelt in de totstandkoming ervan, enerzijds door zelf het initiatief te nemen, maar vooral door (een datum voor) een vervolgkontakt af te spreken.
Andere eerste-lijners en de specialist verwijzen zeer zelden door naar de huisarts.

52% van de kontakten heeft als (een) reden een kontrôle ten aanzien van één of meer bekende diagnosen; tijdens 44% van de kontakten kwam de kliënt met een symptoom of klacht en in 26% van de kontakten betrof dit nieuwe klachten of symptomen. Kontakten, waarin de kliënt één min of meer specifieke verzoeken naar voren bracht vormden 17% van het totaal aantal kontakten tijdens de onderzoeksperiode.

De morbiditeit van klachten/symptomen is zeer uiteenlopend. 74 (21%) van de patiënten hebben klachten op het gebied van het bewegingsapparaat. Ook klachten met betrekking tot de luchtwegen komen veel voor (bij 61 kliënten, 17%); klachten op het gebied van de bloedsomloop opvallend weinig.

De meest gestelde diagnosen daarentegen betreffen wél de bloedsomloop (103 kliënten, 29%); vooral hypertensie en decompensatio cordis komen veel voor. Diagnosen met betrekking tot de bloedsomloop betreffen dan ook vele kontrôle kontakten (38% van de kontakten).
Vaak hebben de kontrôle kontakten ook een meer psychologisch of psycho-sociaal aksent (21% van de kontakten, bij 61 (17%) kliënten. Respiratoire aandoeningen komen bij 31 kliënten voor (9%).

Nadere specifikaties, waarmee de klant aangeeft wat hij/zij van de arts wil, zijn in het algemeen weinig door de huisartsen geregistreerd. Ouderen zijn wellicht weinig expliciet in hun wensen, maar ook het grote aantal (routine) kontrôle kontakten speelt hierbij een rol. Het grote aantal kontrôle kontakten hangt eveneens samen met het feit dat in 29% van de kontakten de artsen geen diagnostische aktiviteiten ontplooien. Daarentegen ondernemen de huisartsen wel in bijna alle kontakten een vorm van therapeutische aktie: in bijna 50% van de gevallen een recept. Verwijzingen vinden in 11% van de kontakten plaats, voornamelijk naar specialist en fysiotherapeut.
Ten aanzien van de evaluatie van de hulpvraag, de aanpak en het kontakt worden opvallend weinig problemen gesignaleerd: in 81% van de kontakten is de aangeboden problematiek volgens de huisartsen duidelijk en de keren dat men ontevreden is over de eigen aanpak of over de beleving van het kontakt zijn zeldzaam (respektievelijk 2 en 1% van het aantal kontakten).

De relatief kleine groep 'grootverbruikers', die eens per maand of vaker met de huisarts kontakt heeft, omvat 8,8% van de ingeschreven ouderen en verschilt in een aantal opzichten van de overige oudere kliënten.
De gemiddelde leeftijd is beduidend hoger: 78 ten opzichte van 73,5 jaar. Zij worden veel vaker thuis bezocht en zijn voornamelijk patiënt van één van beide huisartsen. Vanzelfsprekend is er veel vaker sprake van een kontrôle kontakt, maar het aantal

nieuwe klachten is net niet signifikant lager dan bij de overige oudere kliënten (p = 0,07). Wel komt de grootverbruikersgroep signifikant minder met eigen wensen (specifikaties) naar voren. De problemen worden vaker door de huisarts als ernstig en urgent beschouwd.
Als therapeutische aktie hebben de huisartsen vaker een gesprek aangegeven en minder vaak receptuur. Met betrekking tot alle orgaansystemen is zowel het aantal klachten/symptomen als het aantal diagnosen bij de grootverbruikers beduidend hoger. Zo komen klachten ten aanzien van het bewegingsapparaat en de luchtwegen bij respektievelijk 46% en 62% van de grootverbruikers voor en diagnosen ten aanzien van bloedsomloop, luchtwegen en psychologische problematiek bij respektievelijk 52%, 31% en 56%.
Ook met betrekking tot verschillende achtergrondvariabelen zoals zelfredzaamheid en de aanwezigheid van geestelijke klachten blijken de grootverbruikers signifikant meer hulpbehoevend.

De patiëntenpopulatie van de beide huisartsen verschilt op een aantal punten. Toch zijn sommige verschillen en overeenkomsten in konsumptie tussen kliënten van de beide huisartsen opvallend en hier niet zo maar uit te verklaren. Wellicht is de huisarts hier een verklarende faktor. Nadere analyse zou hier noodzakelijk zijn. Voorbeelden zijn onder andere dat de ene huisarts meer kontakten met minder kliënten heeft en ook vaker thuis bezoekt dan de andere huisarts; bovendien zijn er verschillen in gestelde diagnosen en redenen voor kontakt, terwijl beide huisartsen juist in gelijke mate recepten uitschrijven.

8.3.4 De feitelijk geboden hulp van wijkverpleging

Inleiding
Een overzicht van de geboden hulp gebeurt aan de hand van de indikatiestelling door de wijkverpleegkundigen. De hulpvraag wordt derhalve gedefinieerd door het nodig zijn van verschillende soor-

ten hulp: de hulpvraag beschreven in termen van hulpaanbod. Tijdens de onderzoeksperiode kregen 37 ouderen (6,7% van de onderzoekspopulatie) hulp van drie wijkverpleegkundigen.
Opvallend is dat de kliënten die hulp krijgen van de wijkverpleging voornamelijk 'kleinverbruikers' zijn bij de huisarts.
Een overlap met de traditionele hulp van de gezinsverzorging vindt in acht situaties plaats.

De hulp

De taken van de wijkverpleegkundigen worden veelal gezien in de medisch verzorgende sfeer. Het is dan ook opmerkelijk dat de wijkverpleegkundigen in de hulpkategorie 'immateriële begeleiding' de meeste werkzaamheden aangeven (begeleiding van ziekte/-handicap, eenzaamheidsproblemen). De helft van het aantal kliënten wordt ook ééns per maand of minder vaak bezocht.
Werkzaamheden binnen de kategorie 'lichamelijke en hygiënische verzorging' komen op de tweede plaats (hulp bij wassen, aan- en uitkleden).
Het blijkt dat de wijkverpleegkundigen niet zelden onzeker zijn over hun taak bij de kliënten en hun hulpbehoefte. In 24% van de gevallen vond men de hulpvraag min of meer duidelijk, terwijl ten aanzien van veertien kliënten deze onzekerheid als een punt van onvrede werd geuit.
In overeenstemming hiermee is ook het feit dat wijkverpleegkundigen herhaaldelijk hebben aangegeven,dat - met name op het gebied van de immateriële begeleiding - het mogelijk en wenselijk is de zelf- en mantelzorg te intensiveren. In 75% van de situaties wordt trouwens volgens de wijkverpleging door de familie regelmatig hulp geboden.

Tijdens de onderzoeksperiode zijn er bij de meerderheid van de kliënten (positieve en negatieve) gebeurtenissen te signaleren, die van invloed zijn op de hulverlening. Er blijken dan ook veel (kleinere) veranderingen in de hulp voor te komen, ongeacht een ongewijzigde indikatiestelling. Het stellen van een hulpindikatie

moet dus niet te strikt worden opgevat; het is meer de afweging dát hulp geboden is en welke hulp dan ongeveer.

8.3.5 De hulp van de gezinsverzorging

Inleiding

In de gezinsverzorging doet zich de omstandigheid voor dat de leidinggevenden de indikatie stellen en de hoeveelheid hulp bepalen, die de helpster daadwerkelijk verleent.

In totaal krijgen 29 ouderen (5,4% van onze onderzoekspopulatie) traditionele hulp van de gezinsverzorging. Dit is landelijk gezien geen ongebruikelijk aantal. Het hangt echter nogal sterk af van de verdeling van het kliëntenaanbod over de traditionele en alpha-hulp in de verschillende regio's. In ons onderzoek wordt aan alpha-hulp geen aandacht besteed.

De hulp

In de hulpkategorie 'huishoudelijke verzorging' worden de zwaardere huishoudelijke werkzaamheden in alle gevallen door leiding en helpsters genoemd. Ook op het gebied van de lichte huishoudelijke werkzaamheden bestaat er redelijke overeenstemming tussen de door de leiding geïndiceerde hulp en de feitelijke hulp van de helpsters. Het boodschappen doen wordt echter duidelijk minder door de leiding geïndiceerd dan feitelijk gedaan door de helpsters.

Naast de kategorie 'huishoudelijke verzorging' wordt de hulpkategorie 'immateriële begeleiding' het meest door helpsters en leiding genoemd. Wel is het opvallend dat binnen deze laatste kategorie - maar ook op het gebied van reaktivering en materiële begeleiding - de leiding meer bezigheden aangeeft dan de helpsters. Aan de andere kant voeren de helpsters meer werkzaamheden uit dan de leiding aangeeft op het gebied van de lichamelijke verzorging en toezicht bij therapie en leefregel. Dit zijn werkzaamheden die ook door de wijkverpleging gedaan worden.

In 70% van de situaties wordt door de helpster de familie als regelmatige hulpgever aangeduid; de leiding signaleert dit zelden. Wat betreft het (meer) inschakelen van mantelzorg en/of zelfzorg zien leiding en helpsters weinig mogelijkheden.

Ook door de helpsters (en minder gedetailleerd door de leiding) werden tijdens de onderzoeksperiode in de meerderheid van de gevallen (positieve en negatieve) gebeurtenissen gesignaleerd, die van belang waren voor de hulpverlening. De leiding was meer op de hoogte van de problemen, dan van de positieve voorvallen, zodat zij in het algemeen een wat somberder beeld hebben van de situatie van de kliënt.
En ook bij de gezinsverzorging hebben veel veranderingen in de hulp plaatsgevonden binnen het kader van een ongewijzigde indikatiestelling.

Het maatschappelijk werk, dat ook bij het onderzoek betrokken was, had vóór en tijdens de onderzoeksperiode, verrassenderwijs geen enkele kliënt uit onze onderzoekspopulatie. De zgn. immateriële hulpverlening wordt ten aanzien van ouderen door wijkverpleging en gezinsverzorging gegeven.
In feite ook bij de huisarts hoewel het zo niet wordt genoemd.

8.3.6 De koppeling van gegevens uit registratie en enquête: zijn de helpers op de hoogte van de situatie en de hulpbehoefte van ouderen?

Inleiding
De direkte vergelijking van informatie van helper en kliënt heeft een aantal beperkingen en voorbehouden, die enerzijds te maken hebben met het verschillende perspektief van beiden en anderzijds met formuleringsproblemen van de konkrete vragen.
Niet alle aspekten zullen in deze samenvatting aan bod komen.
De huisarts - kliënt vergelijking gaat over maximaal 276 kliën-

ten, de wijkverpleging - kliënt vergelijking over maximaal 24 en de gezinsverzorging - kliënt over maximaal vijftien kliënten. Deze laatste aantallen zij te klein voor een betrouwbare toetsing.

De huisarts - kliënt vergelijking

De oordelen over belangrijke achtergrondgegevens, als de woon-, financiële - en sociale situatie blijken voor de huisartsen problematisch. De waardering van de kliënten zelf blijkt in het algemeen duidelijk gunstiger.

Opmerkelijk daarentegen is de signifikante overeenkomst (p = 0,00) tussen artsen en ouderen in het oordeel over gezondheid en welbevinden. Ook ten aanzien van praktisch alle lichamelijke klachten komen de oordelen van de huisartsen gezamenlijk met die van de kliënten overeen. Toch zijn er per huisarts afzonderlijk verschillen, waarbij nu eens de ene dan weer de andere arts het 'beter' doet. Met betrekking tot de door ons opgenomen vijf geestelijke klachten blijkt alleen de signalering van eenzaamheidsgevoelens en zwaarmoedigheid met die van de kliënt overeen te komen.

Met uitzondering van de signalering van slechthorendheid blijken de oordelen van de huisartsen met betrekking tot de zelfredzaamheid signifikant met de oordelen van de ouderen overeen te komen. Desalniettemin beoordelen zij alle aspekten gunstiger dan de kliënten zelf.

De verschillen in oordeel tussen de huisartsen onderling zijn niet zo maar op verschillen in de patiënten-populatie terug te voeren; ook de kliëntvergelijking per huisarts levert een grillig beeld op. Gekonkludeerd kan daarom worden, dat ondanks jarenlange samenwerking, de individuele perceptie van de huisartsen een grote en ten aanzien van verschillende beoordelingsgebieden een wisselende rol speelt. Het is zelfs de vraag in hoeverre de eigen geaardheid van de huisarts geen rol van betekenis speelt in de verschillen in patiëntenpopulatie.

De wijkverpleging - kliënt vergelijking

De financiële en woonsituatie worden door de wijkverpleegkundigen gunstiger beoordeeld dan door de kliënt, de sociale situatie en het welbevinden ongunstiger. Deze beoordelingstendenties zijn juist tegengesteld aan die van de huisarts.

De signalering van geestelijke klachten komt niet met die van de kliënt overeen. Hierbij is het opvallend dat de wijkverpleegkundigen gevoelens van eenzaamheid, die zij bij 41% van hun kliënten aangaven, nogal óverrapporteren in de ogen van de kliënten zelf. Dit relativeert enigszins het grote belang dat de wijkverpleegkundigen hechten aan het immateriële begeleidingsaspekt van hun hulp.

In de beoordeling van de zelfredzaamheid komt tot uitdrukking dat veel kliënten gehandicapt zijn. Ten aanzien van de verschillende aspekten van zelfredzaamheid is er wél een signifikante overeenkomst tussen het oordeel van de 'zusters' en van de kliënt.

In termen van 'gemakkelijk', 'plezierig' en 'vertrouwd' blijken wijkverpleegkundigen en kliënten anders over hun relatie te denken. De kliënt is duidelijk positiever. Een bevinding overigens die ten aanzien van de huisarts - kliënt niet zo duidelijk was.

De gezinsverzorging - kliënt vergelijking

Het is opvallend dat de beoordeling door de helpsters van de tevredenheid van de oudere met zijn/haar woon- en sociale situatie overeenkomt met de waardering van de oudere zelf. De andere disciplines hadden hier immers steeds moeite mee.
De oordelen van helpsters en leiding ten aanzien van lichamelijke en geestelijke klachten komen nauwelijks overeen met die van de oudere. Alle redzaamheidsaspekten worden door de leiding gunstiger beoordeeld dan door de helpster, met uitzondering van het huishoudelijk werk. Hierover zijn leiding, helpster én oudere het echter wel redelijk eens. De kliënt zélf vindt de beoordeling

door de helpster van gezichtsvermogen en gehoor te ongunstig. Het bereiden van de maaltijd en de persoonlijke verzorging daarentegen worden door leiding en helpster weer gunstiger gewaardeerd dan door de kliënt.

De beleving van het kontakt van de helpster is in het algemeen positiever dan van de leiding. Wat de aspekten gemakkelijk en plezierig betreft is de helpster ook positiever dan de kliënt, een uitzondering onder de hulpverleners!

Samenvattend kan gekonkludeerd worden dat de vraag of de hulpverleners op de hoogte zijn van de situatie en hulpbehoefte van hun kliënten niet in het algemeen bevestigend of ontkennend beantwoord kan worden. Het varieert per onderwerp en per discipline. Wel kan gekonstateerd worden dat overeenstemming en éénduidigheid in de oordelen van de hulpverleners onderling en ten opzichte van die van de ouderen zélf het grootst zijn binnen de 'kerngebieden' van de disciplines. Wat de huisartsen betreft op het gebied van de lichamelijke klachten en medicijngebruik, wat de wijkverpleging en gezinsverzorging betreft op het gebied van de zelfredzaamheid. Eenduidigheid in de oordelen van hulpverleners en oudere is er het minst ten aanzien van de psychosociale situatie of problematiek; dit geldt voor alle hulpverleners en disciplines.

8.4 Beschouwingen over hulpverleningsmethodieken voor ouderen en over de onderzoeksmethode als evaluatie van eerste-lijnszorg

8.4.1 Inleiding

Voor zover dit mogelijk is op basis van de resultaten, waarin de informatie uit de 50 interviews met ouderen nog niet verwerkt is, wordt in het kader van onderzoeksvraag 6 nagegaan welke de

konsekwenties zijn uit het voorgaande met betrekking tot de eerste lijns-hulpverlening aan ouderen en hun zelfredzaamheid. In het kader van onderzoeksvraag 7 tenslotte, wordt een korte beschouwing gewijd aan de bruikbaarheid van de onderzoeksmethode als evaluatie van de eerste lijnszorg voor ouderen.

De verschuiving van de gezondheidszorg van de intramurale naar de extramurale sektor, kan uit kwaliteitsoogpunt slechts suksesvol zijn door optimalisering van de extramurale gezondheidszorg. Een optimalisering, zowel vanuit de gezichtshoek van de oudere (wat zijn de noden en behoeften?), alsook vanuit de gezichtshoek van de hulpverlening (welke hulp kan ik verlenen en welke niet?). Het onderzoek zou dan moeten bijdragen aan specifiek op ouderen toegesneden methodieken van hulpverlening voor extramuraal werkende hulpverleners (huisartsen, wijkverpleging, bejaardenverzorging), waardoor adekwate interventie mogelijk wordt. Hierbij dient de nadruk te liggen op een vroegtijdige signalering en preventie van gezondheidsproblemen en mogelijkheden ter bevordering van de zelfredzaamheid.

8.4.2 De hulp van de huisarts

Het 'grootverbruikers' imago van ouderen wordt blijkens onze resultaten slechts bepaald door een relatief zeer kleine groep ouderen. Vanuit kwantitatief oogpunt is het bejaard zijn een wat medische konsumptie betreft weinig relevant en te generaliserend etiket. Of de kontakten kwalitatief verschillen met die van patiënten voor alle leeftijden is moeilijk vast te stellen.
Wel konstateerden we bij de oudere kliënten opvallend veel kontrôle kontakten. Ook uit de geregistreerde diagnostische procedures en ondernomen akties blijkt dat er in veel kontakten niets nieuws gebeurt, of het moest een nieuw herhalingsrecept zijn.
Deze kontakten worden veelal afgesproken op instigatie van de huisartsen. Veel meer dan zij zelf ook vermoeden scheppen de huisart-

sen hun eigen vraag. In theorie zou deze gang van zaken beïnvloedbaar zijn door de arts en het is wellicht een belangrijk aanknopingspunt uit het onderzoek voor de ontwikkeling van hulpverleningsmethodieken van ouderen. Zeker geldt dit voor de kleine groep grootverbruikers, die veel aandacht van de huisarts krijgen, maar bij wie hij, ondanks de ernst van de problemen vaak zowel op geestelijk als lichamelijk gebied, weinig meer kan doen dan een kort gesprekje. Het medicijn is dan niet zozeer de inhoud van het gesprek, als wel het komen van de arts. Deze afhankelijkheid is dieper geworteld dan de ziekte zelf. Toch is het wellicht wenselijk, dat bij een deel van deze ouderen de wijkverpleging in plaats van de huisarts de meer kontinue zorg op zich neemt.

Veel kontakten (43%) met ouderen vinden ook bij hen thuis plaats. De huisartsen vinden dit - ondanks de tijdsinvestering - een 'service' die zij moeten bieden. Het blijkt dat zij vooral op bezoek gaan bij oudere kliënten, die dicht bij de praktijk wonen en makkelijk bereikbaar zijn. Het spontaan eens even langs gaan, in de interviews door de ouderen meermalen als wenselijk aangegeven, gebeurt zelden bij de juist geïsoleerde plattelanders uit de praktijk.

De morbiditeit van klachten/symptomen en diagnosen bij ouderen is uiteenlopend. Klachten op het gebied van het bewegingsapparaat komen het meeste voor (21% van de ouderen).
Adekwate kennis van de huisarts op dit moeilijke gebied zou voor de ouderen van veel nut kunnen zijn, vooral ook omdat het vaak uit het oogpunt van de zelfredzaamheid hinderlijke klachten zijn. Veel oudere kliënten zijn 'behept' met een diagnose die de bloedsomloop betreft (29%). Men moet zich realiseren dat het aandoeningen betreft met vaak slechts lichte of helemaal geen verschijnselen, waarvoor echter wel medicijnen worden voorgeschreven en die de vele bovengenoemde kontrôle kontakten met zich meebrengen. Deze bezoeken gaan vaak gepaard met het magische meten van de bloeddruk, dat de kliënt zo gerust stelt.

Het is daarnaast opmerkelijk dat de ouderen zélf in de enquête zo vaak melding maken (± 30% van de respondenten) van psychosomatische klachten, zoals zenuwachtigheid en slapeloosheid.

Tot slot van deze paragraaf nog een opmerking naar aanleiding van de individuele verschillen na jarenlange samenwerking tussen de twee huisartsen van één groepspraktijk. Deze verschillen zijn duidelijk van invloed op medische konsumptie van de kliënten. Het is niet erg realistisch te verwachten dat het analyseren en/of aangeven van hulpverleningsmethoden, een onmiddellijke invloed heeft op de individuele arts-patiënt relatie. Arts en patiënt voeden elkaar over de jaren heen op en beide hebben (recht op) hun eigenaardigheden.
Het blijkt in de gesprekken met de arts ook niet gemakkelijk de bevindingen uit het onderzoek zodanig te bespreken dat zij er wat mee kunnen doen tijdens de individuele patiënten-kontakten. Er blijken plausibele redenen aan te voeren voor de bestaande gang van zaken. De resultaten wat betreft de morbiditeit blijken van betrekkelijke waarde voor de individuele patiënten-kontakten. Bovendien blijft het een probleem op welke wijze de arts de klachten interpreteert en vervolgens kodeert. De onderzoeksresultaten vormen wel een goede spiegel voor het funktioneren van de huisartsenzorg. Zo kon naar aanleiding van deze resultaten een verandering gekonstateerd worden in het beleid ten aanzien van het terug-bestellen en van de receptuur.

8.4.3 De hulp van de wijkverpleegkundige

Het aksent van de werkzaamheden, die de wijkverpleegkundigen bij ouderen verrichten ligt op de zgn. 'immateriële' begeleiding, vooral rond ziekte en handicap en eenzaamheidsproblemen.
De wijkverpleegkundigen twijfelen zelf in een aantal situaties aan het 'nut' van het kontakt; echter het daadwerkelijk afsluiten van de hulpverlening wordt niet gedaan. Het kan zijn dat het

afsluiten van de hulpverleningsrelatie de kliënt (en de hulpverlener?) van een bepaalde zekerheid en vertrouwdheid berooft. In de literatuur over maatschappelijk werk worden deze aarzelingen rond het beëindigen van de hulp ook vaak gesignaleerd.
Het is daarnaast de vraag of het wenselijk is, dat de maatschappelijk werkende, die in de onderzoeksperiode geen enkele oudere kliënt heeft gehad, deze 'immateriële' begeleidende taak van de wijkverpleegkundige deels op zich zou moeten nemen. Zeker voor ouderen heeft de wijkverpleging een bepaalde vertrouwdheid en een lage drempel.

Het 'preventief bejaardenbezoek' verdient daarom meer systematische aandacht. Uit het onderzoek komen twee kategorieën kliënten naar voren, die hiervoor in aanmerking kunnen komen. Enerzijds de groep waar men weinig frekwente 'immateriële begeleiding' geeft, waarbij de wijkverpleegkundige professioneel op de koffie komt om een oogje in het zeil te houden.
Anderzijds zouden ouderen hiervoor in aanmerking komen, die tot de groep 'grootverbruikers' van de huisarts behoren. Een meer kontinue begeleiding van de wijkverpleegkundige is wellicht effektiever dan de frekwente, maar geneeskundig weinig zinvolle, bliksembezoeken van de huisarts, al stelt de kliënt die nog zo op prijs. In dit verband is nog op te merken dat onder de kliënten van de wijkverpleging juist relatief veel kleinverbruikers van huisartsenzorg zijn.

Een specifiek probleem waar de wijkverpleging ten aanzien van hun oudere kliënten vaak mee te maken hebben, is het overlijden van de kliënt of de partner en de stervensbegeleiding, die hieraan vooraf gaat.
Tevens zien de wijkverpleegkundigen het als hun taak om hun kontakt met de achtergeblevene te kontinueren, maar hierbij zal het wanneer en waarom op een gegeven moment afgewogen moeten worden.
In het vorige hoofdstuk is opgemerkt, dat de wijkverpleegkundigen

gevoelens van eenzaamheid in de ogen van de kliënt nogal óverrapporteren.
Het inmiddels op de plaats van onderzoek ingevoerde Wijk Registratie Systeem, biedt de hulpverleners voordelen die de hulpverlening aan de kliënt ten goede komt.
Het systematische inbouwen van evaluatiemomenten schept duidelijkheid in de gegeven en nog te geven hulp. De hoofdwijkverpleegkundige heeft hierin ook een belangrijke taak.
Ondanks deze systematische aanpak blijken de langdurige kliënten een moeilijke groep om in kaart te brengen vooral wat betreft de immateriële begeleiding.

Bij nieuwe kliënten wordt voor de indikatiestelling geen verpleegkundige anamnese-lijst gebruikt. Het gebruik van zo'n lijst (medicijnen en bepaalde lichamelijke en geestelijke klachten) zou misschien aan te bevelen zijn zodat op deze manier ook wat meer delicate zaken als bijvoorbeeld incontinentie wat gemakkelijker en systematischer ter sprake zouden kunnen komen. Voor de wijkverpleegkundige is het zeker belangrijk op de hoogte te zijn van het niet geringe medicijngebruik van hun oudere kliënten.

8.4.4 De gezinsverzorging

Het meest opvallende in de hulp van de gezinsverzorging is eigenlijk, dat de kliënt de hulpverleningsrelatie ongunstiger waardeert dan de hulpverleners. Ten aanzien van de andere disciplines is dit duidelijk omgekeerd. De helpsters blijken zich dit niet te realiseren. Een reden zou kunnen zijn dat de kliënt zijn/haar ongenoegens niet met de helpsters durft te bespreken. Plausibel is ook dat de oudere vrouwelijke kliënt toch vaak denkt, dat, als zij ertoe in staat zou zijn, de huishoudelijke werkzaamheden grondiger gedaan zouden worden.
Van belang is tevens te vermelden dat de helpsters het aanwezig zijn van mantelzorg frekwenter aangeven dan de ouderen zelf. Het

is mogelijk dat hierdoor minder urgente huishoudelijke taken blijven liggen.
Op sommige onderdelen blijken er ook systematische verschillen op te treden tussen de indikatiestelling van de leiding en de feitelijke werkzaamheden van de helpster. Dit is zeker een punt dat de aandacht van de leiding behoeft.
Tenslotte moet opgemerkt worden dat naast de wijkverpleging ook de gezinsverzorging zich taken op het gebied van het maatschappelijk werk stelt en ook uitvoert.
Bovendien blijkt er op sommige punten een taakoverlap tussen gezinsverzorging en wijkverpleging, met name op het gebied van de 'immateriële begeleiding' van de lichamelijk/hygiënische verzorging en bij de realisering van therapie en/of leefregels. Het blijkt echter dat zij hierover onderling nauwelijks kontakt hebben.

8.4.5 De eerste-lijns hulp in het algemeen

Uit de gepresenteerde onderzoeksgegevens blijkt dat hulpverleners en ouderen ten aanzien van verschillende aspekten van de situatie van de ouderen en van de hulpverlening verschillende beelden en interpretaties hebben. Een eerste indruk van de interviews bevestigt dit. Op een aantal punten zijn er ook opvallende overeenkomsten. Uit gesprekken met de hulpverleners blijkt het echter geen routine om mogelijke interpretatie-verschillen met hun kliënten tijdig te signaleren, in de veronderstelling dat misverstanden vermeden moeten worden. Uit de interviews komt naar voren dat misverstanden inderdaad herhaaldelijk voorkomen en ook meermalen een langdurige nawerking hebben, zonder dat de hulpverlener zich hier van bewust is.
In dit verband is het vooral opvallend, dat de huisartsen gedurende de onderzoeksperiode nauwelijks gesignaleerd hebben, dat de kliënt mogelijk op bepaalde punten ontevreden zou zijn over de aanpak van de arts. De wijkverpleegkundigen doen dit relatief

vaker, maar zij zijn dan ook meermalen onzeker over hun taken en funkties en over de zorgbehoefte van de kliënt. Bovendien zijn zij gewend aan de supervisie van de hoofdwijkverpleegkundige.
Uit het oogpunt van kwaliteit van de zorg zou een meer systematische aandacht van de hulpverleners voor mogelijke misverstanden in de hulpverleningsrelatie gewenst zijn.

8.4.6 De hulpbehoefte van ouderen

De konstatering dat in het algemeen de 65-plussers geen grootverbruikers zijn van medische zorg, betekent niet dat in het algemeen ouderen weinig zouden mankeren.
Uit onze enquête bleek immers, dat bij 45% van de respondenten volgens eigen zeggen de zelfredzaamheid verminderd was. Een zelfredzaamheid, overigens die evenzeer van goede buurtvoorzieningen als de lichamelijke gesteldheid afhankelijk is.
Hoewel de huisartsen goed op de hoogte bleken van de lichamelijke situatie van de oudere kliënt, bleken zij toch in het algemeen de verschillende aspekten van de zelfredzaamheid gunstiger te beoordelen dan de kliënt zelf. Aan de hulpbehoefte die uit een verminderde redzaamheid voortvloeit blijkt voor wat betreft de huishoudelijke verzorging redelijk voldaan te worden; in een enkel geval wil men meer hulp van de familie en/of gezinsverzorging. Dat de mantelzorg bij de huishoudelijke verzorging een beduidend grotere rol zou kunnen spelen, is derhalve niet de mening van de oudere. In dit verband kan een spontane opmerking van een respondent geciteerd worden. Deze stelt dat burenhulp (onbetaald en als noodzakelijkheid) juist de afhankelijkheid van ouderen vergroot.
Ten aanzien van de persoonlijke verzorging blijkt er wel sprake te zijn van een relatief grotere onvervulde hulpbehoefte. Hulp van partner, familie en wijkverpleging wordt in meer gevallen gewenst dan feitelijk verkregen. Op dit gebied zou de mantelzorg een grotere rol kunnen spelen. Een indruk uit de interviews is

echter wel dat hulp bij de intiemere verzorging problematische aspekten heeft.
Wanneer de wijkverpleging bij haar kliënten aangeeft dat de mantelzorg meer taken op zich zou kunnen nemen, dan is dit voornamelijk op het gebied van de immateriële begeleiding.
Als konklusie zouden we kunnen stellen dat extra stimulering door professionele hulpverleners van de mantelzorg, zoals de overheid herhaaldelijk bepleit, als interventie-mogelijkheid van weinig belang is voor de kliënten uit onze onderzoeksgroep.

8.4.7 De bruikbaarheid van de onderzoeksmethode ten behoeve van een meer algemeen toepasbare evaluatie van eerste-lijns-zorg

Zoals in de eerste paragraaf is opgemerkt kan de door ons gebruikte en ontwikkelde onderzoeksmethode als experimenteel opgevat worden. Met bepaalde instrumenten was nog weinig ervaring opgedaan. Na één jaar onderzoek is echter een indruk over de bruikbaarheid van methoden mogelijk. In dit jaar hebben voorbereiding, materiaalverzameling en eerste analyses plaatsgevonden. Wel moet bedacht worden dat de oorspronkelijke onderzoeksopzet en -planning gebaseerd was op een tweejarige onderzoeksduur.
Aan een aantal zaken zijn wij daarom nog niet toegekomen. Vooral geldt dit voor enkele meer verfijnde analyses van het kwantitatieve materiaal en voor de analyse van de interviews met 50 geselekteerde ouderen uit onze onderzoekspopulatie. De onderzoeksvragen 4 en 5 ten aanzien van de hulpverleningsrelatie in verband met de konsumptie van zorg zijn daarom nog onvoldoende belicht.

In de eerste plaats moeten we opmerken dat voor een routinematige toepassing in verschillende eerste-lijnssituaties het onderzoek te omvangrijk en gespecialiseerd van karakter is. Het is arbeidsintensief (en dus kostbaar), zowel in de materiaalverzamelings-

fase als de analysefase, wat betreft statistische verwerking en ondersteuning.

De hoofdoorzaak van de omvang van het onderzoek ligt in de kontaktregistratie van de huisarts. Het levert uniek materiaal op over de medische konsumptie van de ouderen en de artsen betoonden zich daarin in de voorbereidingsfase zeer geïnteresseerd. De vraag is of veel huisartsen gelegenheid zien zo'n omvangrijke gegevensverzameling voor hun rekening te nemen. En een herhaling van dit of soortgelijk onderzoek is noodzakelijk om de bevindingen minder exemplarisch te laten zijn. De registratieperiode zou wellicht korter kunnen of een bepaalde kategorie ouderen zou geselekteerd kunnen worden.

Is de onderzoekspopulatie van de huisartsenzorg voldoende groot voor verantwoorde berekeningen, de beschrijving en analyse van de zorg van de wijkverpleging en de gezinsverzorging wordt bemoeilijkt door de te kleine kliënten-aantallen.
Nader onderzoek zou zich primair op deze disciplines en hun kliënten moeten richten, zodat de onderzoekspopulatie voldoende groot kan zijn.

In de tweede plaats kunnen we konkluderen dat een belangrijk onderzoeksdoel, de beschrijving van de eerste-lijns hulpverlening aan ouderen, met deze methode goed mogelijk is.
Het blijkt dat de huisartsen, met de resultaten wat betreft de morbiditeit weinig raad wisten. De resultaten met betrekking tot het funktioneren van de huisartsenzorg werden wel zinvol gevonden en leidden ook tot veranderingen in het beleid. Wel doet zich gelden dat bij uitstek de huisartsen gewend zijn solistisch op te treden.
De resultaten bleken voor wijkverpleging en gezinsverzorging herkenbaar en toepasbaar. Deze hulpverleners zijn ook gewend aan supervisie en toetsing van hun handelen. Het onderzoek heeft zeker

het één en ander teweeggebracht in bijvoorbeeld een meer systematische indikatiestelling en verduidelijking van de hulpvraag.

In het algemeen kan gezegd worden, dat het onderzoek veel aanknopingspunten heeft opgeleverd voor een kwaliteitsverbetering van de zorg. De besprekingen echter met de hulpverleners over de resultaten van het onderzoek zijn echter nog in een beginstadium, en ook de interviews zijn nog niet geanalyseerd, zodat de effekten van het onderzoek op de hulpverlening op dit moment niet definitief te overzien zijn.
Met name echter vanuit het oogpunt van arbeidsintensiteit zou een onderzoek, meet beperkt en gericht op een enkel knelpunt, wellicht de voorkeur verdienen.

LITERATUUR 'OUDEREN EN HULPVERLENING'

BEAUVOIR, S. DE. La vieillesse. Paris, Gallimard, 1970.

BEEK, A & R.J. VAN ZONNEVELD. De gezondheid in de voortschrijdende ouderdom. 's-Gravenhage, GO/TNO, 1976.

BERGSMA, J. 't spreekuur' naar de dokter en terug. Tilburg, 1980.

BIESENBEEK, F.J. Een persoonlijke visie omtrent een gezondheidszorgbeleid voor ouderen. Leiden, NIPG/TNO, 1976.

BIRREN, J.E. & R.B. SLOANE (eds.). Handbook of mental health and aging. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1980.

Bouwstenen voor een ouderenbeleid. Tweede Kamer, zitting 1982-83, 17393, nr. 6.

BREMER, G.J. Over het gebruik van de huisartsanamneselijst bij vage onduidelijke klachten. Huisarts & Wetensch. 23 (1980) 53

BROCKLEHURST, J.C, et al. Medical screening of old people accepted for residential care. Lancet 2 (1978) 141-3

BROUWER, W. & F. TOUW-OTTEN. Van klacht tot vragen. Huisarts & Wetensch. 17 (1974).

CASSEE, E. Th. Naar de dokter. Meppel, 1973.

De Gezondheidszorg in het Gewest 's-Gravenhage. Dl. 3. De bejaardenproblematiek in het Gewest 's-Gravenhage. Leiden, NIPG-TNO, 1981.

De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. Sociaal-cultureel kwartaalbericht 1984, jaargang 6, nr. 1

DIRKZWAGER-DRIESSE, M.M. Een onderzoek naar de behoeften en wensen van leden van 55 jaar en ouder in 23 afdelingen van de Ned. Protestanten Bond. Vrijzinnig Prot.St. voor Bejaardenzorg, 1980.

DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht, 1981.

FULDAUER, A. Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk. Proefschrift R.U. Leiden, 1966.

FULDAUER, A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk; Studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. Huisarts & Wetensch. 16 (1973) 135

FULDAUER, A., S. HERINGA, Th. PEETERS, et al. Het screenen van bejaarden; Vijf jaar poliklinisch multidisciplinair psychogeriatrisch onderzoek. Maandbl.geestel.Volksgezondh. 35 (1980) 201-15

HAGEMAN-SMIT, J. De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart; Een onderzoek naar de positie van de cliënt in de geestelijke gezondheidszorg. Proefschrift, Samson, Alphen a/d Rijn, 1976.

HEUVELMANS-HOPPENBROUWERS, P.J.M. Verhuizing naar tehuis of bejaardenwoning. Nijmegen, Gerontologisch Centrum, 1978.

HULKA, B.S., et al. Practice characteristics and Quality of Primary Medical Care; The Doctor-Patient relationship. Medical Care 10 vol.XIII (1975).

HULKA, B.S., et al. Scale for the measurement of attitutes toward physicians and Primary Medical Care. Medical Care 5 vol.VIII (1970).

HUYGEN, F.J.A. Zorg voor ouderen in de eerste lijn. Ned.T.Geront. 8 (1977) 3

Inequalities in health; Report of a research working group. DHSS, 1980.

KNIPSCHEER, C.P.M. Oude mensen en hun sociale omgeving; Een studie van het primaire sociaal netwerk. 's-Gravenhage, Vuga, 1980. Proefschrift K.U. Tilburg.

LEHR, U. Gerontologie, Utrecht, Spectrum, 1974.

MALUCCO, A.N. Learning from clients; Interpersonal helping as viewed by clients and social workers. New York & London, The free Press, 1983.

MANIS, J.G. & B.N. MELTZER. Symbolic interaction. A reader in social psychology 2nd ed. Boston, Allyn and Bacon Inc., 1972.

McKINLEY, J.B. Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services - an overview. J.Hlth and soc.Behavior 13 (1972).

MOOTZ, M. De patiënt en zijn naasten. 's-Gravenhage, 1981.

MUNNICHS, J.M.A. Oude mensen, hun familie en het gebruik van algemene voorzieningen. Ned.T.Geneesk. 5 (1974) 6-24

MUNNICHS, J.M.A. Ouder worden en bejaard zijn. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1972.

MYERHOFF, B. Number our days. New York, Simon & Schuster, 1978.

NEVEN, E.J.J. Uitstelduur en praktijkvoering; Een onderzoek in een aantal huisartsenpraktijken. Proefschrift, Maastricht, 1980.

Nota Bouwstenen voor een ouderenbeleid. Tweede Kamer, zitting 1981-82, 17939 no 1-2.

Nota Eerste lijns gezondheidszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-84, 18180 no 1-2.

Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg. Ned.T.Soc.Geneesk. 28 oktober 1980.

Op welke manier preventieve zorg voor de bejaarden in de wijkverpleging? MGZ 9e jaargang, no. 6, juni 1981.

ORMEL, H. Moeite met leven of moeilijk leven. Groningen, 1980.

Ouderen willen nieuw beleid. COSBO Nederland. Den Haag, 1979.

OVERBEEK, R. VAN. Hoe hulp helpt. Kliëntenonderzoek in de gezinsverzorging. NIMAWO, 1976.

PENDLETON, D. & J. HASLER. Doctor-patient communication (1983).

PERLMAN, H.H. Relationship; The heart of helping people. The University of Chicago Press, 1983.

Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging. Maatsch.Gezondheidsz. 4 (1976) 452-3

Preventieve Gezondheidszorg bij het ouder worden. MGZ 8e jaargang, no. 10, okt. 1980.

RENGELINK, H. Oudere gehandicapten in Amsterdam; Het opnemingsbeleid, grensgebeuren tussen extra- en intramurale gezondheidszorg.

SANAVRO, F.L. Medische sociologie, Een literatuurverkenning. Amsterdam, 1970.

SCHOUTEN, J. Preventieve geneeskunde bij ouderen. Ned.T.Geneesk. 120 (1976) 1426-7

SIPSMA, D.H. Het wankel evenwicht. Ned.T.Geront. 4 (1973) 13-23

SIPSMA, D.H. Strukturele tekorten in de gezondheidszorg voor bejaarden. T.soc.Geneesk. 55 (1977) 367-75

SNIDER, E.L. Awareness and Use of Health Services by the Elderly; A Canadian Study. Medical Care 12 vol.XVIII (1980).

STIKKER, A. Wachten op opneming; Het indicatie- en opnemingssysteem in de ogen van bejaarden, die in een verzorgingstehuis willen gaan wonen. 's-Gravenhage, NIMAWO, 1980.

STIKKER, A. & K. VAN GELDER. Verhalen van hulp; De visie van kliënten en maatschappelijk werkers op het hulpverleningsproces in het algemeen maatschappelijk werk. NIMAWO, 1980.

TONINO, F.J.M. Bejaarden thuis. Proefschrift Nijmegen, 1969.

Verplegen met de handen op de rug; De (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg, zoals ervaren door wijkverpleegkundigen. MGZ 11e jaargang, no. 2, februari, 1983.

VERZIJDEN, D. & J. MOHRS. De Amsterdamse bejaarden - hun situatie en wensen met betrekking tot huisvesting, verzorging en hulpverlening. Amsterdam, Veldkamp Marktonderzoek bv, 1977.

VRIES, A.E.N. DE. Gezin en hulpverlening in Dorp bij Stad. Proefschrift. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, (1973).

WERSCH-VAN DER SPEK. Een geriatrische polikliniek; Het funktioneren van de geriatrische polikliniek te Rotterdam. Med.Contact 35 (1980) 1161-7

WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK & M. KASTELEIN. Faktoren van invloed op konsumptie van huisartsenzorg. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (intern deelrapport)

WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK & M. KASTELEIN. Onderzoek vanuit symbolisch interactionistisch perspectief. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (intern deelrapport)

WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK & M. KASTELEIN. Tussentijds verslag registratie gezinsverzorging. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (intern deelrapport)

WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK & M. KASTELEIN. Tussentijds verslag kontaktregistratie huisarts. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (intern deelrapport)

WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK & M. KASTELEIN. Tussentijds verslag van de resultaten van de postenquête onder ouderen. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (intern deelrapport)

WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK & M. KASTELEIN. Tussentijds verslag registratie wijkverpleging. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (intern deelrapport)

WOLENSKY, F.D. Assessing the affects of predisposing, enabling and illness-morbidity characteristics on health service utilization. J.Hlth and soc.Behavior 19 (1978).

ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, 1982.

ZIJDERVELD, A.C. De theorie van het symbolisch interactionisme. Meppel, Boom, 1973.

ZYZANSKI, S.J., et al. Scale for the measurement of satisfation with medical care; Modifications in content Format and Scoring. Medical Care 7 vol.XII (1974).

B I J L A G E N

Tabel 2.1. Het geslacht van de ingeschreven kliënten ouder dan 65 jaar (per huisarts) (percentages in cursief)

	man		vrouw		totaal	
huisarts 1	142	*45,4*	171	*54,6*	313	*57,1*
huisarts 2	94	*41,0*	135	*59,0*	229	*41,8*
huisarts onbekend	2		4		6	*1,1*
totaal	238	*43,4*	310	*56,6*	548	*100*

Tabel 2.2. De leeftijd van de ingeschreven kliënten (per huisarts)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥ 90	onbekend	totaal
huisarts 1	104	100	66	31	6	4	2	313
	33,2	*31,9*	*21,1*	*9,9*	*1,9*	*1,3*	*0,6*	*57,1*
huisarts 2	68	70	38	34	11	6	2	229
	29,7	*30,6*	*16,6*	*14,8*	*4,8*	*2,6*	*0,9*	*41,8*
huisarts onbekend	2	-	-	-	-	-	4	6
								1,1
totaal	174	170	104	65	17	10	8	548
	31,8	*31,0*	*19,0*	*11,9*	*3,1*	*1,8*	*1,5*	*100*

Tabel 2.3. Enkele persoonsgegevens van de geënquêteerde ouderen in percentages (n=426)

man	43.7
vrouw	56,3
gehuwd	66,4
ongehuwd	4,2
gescheiden	2,1
weduwe/weduwnaar	27,3
vervolgonderwijs genoten	44,3 (n=415)
vast inkomen naast AOW	70,6 (n=401)

Tabel 2.4. Het oordeel van de geënquêteerde ouderen over woning en buurt (in percentages)

	ja	min of meer	nee	n=
aanwezigheid trappen om woning te bereiken	8,5	-	91,5	414
aanwezigheid telefoon	94,8	-	5,2	421
tevreden met woning	95,2	-	4,8	415
tevreden met buurt	84,7	14,3	1,0	413
het zich thuis voelen in de buurt	87,9	9,9	2,2	414
bereikbaarheid van voorzieningen	62,2	25,4	12,3	413

Tabel 2.5. De verblijfsduur in de woonbuurt volgens de geënquêteerde ouderen (n=420) (in percentages)

0 - 5 jaar	13,3
6 - 15 jaar	17,1
16 - 35 jaar	25,5
36 jaar of langer	44,0

Tabel 2.6. Het oordeel van de geënquêteerde ouderen over hun sociale kontakten (in percentages)

	ja	min of meer	nee	n=
tevreden over kontakten met kinderen of familie	93,7	5,8	0,5	412
tevreden over kontakten met buren/vrienden/ kenissen	82,0	16,1	1,9	416
	ja	zo nu en dan	nee	n=
mogelijkheid in noodgevallen beroep te doen op kinderen/familie	80,8	11,1	8,2	416
mogelijkheid in noodgevallen beroep te doen op buren/vrienden/kennissen	67,7	20,4	11,9	402
zelf andere mensen helpen (behalve echtgeno(o)t(e)	35,1	31,7	33,2	404

Tabel 2.7. Schatting van het aantal malen in het afgelopen jaar dat men ziek op bed heeft gelegen in percentages (n=406)

nooit	74,9
1 - 4 maal	21,4
5 - 8 maal	2,0
9 maal of meer	1,7

Tabel 2.8. Levenshouding (L) en houding ten opzichte van hulpverlening (H) van de geënquêteerde bejaarden in percentages (n=426)

	mee eens	oneens	weet niet/ onbekend
(L) ik vind het leven best de moeite waard	89,1	1,4	9,6
(L) als ik moeilijkheden heb dan praat ik daar gemakkelijk over	48,6	26,5	24,9
(L) ik maak me vaak zorgen over de toekomst	33,8	38,7	27,5
(H) ik los mijn problemen meestal zelf op	83,1	3,5	13,4
(H) als ik problemen heb dan heb ik er meer aan om er met een beroepskracht over te praten dan met vrienden, familie of buren	27,0	35,2	37,8
(L) ik kom nog steeds tijd te kort om alles te doen wat ik zou willen doen	66,7	19,5	13,9
(H) ik erger me eraan als mensen vaak over hun gezondheidsproblemen praten	62,9	18,5	18,5
(L) ik zit vaak diep in de put	8,9	73,2	17,9
(H) ik vertel mijn problemen gemakkelijker aan mijn huisarts dan aan familie, vrienden of buren	41,1	31,2	27,7
(H) men praat tegenwoordig te gemakkelijk over zijn problemen	56,1	14,6	29,3

Tabel 2.9. De belangrijkste klachten van de geënquêteerde ouderen in percentages

		n=
hartklachten	12,9	388
hoge bloeddruk	20,0	380
zenuwachtigheid	35,5	386
kortademigheid	28,5	383
evenwichtsstoornissen	11,5	384
pijnklachten	29,2	380
slapeloosheid	29,5	383
lusteloosheid	14,5	379
problemen met plassen en ontlasting	15,6	384

Tabel 2.10. De aanwezigheid van psychische klachten die de redzaamheid ongunstig beïnvloeden in percentages

		n=
vaak bang om alleen te zijn	5,2	407
vaak eenzaam	10,5	400
vaak zwaarmoedig	9,6	397
vaak vergeetachtig	23,4	398
moeilijk omgaan met anderen	5,2	405

Tabel 2.11. Het medicijngebruik van de geënquêteerde ouderen in percentages (n=426)

geen medicijnen	32,4
1 soort medicijn	25,1
2 soorten medicijnen	15,7
3 soorten medicijnen	9,9
4 soorten medicijnen	4,0
5 soorten medicijnen	2,8
6 of meer soorten medicijnen	2,1
onbekend	8,0

Tabel 2.12. Het medicijngebruik van de geënquêteerde ouderen in percentages

		n=
plastabletten	30,8	354
slaaptabletten	18,5	346
zenuwtabletten	13,0	338
harttabletten	19,8	343
pijntabletten	13,3	338
bloeddruktabletten	17,0	342
bloedverdunnende tabletten	10,7	336
suikerziektetabletten	5,3	340
homeopathische middelen/kruiden-geneesmiddelen	8,8	339
andere medicijnen	23,6	348

Tabel 2.13. De redzaamheid van de geënquêteerde ouderen in percentages

	n=	goed	matig	slecht
zelf huis aan kant kunnen maken	389	62,2	26,0	11,8
zelf boodschappen doen	399	73,7	16,3	10,0
zelf koken	375	73,6	14,1	12,3
zelf toilet maken	415	92,0	6,0	1,9
het lopen binnenshuis	420	86,2	10,5	3,3
het gezichtsvermogen	420	76,7	19,3	4,0
het gehoor	418	70,1	26,8	3,1

Tabel 2.14. De mate van zelfredzaamheid in het huishouden en het aantal personen dat bij het huishouden van geënquêteerde ouderen behulpzaam is (n=369)*

redzaamheid in huishouden	aantal ouderen met hulp van: 0 persoon	1 personen	2 personen	3 personen	4 personen
goed	67	125	33	1	1
matig	10	51	29	6	3
slecht	0	26	14	3	0

* Er bestaat een signifikant verband tussen de aanwezigheid van hulp en een slechte redzaamheid in het huishouden (p = 0.00)

Tabel 2.15. De mate van zelfredzaamheid bij de persoonlijke verzorging en het aantal personen dat bij de persoonlijke verzorging behulpzaam is (n=370)*

redzaamheid in persoonlijke verzorging	aantal ouderen met hulp van: 0 persoon	1 personen	2 personen	3 personen	4 personen
goed	285	47	5	0	1
matig	11	13	0	1	0
slecht	0	3	3	1	0

* Er bestaat een signifikant verband tussen de aanwezigheid van hulp en een slechte redzaamheid bij de persoonlijke verzorging.

Tabel 2.16. De aanwezige hulp in de huishouding van de geënqueteerde ouderen (n=398) (in percentages)

geen hulp	21,1
hulp van echtgeno(o)t(e)	51,5
hulp van andere huisgenoten	5,5
hulp van familieleden/kinderen	23,4
hulp van buren/vrienden/kennisen	2,8
hulp van partikulier werkster	11,6
hulp van gezinszorg/alpha-hulp	12,6
hulp van anderen	1,0

Tabel 2.17. De gewenste hulp in de huishouding van de geënquêteerde ouderen (n=426) (in percentages)

wil geen hulp	22,8
wil hulp van echtgeno(o)t(e)	46,7
wil hulp van andere huisgenoten	2,8
wil hulp van familie/kinderen	23,9
wil hulp van buren/vrienden/kennissen	3,1
wil hulp van partikuliere werkster	10,3
wil hulp van gezinsverzorging/alpha-hulp	12,4
wil hulp van anderen	1,2

Tabel 2.18. De aanwezige hulp bij de lichaamsverzorging van de geënquêteerde ouderen (n=738) (in percentages)

geen hulp	80,2
hulp van echtgeno(o)t(e)	14,6
hulp van andere huisgenoten	0,8
hulp van kinderen/familie	3,2
hulp van buren/vrienden/kennissen	0,5
hulp van partikuliere werkster	0,3
hulp van gezinszorg/alpha-hulp	1,6
hulp van wijkverpleging	2,9
hulp van anderen	0,3

Tabel 2.19. De gewenste hulp bij de lichaamsverzorging van de geënquêteerde ouderen (n=426) (in percentages)

wil geen hulp	58,0
wil hulp van echtgeno(o)t(e)	21,4
wil hulp van andere huisgenoten	0,9
wil hulp van kinderen/familie	6,1
wil hulp van buren/vrienden/kennissen	0,2
wil hulp van partikuliere werkster	0,2
wil hulp van gezinszorg/alpha-hulp	2,1
wil hulp van wijkverpleging	5,6
wil hulp van anderen	0,5

Tabel 2.20. De behoefte aan maatschappelijke dienstverlening (immateriële hulp bij persoonlijke problemen en materiële hulp bij praktische problemen) van de geënquêteerde ouderen (n=426) (in percentages)

	immateriële hulp	materiële hulp
geen behoefte aan hulp	69,0	52,6
behoefte aan hulp van maatschappelijk werk	0,7	1,2
behoefte aan hulp van wijkverpleging	1,4	0,7
behoefte aan hulp gezinszorg	4,0	2,1
behoefte aan hulp van huisarts	9,9	7,3
behoefte aan hulp van geestelijke	3,1	3,3
behoefte aan hulp van psycholoog/psychiater	0,2	
behoefte aan hulp van accountant		12,7
behoefte aan hulp van anderen	0,5	6,1

Tabel 2.21. Schatting door de geënquêteerde ouderen van het aantal huisartskontakten in het laatste halfjaar voorafgaande aan de enquête (n=407) (in percentages)

0 keer	21,4
1 - 6 keren	70,8
7 - 12 keren	5,4
13 of meer keren	2,5

Tabel 2.22. Het oordeel van de geënquêteerde ouderen over de beleving van het kontakt met de huisarts (in percentages)

	n=	ja	min of meer	nee	weet niet
kontakt vertrouwd	337	89,6	8,9	0,9	0,6
kontakt gemakkelijk	330	86,7	10,9	2,1	0,3
kontakt plezierig	317	78,2	14,5	2,2	5,0
ontevreden met kontakt	319	3,1	8,5	85,3	3,1

Tabel 2.23. Het oordeel van de geënquêteerde ouderen over de beleving van het eventuele kontakt met de wijkverpleging (in percentages)

	n=	ja	min of meer	nee
kontakt vertrouwd	16	93,8	6,2	0,0
kontakt gemakkelijk	15	100,0	0,0	0,0
kontakt plezierig	15	100,0	0,0	0,0
ontevreden met kontakt	15	6,7	0,0	93,3

Tabel 2.24. Het oordeel van de geënqueteerde ouderen over de beleving van het eventuele kontakt met de gezinsverzorging (inclusief alpha-hulp) (in percentages)

	n=	ja	min of meer	nee
kontakt vertrouwd	48	89,6	8,3	2,1
kontakt gemakkelijk	48	87,5	10,4	2,1
kontakt plezierig	47	83,0	14,9	2,1
ontevreden met kontakt	46	8,7	6,5	84,8

Tabel 3.1. Het aantal oudere kliënten van de huisartsen verdeeld over de kontaktfrekwentie in de onderzoeksperiode (in percentages)

	aantal	% (n=350)
1 X kontakt	149	*43,6*
2 X	87	*24,8*
3 X	47	*13,4*
4 X	19	*5,4*
5 X	13	*3,7*
6 X	12	*3,4*
7 X	7	*2,0*
8 X	7	*2,0*
meer dan 8 X	9	*2,5*

Tabel 3.2. De aantallen klein-, middel- en grootgebruikers naar geslacht (percentages in cursief)

	gebruik									
	geen gebruik		klein $1 \leq G < 3$		middel $3 \leq G < 5$		groot $G \geq 5$		totaal	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
huisarts 1	56	64	71	71	9	28	6	8	142	171
	39,4	*37,4*	*41,5*	*36,3*	*6,3*	*16,4*	*4,2*	*4,8*	*100*	*100*
huisarts 2	35	36	34	60	12	17	12	22	94	135
	37,4	*26,7*	*36,2*	*44,4*	*13,0*	*12,6*	*13,0*	*16,3*	*100*	*100*
totaal	92	100	105	131	21	45	18	30	236	306
	39,0	*32,7*	*44,5*	*42,8*	*8,9*	*14,7*	*7,6*	*9,8*	*100*	*100*

Tabel 3.3. De persoon die het initiatief tot het kontakt heeft genomen

initiatief	huisarts				totaal	
	1		2			
kliënt	175	*43,6*	235	*45,7*	410	*44,8*
huisarts	26	*6,5*	30	*5,8*	56	*6,1*
herhalingskontakt	173	*43,1*	220	*42,8*	393	*43,0*
andere eerste lijns hulp-verlening	6	*1,5*	7	*1,4*	13	*1,4*
omgeving kliënt	20	*5,0*	22	*4,3*	42	*4,6*
specialist	1	*0,2*	-		1	*0,2*
totaal	401		514		915	

Tabel 3.4. De frekwentie van het aantal redenen per kontakt

	aantal	% (n=921)
1 reden	508	*55*
2 redenen	302	*33*
3 redenen	75	*8*
4 redenen	29	*3*
5 redenen	5	*0,5*
6 redenen	2	*0,2*

Tabel 3.5. Redenen voor kontakt

	huisarts		totaal
	1	2	
klacht/symptoom	231	381	612
waaronder nieuwe klachten/symptomen	*131*	*214*	345
behandeling/medikatie	357	493	850
waaronder kontrôle met bekende diagnose	*274*	*355*	629
behandeling/medikatie ongespecificeerd	*83*	*148*	221
diagnose van kliënt zelf	18	15	33
diagnostische procedure gevraagd	15	70	85
resultaten gevraagd	11	14	25
screening/preventieve maatregel gevraagd	23	6	29
administratieve procedure gevraagd	10	18	28
verwijzing gevraagd	5	14	19
andere reden	20	16	36

Tabel 3.6. De aantallen kontakten per verschillende reden

	huisarts 1		huisarts 2		beiden	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
kontrôle kontakten met één of meer bekende diagnosen (1)	219	*54*	260	*50*	479	*52*
kontakten, waarin door de kliënt symptomen en/of klachten genoemd zijn (2)	166	*41*	240	*46*	406	*44*
kontakten, waarin door kliënt nieuwe symptomen en/of klachten genoemd zijn	95	*24*	142	*27*	237	*26*
kontakten, waarin de kliënt komt met één of meer expliciete verzoeken (3)	56	*14**	104	*20**	160	*17*
kontakten, waarin de kliënt met een eigen diagnose komt	18	*4*	14	*3*	32	*3*
kontrôle kontakten in kombinatie met klacht kontakten (1 + 2)	-		-		96	*10*
kontrôle kontakten in kombinatie met verzoek kontakten (1 + 3)	-		-		68	*7*

* Verschil tussen huisartsen signifikant (p = 0,02).

Tabel 3.7. De meest genoemde klachten/symptomen (10 maal of meer genoemd)

klacht/symptoom code	omschrijving	aantal maal genoemd	% totaal kontakten (921)
1. R 19	kortademig	36	*3,9*
2. S 11	gelokaliseerde lesie van de huid	33	*3,6*
3. L 14	symptomen/klachten aan de benen	32	*3,5*
4. R 17	hoesten	26	*2,8*
5. A 19	algemene malaise, moeheid	22	*2,4*
6. N 17	duizeligheid	14	*1,5*
7. D 11	gelokaliseerde buikpijn	13	*1,4*
8. L 15	symptomen/klachten aan de knieën	13	*1,4*
9. L 17	symptomen/klachten aan de voeten/tenen	13	*1,4*
10. H 13	verstopt gevoel in de oren	11	*1,2*
11. R 23	abnormaal sputum	11	*1,2*
12. R 23	diarree	10	*1,1*
13. L 18	symptomen/klachten aan de schouders	10	*1,1*
	totaal	245	*26,6*
		40% van het aantal klachten/symptomen (n=613)	van het totaal aantal kontakten (n=921)

Tabel 3.8. Symptomen/klachten en diagnoses verdeeld over de orgaansystemen

orgaansysteem			syptoom/ klacht	diag- nose*	totaal	(het totaal als % van het totaal aantal genoemde symptomen/klachten en diagnosen)
	code	omschrijving				
1.	A	algemeen/ongespecificeerd	61 *10,0*	3 *6,5*	64	*5,0*
2.	B	bloed en bloedvormende organen	1 *0,2*	1 *0,2*	2	*0,2*
3.	D	spijsverteringssysteem	75 *12,3*	38 *5,7*	113	*8,9*
4.	F	oog	8 *1,3*	7 *1,1*	15	*1,2*
5.	H	oor	23 *3,8*	4 *0,6*	27	*2,1*
6.	K	bloedsomloop	31 *5,1*	253 *38,2*	284	*22,3*
7.	L	bewegingsapparaat	123 *20,1*	19 *2,9*	142	*11,1*
8.	N	neurologisch systeem	44 *7,2*	14 *2,1*	58	*4,6*
9.	P	psychologische problematiek	35 *5,7*	140 *21,1*	175	*13,7*
10.	R	ademhalingssysteem	103 *16,8*	63 *9,5*	166	*13,0*
11.	S	huid	58 *9,5*	41 *6,2*	99	*7,8*
12.	T	endocrien systeem	2 *0,3*	25 *3,8*	27	*2,1*
13.	U	urologisch systeem	22 *3,6*	10 *1,5*	32	*2,5*
14.	X	vrouwelijke geslachtsorganen	7 *1,1*	38 *5,7*	45	*3,5*
15.	Y	manlijke geslachtsorganen		6 *0,9*	6	*4,7*
16.	Z	sociale problematiek	19 *3,1*		19	*1,5*
		totaal	612 *100*	662 *100*	1274	*100*

* Inclusief de eigen diagnoses van de kliënt (32 X).

Tabel 3.9. De morbiditeit naar orgaansysteem van klachten/symptomen en diagnosen

code		omschrijving	klachten/symptomen aantal kliënten	%	diagnosen aantal kliënten	%
1.	A	algemeen/ongespecificeerd	38	*10,9*	2	*0,6*
2.	B	bloed en bloedvormende organen	1	*0,3*	1	*0,3*
3.	D	spijsverteringssysteem	40	*11,4*	16	*4,6*
4.	F	oog	7	*2,0*	4	*1,1*
5.	H	oor	17	*4,9*	3	*0,9*
6.	K	bloedsomloop	23	*6,6*	103	*29,4*
7.	L	bewegingsapparaat	74	*21,1*	13	*3,7*
8.	N	neurologisch systeem	32	*9,1*	8	*2,3*
9.	P	psychologische problematiek	26	*7,4*	61	*17,4*
10.	R	ademhalingssysteem	61	*17,4*	31	*8,9*
11.	S	huid	36	*10,3*	21	*6,0*
12.	T	endocrien systeem	2	*0,6*	15	*4,3*
13.	U	urologisch systeem	16	*4,6*	5	*1,4*
14.	X	vrouwelijke geslachtsorganen	6	*1,7*	13	*3,7*
15.	Y	manlijke geslachtsorganen	0	*0,0*	4	*1,1*
16.	Z	sociale problematiek	18	*5,1*	0	*0,0*
		totaal	350	*100,0*	350	*100,0*

Tabel 3.10. De meest genoemde diagnosen

DIAGNOSE code	omschrijving	aantal maal genoemd	% totaal kontakten (921)
1. K 83	ongecompliceerde hypertensie	81	*8,8*
2. P 97	begeleiding/sociaal bezoek	75	*8,1*
3. K 76	decompensatio cordis	60	*6,5*
4. K 78	diverse ritmestoornissen	25	*2,7*
5. P 98	bezoek na ziekenhuisopname	24	*2,6*
6. X 76	maligne nieuwvormingen van de vrouwelijke geslachtsorganen	23	*2,5*
7. R 79	chronische bronchitis/bronchiectasie	21	*2,3*
8. K 75	chronische angina pectoris	20	*2,2*
9. K 93	(thrombo)phlebitis	18	*2,0*
10. K 78	acute bronchitis/bronchiolitis	16	*1,7*
11. K 85	gecompliceerde hypertensie	16	*1,7*
12. I 90	diabetes mellitus	15	*1,6*
13. P 76	slaapstoornissen/nervositas	14	*1,5*
14. R 81	pneumonie	14	*1,5*
15. S 97	chronische ulcera van de huid	14	*1,5*
16. P 70	organische psychose/non alcoholisch delirium/dementie	13	*1,4*
17. S 70	herpes zoster	12	*1,3*
18. P 72	Affectieve psychose/depressie/ melancholie	10	*1,1*
	totaal	471 71% van het totaal aantal diagnoses (n = 662)	*51%* van het aantal kontakten (n = 921)

Tabel 3.11. Het aantal kliënten met één of meer verschillende klachten/ symptomen en diagnosen

aantal klachten of diagnosen	klachten aantal kliënten	%	diagnosen aantal kliënten	%
1	136	*38,9*	150	*42,9*
2	58	*16,6*	53	*15,1*
3	21	*6,0*	8	*2,3*
4	12	*3,4*	5	*1,4*
5	2	*0,6*	0	*0,0*
6	4	*1,1*	0	*0,0*
geen	117	*33,4*	134	*38,3*
totaal	350	*100,0*	350	*100,0*

Tabel 3.12. De aantallen uitgevoerde diagnostische procedures, tevens als percentages van het totaal aantal kontakten*

diagn. procedure	huisarts 1		huisarts 2		totaal	
anamnese	153	*38,1*	183	*35,3*	336	*36,5*
alg. lich. onderzoek	4	*1,0*	10	*1,9*	14	*1,5*
spec. lich. onderzoek	152	*37,8*	250	*48,2*	402	*43,6*
laboratorium onderzoek	28	*7,0*	29	*5,6*	57	*6,2*
oogspiegelen/-meting	5	*1,2*	6	*1,2*	11	*1,2*
bloeddrukmeting	123	*30,6*	100	*19,3*	223	*24,2*
ECG-onderzoek	5	*1,2*	3	*0,6*	8	*0,9*
röntgen-onderzoek	4	*1,0*	17	*3,3*	21	*2,3*
andere diagn. procedures	-		-		-	
niet van toepassing	121	*30,1*	147	*28,3*	268	*29,1*

* Huisarts 1: 402 kontakten; huisarts 2: 519 kontakten; totaal 921 kontakten.

Tabel 3.13. De aantallen ondernomen akties tevens als percentages van het totaal aantal kontakten*

aktie	huisarts 1		huisarts 2		totaal	
Gesprek (therapeutisch)	134	*33,4*	176	*33,9*	310	*33,7*
advies (medisch)	57	*14,2*	115	*22,2*	172	*18,7*
receptuur	197	*49,1*	244	*47,0*	441	*47,9*
instrumenteel ingrijpen	31	*7,7*	12	*2,3*	43	*4,7*
verwijzing	32	*8,0*	70	*13,5*	102	*11,1*
konsultatie	2	*0,5*	1	*0,2*	3	*0,7*
koördinatie	3	*0,7*	12	*2,3*	15	*1,6*
preventieve maatregelen	2	*0,5*	2	*0,4*	4	*0,4*
afspraak herh. kontakt	128	*31,9*	270	*52,0*	398	*43,4*
andere aktie	20	*5,0*	32	*6,2*	52	*5,7*
geen aktie	8	*2,0*	14	*2,7*	22	*2,4*

* Huisarts 1: 402 kontakten; huisarts 2: 519 kontakten; totaal 921 kontakten.

Tabel 3.14a. De burgerlijke staat volgens de beide huisartsen van de kliënten waarmee kontakt geweest is* (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
gehuwd	72,3	56,0	65,1
ongehuwd	2,1	9,3	5,3
gescheiden	-	2,7	1,2
weduwe/weduwnaar	25,7	30,7	27,9
samenwonend	-	1,3	0,6
n=	191	150	341

* Er is een signifikant verschil in kliëntenbestand wat betreft burgerlijke staat (p = 0,00).

Tabel 3.14b. Het geslacht volgens de beide huisartsen van de kliënten waarmee kontakt is geweest (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
man	47,4	38,7	43,6
vrouw	52,6	61,3	56,4
n=	152	197	349

Tabel 3.15. De meest genoemde klachten/symptomen volgens huisarts 1 en 2

klacht/symptoom		aantal malen genoemd		(als % van het totaal aantal kontakten)	
code	omschrijving	ha 1	ha 2	ha 1	ha 2
1. R19	kortademig	14	22 (3)*	3,5	4,2
2. L14	klachten aan de benen	9	23 (2)	2,2	4,4
3. L17	klachten aan de voeten en tenen	8	3 (-)	2,0	0,6
4. K27	angst voor ziekte aan de bloedsomloop	8	- (-)	2,0	0
5. R27	angst voor ziekte aan de ademhalingswegen	7	1 (-)	1,7	0,2
6. D16	diarree	6	4 (-)	1,5	0,8
7. H13	verstopt gevoel in de oren	6	5 (-)	1,5	1,0
8. L15	klachten van de knieën	6	7 (12)	1,5	1,3
9. N17	duizeligheid	6	8 (10)	1,5	1,5
10. R17	hoesten	6	20 (4)	1,5	3,9
11. S11	gelokaliseerde lesie	6	27 (1)	1,5	5,2
12. A22	gezwollen enkel	5	2 (-)	1,2	0,4
13. L18	klachten aan de schouder	5	5 (-)	1,2	1,0
14. N19	spraakstoornis	5	2 (-)	1,2	0,4
				24	23,9

* Tussen haakjes staat de rangorde vermeld volgens huisarts 2

Tabel 3.16. Symptomen/klachten en diagnosen verdeeld over de orgaansystemen volgens huisarts 1 en 2

orgaansysteem			symptoom/klacht		diagnose		symptoom/klacht en diagnosen te zamen			
	code	omschrijving	ha 1	ha 2	ha 1	ha 2	ha 1		ha 2	
1.	A	algemeen/ongespecificeerd	16	45	-	3	16	*3,1*	48	*6,4*
2.	B	bloed en bloedvormende organen	1	-	-	1	1	*0,2*	1	*0,1*
3.	D	spijsverteringssysteem	24	51	25	13	49	*9,4*	64	*8,5*
4.	F	oog	5	3	3	4	8	*1,5*	7	*0,9*
5.	H	oor	9	14	1	3	10	*1,9*	17	*2,3*
6.	K	bloedsomloop	17	14	111	142	128	*24,5*	156	*20,8*
7.	L	bewegingsapparaat	46	77	13	6	59	*11,3*	83	*11,1*
8.	N	neurologisch systeem	23	21	10	4	33	*6,3*	25	*3,3*
9.	P	psychologische problematiek	8	27	73	67	81	*15,5*	94	*12,5*
10.	R	ademhalingssysteem	35	68	14	49	49	*9,4*	117	*15,6*
11.	S	huid	21	37	16	25	37	*7,1*	62	*8,3*
12.	T	endocrien systeem	1	1	8	17	9	*1,7*	18	*2,4*
13.	U	urologisch systeem	9	13	9	1	18	*3,4*	14	*1,9*
14.	X	vrouwelijke geslachtsorganen	3	4	5	33	8	*1,5*	37	*4,9*
15.	Y	manlijke geslachtsorganen	-	-	4	2	4	*0,8*	2	*0,3*
16.	Z	sociale problematiek	13	6	-	-	13	*2,5*	6	*0,8*
			231	381	292	370	523	*100*	751	*100*

Tabel 3.17. De meest genoemde diagnosen volgens huisarts 1 en 2

code	omschrijving	aantal maal genoemd			(als % van het totaal aantal kontakten)	
		h.a. 1	h.a. 2*		h.a. 1	h.a. 2
1. P 97	begeleiding/sociaal bezoek	49	26	(3)	*12,1*	*5,0*
2. K 83	ongecompliceerde hypertensie	42	39	(2)	*10,4*	*7,5*
3. K 76	decompensatio cordis	18	42	(1)	*4,5*	*8,1*
4. K 85	gecompliceerde hypertensie	16	-	(-)	*4,0*	-
5. K 75	angina pectoris	14	6	(-)	*3,5*	*1,2*
6. P 98	bezoek na ziekenhuisopname	11	13	(10)	*2,7*	*2,5*
7. T 90	diabetes mellitus	8	7	(-)	*2,0*	*1,4*
8. D 76	maligne nieuwvormingen van de ingewanden	7	-	(-)	*1,7*	-
9. R 79	chronische bronchitis/ bronchiectasie	7	14	(7)	*1,7*	*2,7*
10. D 77	andere maligne nieuwvormingen	6	-	(-)	*1,5*	-
11. P 72	affectieve psychose/depressieve melancholie	6	4	(-)	*1,5*	*0,8*
12. K 78	andere ritmestoornissen	5	20	(5)	*1,2*	*3,9*
13. K 88	andere cerebrovasculaire aandoeningen	5	1	(-)	*1,2*	*0,2*
14. S 97	chronische ulcera van de huid	5	9	(-)	*1,2*	*1,7*
15. U 71	cystitis/ andere niet venerische urineweginfecties	5	1	(-)	*1,2*	*0,2*
16. X 90	uterovaginale prolaps	5	9	( )	*1,2*	*1,7*
		209 *71%*	185 *50%*		*51*	*37*

* Tussen haakjes staat de rangorde vermeld volgens huisarts 2

Tabel 3.18. De morbiditeit naar orgaansysteem van klachten/symptomen en diagnosen bij de 48 grootverbruikers*

	code	omschrijving	klachten/symptomen aantal kliënten	%	diagnosen aantal kliënten	%
1.	A	algemeen/ongespecificeerd	22	45,8	1	2,1
2.	B	bloed en bloedvormende organen	1	2,1	0	0,0
3.	D	spijsverteringssysteem	12	25,0	4	8,3
4.	F	oog	3	6,3	0	0,0
5.	H	oor	0	0,0	0	0,0
6.	K	bloedsomloop	13	27,1	25	52,1
7.	L	bewegingsapparaat	22	45,8	4	8,3
8.	N	neurologisch systeem	15	31,3	2	4,2
9.	P	psychologische problematiek	10	20,8	27	56,3
10.	R	ademhalingssysteem	30	62,5	15	31,3
11.	S	kind	8	16,7	6	12,5
12.	T	endocrien systeem	0	0,0	4	8,3
13.	U	urologisch systeem	4	8,3	2	4,2
14.	X	vrouwelijke geslachtsorganen	1	2,1	3	6,3
15.	Y	manlijke geslachtsorganen	0	0,0	1	2,1
16.	Z	sociale problematiek	5	10,4	0	0,0
		totaal kliënten	48	100	48	100

* Gemiddeld 3 klachten/symptomen per kliënt
3 diagnosen per kliënt.

Tabel 4.1. Enkele achtergrondgegevens van de kliënten van de wijkverpleging

geslacht	man	vrouw
	14	23
burgerlijke staat	gehuwd	ongehuwd	weduwe/weduwnaar
	15	1	21
leeftijd	75-	75+
	10	27
aantal kontakten met de huisarts*	meer dan 3 maal	minder dan 3 maal
	7	30
gezinsverzorging	ja	nee
	8	29
kliënt alleenwonend	ja	nee
	19	18

* Als kliënten minder dan drie maal in de 5 maanden kontakt hebben gehad met de huisarts dan zijn het 'kleinverbruikers', in de terminologie van hoofdstuk 3.

Tabel 4.2. 'Top 20' van de meest voorkomende werkzaamheden aangegeven door de wijkverpleegkundigen

	aantal malen genoemd
immateriele hulp	
problemen rond ziekte en handicap	21
eenzaamheidsproblemen	14
lichamelijk-hygiënische verzorging	
hulp bij wassen	12
immateriele hulp	
overlijden partner	10
lichamelijk-hygiënische verzorging	
hulp bij aan- en uitkleden	9
immateriele hulp	
relationele problemen in het algemeen	7
controleren van bewegingsapparaat	7
praeventief bejaardenbezoek	6
immateriele hulp	
relatie met naasten	5
voeding en dieet	5
immateriele hulp	
inschakelen anderen	4
relatie met partner	4
lichamelijk-hygiënische verzorging	
verplaatsen in en uit bed	4
medicijngebruik	3
stervensbegeleiding	3
druk en steunverbanden	3
observatie urine en faeces	3
hulp bij verschonen	3
hulp bij haarverzorging/scheren	3
overlijden naasten/doodsproblematiek	2

Tabel 4.3. Het relatieve aandeel, uitgedrukt in gemiddelde percentages van de verschillende werkzaamheden (per kategorie) volgens de wijkverpleegkundigen

	gemiddeld percentage
huishoudelijke verzorging	nihil
lichamelijke en hygiënische verzorging	20
verpleegtechnisch handelen	9
reaktivering	2
begeleiding immaterieel	54
begeleiding materieel	nihil
helpen bij realisering therapie en leefregel	3
gezondheidsvoorlichting en -bevordering	11

Tabel 4.4. Evaluatie van de hulpvraag; het aantal malen dat het probleem duidelijk, ernstig of urgent genoemd is (percentages cursief)

	ja		min of meer		nee		onbekend	
duidelijk	28	*76*	9	*24*	-		-	
ernstig	6	*16*	10	*27*	19	*51*	2	*5*
urgent	1	*3*	4	*11*	28	*76*	4	*11*

Tabel 4.5. Het oordeel van de wijkverpleegkundige met betrekking tot de beleving van het kontakt; het aantal malen dat het kontakt met de kliënt vertrouwd, gemakkelijk of plezierig genoemd is (percentages cursief)

kontakt	ja		min of meer		nee	
vertrouwd	22	*60*	14	*28*	1	*2*
gemakkelijk	25	*68*	10	*27*	1	*2*
plezierig	29	*78*	6	*16*	1	*2*

Tabel 4.6. Het aantal malen dat door wijkverpleegkundigen personen genoemd zijn die belangrijke informatie verschaffen over de situatie

	geeft informatie
Partner	10
Familie	12
Buren	1
Maatschappelijk Werkster	1
Gezinsverzorging	3
Wijkverpleging	2
Huisarts	23
Vrijwilliger	2
Intra-murale zorg	1
Anderen	1

Tabel 4.7. Het aantal malen dat de mogelijkheid en wenselijkheid genoemd is van het inschakelen van zelfzorg/mantelzorg door de wijkverpleegkundigen per kategorie van werkzaamheden

	mantelzorg	zelfzorg
Huishoudelijke verzorging	-	-
Lichamelijke en hygiënische verzorging	4	3
Verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	5	3
Reaktivering	2	2
Begeleiding immateriële probleemsituaties	15	13
Begeleiding materiële probleemsituaties	-	-
Helpen bij het realiseren van therapie en leefregel	3	3
Gezondheidsvoorlichting en -bevordering	2	3

Tabel 4.8. Het totaal aantal veranderingen in de hulp per kategorie van werkzaamheden (vermindering/vermeerdering) gedurende 5 maanden, aangegeven door de wijkverpleegkundigen

	aantal kliënten waar aanvankelijk hulp aangegeven werd	totaal aantal veranderingen in de hulp (vermeerdering/ vermindering) gedurende 5 maanden	totaal aantal kliënten waarbij de hulp (tijdelijk) veranderd is
huishoudelijke verzorging	1	1	1
lichamelijke en hygiënische verzorging	12	10	8
verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	10	11	4
reaktivering	6	4	4
begeleiding immateriële probleemsituaties	30	21	13
begeleiding materiële probleemsituaties	-	2	1 *
helpen bij het realiseren van therapie en leefregel	6	3	3
gezondheidsvoorlichting en bevordering	8	2	2

* Hulp in deze kategorie is tijdens de onderzoeksperiode geïntroduceerd.

Tabel 4.9. Enkele achtergrondgegevens van de kliënten van de gezinsverzorging

geslacht	man	vrouw
	9 (3)*	11 (4)
burgerlijke staat	gehuwd	ongehuwd, weduwe/ weduwnaar, gescheiden
	9 (4)	11 (3)
leeftijd	75-	75+
	1 (1)	19 (6)
huisarts	A	B
	9 (1)	11 (6)
aantal kontakten met huisarts **	meer dan 3 maal	minder dan 3 maal
	13 (3)	7 (4)
wijkverpleging	ja	neen
	8 (4)	12 (3)

* de tussen haakjes geplaatste getallen geven de gevallen aan waarin alleen informatie van de leiding gegeven is.

** als kliënten minder dan drie maal in de 5 maanden kontakt hebben gehad met de huisarts dan zijn het 'kleinverbruikers' in de terminologie van hoofdstuk 3.

Tabel 4.10. 'Top 20' van de meest voorkomende werkzaamheden die door helpsters en leiding afzonderlijk zijn ingevuld (werkzaamheden die maar 1x zijn aangekruist zijn veelal weggelaten)

	volgens helpster	volgens leiding	
zwaardere huishoudelijke werkzaamheden	20	20	(7)
lichte huishoudelijk werkzaamheden	16	15	(6)
bedden opmaken	16	14	(5)
boodschappen doen	12	6	(2)
verzorging kleding en linnengoed	8	13	
immateriele hulp problemen rond ziekte en handicap	5	3	(1)
reactivering bevordering van aktiviteiten o.a. wandelen	4	2	(1)
materiele hulp administratie	4	2	
immateriele hulp eenzaamheid	3	8	(1)
voorbereiding maaltijden	3	4	
haarverzorging	3	1	
voeding en dieet	3	-	
tijdige medische kontrole	3	-	
materiele hulp financiën	2	2	
materiele hulp indienen aanvragen ten behoeve van aanpassing handicap	2	2	
reactivering samen met de kliënt aktiviteiten ontplooien	2	3	(2)
hulp bij verplaatsen in en uit bed	2	-	
immateriele hulp overlijden partner	1	5	(1)
immateriele hulp doodsproblematiek	0	4	(1)
immateriele hulp problemen naasten	1	3	(1)
materiele hulp indienen van andere aanvragen	0	3	
immateriele hulp opname verpleeghuis/verzorgingshuis	0	2	

* Tussen haakjes het aantal kliënten dat alleen door de leiding beoordeeld is.

Tabel 4.11. De verschillen tussen helpsters en leiding in het aantal door hun aangegeven werkzaamheden binnen de verschillende kategorieën

	de helpster geeft meer aan	de leiding geeft meer aan	de leiding en helpster geven gelijk aan
huishoudelijke verzorging	8	6	6
lichamelijke en hygiënische verzorging	3	-	2
begeleiding immateriële probleemsituaties	1	11	5
verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	1	-	-
reactivering	-	4	1
begeleiding materiële probleemsituaties	3	3	-
helpen bij het realiseren van therapie en leefregel	5	-	-
gezondheidsvoorlichting en -bevordering	-	-	-

Tabel 4.12. Het relatieve aandeel, uitgedrukt in gemiddelde percentages, van de verschillende werkzaamheden volgens helpsters en leiding

	gemiddeld % volgens helpster	gemiddeld % volgens leiding
huishoudelijke verzorging	84	72
lichamelijke en hygiënische verzorging	6	10
verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	10	0
reaktivering	18	10
begeleiding immaterieel	12	24
begeleiding materieel	7	18
helpen bij realisering therapie en leefregel	10	5
gezondheidsvoorlichting en -bevordering	7	5

Tabel 4.13. De verschillen in het oordeel van de helpsters ten opzichte van de leiding met betrekking tot het relatieve aandeel van de werkzaamheden

	de helpster geeft meer aan dan de leiding	de leiding geeft meer aan dan de helpster	de leiding en helpster geven gelijk aan
huishoudelijke verzorging	12	5	2
lichamelijk en hygiënische verzorging	3	1	1
verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	1	-	-
reaktivering	1	4	1
begeleiding immaterieel	3	13	1
begeleiding materieel	2	7	-
helpen bij realisering therapie en leefregel	-	-	-
gezondheidsvoorlichting en -bevordering	3	2	-

Tabel 4.14. De huidige werkzaamheden van de leiding zelf in de hulp aan de ouderen (hierbij gaat het om 27 kliënten)

huishoudelijk verzorging	-
lichamelijk en hygiënische verzorging	-
verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	-
reaktivering	8
begeleiding immaterieel	21
begeleiding materieel	4
helpen bij realisering therapie en leefregel	-
gezondheidsvoorlichting en -bevordering	-
niets ingevuld	6

Tabel 4.15. De beleving van het kontakt volgens helpsters en leiding; het aantal malen dat het kontakt vertrouwd, gemakkelijk of plezierig genoemd is

	ja		min of meer		nee		n=	
	helpster	leiding	helpster	leiding	helpster	leiding	helpster	leiding
vertrouwd	13	10	5	8	0	2	18	20
	72	*50*	*28*	*40*	*0*	*10*	*100*	*100*
gemakkelijk	12	11	6	7	0	2	18	20
	67	*55*	*33*	*35*	*0*	*10*	*100*	*100*
plezierig	16	10	3	10	0	0	19	20
	84	*50*	*16*	*50*	*0*	*0*	*100*	*100*

Tabel 4.16. Het totaal aantal veranderingen in de hulp per kategorie (vermindering/vermeerdering) gedurende 5 maanden, aangegeven door de helpsters van de gezinsverzorging

	aantal kliënten waar hulp aanvankelijk aangegeven werd	totaal aantal veranderingen in de hulp (vermeerdering/vermindering) gedurende 5 maanden	totaal aantal kliënten waarbij de hulp (tijdelijk) veranderd is
huishoudelijke verzorging	20	18	10
lichamelijke en hygiënische verzorging	5	9	7*
verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen	1	4	3*
reaktivering	3	6	2
begeleiding immateriële probleemsituaties	12	11	8
begeleiding materiële probleemsituaties	5	10	7*
helpen bij het realiseren van therapie en leefregel	4	8	5*
gezondheidsvoorlichting en -bevordering	6	8	3

* Hulp van deze kategorie is tijdens de onderzoeksperiode geïntroduceerd.

Tabel 5.1. De indruk van de beide huisartsen van het vorige beroep van de kliënt of het beroep van de echtgenoot van de kliënt (in percentages)*

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
ongeschoold	22,3	20,4	21,5
geschoold	14,0	17,5	15,4
lagere employee	16,6	9,7	13,8
zelfstandige	31,2	11,7	23,5
middelbare employee	6,4	30,1	15,8
hoger beroep	9,6	10,7	10,0
n =	157	103	260

* Er is een signifikant verschil in kliëntenbestand wat betreft het vorige beroep (p = 0,00)

Tabel 5.2. Het feitelijk bekend zijn van de huisartsen met het vorige beroep van de kliënt, zijn/haar woonsituatie en sociale situatie (in percentages)

	bekend			n =			signifikantie verschil p =
	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	
het vroegere beroep	64,8	44,2	55,6	193	154	347	0,00
de woonsituatie	97,9	92,9	95,7	194	155	349	0,04
de sociale situatie	89,6	75,7	83,4	192	152	344	0,00

Tabel 5.3. De indruk van de beide huisartsen over de tevredenheid van de ouderen met betrekking tot enkele aspekten van de leefsituatie (in percentages)

	+			±			-			n =			significantie verschillen p =
	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	
financiële situatie (ruim, gemiddeld, krap)	11,9	5,0	9,3	30,1	77,5	48,2	58,0	17,5	42,5	193	120	313	0,00
tevredenheid woonsituatie	89,1	87,3	88,4	7,7	5,6	6,8	3,1	7,0	4,8	194	142	336	-
tevredenheid relatie eventuele partner	90,3	78,2	85,9	5,9	3,8	5,2	3,7	18,0	8,9	135	78	213	0,00
tevredenheid relatie eventuele kinderen	92,3	87,5	90,4	5,1	3,4	4,5	2,5	9,1	4,9	156	88	244	0,05
tevredenheid relatie buren/ familie	91,3	86,2	90,1	7,0	1,7	5,8	1,6	12,1	4,1	185	58	243	0,00
algemeen welbevinden/gezondheid	93,3	54,6	76,3	4,6	18,4	10,7	2,0	27,0	13,0	194	152	346	0,00
het belang van de professionele hulpverlening	49,7	43,2	46,8	22,8	13,1	18,5	27,5	43,8	34,7	193	153	346	0,00

Tabel 5.4. De aanwezigheid van lichamelijke klachten volgens de huisartsen (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
beven	10,3	5,8	8,3
vergroeiingen handen	4,6	4,5	4,6*
armen	2,6	2,6	2,6*
voeten	3,1	3,2	3,2*
benen	4,1	8,4	6,0*
verlammingen armen	1,5	1,3	1,4**
benen	2,1	3,2	2,6**
hoge bloeddruk	24,2	21,3	22,9
hartklachten met pijn op de borst	8,2	10,3	9,2
hartklachten zonder pijn op de borst	8,2	7,7	8,0
kortademig in rust	6,2	2,6	4,6***
kortademig bij inspanning	19,1	18,7	18,9***
hoesten	10,8	10,3	10,6
evenwichtsstoornissen	5,7	10,3	7,7
oedeem aan de benen (p = 0,00)*****	4,6	13,5	8,6
vermagering	2,1	1,3	1,7
vetzucht (p = 0,00)*****	17,0	5,2	11,7
pijnklachten nek/schouder (p = 0,02)*****	4,6	12,3	8,0****
borst/buik	5,7	5,8	5,7****
rug (p = 0,00)*****	2,1	10,3	5,7****
armen	3,6	4,5	4,0****
benen	13,9	12,9	13,5****
hoofd	3,6	2,6	3,2****
incontinentie voor urine	1,5	2,5	2,0
incontinentie voor ontlasting	2,6	1,3	2,0
n=	194	155	349

* In totaal bij 10% van het aantal patiënten.
** In totaal bij 3% van het aantal patiënten.
*** In totaal bij 19% van het aantal patiënten.
**** In totaal bij 25% van het aantal patiënten.
***** Er is een signifikant verschil tussen beide huisartsen.

Tabel 5.5. Medicijgebruik en dieet volgens de huisartsen (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
dieet (p = 0,00)*	5,7	21,9	12,9
zenuwtabletten	10,3	14,2	12,0
plastabletten	29,4	39,4	33,8
slaaptabletten	14,9	15,5	15,2
harttabletten	16,5	18,1	17,2
pijntabletten	7,2	11,0	8,9
laxeermiddelen	0,0	1,9	0,9
andere medicijnen	34,0	43,9	38,4
n=	194	155	349

* Er is een signifikant verschil tussen beide huisartsen.

Tabel 5.6. De signalering door de huisartsen van kliënten met bepaalde psychische klachten die de zelfredzaamheid ongunstig beïnvloeden (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
angst om alleen te zijn	7,7	4,5	6,3
eenzaamheidsgevoelens	15,5	9,1	12,6
storend gedragspatroon voor anderen	5,2	6,5	5,7
kontaktstoornissen	6,7	6,5	6,6
zwaarmoedig	16,5	16,2	16,4
geheugenstoornissen	7,2	3,2	5,4
niet goed georiënteerd in plaats en tijd	3,1	0,6	2,0
n=	194	154	348

Tabel 5.7. De indruk van de beide huisartsen met betrekking tot de zelfredzaamheid van hun kliënten (in percentages)

	goed			matig			slecht			n=			significantie verschil p =
	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	
het gezichtsvermogen	88,7	97,4	92,5	9,3	2,0	6,1	2,1	0,7	1,4	194	151	345	0,00
het gehoor	86,1	94,7	89,9	11,3	3,3	7,8	2,6	2,0	2,3	194	152	346	0,02
het spraakvermogen	96,9	98,0	97,4	2,6	1,3	2,0	0,5	0,7	0,6	194	152	346	-
de mobiliteit binnenshuis	87,1	88,8	87,9	8,2	7,2	7,8	4,6	3,9	4,3	194	152	346	-
het licht huishoudelijk werk	88,1	89,5	88,8	7,2	7,8	7,5	4,6	2,6	3,7	194	153	347	-
het zwaardere huishoudelijk werk	48,5	54,4	51,0	29,9	32,2	30,9	21,6	13,4	18,1	194	149	343	-
het bereiden van de maaltijden	86,0	81,9	84,2	9,8	12,8	11,1	4,1	5,4	4,7	193	149	342	-
de persoonlijke verzorging	93,3	87,6	90,8	4,1	9,2	6,3	2,6	3,3	2,9	194	153	347	-

Tabel 5.8. De signalering door de huisartsen van regelmatige hulp aan de kliënten (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
hulp van partner (p = 0,00)*	15,5	35,1	24,1
hulp van familie (p = 0,05)*	22,7	32,5	27,0
hulp van buren/vrienden	5,7	4,5	5,2
hulp van wijkverpleging	5,2	1,9	3,7
hulp van gezinsverzorging	3,6	2,6	3,2
hulp van vrijwilligerswerk	0,0	0,6	0,3
hulp van maatschappelijk werk	0,5	0,0	0,3
hulp van huisarts	61,3	60,4	60,9
hulp van specialist	25,3	35,1	29,6
hulp van anderen	4,6	3,9	4,3
n=	194	154	348

* Er is een signifikant verschil tussen de huisartsen.

Tabel 5.9. De klachten-presentatie van de kliënten volgens de huisartsen (in percentages)

	huisarts 1	huisarts 2	beiden
neiging klachten te ontkennen (p = 0,00)*	23,2	9,7	17,2
neiging klachten te accepteren (p = 0,00)*	88,7	73,4	81,9
neiging klachten te overdrijven	5,7	10,4	7,8
n=	194	154	348

* Er is een signifikant verschil tussen de huisartsen.

Tabel 5.10. Het oordeel van de huisartsen over de beleving van hun kontakt met de kliënten (in percentages)

	+			±			-			n=			signifikantie verschil
	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	ha 1	ha 2	beiden	
vertrouwd	86,6	84,3	85,6	12,9	13,1	13,0	0,5	2,6	1,4	194	153	347	-
gemakkelijk	84,5	84,3	84,4	14,4	12,4	13,5	1,0	3,3	2,0	194	153	347	-
plezierig	85,6	86,9	86,2	11,9	11,1	11,5	2,6	2,0	2,3	194	153	347	-

Tabel 5.11. De leeftijdsverdeling in percentages en het geslacht van de klein-, middel- en grootverbruikers (groep 1, 2 en 3)

	groep 1	groep 2	groep 3
65 - 69*	30	26	15
70 - 74	35	35	15
75 - 79	20	20	29
80 - 84	10	10	25
85 - 89	3	8	8
90 - 94	1	1	8
n=	236	64	48
gemiddelde leeftijd	73,2	74,2	78,2
vrouw**	55	59	62
man	45	41	38
n=	236	64	48

* Het verschil tussen de drie groepen is signifikant (p = 0,00).
** Het verschil tussen de drie groepen is niet signifikant (p = 0,54).

Tabel 5.12. De gemiddelde score en het eventuele signifikante verschil van de drie gebruikersgroepen ten aanzien van de beoordeling van de huisartsen van de aanwezigheid van belangrijke klachten.
minimumwaarde 1 = iedereen heeft betreffende klacht
maximumwaarde 2 = niemand heeft betreffende klacht

	klein	middel	groot	p verschil
beven	1,90	1,92	1,93	0,81
vergroeiingen handen	1,96	1,92	1,95	0,42
armen	1,96	1,98	2,00	0,33
voeten	1,97	1,98	1,93	0,34
benen	1,94	1,93	1,89	0,35
verlammingen armen	1,99	1,96	1,97	0,38
benen	1,97	2,00	1,95	0,30
hoge bloeddruk	1,78	1,81	1,63	0,06
hartklachten met pijn op de borst	1,90	1,93	1,85	0,28
hartklachten zonder pijn op de borst	1,91	1,95	1,87	0,29
kortademig in rust	1,95	1,96	1,91	0,36
kortademig bij inspanning	1,83	1,75	1,78	0,32
hoesten	1,90	1,90	1,85	0,55
evenwichtsstoornissen	1,94	1,90	1,82	0,02
oedeem aan de benen	1,93	1,92	1,78	0,00
vermagering	1,97	1,98	2,00	0,58
vetzucht	1,90	1,87	1,78	0,06
pijnklachten nek/schouder	1,92	1,92	1,87	0,45
borst/buik	1,94	1,96	1,89	0,23
rug	1,94	1,98	1,85	0,00
armen	1,96	1,95	1,95	0,96
benen	1,84	1,89	1,91	0,34
hoofd	1,96	1,96	2,00	0,39
incontinentie voor urine	1,98	1,98	2,00	0,71
incontinentie voor ontlasting	1,99	1,96	1,97	0,17

Tabel 5.13. De gemiddelde score en het eventuele signifikante verschil van de drie gebruikersgroepen ten aanzien van de beoordeling van de huisartsen van de aanwezigheid van geestelijke klachten.
minimumwaarde 1 = iedereen heeft betreffende klachten
maximumwaarde 2 = niemand heeft betreffende klachten

	klein	middel	groot	p verschil
angst om alleen te zijn	1,95	1,87	1,93	0,08
eenzaamheidsgevoelens	1,88	1,86	1,82	0,58
storend gedragspatroon voor anderen	1,95	1,93	1,87	0,07
kontaktstoornissen	1,94	1,98	1,78	0,00
zwaarmoedig	1,87	1,72	1,80	0,01
geheugenstoornissen	1,95	1,98	1,85	0,00
niet goed georiënteerd in plaats en tijd	1,97	2,00	1,97	0,43

Tabel 5.14. De gemiddelde score en het eventuele signifikante verschil van de drie gebruikersgroepen ten aanzien van de beoordeling van de huisartsen van het medicijngebruik.
minimumwaarde 1 = iedereen heeft betreffende medicijn
maximumwaarde 2 = niemand heeft betreffende medicijn

	klein	middel	groot	p verschil
dieet	1,87	1,90	1,80	0,30
zenuwtabletten	1,87	1,86	1,91	0,68
plastabletten	1,65	1,75	1,55	0,08
slaaptabletten	1,87	1,83	1,74	0,08
harttabletten	1,82	1,92	1,70	0,00
pijntabletten	1,93	1,86	1,82	0,01
laxeermiddelen	1,99	1,99	2,00	0,68
andere medicijnen	1,65	1,53	1,48	0,04

Tabel 5.15. De gemiddelde score en het eventuele signifikante verschil van de drie gebruikersgroepen ten aanzien van de beoordeling van de huisartsen van de zelfredzaamheid.
minimumwaarde 1 = iedereen heeft een goed gezichtsvermogen etc.
maximumwaarde 3 = iedereen heeft een slecht gezichtsvermogen etc.

	klein	middel	groot	p verschil
het gezichtsvermogen	1,08	1,03	1,21	0,01
het gehoor	1,09	1,15	1,23	0,06
het spraakvermogen	1,03	1,03	1,04	0,92
de mobiliteit binnenshuis	1,14	1,15	1,28	0,18
het licht huishoudelijk werk	1,12	1,12	1,34	0,00
het zwaardere huishoudelijke werk	1,57	1,70	2,11	0,00
het bereiden van de maaltijden	1,16	1,19	1,46	0,00
de persoonlijke verzorging	1,08	1,10	1,32	0,00

Tabel 5.16. De gemiddelde score en het eventuele signifikante verschil van de drie gebruikersgroepen ten aanzien van de beoordeling van de huisartsen van regelmatige hulp.
minimumwaarde 1 = iedereen heeft hulp
maximumwaarde 2 = niemand heeft hulp

	klein	middel	groot	p verschil
hulp van partner	1,78	1,80	1,59	0,01
hulp van familie	1,78	1,73	1,46	0,00
hulp van buren/vrienden	1,94	1,98	1,89	0,10
hulp van wijkverpleging	1,96	1,98	1,89	0,02
hulp van gezinsverzorging	1,97	1,96	1,91	0,07
hulp van vrijwilligerswerk	2,00	2,00	1,97	0,04
hulp van maatschappelijk werk	1,99	2,00	2,00	0,78
hulp van huisarts	1,46	1,32	1,08	0,00
hulp van specialist	1,70	1,76	1,57	0,07
hulp van anderen	1,96	1,92	1,95	0,33

Tabel 5.17. De gemiddelde score en het eventuele signifikante verschil van de drie gebruikersgroepen ten aanzien van de beoordeling van de huisartsen van de klachten-presentatie.
minimumwaarde 1 = iedereen heeft de betreffende eigenschap
maximumwaarde 2 = niemand heeft de betreffende eigenschap

	klein	middel	groot	p verschil
neiging klachten te ontkennen	1,82	1,83	1,80	0,94
neiging klachten te accepteren	1,12	1,26	1,31	0,00
neiging klachten te overdrijven	1,93	1,93	1,85	0,15

Tabel 5.18. Het verschil in beoordeling tussen huisarts en oudere van een aantal aspekten in de leefsituatie van de oudere in absolute aantallen en percentages

	totaal beoordeelde kliënten	oordeel huisarts en kliënt tegengesteld		de huisarts beoordeelt gelijk als kliënt		de huisarts beoordeelt gunstiger dan kliënt		de huisarts beoordeelt ongunstiger dan kliënt		overeenstemming in oordeel significant		*
de beoordeling van de financiële situatie	243	7	*3%*	123	*51%*	22	*9%*	98	*40%*	ja	p=*0,00*	ha 1 > ha 2
de beoordeling van de tevredenheid met de woonsituatie	254	12	*5%*	187	*74%*	47	*18%*	20	*8%*	nee	p=*0,23*	ha 2 > ha 1
de beoordeling van de tevredenheid met de sociale situatie	159	0	*0%*	125	*79%*	21	*13%*	13	*8%*	nee	p=*0,06*	ha 2 > ha 1
de beoordeling van het welbevinden en de gezondheid	274	11	*4%*	159	*58%*	74	*27%*	41	*15%*	ja	p=*0,00*	ha 2 > ha 1

* In deze kolom wordt aangegeven, welk van beide huisartsen in zijn oordeel het meest met dat van de kliënt overeenstemt.

Tabel 5.19. Het verschil in signalering tussen huisarts en ouderen van lichamelijke klachten in absolute getallen en percentages

	totaal aantal kliënten	huisarts ja kliënt ja		huisarts ja kliënt nee		huisarts nee kliënt ja		overeenstemming in signalering signifikant		*
hartklachten	255	27	*11%*	19	*7%*	13	*5%*	ja	p=*0,00*	ha 1 = ha 2
hoge bloeddruk	250	36	*14%*	27	*11%*	28	*11%*	ja	p=*0,00*	ha 1 > ha 2
kortademig	253	41	*16%*	10	*4%*	47	*19%*	ja	p=*0,00*	ha 1 = ha 2
evenwichts-stoornissen	251	8	*3%*	12	*4%*	25	*10%*	ja	p=*0,00***	ha 2 > ha 1
pijnklachten	249	32	*13%*	28	*11%*	52	*21%*	ja	p=*0,00***	ha 2 > ha 1
vergroeiingen	253	13	*5%*	14	*5%*	15	*6%*	ja	p=*0,00*	ha 1 > ha 2
verlammingen	249	0	*0%*	5	*2%*	1	*0%*	nee	p=*1,00*	
incontinentie	252	4	*2%*	3	*1%*	44	*17%*	ja	p=*0.03***	ha 2 > ha 1

* Zie voetnoot tabel 5.11.

** Bij de huisartsen komt alleen het oordeel van ha 2 signifikant overeen.

Tabel 5.20. Het verschil in aangegeven medikatie tussen huisarts en ouderen in absolute getallen en percentages

	totaal aantal kliënten	huisarts ja kliënt ja		huisarts ja kliënt nee		huisarts nee kliënt ja		overeenstemming in signalering signifikant		*
zenuwtabletten	219	20	9%	14	6%	13	6%	ja	p=0,00	ha 1 > ha 2
plastabletten	236	75	32%	11	5%	22	9%	ja	p=0,00	ha 1 = ha 2
slaaptabletten	225	28	12%	9	4%	24	11%	ja	p=0,00	ha 1 > ha 2
harttabletten	228	38	17%	4	2%	19	8%	ja	p=0,00	ha 1 = ha 2
pijntabletten	221	14	6%	5	2%	22	10%	ja	p=0,00	ha 1 > ha 2
medicijngebruik algemeen	267	177	66%	14	5%	29	11%	ja	p=0,00	ha 1 = ha 2

* Zie voetnoot tabel 5.11.

Tabel 5.21. Het verschil in signalering tussen huisartsen en ouderen van geestelijke klachten in absolute getallen en percentages

	totaal aantal kliënten	huisarts ja oudere ja		huisarts ja oudere nee		huisarts nee oudere ja		overeenstemming in signalering signifikant		*
angst om alleen te zijn	269	2	1%	15	6%	10	4%	nee	p=0,30	ha 1 > ha 2
gevoelens van eenzaamheid	262	16	6%	17	6%	18	7%	ja	p=0,00	ha 1 = ha 2
kontaktstoornissen; moeilijk omgaan met anderen	266	0	0%	15	6%	17	6%	nee	p=0,40	ha 1 = ha 2
vaak zwaarmoedig	261	18	7%	23	9%	9	3%	ja	p=0,00	ha 2 > ha 1
vaak vergeetachtig geheugenstoornissen	261	8		3	1%	61	23%	ja	p=0,00**	ha 1 > ha 2

* Zie voetnoot tabel 5.11.

** In geval van het oordeel van de huisarts en afzonderlijk komt alleen het oordeel van huisarts 1 signifikant met dat van de kliënt overeen.

Tabel 5.22. Het verschil tussen huisarts en ouderen van de zelfredzaamheid in abosolute aantallen en percentages

	totaal aantal kliënten	de huisarts beoordeelt gelijk als kliënt	de huisarts beoordeelt gunstiger dan kliënt	de huisarts beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming in oordeel signifikant	oordeelt huisarts en kliënt tegengesteld	*
het gezichtsvermogen	276	210 *76%*	61 *22%*	5 *2%*	ja p=*0,00*	9 *3%*	ha 1 = ha 2
het gehoor	275	185 *67%*	74 *27%*	16 *6%*	nee p=*0,06***	11 *4%*	ha 1 > ha 2
het lopen binnenshuis	275	226 *82%*	33 *12%*	16 *6%*	ja p=*0,00*	7 *3%*	ha 2 > ha 1
het huis aan kant maken; licht huishoudelijk werk	255	162 *63%*	90 *35%*	3 *1%*	ja p=*0,00*	20 *8%*	ha 1 = ha 2
huis aan kant maken; zwaar huishoudelijk werk	252	155 *61%*	39 *15%*	58 *23%*	ja p=*0,00*	15 *6%*	ha 2 > ha 1
de maaltijd bereiden; boodschappen doen	257	183 *71%*	62 *24%*	12 *5%*	ja p=*0,00*	20 *8%*	ha 1 = ha 2
de maaltijd bereiden; koken	243	177 *73%*	54 *22%*	12 *5%*	ja p=*0,00*	22 *9%*	ha 1 = ha 2
persoonlijk verzorging; toilet maken	273	246 *90%*	21 *8%*	6 *2%*	ja p=*0,00*	5 *2%*	ha 1 = ha 2

* Zie voetnoot tabel 5.11.

** Bij de huisartsen afzonderlijk blijkt alleen het oordeel van huisarts 1 signifikant overeen te komen.

Tabel 5.23. Het verschil tussen huisarts en ouderen in het aangeven van hulp door partner, buren en familie in absolute aantallen en percentages

	totaal aantal kliënten	huisarts ja kliënt ja	huisarts ja kliënt nee	huisarts nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant	*
regelmatig hulp van partner	237	45 *19%*	6 *5%*	83 *35%*	ja *0,00*	ha 2 > ha 1
regelmatig hulp van familie	237	24 *10%*	37 *16%*	36 *16%*	ja *0,00* **	ha 1 > ha 2
regelmatig hulp van buren/vrienden	237	2 *1%*	7 *3%*	6 *3%*	ja *0,02*	ha 1 = ha 2
regelmatig hulp van specialist	236	68 *29%*	11 *5%*	52 *22%*	ja *0,00*	ha 1 = ha 2

* Zie vootnoot tabel 5.11.

** Bij de huisartsen afzonderlijk blijkt alleen de signaleringen van huisarts 1 signifikant overeen te komen.

Tabel 5.24. Indruk van de wijkverpleging van de tevredenheid van de kliënt met de financiële situatie en woonsituatie, de relatie met partner, kinderen en buren en van het algemeen welbevinden.
Totaal aantal kliënten is 37

tevredenheid	tevreden	+/-	ontevreden
financiële situatie ruim/gemiddeld/krap	5 *14%*	27 *77%*	3 *9%*
woonsituatie	33 *89%*	2 *5%*	2 *5%*
relatie met partner	12 *80%*	1 *7%*	2 *13%*
relatie met kinderen	31 *91%*	2 *6%*	1 *3%*
relatie met buren	24 *80%*	6 *20%*	-
algemeen welbevinden goed/matig/slecht	20 *54%*	10 *27%*	7 *19%*

Tabel 5.25. Het feitelijk bekend zijn van wijkverpleging, helpsters en leiding gezinsverzorging met het vroegere beroep, de woonsituatie en de sociale situatie van de kliënt

	wijkverpleging	helpster	leiding
vroegere beroep	24 *65%*	17 *85%*	15 *55%*
woonsituatie	37 *100%*	20 *100%*	27 *100%*
sociale situatie	37 *100%*	19 *95%*	20 *74%*

Tabel 5.26. Het vroegere beroep van hun kliënten volgens wijkverpleging, helpster en leiding gezinszorg

	wijkverpleging	helpster	leiding
ongeschoold arbeider	13 *42%*	11 *61%*	9 *47%*
geschoolde arbeider	3 *10%*	3 *17%*	2 *11%*
lagere employé	3 *10%*	-	-
kleine zelfstandige	9 *29%*	3 *17%*	2 *11%*
middelbaar employé	1 *3%*	1 *5%*	5 *26%*
hoger beroep	2 *6%*	-	1 *5%*
n =	31	18	19

Tabel 5.27. Door de wijkverpleging gesignaleerde problemen bij de kliënten. Totaal aantal kliënten is 37

	ja	%	onbekend
1. geeft blijk van angst om alleen te zijn	2	5	1
2. geeft blijk van eenzaamheidsgevoelens	15	41	1
3. vertoont een gedragspatroon dat door de omgeving als storend wordt ervaren	2	5	1
4. heeft kontaktstoornissen van meer dan tijdelijke aard met personen uit zijn/haar omgeving	4	11	2
5. maakt de indruk zwaarmoedig te zijn	1	2	1
6. maakt de indruk geheugenstoornissen te hebben	4	11	
7. maakt de indruk niet goed georiënteerd te zijn	2	5	
8. er is sprake van:			
- beven	2	5	
- vergroeiingen	7	19	
- hoge bloeddruk	7	19	
- hartklachten	3	8	
- kortademig/in rust/inspanning	16	43	
- evenwichtsstoornissen	8	22	
- pijnklachten	22	59	
- incontinentie	6	16	
- dieet	4	11	

Tabel 5.28. De door de wijkverpleegkundigen aangegeven medicijnen die gebruikt worden door de kliënten. Totaal aantal kliënten is 37

medicijnen	ja	%
zenuwtabletten	-	-
plastabletten	10	27
slaaptabletten	7	19
harttabletten	5	14
pijntabletten	10	27
laxeermiddelen	5	14
andere medicijnen	10	27

Tabel 5.29. De redzaamheid van de kliënten volgens de wijkverpleging.
Totaal aantal kliënten is 37

	goed	matig	slecht
gezichtsvermogen	18 *49%*	15 *41%*	4 *10%*
gehoor	25 *68%*	9 *24%*	3 *8%*
spreekvermogen	33 *89%*	3 *8%*	1 *3%*
het lopen binnenshuis	21 *57%*	10 *27%*	6 *16%*
licht huishoudelijk werk	24 *65%*	8 *22%*	5 *13%*
zwaar huishoudelijk werk	3 *8%*	14 *38%*	20 *54%*
voorbereiding maaltijden	19 *51%*	6 *16%*	11 *30%*
persoonlijke verzorging	24 *65%*	7 *19%*	6 *16%*

Tabel 5.30. Personen of instellingen waarvan de kliënt regelmatig hulp ontvangt volgens de wijkverpleging.
Totaal aantal kliënten is 37

	ja	%
partner	12	*32**
familie	28	*76*
buren/vrienden	14	*38*
wijkverpleging	18	*49*
gezinsverzorging	14	*38*
vrijwilligers	3	*8*
maatschappelijk werkers	-	-
huisarts	14	*38*
specialist	8	*22*
anderen	8	*22*

* 80% van degenen met partner

Tabel 5.31. Het aantal malen dat door de wijkverpleegkundigen is aangegeven dat de kliënt de neiging heeft klachten te ontkennen, accepteren, overdrijven.
Aantal kliënten is 37

klachten	ja
ontkennen	11 *30%*
accepteren	29 *78%*
overdrijven	- -

Tabel 5.32. Het verschil in beoordeling tussen wijkverpleegkundige en oudere van een aantal aspekten in de leefsituatie van de oudere

	totaal beoordeelde kliënten	de wijkverpl. beoordeelt gelijk als kliënt	de wijkverpl. beoordeelt gunstiger dan kliënt	de wijkverpl. beoordeelt ongunstiger dan kliënt	oordeel wijkverpl. en kliënt tegengesteld	overeenstemming in oordeel signifikant
de beoordeling van de financiële situatie	23	17 *74%*	4 *17%*	2 *9%*	1 *4%*	nee p=*0,06*
de beoordeling van de tevredenheid met de woonsituatie	23	15 *65%*	5 *22%*	3 *13%*	3 *13%*	nee p=*0,91*
de beoordeling van de tevredenheid met de sociale situatie	19	12 *63%*	2 *10%*	5 *26%*	0 *0%*	nee p=*0,7*
de beoordeling van het welbevinden en de gezondheid	24	16 *67%*	3 *12%*	5 *21%*	1 *4%*	nee p=*0,07*

Tabel 5.33. Het verschil in signalering tussen wijkverpleegkundige en oudere van lichamelijke klachten

	totaal aantal kliënten	wijkverpl.ja kliënt ja	wijkverpl.ja kliënt nee	wijkverpl.nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
hartklachten	18	1 *6%*	1 *6%*	1 *6%*	nee p=*0,21*
hoge bloeddruk	18	2 *11%*	3 *17%*	2 *11%*	nee p=*0,30*
kortademig	20	4 *20%*	3 *15%*	2 *10%*	nee p=*0,08*
evenwichtsstoornissen	20	2 *10%*	1 *5%*	2 *10%*	nee p=*0,08*
pijnklachten	19	5 *26%*	3 *16%*	4 *21%*	nee p=*0,25*
vergroeiingen	19	4 *21%*	0 *0%*	1 *5%*	ja p=*0,00*
verlammingen	18	0 *9%*	0 *0%*	0 *0%*	niet te berekenen
incontinentie	19	1 *5%*	1 *5%*	3 *26%*	nee p=*0,40*

Tabel 5.34. Het verschil in aangegeven medikatie tussen wijkverpleegkundige en oudere

	totaal aantal kliënten	wijkverpl.ja kliënt ja	wijkverpl.ja kliënt nee	wijkverpl.nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
zenuwtabletten	18	0 *0%*	0 *0%*	3 *17%*	niet te berekenen
plastabletten	20	2 *10%*	1 *5%*	4 *20%*	nee p=*0,2*
slaaptabletten	20	1 *5%*	4 *20%*	4 *20%*	nee p=*0,6*
harttabletten	18	1 *6%*	0 *0%*	0 *0%*	ja p=*0,00*
pijntabletten	18	3 *17%*	1 *6%*	1 *6%*	ja p=*0,02*
medicijngebruik algemeen	22	8 *36%*	5 *23%*	5 *23%*	nee p=*1,00*

Tabel 5.35. Het verschil in signalering tussen wijkverpleegkundige en oudere van geestelijke problemen

	totaal aantal kliënten	wijkverpl.ja oudere ja	wijkverpl.ja oudere nee	wijkverpl.nee oudere ja	overeenstemming in signalering signifikant
angst om alleen te zijn	22	0 *0%*	1 *4%*	1 *4%*	nee p=*1,00*
gevoelens van eenzaamheid	20	2 *10%*	7 *35%*	1 *10%*	nee p=*0,50*
kontaktstoornissen; moeilijk omgaan met anderen	21	0 *0%*	2 *10%*	2 *10%*	ja p=*0,03*
vaak zwaarmoedig	20	0 *0%*	0 *0%*	0 *0%*	niet te berekenen
vergeetachtig; geheugenstoornissen	22	3 *14%*	0 *0%*	3 *14%*	nee p=*0,06*

Tabel 5.36. Het verschil tussen wijkverpleegkundige en oudere in beoordeling van de zelfredzaamheid

	totaal aantal kliënten	de wijkverpl. beoordeelt gelijk als kliënt	de wijkverpl. beoordeelt gunstiger dan kliënt	de wijkverpl. beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming in oordeel signifikant	oordelen wijkverpleegkundige en kliënt tegengesteld
het gezichtsvermogen	24	19 *79%*	3 *12%*	2 *8%*	ja p=*0,00*	0 *0%*
het gehoor	23	18 *78%*	4 *17%*	1 *4%*	ja p=*0,00*	0 *0%*
het lopen binnenshuis	24	18 *75%*	2 *8%*	4 *17%*	ja p=*0,00*	0 *0%*
huis aan kant maken; licht huishoudelijk werk	22	10 *45%*	11 *50%*	1 *4%*	ja p=*0,00*	1 *4%*
huis aan kant maken; zwaar huishoudelijk werk	22	14 *64%*	0 *0%*	8 *36%*	ja p=*0,00*	3 *14%*
de maaltijd bereiden, boodschappen doen	22	13 *59%*	6 *27%*	3 *14%*	nee p=*0,25*	4 *18%*
de maaltijd bereiden; koken	22	16 *73%*	3 *14%*	3 *14%*	ja p=*0,06*	1 *4%*
persoonlijk verzorging; toilet maken	24	2 *83%*	2 *8%*	2 *8%*	ja p=*0,00*	1 *4%*

Tabel 5.37. Het verschil tussen wijkverpleegkundige en oudere in het aangeven van hulp door partner, buren en familie

	totaal aantal kliënten	wijkverpl.ja kliënt ja	wijkverpl.ja kliënt nee	wijkverpl.nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
regelmatig hulp van partner	22	3 *14%*	0 *0%*	3 *14%*	ja p=*0,02*
regelmatig hulp van familie	22	6 *27%*	10 *45%*	0 *0%*	nee p=*0,22*
regelmatig hulp van buren/vrienden	22	2 *10%*	7 *32%*	0 *0%*	nee p=*0,30*
regelmatig hulp van specialist	23	6 *26%*	0 *0%*	5 *22%*	ja p=*0,01*

Tabel 5.38. Het verschil in beoordeling tussen wijkverpleegkundige en oudere van het kontakt

	totaal aantal kliënten	de wijkverpl. beoordeelt gelijk als kliënt	de wijkverpl. beoordeelt gunstiger dan kliënt	de wijkverpl. beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming in oordeel signifikant	oordeel wijkverpleegkundige en oudere tegengesteld
kontakt vertrouwd	13	7 *54%*	0 *0%*	6 *46%*	nee p=*0,54*	0 *0%*
kontakt gemakkelijk	11	8 *73%*	0 *0%*	3 *27%*	niet te berekenen	0 *0%*
kontakt plezierig	11	10 *91%*	0 *0%*	1 *9%*	niet te berekenen	0 *0%*

Tabel 5.39. De indruk van de tevredenheid van de kliënt met een aantal aspekten volgens helpsters en leiding**

	tevreden		±		ontevreden		n=	
	helpster	leiding	helpster	leiding	helpster	leiding	helpster	leiding
financiële situatie ruim/gemiddeld/krap	1 *5%*	2 *10%*	11 *61%*	11 *55%* (7*)	6 *33%*	7 *35%*	18	20
woonsituatie	18 *90%*	8 *40%*	1 *5%*	12 *60%* (7*)	2 *10%*	2 *10%*	20	20
relatie met partner	10 *100%*	6 *86%*	0 *0%*	0 *0%*	0 *0%*	1 *14%* (2*)	10	7
relatie met kinderen	16 *89%*	7 *44%* (2*)	0 *0%*	4 *25%* (4*)	2 *11%*	5 *31%* (1*)	18	16
relatie met buren	17 *85%*	8 *47%* (2*)	0 *0%*	4 *24%* (1*)	3 *15%*	5 *29%*	20	17
het algemeen welbevinden (goed/matig/slecht)	13 *65%*	6 *30%* (1*)	5 *25%*	11 *55%* (3*)	2 *10%*	3 *15%* (3*)	20	20

* Het totaal aantal beoordeelde kliënten van de leiding is 27, inclusief 7 kliënten, die alleen door de leiding beoordeeld zijn en niet door de helpster.

** Ten aanzien van alle aspekten beoordeelt de helpster gunstiger dan de leiding en slechts in één geval ongunstiger.

Tabel 5.40. De door helpster en de leiding gesignaleerde problemen

	alleen door helpster gesignaleerd	alleen door leiding gesignaleerd	door beiden gesignaleerd
1. geeft blijk van angst om alleen te zijn	-	4 *20%* (1)*	2 *10%*
2. geeft blijk van eenzaamheidsgevoelens	1 *5%*	2 *10%* (1)*	6 *30%*
3. vertoont een gedragspatroon dat door de omgeving als storend wordt ervaren	1 *5%*	1 *5%*	-
4. heeft kontaktstoornissen van meer dan tijdelijke aard met personen uit zijn/haar omgeving	1 *5%*	1 *5%* (2)*	1 *5%*
5. maakt de indruk zwaarmoedig te zijn	3 *15%*	5 *25%* (1)*	-
6. maakt de indruk geheugenstoornissen te hebben	1 *5%*	- (1)*	2 *10%*
7. maakt de indruk niet goed georiënteerd te zijn (naar tijd en plaats)	2 *10%*	-	1 *5%*
8. er is sprake van:			
- beven	5 *25%*	1 *5%*	-
- vergroeiingen/verlammingen	1 *5%*	- (1)*	3 *15%*
- hoge bloeddruk	5 *25%*	2 *10%* (1)*	1 *5%*
- hartklachten	2 *10%*	5 *25%* (1)*	2 *10%*
- kortademig	5 *25%*	2 *10%*	2 *10%*
- evenwichtsstoornissen	3 *15%*	2 *10%*	1 *5%*
- pijnklachten	5 *25%*	1 *5%* (3)*	7 *35%*
- incontinentie	-	-	-

* Signalering bij de 7 kliënten die alleen door de leiding beoordeeld zijn.

Tabel 5.41. Het medicijngebruik volgens de helpster.
Aantal kliënten is 20

zenuwtabletten	1	5%
plastabletten	5	25%
slaaptabletten	3	15%
harttabletten	4	20%
pijntabletten	5	25%
laxeertabletten	6	30%
andere	6	30%

Tabel 5.42. De redzaamheid van de kliënten volgens helpster en leiding

	goed		matig		slecht		n =	
	helpster	leiding	helpster	leiding	helpster	leiding	helpster	leiding
het gezichtsvermogen	10 *50%*	16 *84%* (2*)	8 *40%*	3 *16%* (1*)	2 *10%*	0 *0%*	20	19 (3*)
het gehoor	10 *53%*	14 *74%* (4*)	6 *32%*	4 *21%*	3 *15%*	1 *5%*	19	19 (4*)
het spraakvermogen	18 *95%*	17 *85%* (5*)	1 *5%*	3 *15%*	-	-	19	20 (5*)
het lopen binnenshuis	7 *39%*	14 *70%* (4*)	8 *44%*	5 *25%*	3 *17%*	1 *5%* (1*)	18	20 (5*)
licht huishoudelijk werk	12 *63%*	10 *50%* (2*)	3 *16%*	7 *35%* (1*)	4 *21%*	3 *1%* (4*)	19	20 (7*)
zwaar huishoudelijk werk	1 *6%*	0 *0%*	2 *11%*	1 *5%* (2*)	15 *83%*	18 *95%* (5*)	18	19 (7*)
maaltijd bereiden	6 *32%*	9 *47%* (3*)	8 *42%*	7 *37%*	5 *26%*	3 *16%* (1*)	19	19 (4*)
persoonlijke verzorging	11 *58%*	14 *70%* (4*)	7 *37%*	4 *20%*	1 *5%*	2 *10%*	19	20 (4*)

* De signalering bij de 7 kliënten die alleen door de leiding beoordeeld zijn.

Tabel 5.43. Personen/voorzieningen van wie betrokkene regelmatig hulp ontvangt, zoals genoemd door helpsters en leiding gezinsverzorging. Aantal kliënten is 20

	alleen genoemd door helpsters	alleen genoemd door leiding	genoemd door beiden
partner	5 25%**	2 10%*** 2%*	-
familie	11 55%	1 5% 4%*	3 15%
buren,vrienden	6 30%	- 1%*	1 5%
wijkverpleging	2 10%	2 10% 2%*	2 10%
gezinsverzorging	-	- 7%*	20 100%
vrijwilligerswerk	4 20%	-	-
maatschappelijk werk	1 5%	-	-
huisarts	6 30%	1 5%	-
specialist	5 25%	-	-
andere voorziening	4 20%	1 5%	-

* Dit percentage is berekend op het totaal aantal beoordeelde kliënten van de leiding (27), inclusief de 7 kliënten die alleen door de leiding beoordeeld zijn en niet door de helpster.

** 55% van degenen met partner.

*** 20% van degenen met partner.

Tabel 5.44. De klachtenpresentatie volgens helpsters en leiding. Aantal kliënten is 20.

	alleen helpster	alleen leiding	beiden
ontkennen	1 5%	3 15%	2 10
accepteren	2 10%	2 10%	16 80
overdrijven	3 15%	1 5%	1 5

Tabel 5.45. Het verschil in beoordeling tussen helpster en oudere van een aantal aspekten in de leefsituatie van de oudere

	totaal beoordeelde kliënten	de helpster beoordeelt gelijk als kliënt	de helpster beoordeelt gunstiger dan kliënt	de helpster beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming om oordeel signifikant	oordelen helpster en kliënt tegengesteld
de beoordeling van de financiële situatie	10	8 *80%*	1 *10%*	1 *10%*	nee p=*0,18*	2 *20%*
de beoordeling van de tevredenheid met de woonsituatie	12	11 *92%*	1 *9%*	0 *0%*	ja p=*0,00*	0 *0%*
de beoordeling van de tevredenheid met de sociale situatie	10	9 *90%*	0 *0%*	1 *10%*	ja p=*0,00*	0 *0%*
de beoordeling van het welbevinden en de gezondheid	12	6 *50%*	5 *42%*	1 *8%*	nee p=*0,37*	0 *0%*

Tabel 5.46. Het verschil in beoordeling tussen de leiding van de gezinszorg en oudere van een aantal aspekten in de leefsituatie van de oudere

	totaal beoordeelde kliënten	de leiding beoordeelt gelijk als kliënt	de leiding beoordeelt gunstiger dan kliënt	de leiding beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming in oordeel signifikant	oordelen leiding en kliënt tegengesteld
de beoordeling van de financiële situatie	15	8 *53%*	5 *33%*	2 *13%*	nee p=*0,50*	0 *0%*
de beoordeling van de tevredenheid met de woonsituatie	15	4 *27%*	2 *13%*	9 *60%*	nee p=*0,28*	0 *0%*
de beoordeling van de tevredenheid met de sociale situatie	10	6 *60%*	0 *0%*	4 *40%*	nee p=*0,27*	2 *20%*
de beoordeling van het welbevinden en de gezondheid	15	5 *33%*	4 *27%*	6 *40%*	nee p=*0,64*	0 *0%*

Tabel 5.47. Het verschil in signalering tussen helpster en oudere van lichamelijke klachten

	totaal aantal kliënten	helpster ja kliënt ja	helpster ja kliënt nee	helpster nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
hartklachten	12	1 *8%*	1 *8%*	2 *17%*	nee p=*0,45*
hoge bloeddruk	12	1 *8%*	3 *25%*	0 *0%*	nee p=*0,33*
kortademig	12	1 *8%*	1 *8%*	3 *25%*	nee p=*0,57*
evenwichts-stoornissen	12	1 *8%*	0 *0%*	2 *17%*	nee p=*0,25*
pijnklachten	11	3 *27%*	1 *9%*	3 *27%*	nee p=*0,35*
vergroeiingen	12	3 *25%*	0 *0%*	2 *17%*	ja p=*0,04*
verlammingen	12	0 *0%*	1 *8%*	0 *0%*	niet te berekenen
incontinentie	12	0 *0%*	0 *0%*	1 *8%*	niet te berekenen

Tabel 5.48. Het verschil in signalering tussen de leiding van de gezinszorg en oudere van lichamelijke klachten

	totaal aantal kliënten	leiding ja kliënt ja	leiding ja kliënt nee	leiding nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
hartklachten	15	1 *7%*	0 *0%*	0 *0%*	ja p=*0,00*
hoge bloeddruk	15	0 *0%*	2 *13%*	1 *7%*	nee p=*0,87*
kortademig	15	0 *0%*	0 *0%*	5 *33%*	niet te berekenen
evenwichts-stoornissen	14	1 *7%*	1 *7%*	2 *14%*	nee p=*0,40*
pijnklachten	14	3 *21%*	2 *14%*	3 *21%*	nee p=*0,34*
vergroeiingen	15	3 *20%*	0 *0%*	2 *13%*	ja p=*0,02*
verlammingen	15	0 *0%*	0 *0%*	0 *0%*	niet te berekenen
incontinentie	15	0 *0%*	0 *0%*	1 *7%*	niet te berekenen

Tabel 5.49. Het verschil in signalering tussen helpster en oudere van geestelijke problemen

	totaal aantal kliënten	helpster ja oudere ja	helpster ja oudere nee	helpster nee oudere ja	overeenstemming in signalering signifikant
angst om alleen te zijn	10	2 *20%*	0 *0%*	0 *0%*	ja p=*0,00*
gevoelens van eenzaamheid	12	4 *33%*	1 *8%*	2 *17%*	nee p=*0,12*
kontaktstoornissen; moelijk omgaan met anderen	11	0 *0%*	0 *0%*	2 *18%*	niet te berekenen
vaak zwaarmoedig	12	0 *0%*	2 *17%*	2 *17%*	nee p=*0,68*
vaak vergeetachtig; geheugenstoornissen	11	1 *9%*	0 *0%*	1 *9%*	nee p=*0,06*

Tabel 5.50. Het verschil in signalering tussen de leiding van de gezinszorg en oudere van geestelijke problemen

	totaal aantal kliënten	leiding ja oudere ja	leiding ja oudere nee	leiding nee oudere ja	overeenstemming in signalering signifikant
angst om alleen te zijn	13	2 *15%*	2 *15%*	0 *0%*	ja p=*0,03*
gevoelens van eenzaamheid	15	5 *33%*	2 *13%*	2 *13%*	nee p=*0,10*
kontaktstoornissen; moeilijk omgaan met anderen	13	0 *0%*	2 *15%*	2 *15%*	nee p=*0,72*
vaak zwaarmoedig	15	2 *13%*	1 *7%*	1 *7%*	nee p=*0,08*
vaak vergeetachtig; geheugenstoornissen	13	0 *0%*	1 *8%*	3 *23%*	nee p=*0,81*

Tabel 5.51. Het verschil in aangegeven medikatie tussen helpster en oudere

	totaal aantal kliënten	helpster ja kliënt ja	helpster ja kliënt nee	helpster nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
zenuwtabletten	10	1 *10%*	0 *0%*	3 *30%*	nee p=*0,40*
plastabletten	10	3 *30%*	0 *0%*	2 *20%*	nee p=*0,08*
slaaptabletten	11	2 *30%*	0 *0%*	1 *20%*	nee p=*0,08*
harttabletten	11	2 *18%*	0 *0%*	1 *9%*	ja p=*0,05*
pijntabletten	10	3 *30%*	1 *10%*	1 *10%*	nee p=*0,11*
medicijn-gebruik algemeen	11	8 *73%*	0 *0%*	2 *18%*	nee p=*0,27*

Tabel 5.52. Het verschil tussen helpster en oudere in beoordeling van de zelfredzaamheid

	totaal aantal kliënten	de helpster beoordeelt gelijk als kliënt	de helpster beoordeelt gunstiger dan kliënt	de helpster beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming in oordeel signifikant	oordelen helpster en oudere tegengesteld
het gezichtsvermogen	13	8 *61%*	1 *8%*	4 *31%*	nee p=*0,12*	0 *0%*
het gehoor	12	7 *58%*	1 *8%*	4 *33%*	nee p=*0,24*	0 *0%*
het lopen binnenshuis	11	6 *54%*	3 *27%*	2 *18%*	nee p=*0,45*	1 *10%*
huis aan kant maken; licht huishoudelijk werk	11	4 *36%*	7 *40%*	0 *0%*	nee p=*0,45*	2 *18%*
huis aan kant maken; zwaar huishoudelijk werk	10	7 *70%*	0 *0%*	3 *30%*	ja p=*0,02*	0 *0%*
de maaltijd bereiden; boodschappen doen	11	4 *36%*	4 *36%*	2 *18%*	nee p=*0,83*	2 *18%*
de maaltijd bereiden; koken	11	6 *54%*	3 *27%*	2 *18%*	nee p=*0,31*	1 *10%*
persoonlijke verzorging; toilet maken	11	6 *54%*	4 *36%*	1 *9%*	nee p=*0,57*	0 *0%*

Tabel 5.53. Het verschil tussen de leiding van de gezinszorg en oudere in beoordeling van de zelfredzaamheid

	totaal aantal kliënten	de leiding beoordeelt gelijk als kliënt	de leiding beoordeelt gunstiger dan kliënt	de leiding beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming oordeel signifikant	oordelen leiding en oudere tegengesteld
het gezichtsvermogen	14	8 *57%*	5 *36%*	1 *7%*	nee p=*0,26*	0 *0%*
het gehoor	14	9 *64%*	5 *36%*	0 *0%*	nee p=*0,26*	0 *0%*
het lopen binnenshuis	16	10 *62%*	6 *37%*	0 *0%*	ja p=*0,01*	0 *0%*
huis aan kant maken; licht huishoudelijke werk	15	6 *40%*	8 *53%*	1 *7%*	nee p=*0,68*	3 *20%*
huis aan kant maken; zwaar huishoudelijk werk	15	8 *53%*	0 *0%*	7 *47%*	ja p=*0,00*	0 *0%*
de maaltijd bereiden; boodschappen doen	14	6 *43%*	7 *50%*	1 *7%*	nee p=*0,47*	2 *7%*
de maaltijd bereiden; koken	14	7 *50%*	6 *43%*	1 *7%*	nee p=*0,06*	1 *7%*
persoonlijke verzorging; toilet maken	15	10 *67%*	4 *27%*	1 *7%*	ja p=*0,03*	1 *7%*

Tabel 5.54. Het verschil tussen helpster en oudere in het aangeven van hulp door partner, buren en familie

	totaal aantal kliënten	helpster ja kliënt ja	helpster ja kliënt nee	helpster nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
regelmatig hulp van partner	11	1 *9%*	0 *0%*	0 *0%*	nee p=*0,09*
regelmatig hulp van familie	11	2 *18%*	4 *36%*	1 *9%*	nee p=*0,57*
regelmatig hulp van buren/ vrienden	11	1 *9%*	3 *27%*	1 *9%*	nee p=*0,62*
regelmatig hulp van specialist	12	1 *9%*	1 *9%*	5 *45%*	nee p=*0,77*

Tabel 5.55. Het verschil tussen de leiding van de gezinszorg en oudere in het aangeven van hulp door partner, buren en familie

	totaal aantal kliënten	leiding ja kliënt ja	leiding ja kliënt nee	leiding nee kliënt ja	overeenstemming in signalering signifikant
regelmatig hulp van partner	13	0 *0%*	1 *8%*	1 *8%*	nee p=*0,92*
regelmatig hulp van familie	13	2 *15%*	2 *15%*	2 *15%*	nee p=*0,35*
regelmatig hulp van buren/vrienden	13	1 *8%*	0 *0%*	1 *8%*	nee p=*0,15*
regelmatig hulp van de specialist	15	0 *0%*	0 *0%*	7 *47%*	niet te berekenen

Tabel 5.56. Het verschil in beoordeling tussen helpster en oudere van het kontakt

	totaal aantal kliënten	de helpster beoordeelt gelijk als kliënt	de helpster beoordeelt gunstiger dan kliënt	de helpster beoordeelt ongunstiger dan kliënt	overeenstemming in oordeel signifikant	oordeel tegengesteld
kontakt vertrouwd	11	7 *64%*	1 *9%*	3 *27%*	nee p=*0,73*	0 *0%*
kontakt gemakkelijk	12	6 *50%*	2 *17%*	4 *33%*	nee p=*0,64*	0 *0%*
kontakt plezierig	11	8 *72%*	3 *27%*	0 *0%*	nee p=*0,36*	0 *0%*

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO