

Ouderen in woonservicegebieden



Onderzoek naar de ervaringen van ouderen met thuishulp in woonservicegebieden

Robbert Vossers

Bachelorthesis Sociale Geografie

Faculteit der Managementwetenschappen

Radboud Universiteit Nijmegen, Augustus 2011



Ouderen in woonservicegebieden



Onderzoek naar de ervaringen van ouderen over thuishulp in woonservicegebieden

Auteur:Robbert Vossers

Studentnummer: (s)4080939

Begeleiding: Laura Dorland

Bachelorthesis Sociale Geografie

Faculteit der Managementwetenschappen

Radboud Universiteit Nijmegen, Augustus 2011

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie met de resultaten van het onderzoek naar ervaringen van ouderen in woonservicegebieden. Gedurende zeven maanden heb ik onderzoek verricht naar de ervaringen die ouderen hebben naar aanleiding van de zorg die zij krijgen. Daarvoor heb ik enquêtes afgenomen en interviews gehouden met de respondenten in woonservicegebied De Regenboog in Dronten.

Het was niet altijd eenvoudig om dit resultaat te bewerkstelligen. Maar door goede begeleiding en nuttige feedback van mijn begeleidster Laura Dorland is het gelukt een heldere verslaglegging te realiseren. Laura wil ik ook bedanken voor de kans die zij me gegeven heeft mee te draaien in een landelijk project naar woonservicegebieden. Dit heeft mij erg geholpen bij het opstarten en uitvoeren van het onderzoek. Daarnaast wil ik mijn medestudenten bedanken voor de samenwerking en inhoudelijke discussies. Tot slot wil ik ook de respondenten bedanken die voor de inhoudelijke informatie hebben gezorgd gedurende de interviews en enquêtes.

Robbert Vossers

Augustus 2011

Samenvatting

Deze rapportage beschrijft het onderzoek naar de ervaringen van ouderen met thuiszorg. Drie onderzoeksvragen staan hierin centraal:

- 1) Wat zijn de ervaringen van de ouderen ten aanzien van de kwaliteit van de thuiszorg?
- 2) In welke mate heeft deze thuiszorg invloed op de leefkwaliteit van de ouderen?
- 3) Welke wensen hebben ouderen op gebied van de thuiszorg?

Uit hoofdstuk 2 van dit onderzoek blijkt dat de meeste ouderen een goede kwaliteit van de thuiszorg ervaren waardoor onder andere de autonomie en zelfstandigheid toenemen. Deze twee aspecten zijn de belangrijkste uit het onderzoek. Autonomie is belangrijk omdat uit eerder onderzoek van Woodruff en Applebaum (1996) blijkt dat ouderen erg gesteld zijn op hun autonomie. Daarnaast blijkt dat thuiswonende ouderen autonomie hebben ondanks dat zij thuiszorg ontvangen (Wiegers et al, 2007, p. 87). Tevens ervaren ouderen zelfstandigheid doordat zij thuiszorg ontvangen. Dit uit zich onder meer doordat veel ouderen nog in hun eigen huis kunnen wonen en zelfstandig boodschappen doen.

Mede door deze effecten heeft de thuiszorg indirect invloed op de leefkwaliteit van de ouderen, zo staat in hoofdstuk 4 beschreven. Want doordat deze hulp veel taken van de ouderen overnemen houden zij tijd en energie over om andere dingen te doen. De thuiszorg is dus een belangrijk onderdeel in het leven voor deze ouderen. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat de leefkwaliteit bij ouderen afneemt wanneer de fysieke beperkingen toenemen (Puts et al, in van Campen, 2011, p.42). Doordat de thuiszorg veel werk overneemt kunnen de ouderen profiteren van de mogelijkheden die zij fysiek nog wel hebben.

Hoofdstuk 4 dat veel ouderen moeite te hebben om concrete behoeften voor de toekomst te formuleren. Dit komt doordat het lastig is, zeker voor ouderen, om de toekomst in te schatten. Uit dit onderzoek echter, blijkt wel dat de ouderen de behoefte hebben dat zij bijvoorbeeld autonomie en zelfstandigheid behouden voor de toekomst. Daarnaast willen zij continuïteit in de zorg en een goede kwaliteit van zorg behouden. Hoewel de meeste ouderen deze aspecten al hebben willen zij hier uiteraard niet op inleveren.

Tot slot staat in hoofdstuk 5 de discussie en conclusie beschreven. Vanuit de resultaten kan in hoofdstuk 5 geconcludeerd worden dat veel ouderen goede ervaringen hebben met de thuiszorg. Zij behouden hierdoor belangrijke aspecten zoals autonomie en zelfstandigheid. Maar ook continuïteit, goede kwaliteit en sociale contacten. Hierdoor ervaren zij een betere leefkwaliteit waardoor zij zich gelukkiger voelen dan wanneer de thuiszorg niet aanwezig is. De behoeften van de meeste ouderen is dan ook dat de huidige situatie zo mag blijven.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
1.1	Projectkader	8
1.2	Onderzoeksmodel	12
1.3	Leeswijzer	12
2.	Theoretisch kader	14
2.1	Kwetsbaarheid en leefkwaliteit	14
2.2	De rol van woonservicegebieden	17
2.3	Ervaringen van ouderen met thuiszorg	17
2.4	Conclusie	22
3.	Methodologische aanpak	23
3.1	Casestudy	23
3.2	Onderzoeksmateriaal en werkwijze	24
4.	Onderzoeksresultaten	28
4.1	Deelnemers aan het onderzoek	28
4.2	De ervaren kwaliteit met de thuiszorg	28
4.3	De invloed van thuiszorg op leefkwaliteit	35
4.4	Behoeften ten aanzien van thuiszorg	41
5.	Discussie en Conclusie	44
5.1	Discussie	44
5.2	Conclusie	48
5.3	Aanbevelingen	49
5.4	Vervolgonderzoek en reflectie	50
5.5	Nawoord	51
	Bijlage 1	52
	Bijlage 2	57
	Bijlage 3	61
	Literatuurlijst	64

1. Inleiding

Volgens onderzoek van de Boer (2006, p. 14) zijn in 2010 ongeveer 4,6 miljoen ouderen in Nederland. Tot 2030 neemt dit aantal toe tot bijna 6 miljoen. Deze groeiende groep ouderen betekent een druk op de vraag naar thuiszorg. Daarnaast spelen aspecten als groeiende afhankelijkheid, zelfstandigheid, leefkwaliteit en kwetsbaarheid een belangrijke rol in het leven van ouderen. Om zoveel mogelijk rekening te houden met deze aspecten zijn woonservicegebieden een mogelijke oplossing voor deze ouderen. Maar ook de toenemende vergrijzing, de wens om zelfstandig te blijven wonen, de vermaatschappelijking van de thuiszorg en de scheiding tussen zorg en wonen maken woonservicegebieden geschikt voor ouderen (Hendrixen, 2006, p.8). Het doel van woonservicegebieden is om de ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen in een zo normaal mogelijke omgeving te midden van anderen. Hiertoe kunnen ouderen alle mogelijke hulp ontvangen die nodig is. Om te onderzoeken of dit een oplossing biedt voor ouderen heeft de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) tien proeftuinen opgezet. Hierbij is gekozen voor tien bestaande woonservicegebieden in Nederland. In figuur 1 staan de woonservicegebieden/proeftuinen aangegeven.



Figuur 1: De woonservicegebieden verspreid over heel Nederland (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting, 2011, p. 3-4)

De nummers in afbeelding 1 zijn achtereenvolgens de volgende woonservicegebieden:

1) Leeuwarden (proeftuin Bilgaard), 2) Hoogeveen (Proeftuin Krakeel), 3) Hengelo (Proeftuin Berflo Es), 4) Didam (proeftuin Meulenvelden), 5) Dronten (Proeftuin de Regenboog), 6) Utrecht (Proeftuin De Bilt), 7) 4 gemeenten in Noord-holland (Proeftuin De Verbinding), 8) Middelburg (Proeftuin Middelburg), 9) Noord-Brabant (Proeftuin Breda, Prinsenbeek), 10) Limburg (Proeftuin Helden) en (Singelenberg en van Triest, 2009, p. 21-27). Deze proeftuinen worden in samenwerking met onder andere de Radboud Universiteit Nijmegen geanalyseerd en

geëvalueerd.

Dit onderzoek is een onderdeel van een groter landelijk project. Het overkoepelende project is landelijk geregistreerd en betreft onderzoek naar de ervaringen van ouderen op verschillende thema's zoals wonen, welzijn & diensten, zorg en woonomgeving (Singelenberg en van Triest, 2009, p. 11). Het landelijke onderzoek staat in hoofdstuk 3 uitgebreider beschreven.

In dit onderzoek staan de ouderen centraal die thuiszorg ontvangen in de proeftuin van Dronten (De Regenboog). Dit betekent dat de meeste thema's die hierboven beschreven staan niet worden behandeld in dit onderzoek. Wat wel relevant is zijn de ervaringen die ouderen hebben met betrekking tot de thuiszorg. Want in woonservicegebieden wordt alle zorg gegeven die nodig is, maar bevalt deze thuiszorg ook goed? En heeft de thuiszorg een positieve invloed op de leefkwaliteit van ouderen? Hebben ouderen nog wensen met betrekking tot thuiszorg? Deze rapportage probeert inzicht te geven in deze vragen.

1.1 Projectkader

De hierboven beschreven vragen worden in deze thesis onderzocht binnen woonservicegebied De Regenboog in Dronten, welke staat afgebeeld in afbeelding 2. Dit woonservicegebied bestaat sinds 2003 en is een gebied waar kwetsbare ouderen met zorgbehoefte zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen in de eigen woning. Dit is mogelijk door de extramurale zorg die geboden wordt. Hierdoor hoeven ouderen minder snel naar een verzorgingshuis toe.



Figuur 2: De blauwe lijn markeert het woonservicegebied De Regenboog in Dronten (Wanderink, R., 2011).

Per 1 januari 2011 wonen in Dronten en omgeving 6.758 mensen van 55 jaar en ouder. Op een totale bevolking van 27.540 is dit een groot aandeel van 25%. Daarnaast heeft Dronten nog ruim 1900 inwoners die binnen nu en vijf jaar ook gaan vergrijzen (Van Eiken, H., 2011), waardoor het aandeel ouderen nog groter zal worden. Voor Dronten betekent dit een grote druk op het zorgaanbod. Want veel van deze mensen zullen nu of in de toekomst te maken krijgen met zorg. Dronten wil hierop anticiperen door woonservicegebieden te realiseren. Dergelijke gebieden zijn bestaande woonwijken waar extra zorg wordt aangeboden zoals extramurale zorg. Voor de toekomst staan meer woonservicegebieden gepland zodat de stijgende vraag kan worden opgevangen. Daarnaast werkt De Regenboog samen met een grote zorgorganisatie waardoor een grote regio gebruik kan maken van deze zorg. Mede door dit zorgaanbod hopen de ouderen

langer thuis te blijven wonen.

De voordelen van extramurale zorg in de woonservicegebieden lijken dus aanwezig. De meeste ouderen willen namelijk graag zelfstandig blijven wonen. En dat is mogelijk door de extramurale zorg bij de mensen thuis. Maar hoe ervaren de ouderen deze zorg? Geeft het daadwerkelijk een impuls aan de leefkwaliteit? En wat missen de ouderen in de zorg? Om hierachter te komen zijn de ervaringen van ouderen met thuiszorg belangrijk.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek komt daarom voort uit het feit dat, voor zover bekend, in Nederland nog weinig onderzoek is gedaan naar de meningen en ervaringen van de bewoners in woonservicegebieden omtrent thuiszorg. Door dit fenomeen empirisch te onderzoeken (enquêtes en interviews) worden bewoners betrokken bij de verbetering van de thuiszorg. Daarnaast levert dit onderzoek inzicht op in de wensen van ouderen omtrent de thuiszorg. De maatschappelijke relevantie bestaat uit extramurale zorg binnen het woonservicegebied. Dit helpt de ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en voorkomt tevens een duurdere intramurale zorg. Daarnaast zorgen de resultaten van dit onderzoek voor een betere afstemming van het zorgaanbod op de behoefte van de bewoners. Hierdoor kan de leefkwaliteit van de ouderen verbeteren. Een betere leefkwaliteit kan weer tot gevolg hebben dat de ouderen actiever deelnemen aan de maatschappij.

Om zowel de wetenschappelijke als de maatschappelijke relevantie te dekken is de volgende **doelstelling** geformuleerd:

Inzicht geven in de ervaringen van ouderen met thuiszorg in woonservicegebied De Regenboog in Dronten.

Om deze doelstelling te behalen is de volgende **hoofdvraag** geformuleerd gevolgd door drie deelvragen:

Hoe ervaren kwetsbare ouderen in woonservicegebied De Regenboog in Dronten de thuiszorg die zij ontvangen?

- 1. Wat zijn de ervaringen van de ouderen ten aanzien van de kwaliteit van de thuiszorg?*
- 2. In welke mate heeft deze thuiszorg invloed op de leefkwaliteit van de ouderen?*
- 3. Welke wensen hebben ouderen op gebied van thuiszorg?*

Kernbegrippen

Hieronder volgen een aantal kernbegrippen ter verduidelijking van de doelstelling en de vraagstelling.

Woonservicegebied

In dit onderzoek verstaan wij onder woonservicegebied *“Een wijk of dorp waar optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet planbare 24 uurszorg”*

(Singelenberg & van Triest, 2009, p. 11). Het doel van woonservicegebieden is dat ze mogelijk bijdragen aan groeiende mogelijkheden voor ouderen om zelfstandig te wonen. Bewoners met beperkingen kunnen een hogere kwaliteit van dagelijks leven ervaren omdat zij langer in staat blijven om deel te nemen aan de samenleving. Wie niet in zijn eigen woning kan blijven wonen, kan door te verhuizen naar een zorgwoning in de eigen wijk blijven en zo contact blijven houden met vrienden, familie en kennissen (Singelenberg & van Triest, 2009, p. 11).

Thuiszorg

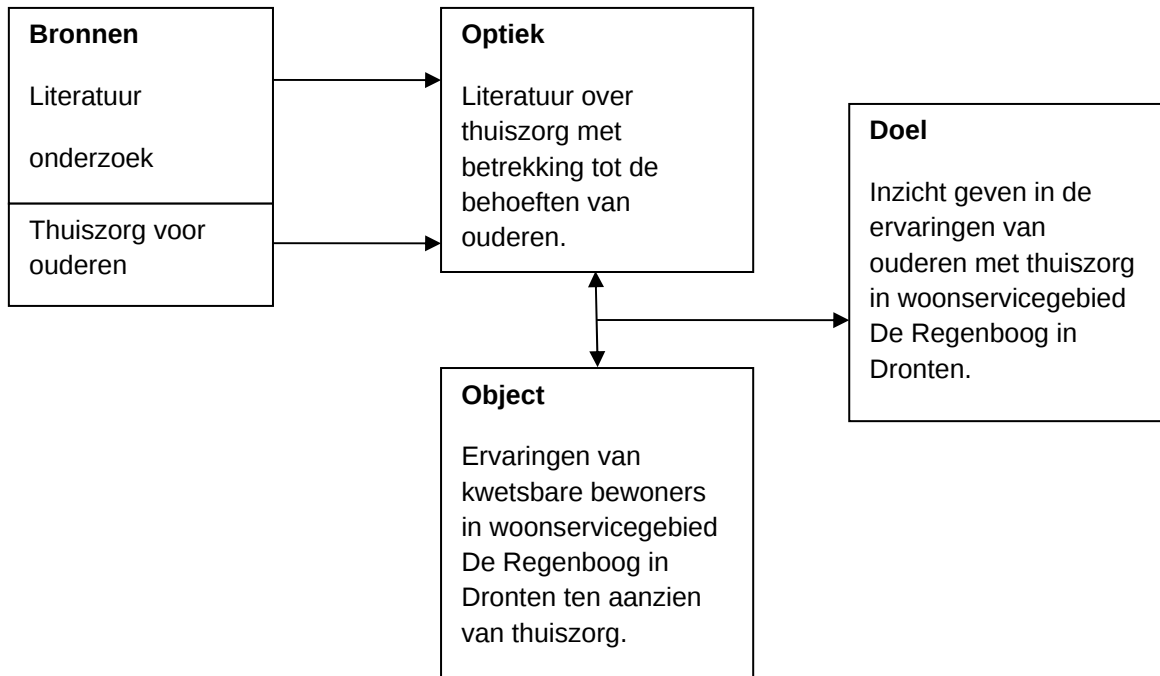
In dit onderzoek verstaan wij onder thuiszorg: professionele hulp aangepast aan de mate van hulpbehoefte van de oudere. Thuishulp is een breed begrip en onderscheidt zich in de volgende onderdelen: dagbehandeling, dagverzorging, ergotherapie thuis, financieel advies, hulp bij het huishouden, nachtzorg, omgaan met ziekte, persoonlijke verzorging, speciale verpleegkundige zorg thuis en thuisbegeleiding (website Sensire, 2010). Het belangrijkste kenmerk van thuishulp is dat de oudere in zijn of haar eigen huis professionele hulp krijgt wanneer zijn of haar persoonlijke situatie zorgt dat de oudere dit zelf meer kan.

Leefkwaliteit

De mate waarin ouderen een goede gezondheid hebben, zich goed voelen, sociale relaties hebben, actief zijn, andere mensen helpen en in een fijn huis wonen dat in een goede buurt staat (van Campen, 2011, p. 42).

1.2 Onderzoeksmodel

In onderstaande figuur 3 staat de weg naar de doelstelling van dit onderzoek schematisch weergegeven.



Figuur 3: Het onderzoeksmodel

De onderzoeksoptiek wordt bereikt door literatuuronderzoek en onderzoek naar de thuiszorg voor ouderen. Via deze bronnen wordt belangrijke informatie verkregen met betrekking tot de thuiszorg en de ervaringen van ouderen ten aanzien van deze thuiszorg. Het object wordt onderzocht door te selecteren uit kwetsbare bewoners in woonservicegebied De Regenboog in Dronten. Met deze mensen zijn interviews en enquêtes afgenomen die gingen over de ervaringen die zij hebben met de thuiszorg. De resultaten van de vergelijking tussen de optiek en het object realiseren het doel: Inzicht geven in de ervaringen van ouderen met thuiszorg in woonservicegebied De Regenboog in Dronten.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk twee bevat een theoretische achtergrond waarin uitleg wordt gegeven over kwetsbare ouderen, leefkwaliteit, woonservicegebieden en ervaringen van ouderen met thuiszorg. In hoofdstuk drie staat een uitleg van de onderzoeksmethoden die is gehanteerd voor de uitvoering van het onderzoek. Het vierde hoofdstuk behandelt de resultaten van het onderzoek. Tot slot staan de discussie, conclusies en aanbevelingen beschreven in hoofdstuk 5.

Het rapport wordt afgesloten met de bijlage, waar de gebruikte interviewguide, gebruikte enquêtevragen en codeerformat in staan.

2. Theoretisch kader

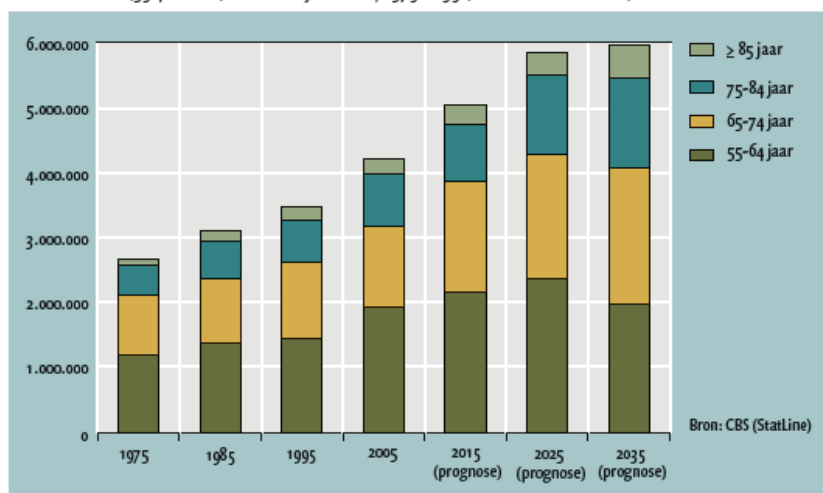
In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de theoretische achtergrond is van dit onderzoek. Eerst volgt een algemene beschrijving over ouderen in Nederland. De kwetsbaarheid en leefkwaliteit spelen hierin een belangrijke rol. Vervolgens wordt de rol van woonservicegebieden beschreven met betrekking tot de ouderen. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een uitgebreide beschrijving van ervaringen die ouderen hebben met thuiszorg.

2.1 Kwetsbaarheid en leefkwaliteit van ouderen

Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft berekend dat in 2010 4,6 miljoen ouderen in Nederland leven (zie figuur 4). Dit aantal zal volgens voorspellingen in 2030 gegroeid zijn tot 6 miljoen ouderen. Dit groeiende aantal ouderen betekent een grotere druk op de zorg. Tevens blijkt uit onderzoek (SCP, 2006, p. 142-143) dat mensen vaker te maken krijgen met beperkingen en kwetsbaarheid naar mate zij ouder worden. Hierdoor neemt de vraag naar zorg toe terwijl de zelfstandigheid afneemt.

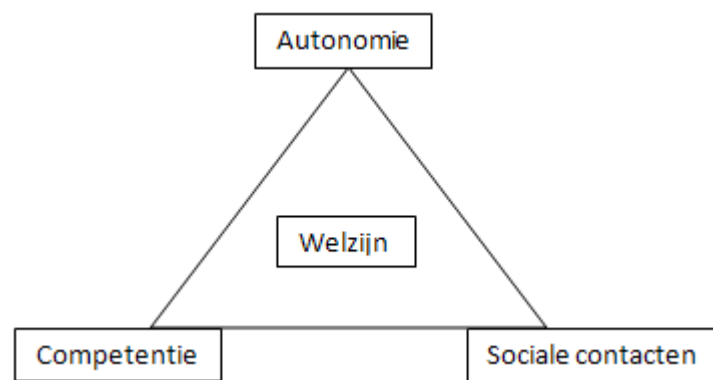
De kwetsbaarheid bij deze ouderen kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden waardoor een *Disability paradox* ontstaat. Bij een dergelijk verschil van interpretatie kunnen ouderen zich bijvoorbeeld niet kwetsbaar voelen terwijl dit volgens medische maatstaven wel het geval is. Doktoren hanteren dus een andere kwalificatie dan de ouderen zelf (Albrecht & De Vlieger, in van Campen, 2011, p. 25). Een verklaring hiervoor kan zijn dat de kwetsbaarheid relativerend werkt bij ouderen. Wanneer ouderen bijvoorbeeld niet meer zelfstandig het huis kunnen schoonmaken is dit verhoudingsgewijs minder erg dan wanneer ouderen niet meer kunnen lopen.

Aantal ouderen (55-plussers) naar leeftijdsklasse, 1975-2035 (in absolute aantallen)



Figuur 4: Aantal ouderen naar leeftijdsklasse (SCP, 2006, p. 14)

Uit het onderzoek van Albrecht en De Vlieger (2011) blijkt ook dat een onderscheid wordt gemaakt in drie verschillende soorten kwetsbaarheid waar ouderen mee te maken kunnen krijgen: sociale kwetsbaarheid, psychische kwetsbaarheid en fysieke kwetsbaarheid. Sociale kwetsbaarheid uit zich bijvoorbeeld door vereenzaming en het ontbreken van sociale contacten. Psychische kwetsbaarheid uit zich door bijvoorbeeld mentale achteruitgang of emotionele problemen. Bij fysieke kwetsbaarheid vertoont het lichaam fysieke klachten. Terwijl de kwetsbaarheid bij ouderen toeneemt wil deze groep ouderen tegelijkertijd zo lang mogelijk de zelfstandigheid behouden. Dit draagt namelijk bij de leefkwaliteit (Persoonlijke communicatie, 2011). Deze leefkwaliteit of het welbevinden wordt uitgelegd in de Self Determination Theory (Deci & Ryan, 2008, p. 182). Centraal in deze theorie is het gevoel van welbevinden, de mate waarin mensen zich goed voelen. Het welbevinden wordt hierin gekoppeld aan drie belangrijke begrippen: autonomie, competenties en sociale contacten. Met autonomie wordt benadrukt dat individuen zelfstandig kunnen beslissen over hun leven doordat mensen geleid worden door persoonlijke motivatie en behoeften. Externe factoren en invloeden hebben geen grip op persoonlijke beslissingen waardoor de keuze altijd zuiver blijft. De competenties die iemand heeft zijn gebaseerd op het bereiken van doelen en het eigen maken van bepaalde kwaliteiten. Deze zijn belangrijk voor het gevoel van eigenwaarde en welzijn/leefkwaliteit. Met sociale contacten krijgen ouderen het gevoel ergens bij te horen. Welbevinden wordt dus uitgelegd door middel van drie begrippen in figuur 5:



Figuur 5: Self Determination Theory (Deci & Ryan, 2008, p. 182).

Als de competenties afnemen door grotere kwetsbaarheid en beperkingen, dan speelt de autonomie een belangrijkere rol om het welbevinden of leefkwaliteit te behouden. Maar ook sociale contacten met bijvoorbeeld zorgverleners worden dan belangrijker. Ook spelen fysieke en mentale gezondheid een mogelijke rol bij het welzijn en de zelfstandigheid van ouderen.

Het Sociaal Cultureel Planbureau (2011) heeft onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van kwetsbare ouderen. Hieruit blijkt dat zowel kwetsbare als niet kwetsbare ouderen tussen de 67 en 90 jaar hetzelfde beeld hebben van het begrip kwetsbaarheid. Zij omschrijven kwetsbaarheid als een situatie waarin zij een slechte gezondheid hebben, moeite hebben met lopen, somber zijn, angstig zijn en gebrek aan sociale contacten hebben. Daarnaast zijn ouderen bang om handelingen niet meer te kunnen doen die men wel zou willen. Tevens is er een verschil in opvatting van kwetsbaarheid tussen mannen en vrouwen. Mannen leggen de nadruk meer op fysieke beperkingen terwijl vrouwen aan psychologische en sociale beperkingen denken (Puts et al, in Campen van, 2011, p. 42).

Leefkwaliteit

Naast kwetsbaarheid is ook leefkwaliteit van oudere mensen in een woonservicegebied een belangrijk onderdeel binnen het onderzoek. De basis van het begrip leefkwaliteit ligt in de psychologische- en gezondheidswetenschappen en wordt als volgt geciteerd: *“De individuele perceptie van de eigen positie in het leven in de context van culturele waarden en normen waarin zij leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en zorgen”* (WHO Group, in van Campen, 2011, p. 41). Deze beschrijving maakt duidelijk dat het hier gaat om een subjectief begrip. Elk persoon heeft in feite een eigen definitie van leefkwaliteit. Deze wetenschappelijke omschrijving wordt in de volksmond als volgt geciteerd: *“Een situatie waarin men een goede gezondheid heeft, zich goed voelt, sociale relaties heeft, actief zijn, andere mensen helpen en in een fijn huis wonen dat in een goede buurt staat”* (von Faber et al, Phelan et al, Puts et al, in van Campen, 2011, p. 42).

Leefkwaliteit heeft dus met veel verschillende aspecten te maken. Zo is bij ouderen vaak sprake van een verslechtering van de leefkwaliteit zodra men kwetsbaar wordt. Fysiek kan met dan niet altijd doen wat men vroeger wel kon. Hierdoor neemt de leefkwaliteit af (Puts et al, in van Campen, 2011, p. 42).

Leefkwaliteit en kwetsbaarheid worden dus beschreven als zelfstandige begrippen maar hebben sterk met elkaar te maken. Zo is eerder opgemerkt dat veel ouderen fysieke beperkingen ervaren waardoor kwetsbaarheid toeneemt. Hierdoor groeit de afhankelijkheid van andere mensen waardoor de leefkwaliteit als slechter wordt ervaren (Puts et al, in van Campen, 2011, p. 42). Daarnaast hebben kwetsbare ouderen een grotere kans om vroegtijdig te overlijden of te worden opgenomen in het ziekenhuis of verpleeghuis (Puts et al, in van Campen, 2011, p. 47). Ondanks deze afhankelijkheid accepteren ouderen relatief snel het feit dat zij kwetsbaarder worden en

passen hun leven daarop aan (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010).

2.2 De rol van woonservicegebieden

De leefkwaliteit van ouderen probeert men in woonservicegebieden op verschillende manieren te verbeteren. Vooral de thuiszorg speelt hierin een belangrijke rol. Want doordat de kwetsbare ouderen werk uit handen wordt genomen zullen verschillende positieve effecten zichtbaar worden voor de ouderen. In de rapportage “Effecten van woonservicegebieden” (Deuten en Advies, 2010, p. 15) zijn een aantal van deze effecten beschreven die van toepassing zijn op de leefkwaliteit van ouderen in woonservicegebieden. Het eerste effect is het langer kunnen blijven wonen in de eigen woning. Vervolgens leidt dat weer tot een hogere kwaliteit van leven. Het tweede effect is het langer kunnen blijven wonen in de eigen buurt. Want ook een vertrouwde omgeving leidt tot een hogere kwaliteit van leven, minder vereenzaming en een hoger aandeel van ouderen in de buurt. Dit laatste kan bijvoorbeeld bijdragen aan sociale contacten voor ouderen. Door de ontvangen thuiszorg hebben ouderen meer tijd om andere dingen te doen. Zo kunnen ouderen bijvoorbeeld actiever deelnemen in de maatschappij. Wanneer dit het geval is brengt dit ook weer voordelen met zich mee. Zo zal de kwaliteit van leven toenemen bij een actievare houding, de eenzaamheid zal afnemen, minder eenzaamheid zal vervolgens leiden tot een hogere levenskwaliteit en tot slot zal de sociale cohesie in de wijk groeien.

2.3 Ervaringen van ouderen met thuiszorg

Nadat in de vorige paragrafen de leefkwaliteit en kwetsbaarheid van ouderen is beschreven gecombineerd met woonservicegebieden, beschrijft deze paragraaf de eerder onderzochte ervaringen naar de zorg die ouderen ontvangen.

Ervaringen met zorg verschillen uiteraard per persoon. Maar over het algemeen is er wel een rode draad te ontdekken over hoe deze ervaringen tot stand komen. Zo zijn ervaringen afhankelijk van de verwachtingen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Wanneer de verwachtingen hoog zijn en uitkomen, zal de ervaren kwaliteit goed zijn. Maar als de verwachtingen juist niet worden beantwoord valt de kwaliteit tegen. In het laatste geval spreken we van een Disconfirmation of Expectations (Rust & Oliver, 1994 in Geron, 1998, p. 106).

Verwachtingen van ouderen met zorg verschillen. Zo kan de factor ‘lengte van zorg’ bepalend zijn. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat ouderen in het begin hoge verwachtingen hebben. Maar deze kritische blik op de verwachtingen kan afnemen naar mate de duur van de zorg toeneemt. Ook een maatschappelijke klasse kan van invloed zijn op de verwachtingen (Linder-Pelz, 1982 en Rust & Oliver, 1994 in Geron, 1998, p. 106). Zo is het voor te stellen dat ouderen in een welvarende

klasse hogere verwachtingen hebben dan mensen in een lage klasse.

Veel onderzoeken naar de tevredenheid over thuiszorgkwaliteit van ouderen met thuiszorg missen representativiteit. Dit komt doordat veel aanwezige informatie niet gebruikt wordt. Ouderen worden namelijk niet of te weinig betrokken bij het onderzoek (Miyake Geron et al, 2000, p. 259-260). In plaats daarvan zijn deze onderzoeken gebaseerd op het beeld dat de onderzoeker heeft terwijl het gaat om de ouderen. Toch zijn een aantal onderzoeken uitgevoerd waarbij wel gericht gevraagd is naar de ervaringen van ouderen. Zo blijkt uit verschillende representatieve onderzoeken dat veel factoren een rol spelen bij de ervaren kwaliteit van ouderen met thuiszorg. Hieronder worden de vier belangrijkste factoren beschreven die in figuur 6 de hoogste score hebben behaald. In de kolom “gemiddelde ervaringscore” staan alle beoordelingen achter de daarbij horende factoren. Een beoordeling van 1 is slecht, een beoordeling van 4 is goed (Wiegers et al, 2007, p. 87).

Betrouwbaarheid van de zorgverlener

Betrouwbaarheid speelt bij ouderen de grootste rol om de kwaliteit van de thuiszorg te bepalen, zo blijkt uit figuur 7. Wanneer ouderen het gevoel krijgen dat de zorgverlener niet betrouwbaar is daalt de ervaren kwaliteit (Persoonlijke communicatie, 2011). Andersom zorgt een betrouwbare hulp voor een betere ervaren kwaliteit. De betrouwbaarheid wordt over het algemeen als goed ervaren (van Veen, (n.d.) p. 41). Zo blijkt uit figuur 6 dat de betrouwbaarheid van de zorgverlener met een 3,72 goed wordt beoordeeld. Sterker nog, het blijkt het best scorende aspect van het onderzoek te zijn. Een begrip dat sterk gekoppeld is aan betrouwbaarheid is veiligheid. Wanneer de zorgverlener betrouwbaar overkomt voelt de oudere zich veiliger dan wanneer de betrouwbaarheid minder goed is. Aangezien de betrouwbaarheid hoog scoort is het logisch dat ook de veiligheid met een 3,45 goed beoordeeld wordt. Uit figuur 7 (Wiegers T.A. et al, 2007, p. 88) is ook gebleken dat betrouwbaarheid het belangrijkste wordt gevonden onder ouderen. De betrouwbaarheid is daardoor erg belangrijk in de goede kwaliteit die ouderen ervaren. Wat verder opvallend is aan figuur 7 is dat zes van de tien aspecten direct gerelateerd zijn aan betrouwbaarheid en veiligheid. Hierbij gaat het om:

- 1) U kunt uw zorgverlener volledig vertrouwen
- 2) U voelt zich thuis in uw eigen woning
- 3) Zorgverlener gaat vertrouwelijk om met persoonlijke gegevens
- 4) U voelt zich veilig en op uw gemak bij zorgverlener
- 5) U maakt zich geen zorgen over diefstal
- 6) Veilig voelen in huis.

Schalen of losse items:	N	Gemiddelde ervaringscore	Standaard- deviatie
Inspraak en overleg	1267	2,99	0,68
Bejegening	1230	3,53	0,57
Informatie	1234	3,12	0,55
Telefonische bereikbaarheid	904	3,33	0,69
Professionaliteit zorgverlening	1213	3,56	0,46
Zorginhoudelijke veiligheid/signalering	87	3,48	0,70
Activiteiten	932	3,08	0,75
Zelfstandigheid/autonomie	1271	3,53	0,41
Veiligheid	441	3,45	0,83
Mentaal welbevinden	1254	3,44	0,44
Beschikbaarheid, wisselingen en vervanging	1130	3,41	0,55
Wachttijd voor thuiszorg	1153	3,45	0,67
Flexibiliteit van de zorg	537	3,65	0,86
Betrouwbaarheid van de zorgverleners	1262	3,72	0,40
Zorgplan en evaluatie:			
15. zorgovereenkomst of contract	1022	3,62	0,99
16. afspraken over de zorg	1212	2,93	0,75
18. zorgmap/-dossier of logboek goed gebruikt	1104	3,16	1,13
22. evaluatiegesprek in afgelopen 12 maanden	1140	1,95	1,16
23. zorg bijgesteld n.a.v. evaluatiegesprek	336	2,52	1,50
32. vaste contactpersoon	1256	3,02	1,41
Lichamelijke verzorging:			
64. lichamelijke verzorging	445	3,45	0,69
65. uiterlijke verzorging	266	3,31	0,84
Ketenzorg:			
54. samenwerking met andere hulpverleners	916	2,60	1,32

Figuur 6: gemiddelde ervaringscores voor de schalen en de losse onderdelen (Wiegers, T.A. et al, 2007, p. 87)

Item	Belangscore
63. u kunt uw zorgverlener volledig vertrouwen	3,60
88. u voelt zich thuis in uw eigen woning	3,47
49. zorgverlener werkt vakkundig	3,45
61. zorgverlener gaat vertrouwelijk met persoonlijke gegevens en privé-zaken om	3,44
89. u voelt zich veilig en op uw gemak bij zorgverlener	3,44
17. zorginstelling komt afspraken goed na	3,44
87. u maakt zich geen zorgen over diefstal	3,42
12. informatie over de wachttijd voor start van de thuiszorg	3,39
11. wachttijd (zo kort mogelijk)	3,34
86. veilig voelen in huis	3,30

Figuur 7: Lijst met de tien belangrijkste aspecten van de zorg voor thuiswonende ouderen (Wiegers, T.A. et al, 2007, p. 88)

Autonomie en zelfstandigheid van ouderen

Een ander belangrijk aspect voor kwaliteitsservaring is de autonomie van ouderen. Uit onderzoek van Woodruff en Applebaum (1996) is namelijk gebleken dat ouderen erg gesteld zijn op hun autonomie. Zo blijkt uit figuur 6 (Wiegers et al, 2007, p. 87) dat thuiswonende ouderen de autonomie als goed ervaren. De ervaren autonomie wordt namelijk gewaardeerd met een 3,53 op een schaal van 1 tot 4. De aanwezigheid van autonomie bij ouderen wordt ondersteund door eerder onderzoek van den Dulk (n.d., p. 19). Overigens hoeft een hoge score niet te betekenen dat ouderen de factor ook belangrijk vinden. De belangrijkheid wordt weergegeven in figuur 7.

Ondanks dat de autonomie als goed wordt ervaren blijkt uit figuur 6 dat inspraak van ouderen beduidend slechter wordt beoordeeld. Met een beoordeling van 2,99 scoort dit onderdeel een half punt boven gemiddeld. Ook gerelateerde aspecten als 'afspraken over zorg', 'evaluatiegesprek in afgelopen 12 maanden' en 'zorg bijgesteld n.a.v. evaluatiegesprek' scoren allemaal onder de drie punten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ouderen zich onvoldoende betrokken voelen bij de zorg. Dit is opvallend omdat de autonomie ruim anderhalf punt hoger scoort dan gemiddeld. Een mogelijk verband hiertussen is dat ouderen wel betrokken worden bij de zorg maar dat de beslissing uiteindelijk niet door de hen wordt genomen. Mogelijk ontstaat hierdoor een schijn-autonomie waarbij de ouderen het idee krijgen zelfstandig beslissingen te nemen. Een andere verklaring kan zijn dat het aspect autonomie abstracter is dan de andere aspecten. Hierdoor is het moeilijker te bepalen of je autonomie hebt of niet.

De autonomie van de ouderen wordt bedreigd wanneer de thuiszorg hier geen rekening mee houdt. Voor de ouderen is dit vervelend omdat juist de autonomie belangrijk wordt zodra de fysieke zelfstandigheid afneemt. De combinatie tussen de behoefte van ouderen om autonoom te zijn en de verminderde zelfstandigheid benadrukt het belang van een goede thuiszorg. Wanneer de thuiszorg wel rekening houdt met autonomie verbeterd hun leefkwaliteit. Daarnaast proberen ouderen ook zelf hun autonomie te behouden. Zo willen ouderen bijvoorbeeld aangeven dat ze nog autonoom zijn. Dit gebeurt door zelf te bepalen wat de hulp moet doen die dag. Hierdoor laten ouderen zien dat zij de controle hebben over hun eigen leven. Ouderen willen hun leven zo invullen dat zij de controle zoveel mogelijk kunnen behouden (Woodruff & Applebaum, 1996, p. 164). Want de ouderen kunnen zelf bepalen wat ze nodig hebben en waar ze behoefte aan hebben (Mayberry & Scala, 1997, p.11). Door gebruik te maken van thuishulp kunnen ouderen langer in de eigen omgeving blijven wonen (Coleman, 2000, p.1) en blijven ze relatief zelfstandig. Daarnaast willen ouderen hun zelfstandigheid tonen door zelf taken uit te voeren met het huishouden of tijdens het koken (eigen informatie, 2011).

Continuïteit van de hulp

Ook de continuïteit van de hulp speelt een belangrijke rol bij de ervaren kwaliteit. Zo werd in het onderzoek van Woodruff en Applebaum (1996, p.166) vaak aangegeven dat de vele wisselingen van de hulp als vervelend werd ervaren. Een respondent hield zelfs bij hoeveel zorgverleners ze de afgelopen vijf jaren had en hoe lang ze bij haar werkten. Uiteindelijk ging het in totaal om 17 verschillende mensen die bij de oudere hulp leverden (Woodruff & Applebaum, 1996, p. 166). In figuur 6 worden de wisselingen en vervangingen van de hulp beoordeeld met een 3,41 (Wiegers et al, 2007, p. 87), wat gelijk staat aan een positieve ervaring. Mogelijk betekent dit dat men over het algemeen niet blij is dat de vaste hulp vervangen wordt maar dat deze vervanging wel goed geregeld is (Volkers, K.Y.J., 2011, p. 24-25). Overigens geeft figuur 6 ook aan dat de tevredenheid over een vaste contactpersoon minder groot is. Met een 3,02 scoort dit aspect minder goed dan de wisseling van de zorg. Onduidelijk is of dit te maken heeft met wisseling van contactpersonen of dat ouderen wel een vaste contactpersoon hebben maar hier niet zo tevreden over zijn.

professionaliteit van de zorgverlener

Een ander aspect die de kwaliteit bepaalt is professionaliteit, dat in figuur 6 met een 3,56 gewaardeerd wordt als positief. Door een professionele werkhouding ervaren ouderen dat het werk goed gedaan wordt (Volkers, K.Y.J., 2011, p. 26-29). Wanneer professionalisme ontbreekt kunnen ouderen het gevoel krijgen beter af te zijn zonder hulp waardoor de leefkwaliteit afneemt. In het onderzoek van Woodruff en Applebaum (1996, p. 166) een link gelegd tussen professionalisme en flexibiliteit. Hierin wordt uitgelegd dat flexibiliteit een belangrijk onderdeel is van een professionele werkhouding. Zo speelt een flexibele omgang met werktijden een rol bij professionalisme. Uit het onderzoek van Wiegers et al (2007, p.87) blijkt dat de flexibiliteit met een 3,65 als 'goed' wordt beoordeeld. Veel ouderen vinden de flexibele instelling van de zorgverlener dus positief. Tevens blijkt uit figuur 7 blijkt dat ouderen het belangrijk vinden dat ze zich thuis voelen in de eigen woning, dat de zorgverlener nauwkeurig werkt en de betrouwbaarheid van de zorgverleners groot is. Ook deze aspecten vormen een onderdeel van professionaliteit van de zorgverlener. Deze drie aspecten worden respectievelijk beoordeeld met een 3,47, 3,45 en 3,72.

Representativiteit

Wanneer ouderen gevraagd wordt naar de tevredenheid over de thuiszorg geven zij vaak sociaal wenselijke antwoorden. Zo worden bijvoorbeeld vaak (positieve) antwoorden gegeven waarvan de oudere denkt dat de onderzoeker ze wil horen (Miyake Geron et al, 2000, p. 260). Ook de

hierboven beschreven ervaringen zijn over het algemeen positief. Weinig ouderen klagen over de zorg die zij krijgen. Wanneer gevraagd wordt waarom de ouderen in het onderzoek van Woodruff en Applebaum (1996, p. 165) niet klagen worden antwoorden gegeven als: *“ze wilde niet dat het meisje kwaad werd”* en *“Je moet tevreden zijn”*. Tevens blijken ouderen zich niet prettig te voelen bij klachten over de hulp (Woodruff & Applebaum, 1996, p. 165). Op deze manier is het soms moeilijk in te schatten wat de uitkomsten uit het onderzoek van Wiegers et al. betekenen en of ze representatief zijn. Zo beoordelen de ouderen bijna alle aspecten in figuur 6 tussen de drie en vier. Hierdoor kan worden gesteld dat de aspecten onder de drie als slecht worden gezien.

2.4 Conclusie

Gebleken is dat door kwetsbaarheid de zelfstandigheid verminderd. Om toch zo zelfstandig mogelijk te blijven wonen zijn woonservicegebieden ontwikkeld. Dit komt mede door de extramurale zorg die geleverd wordt bij de ouderen thuis. Door de groeiende afhankelijkheid speelt deze zorg een steeds grotere rol in de leefkwaliteit van ouderen.

Alle beschreven aspecten in figuur 6 en 7 zijn indirect van invloed zijn op de ervaren leefkwaliteit. Dit komt omdat alle aspecten een onderdeel vormen binnen de ervaren kwaliteit van de thuiszorg. Zo kan de leefkwaliteit als slechter worden ervaren wanneer een van deze aspecten niet of onvoldoende aanwezig is. Wanneer bijvoorbeeld betrouwbaarheid ontbreekt bij de thuiszorg kunnen ouderen dit ervaren als niet wenselijk en zorgt voor verslechtering van de leefkwaliteit. Ouderen moeten immers kunnen vertrouwen op de thuiszorg die in de persoonlijke omgeving komt werken. Wanneer dit vertrouwen er wel is zal de ervaren leefkwaliteit toenemen.

Het volgende hoofdstuk gaat over de onderzoeksmethoden die is gebruikt om het onderzoek uit te voeren.

3. Methodologische aanpak

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de methodologie van het onderzoek. De wijze van empirisch onderzoek wordt hierin besproken aan de hand van het boek 'Het ontwerpen van een onderzoek' van Verschuren & Doorewaard (2005). In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat voor soort onderzoek gedaan wordt, hoe dit is uitgevoerd, en op welke wijze de opgedane kennis is verwerkt.

3.1 Casestudy

Dit onderzoek is uitgevoerd door middel van een casestudy. Door een casestudy te doen werd getracht een dieper inzicht te geven in mensen die in een woonservicegebied wonen. De essentie van dit onderzoek bestaat namelijk uit de analyse van de ervaringen die ouderen hebben met betrekking tot de thuishulp die zij krijgen in het woonservicegebied. Het onderzoek gaat met een casestudy meer de diepte in door de persoonlijke benadering richting de bewoners. Een casestudy levert vaak veel gedetailleerd onderzoeksmateriaal op. In dat geval is een kwalitatieve verwerking van de data een voor de hand liggende. De kenmerken van het onderzoek zijn in overeenstemming met die van een casestudy. Zo heeft het onderzoek betrekking op een klein aantal ondervraagde personen, is het een arbeidsintensieve benadering, gaat het onderzoek meer de diepte in dan de breedte, gebeurt de verwerking van de analyse op kwalitatieve wijze en betreft het een open gesprek/waarneming op locatie (Verschuren en Doorewaard, 2005, p. 169-170).

Voor een praktijkgericht onderzoek als dit levert een casestudy twee voordelen op. Het eerste is dat het algemene beeld dat respondenten schetsen van hun ervaringen met ontvangen thuiszorg gebruikt kan worden bij aanbevelingen voor verbetering of verandering van de thuiszorg. Het tweede voordeel is dat de uitkomsten en conclusies van het onderzoek sneller in de praktijk geaccepteerd zullen worden, omdat de onderzoeker in het veld onderzoek heeft verricht. Hierdoor staat hij/zij dicht bij de praktijk. De afstand tussen de onderzoeker en het onderzochte is hierdoor kleiner waardoor de band tussen beide groter wordt. In de context van dit onderzoek staat de onderzoeker midden in de praktijk van het onderzochte fenomeen. Door directe betrokkenheid met de ouderen blijft de afstand tussen de onderzoeker en de oudere klein (Verschuren en Doorewaard, 2005, p. 175).

In dit onderzoek heeft de onderzoeker interviews gehouden aan de hand van de vraagpatronenmethoden die te vinden is in bijlage 1 (van Biene, M.A.W. et al, (n.d.), p. 28). De interviews zijn afgenomen met ouderen die in woonservicegebied De Regenboog in Dronten wonen. De uitgeschreven interviews zijn vervolgens gecodeerd aan de hand van verschillende

codes (zie bijlage 2). Deze zijn vervolgens met elkaar vergeleken om antwoord te vinden op de onderzoeksvragen. Daarnaast zijn enquêtes geanalyseerd die de interview resultaten aanvullen. De gebruikte vragen uit de enquête staan vermeld in bijlage 3

3.2 *Onderzoeksmateriaal en werkwijze*

Dit onderzoek vormt een onderdeel van een landelijk onderzoek. In het landelijke onderzoek wordt onderzocht of bewoners van een woonservicegebied door een samenhangend zorgaanbod zelfstandig kunnen blijven wonen. Dit zorgaanbod en de diensten richten zich op welzijn, zorg, wonen en woonomgeving. In dit onderzoek zijn tien verschillende woonservicegebieden betrokken. In deze woonservicegebieden worden enquêtes gehouden en interviews afgenomen met de bewoners.

Selectieprocedure

Om aan voldoende respondenten te komen is een selectieprocedure gestart. Eerst zijn alle contactgegevens van de 70 plussers opgevraagd bij de gemeentelijke basisadministratie. Vervolgens kregen alle ouderen een brief thuis waarin het onderzoek werd uitgelegd en waarin tevens gevraagd werd een korte vragenlijst in te vullen over de gezondheid en welzijn. De volgende vragen werden gesteld:

1. Kunt u zelfstandig functioneren?
2. Geef een rapportcijfer voor hoe fit u zich voelt.
3. Hoe vaak voelt u zich gelukkig?
4. Gebruikt u meer dan vier medicijnen?
5. Voelt u zich eenzaam?
6. Leeft u met een partner?

Wanneer ouderen de vragenlijsten terugstuurden gaven zij daarmee aan mee te willen werken aan het onderzoek. De vragen zijn indicatoren voor kwetsbaarheid waarbij de ouderen een score van 0 (niet kwetsbaar) tot 6(erg kwetsbaar) konden halen. Op basis van de totaalscore werden de ouderen in groepen verdeeld. Hierdoor zijn zes groepen met ouderen gevormd. Elke groep vertegenwoordigt een bepaalde mate van kwetsbaarheid. Zo is groep 1 het minst kwetsbaar en groep 6 het meest.

Bij de selectieprocedure voor de enquête was het belangrijk om voldoende kwetsbare ouderen te hebben. Ook een goed overzicht van de populatie was van belang. Met deze criteria werden 150

mensen per woonservicegebied geselecteerd voor de enquête verdeeld over de verschillende groepen. Bij deze verdeling werd gestreefd naar een representatieve afspiegeling van de populatie met een licht accent op de meer kwetsbare ouderen omdat van deze ouderen verwacht wordt dat zij het meest gebaat zullen zijn bij het wonen in een woonservicegebied. Binnen elke groep werd op willekeurige wijze het aantal benodigde respondenten geselecteerd. De 150 geselecteerde respondenten konden in de enquête invullen nogmaals mee te willen werken aan het onderzoek. Uit deze groep mensen werden 36 mensen geselecteerd voor de interviews die gelijk verdeeld werden over de zes groepen. Deze selectie gebeurde op semi-willekeurige wijze: de eerste zes mensen per groep die verder wilden meewerken in het onderzoek werden geselecteerd voor de interviews.

Kwantitatieve dataverzameling en analyseprocedure

De kwantitatieve methode is gebaseerd op enquêtes met ouderen. Voor dit onderzoek zijn 128 enquêtes ingevuld met evenzoveel ouderen. Van de 128 zijn er tien afgenomen door de auteur van dit onderzoek. De geselecteerde ouderen werden opgebeld om een afspraak bij hun thuis te maken voor de enquête. De enquêtes werden allemaal met de digitale pen ingevuld zodat de data meteen opgeslagen werd. Daarna werd de data overgezet op de computer.

Overigens zijn niet alle vragen uit de enquête gebruikt voor de kwantitatieve analyse maar alleen de vragen uit de volgende groepen, die allen het onderwerp van de vraag weergeven:

1) Thuiszorg

1.1 (75) Hebt u thuiszorg? Bijvoorbeeld wijkverpleging, gezinsverzorging of alfahulp.

2) Ervaringen met zorg

2.1 (34) Wat zijn uw ervaringen met zorgverleners of behandelaars in de afgelopen 5 jaar?

2.2 (36) Krijgt u voldoende en de juiste zorg van uw zorgverleners en behandelaar?

3) Beperkingen

3.1(5) Hoe lang ervaart u beperkingen door lichamelijke klachten?

3.2 (11) Welk rapportcijfer geeft u zichzelf voor hoe fit u zich voelt?

4) Zelfstandigheid

4.1 (29) Kunt u zonder enige hulp van iemand anders zelfstandig de volgende activiteiten uitvoeren?

4.2 (61) Hoe mobiel bent u?

5) Autonomie

5.1 (62) Kunt u aangeven of de volgende uitspraken op u van toepassing zijn?

6) Leefkwaliteit

6.1 (64) Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand gelukkig gevoeld?

De nummers tussen de haakjes geven de vraagnummers weer zoals deze in de enquête (zie bijlage 3) staat vermeld.

Uiteindelijk zijn 128 beschikbare enquêtes gebruikt om met SPSS de statistische onderbouwing te leveren voor de resultaten in hoofdstuk 4. Met behulp van SPSS werd onderzocht of er een samenhang was tussen de antwoorden op de vragen uit de verschillende groepen. Afhankelijk van het soort vraag werd hiervoor gebruikt gemaakt van een correlatie danwel een chi-kwadraad toets. Bij $p < .05$ was er sprake van een significante samenhang.

Met behulp van beschrijvende statistiek is gekeken naar de antwoorden op de verschillende vragen die relevant zijn voor het onderzoek. Vervolgens is gekeken of er een samenhang bestond tussen de vragen. Daarna werd bestudeerd wat de resultaten van de interviews zeggen over verschillende onderwerpen. Vervolgens worden deze resultaten onderbouwd door de antwoorden van de significante vragen te gebruiken. Deze enquêtevragen- en antwoorden gaan over hetzelfde onderwerp als de resultaten van de interviews.

Kwalitatieve dataverzameling en analyseprocedure

Voor de kwalitatieve analyse is gebruik gemaakt van zes, door de onderzoeker afgenomen, interviews van mensen met thuiszorg. Nadat zes ouderen geselecteerd waren op de aanwezigheid van thuiszorg werden zij telefonisch benaderd om een afspraak te maken voor een interview. Deze interviews vonden bij de ouderen thuis plaats zodat zij vrij konden spreken in hun vertrouwde omgeving.

De interviews werden afgenomen aan de hand van de vraagpatronenmethode /interviewgide (zie bijlage 1). Deze hoorde bij het landelijke onderzoek en ging over drie thema's: Zelfstandig wonen, Welzijn en gezondheid en Zorg en Ondersteuning. Alle thema's werden behandeld tijdens de interviews en uitgewerkt bij de verslaglegging. Voor dit onderzoek echter, waren niet alle thema's relevant. Daarom werden bij de analyse werden alleen de vragen en antwoorden gebruikt die betrekking hadden op de zorg en ondersteuning. De overige thema's werden buiten beschouwing gelaten omdat deze geen raakvlakken hebben met dit onderzoek. Elk interview duurde ongeveer een half uur. De interviews werden opgenomen op een mp3 recorder en naderhand letterlijk uitgeschreven. Nadat alle interviews uitgeschreven waren werden deze gecodeerd. Dit gebeurde met het codeerformat. De uitgeschreven tekst werd uit elkaar gehaald en verdeeld in fragmenten. Elk fragment ging over een bepaald onderwerp. Vervolgens werden

alle fragmenten geplaatst in het codeerformat onder een bepaalde code. Elke fragment kreeg een of meerdere codes in de drie hoofdgroepen WAT(wat wordt er gezegd), WIE (wie zegt iets) en HOE (hoe wordt iets gezegd). Voor de analyses werd gebruik gemaakt van fragmenten met de volgende codes:

WAT: *Zorg en dienstverlening*. Deze was in het kader van dit onderzoek een belangrijke code.

WIE: *Eigen*. In dit onderzoek ging het vooral over de oudere zelf, dus de code 'eigen'.

HOE: *Positief, Negatief*. Omdat de ervaringen van ouderen met thuiszorg centraal staan in dit onderzoek, zijn vooral de positieve en negatieve subcodes interessant.

Uitgebreide beschrijvingen van de codes staan in bijlage 2.

De fragmenten met dezelfde codes werden met elkaar vergeleken. Vervolgens werden de positieve en negatieve codes met elkaar vergeleken. OP deze manier is gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen codes om zo de onderzoeksvragen te beantwoorden.

4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk wordt per onderzoeksvraag ingegaan op de resultaten. Eerst worden in 4.1 de eigenschappen van de respondenten beschreven. Vervolgens worden de ervaring ten aanzien van de kwaliteit van de thuiszorg behandeld in paragraaf 4.2. Daarna wordt in paragraaf 4.3 beschreven wat de invloed is van de thuiszorg op de leefkwaliteit van de respondenten. Tot slot staan de behoeften van de respondenten centraal op het gebied van thuiszorg in paragraaf 4.4.

4.1 Deelnemers aan het onderzoek

Omdat de respondenten in het onderzoek anoniem blijven zullen de respondenten worden aangeduid met een letter. Bijvoorbeeld Respondent A, Respondent B, et cetera. De anonimiteit is tevens de reden dat de interviewnamen niet als bron staan vermeld in de tekst en in de literatuurlijst. De respondenten zijn allemaal vrouw en de gemiddelde leeftijd is 82 jaar. De leeftijden van de respondenten lopen uiteen. Zo is respondent A 84 jaar, respondent B 79 jaar, respondent C 94 jaar, respondent D 76 jaar, respondent E 90 jaar en respondent F 70 jaar.

4.2 De ervaren kwaliteit met de thuiszorg

De onderzochte ouderen zijn allemaal afhankelijk van thuiszorg. Maar vinden deze de ouderen thuiszorg van goede kwaliteit? In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op die vraag.

Zelfstandigheid en autonomie van ouderen

De kwaliteit van de zorg bestaat uit meerdere aspecten, waaronder de zelfstandigheid van ouderen. Want ondanks dat ouderen thuiszorg krijgen willen zij, waar mogelijk, graag zelfstandig dingen blijven doen. Zo is er een samenhang tussen de mate van zelfstandigheid en de aanwezigheid van thuiszorg. Ouderen met thuiszorg zijn namelijk minder zelfstandig dan ouderen zonder thuiszorg. Dit heeft logischerwijs als oorzaak dat ouderen met thuiszorg nu eenmaal afhankelijker zijn van anderen. Zo wordt in tabel 2 duidelijk dat ouderen zonder thuiszorg minder zelfstandig boodschappen doen ($r=-.225$, $p=-.012$), minder buitenshuis verplaatsen ($r=-.190$, $p=-.033$) en meer moeite hebben met aan- en uitkleden ($r=-.455$, $p=-.00$).

Tabel 1 De mate waarin ouderen met en zonder zelfstandig dingen doen		
	Ouderen met thuiszorg (n=27)	Ouderen zonder thuiszorg (n=98)
Zelfstandig boodschappen doen	77,8%	93,9%
Zelfstandig buitenshuis verplaatsen	88,9%	98%
Zelfstandig aan- en uitkleden	70,4%	99%

Maar ondanks het grote verschil in zelfstandigheid blijkt uit de interviews dat de zelfstandigheid niet zo maar wordt opgegeven, zo blijkt uit onderstaand citaat:

“Als ik enigszins kan wil ik veel, te veel zelfs” (Respondent C, 3 mei, 2011)

Hieruit blijkt dat ze zelfstandigheid opeist terwijl ze dit eigenlijk niet meer heeft in de mate waarin ze het gewend was. Overigens is het opvallend dat de ouderen nog wel zeggen autonoom te zijn. Mogelijk speelt de autonomie bij ouderen een belangrijke rol in de wil om zelfstandig te zijn. Hierdoor kan het voorkomen dat ouderen meer willen dan dat ze eigenlijk kunnen.

Uit de kwantitatieve en de kwalitatieve analyse is gebleken dat autonomie erg belangrijk is bij ouderen. Tussen de aanwezigheid van thuiszorg en het ervaren van autonomie van ouderen blijkt echter geen significant verband te bestaan. Uit tabel 2 blijkt namelijk dat ouderen zonder thuiszorg ongeveer evenveel autonomie ervaren als mensen met thuiszorg. Zo zeggen ouderen met thuiszorg unaniem zelf beslissingen te nemen over dagelijkse bezigheden. Dit geldt ook voor de vrijheid om te doen en laten wat de ouderen willen. Interessant om te zien is dat een klein deel van de ouderen met thuiszorg het gevoel heeft dat ze worden geleeft (3,7%). Mogelijk heeft dit te maken met de afhankelijk van de zorg waardoor dit gevoel ontstaat. Bij de groep ouderen zonder thuiszorg ervaart namelijk niemand dit gevoel.

Tabel 2 De mate waarin ouderen met en zonder thuiszorg autonomie ervaren		
	Ouderen met thuiszorg (n=27)	Ouderen zonder thuiszorg (n=98)
Ik kan zelf beslissen over mijn dagelijkse bezigheden	100%	99%
Ik ben vrij om te doen en laten wat ik wil binnen mijn persoonlijke grenzen	100%	99%
Ik heb het gevoel dat ik word geleefd	3,7%	0%

Een klein percentage ervaart dus minder autonomie dan gewenst. Dit zien we ook terug in de interviews, zo blijkt uit onderstaand citaat van respondent D dat ze zo baalt van haar gebrek aan autonomie dat ze het volgende zegt:

“Maar je moet het loslaten omdat het niet anders kan” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Voor respondent D ontstaat onvrede over de zorgkwaliteit doordat ze het gevoel heeft dat beslissingen voor haar worden genomen waardoor haar autonomie afneemt.

Daarentegen laat een tevreden respondent weten juist veel autonomie te hebben, zo blijkt uit onderstaand citaat:

“Als je maar, en dat doe ik heel regelmatig, is even aan tafel gaat zitten en even evalueren” (Respondent B, 10 mei, 2011).

Hiermee laat deze respondent blijken zelf de touwtjes in handen te hebben. Zij wil controle houden op de kwaliteit van haar zorg en doet dit door evaluatiegesprekken te houden.

Ervaringen met de zorgverlener

Negatieve ervaringen met zorgverleners kunnen een negatieve invloed hebben op de ervaren kwaliteit. Uit tabel 3 blijkt dat 11% van de ouderen negatieve ervaringen te hebben. Hierdoor is zelfs ruim 7% overgestapt naar een andere zorgaanbieder. Bijna 89% van de geënquêteerde ouderen geen negatieve ervaringen heeft met de zorgverlener.

Tabel 3 De mate waarin ouderen met thuiszorg negatieve ervaringen hebben met de zorgverlener	
Ouderen met thuiszorg (n=27)	
Geen negatieve ervaringen	88,9%
Wel negatieve ervaringen	3,7%
Wel negatieve ervaringen + overstappen	7,4%

Deze resultaten komen terug in de interviewanalyse. Zo zeggen vijf van de zes ouderen in de interviews tevreden te zijn over de zorgverlener. Termen als ‘dankbaarheid’, ‘prima’ en ‘uitstekend’ vielen regelmatig. De continuïteit van de zorg is een kenmerk van positieve ervaringen met de zorgverlener. De hulp immers in de vertrouwde omgeving waardoor een vertrouwensband kan worden opgebouwd. Regelmatig benoemen de ouderen in de interviews dat zij blij zijn met de vaste hulp die zij ontvangen. Zo geeft respondent A aan dat ze al jaren dezelfde persoon heeft die haar hulp geeft in het huishouden:

“Jaja het huis schoonmaken daar heb ik een uitstekende persoon voor. Die heb ik al jaren, want ik kon het al jaren niet meer zelf allemaal bijhouden. En toen heb ik bij Icare hulp gevraagd. Ik zeg ik wil iemand wie ik elke keer dezelfde heb, nou dat kon. En die heb ik nou ook al een aantal jaren. En dat bevalt best, heel best” (Respondent A, 10 mei, 2011).

Het belang van vaste hulp wordt door meer respondenten beaamd en vormt voor de meeste respondenten reden voor tevredenheid. Inmiddels krijgen alle respondenten, op respondent D na, een vaste hulp. Deze respondent geeft aan dat ze het gebrek aan een vaste hulp als moeilijk ervaart. Vervolgens groeit de onvrede over de hulp waardoor de kwaliteit als slechter wordt ervaren.

Daarnaast blijkt het voor de ouderen belangrijk om voldoende en de juiste zorg te krijgen. Zo bestaat er een matige samenhang tussen de aanwezigheid van thuiszorg en de zorgbehoefte van ouderen ($r=.383$, $p=.00$). Dit betekent dat de zorgbehoefte van ouderen invloed heeft op de aanwezigheid van thuiszorg. Wanneer deze zorgbehoefte toeneemt, zal ook de mate van thuiszorg toenemen. Tabel 4 laat zien dat 88% van de ouderen met thuiszorg alle zorg krijgen die zij nodig hebben. Maar van de 27 ouderen geeft 8% aan juist meer zorg nodig te hebben dan dat zij nu krijgen. Daarnaast geeft 4% aan de ontvangen zorg helemaal niet nodig te hebben. Hieruit blijkt dat de zorg niet altijd goed aansluit op de zorgbehoefte van de ouderen.

Tabel 4 De mate waarin ouderen met thuiszorg voldoende en de juiste zorg krijgen	
Ouderen met thuiszorg (n=27)	
Geen zorg nodig	4%
Ik ontvang alle zorg die nodig is	88%
Ik krijg geen zorg, maar heb dit wel nodig	0%
Ik heb meer zorg nodig	8%

Daarnaast blijkt dat ouderen niet altijd tevreden zijn over de kwaliteit van de thuiszorg. Zo geeft respondent D aan ontevreden te zijn over verschillende kwaliteitsaspecten zoals: niet op tijd komen, slordig werken, niet afbellen en vaak vakantie nemen. In het volgende citaat zegt ze hierover het volgende:

“Maar daarentegen ja ze nemen ook vaak vrij en dan krijg je een volkomen vreemde en dat ga ik door het ouder worden moeilijker ervaren. Een voorbeeld daarvan is gistermiddag, had ik een invalpersoon die had nog nooit gestofzuigd, nog nooit wat gedaan. En dan komen ze bij jou helpen in de huishouding. Dan moet je zeggen hoe dat je moet doen enzo. En dat vind ik een beetje, dat klopt niet helemaal” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Maar respondent D is niet de enige die ontevreden is over de hulp die zij ontvangt. Zo kreeg een andere respondent, respondent F, na het overlijden van haar man tijdelijk hulp van een thuisorganisatie:

“Nou dat beviel me eerlijk gezegd niet. [...] dan moet je dus wachten ’s morgens met wassen. Dan zit je daar dus te wachten. 8 uur, 9 uur, 10 uur. En soms kwamen ze weleens om half 12. Maar al die tijd kun je niks. Want je kleed je ook niet aan. Dat gaat al heel traag en moeilijk voor mij. En dan moet ik gedoucht worden en haren wassen. Ik kan niet alleen douchen” (Respondent F, 10 mei, 2011).

Ondanks tekortkomingen van zorgverleners blijken er ook goede ervaringen te zijn. Zo geeft respondent C in het volgende citaat aan dat ze erg tevreden is over de ontvangen hulp:

“Ja goed [...] Heel goed zelfs. [...] Ik ben niks als dankbaarheid daaraan verschuldigd hoor dat ze me zo goed verzorgen” (Respondent C, 3 mei, 2011).

Een aantal respondenten probeert actief de kwaliteit van de zorg te beïnvloeden door regelmatig de zorg te evalueren. Vooral bij een respondent die zorg krijgt via het PGB wordt geëvalueerd, zo blijkt uit de interviews. Hierdoor worden de positieve- en negatieve ervaringen gedeeld met de hulp. Uit het onderzoek blijkt dat dit niet alleen de kwaliteit positief beïnvloedt maar ook de relatie met de zorgverlener goed blijft.

Respondent B, die via het PGB hulp krijgt van twee van haar dochters, vertelt dat ze met haar dochter regelmatig evalueert. Dit doet ze om te voorkomen dat frustraties zorgen voor een vervelende relatie. Door deze evaluatie houdt ze de zorg die zij ontvangt kwalitatief goed maar ervaart ze ook autonomie omdat zij de controle behoudt middels de evaluatie. De zorg die deze respondent van haar dochters krijgt heeft in het begin een grote invloed gehad op de relatie. Dit komt mede door de lichamelijke verzorging die de dochters op zich nemen waardoor het intieme momenten zijn tussen moeder en dochter. Hier hebben zowel de respondent als haar dochters erg aan moeten wennen. Aan de andere kant is ze positief gestemd over de zorg die zij krijgt. Op de vraag hoe zij deze zorg ervaart en de kwaliteit behoudt, antwoordde ze het volgende:

“Nou kijk, euh, stoffen en stofzuigen, dat kan iedereen voor je doen. Maar douchen, om als dochter je moeder te moeten wassen, dat is echt een punt. En we hebben de eerste tijd van die twee hebben we niet zoveel met elkaar gepraat. We moesten, we voelden elkaar aan. Het gebeurde, ik zei hoe ik het graag wilde hebben. Maar kort toch wel, betrekkelijk erna hebben we gezegd: jongens hoe heb je dat ervaren, in een evaluatiegesprek. Een toen zegt die ene, moeder weet u wat dat betekent als een dochter een moeder moet wassen? Dan kom je heel dicht bij elkaar. En ik het begin hadden we het echt moeilijk. Die andere vulde dat aan. Ik zeg wat jullie gevoeld hebben als verzorgende, heb ik gevoeld als moeder. Voor mij zijn het nog snotneuzen. Die ene is al 57. En die andere 51. maar dat zal een moeder altijd wel houden. Dus dat is helemaal geen...tenminste dat stel ik mij voor. Maar het gaat nu vanzelf” (Respondent B, 10 mei, 2011).

Respondent B is erg open over haar relatie met haar dochters ondanks dat de zorg die de dochters op zich nemen niet altijd makkelijk is geweest. De respondent stelt zich erg kwetsbaar op door zich te laten verzorgen door haar dierbaren, maar ze geeft aan dat ze tevreden is over de manier waarop ze nu verzorgd wordt. Ook een andere respondent, respondent D, uit haar ontevredenheid bij de thuiszorgorganisatie. Echter voor haar gevoel wordt hier niets mee gedaan waardoor de kwaliteit van de thuiszorg niet verbetert.

In de volgende paragraaf staan de resultaten beschreven van de invloed die de zorg heeft op de leefkwaliteit van de ouderen.

4.3 De invloed van thuiszorg op leefkwaliteit

In de vorige paragraaf is de ervaren kwaliteit van de thuiszorg beschreven. Maar heeft deze ervaren kwaliteit ook invloed op de leefkwaliteit van de ouderen? In deze paragraaf wordt daar antwoord op gegeven.

Geluksgevoel bij ouderen

Er blijkt een zwak negatief verband te bestaan tussen de aanwezigheid van thuiszorg en de mate waarin ouderen zich gelukkig voelen ($r=-.233$, $p=.009$). Zo blijkt uit tabel 5 dat ouderen met thuiszorg minder gelukkig zijn dan ouderen zonder thuiszorg. Een klein deel van de ouderen met thuiszorg geeft aan zich altijd gelukkig te voelen (3,7%). Daarnaast blijkt dat 25,9% aangeeft zich heel vaak gelukkig te voelen. Het grootste deel van de ouderen met thuiszorg zegt redelijk vaak gelukkig te zijn (63%). Deze percentages liggen lager dan bij de ouderen zonder thuiszorg.

De grootste groep ouderen met thuiszorg voelen zich redelijk vaak gelukkig. Ter vergelijking: de grootste groep ouderen zonder thuiszorg voelt zich heel vaak gelukkig (42,9%). Daarnaast blijkt dat ouderen met thuiszorg zich ook vaker ongelukkiger voelen. Zo geeft 7,4% zich bijna nooit gelukkig te voelen tegenover 1% van de ouderen zonder thuiszorg.

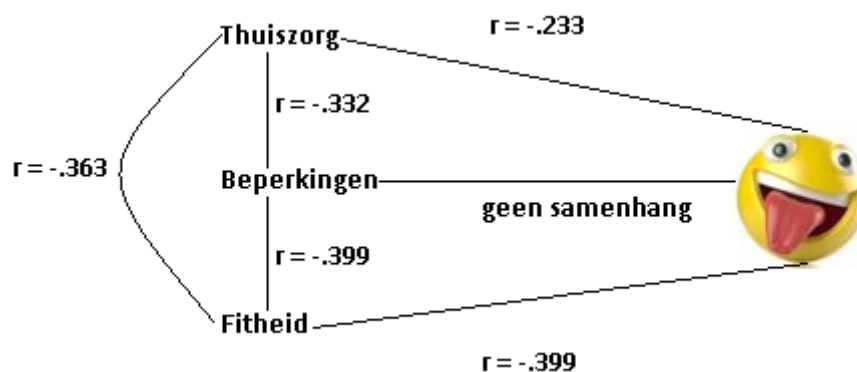
Tabel 5 De mate waarin ouderen met thuiszorg en zonder thuiszorg zich gelukkig voelen		
	Ouderen met thuiszorg (n=27)	Ouderen zonder thuiszorg (=98)
Altijd	3,7%	16,3%
Heel vaak	25,9%	42,9%
Redelijk vaak	63%	33,7%
Soms	0%	5,1%
Bijna nooit	7,4%	1%
Nooit	0%	1%

Ouderen met thuiszorg voelen zich dus minder gelukkig dan ouderen zonder thuiszorg. Een mogelijke verklaring is de beperkte fitheid van ouderen. Uit figuur 8 blijkt namelijk dat deze een matig negatief verband heeft met het geluksgevoel ($r=-.399$, $p=.000$) Dat betekent dus dat een

fitter persoon gelukkiger is dan een oudere die minder fit is.

Ook bestaat er een matige negatieve samenhang tussen de aanwezigheid van thuiszorg en de fitheid ($r = -.363$). Dit betekent dat een verminderde fitheid zorgt voor een toename van de thuiszorg. Het gevolg is dat de toename van de thuiszorg het geluksgevoel doet afnemen vanwege het zwakke negatieve verband tussen de thuiszorg en het geluksgevoel ($r = -.233$).

De verminderde fitheid wordt overigens veroorzaakt door de beperkingen. Want door een matig negatief verband blijkt dat de toename van de beperkingen zorgt voor een afname van de fitheid. Daarnaast blijkt dat beperkingen invloed hebben op de thuiszorg door een matige negatieve samenhang. Hierdoor neemt de thuiszorg toe, waardoor het geluksgevoel weer afneemt. De invloed van beperkingen speelt dus indirect een grote rol in de mate van het geluksgevoel. De invloed is niet in directe wijze aanwezig. Er blijkt namelijk geen samenhang te zijn tussen de beperkingen en het geluksgevoel.



Figuur 8. Samenhang tussen geluksgevoel, krijgen van thuiszorg, ervaren beperkingen en fitheid.

De ervaren autonomie

Uit de interviews is gebleken dat autonomie een belangrijke rol speelt in de leefkwaliteit van ouderen. De meeste mensen waren tevreden over de autonomie die zij hebben. Zij kunnen zelfstandig beslissingen nemen en worden daar niet in belemmerd door de zorgverlener. Zo geeft respondent B geeft aan dat ze erg blij is dat ze zelfstandig beslissingen kan nemen. Doordat ze de mentaal heel goed weet wat ze doet is autonomie voor haar heel normaal. Ze weet erg goed welke beslissingen ze alleen kan maken en welke niet, zo blijkt uit onderstaand citaat:

“Als je die vraag aan onze kinderen zou stellen dan zouden ze zeggen: we mogen alles van moeder, moeder betreft ons overal bij. Nou dat heb ik natuurlijk de laatste 8 weken, tijdens het overlijden, maar ook tijdens voorbereidingen op de begrafenis en, euh, hebben we allemaal gedaan. Met alle kinderen. Maar moeder had de regie. En daar ben ik verschrikkelijk blij om” (Respondent B, 10 mei, 2011)

De autonomie lijkt vanzelfsprekend maar dit is niet voor iedereen zo. Zo is in paragraaf 4.2.1 is al duidelijk geworden dat respondent D ontevreden is over de manier waarop de hulp met haar autonomie omgaat. Ze heeft duidelijk het gevoel dat ze wordt gestuurd in haar denken. Dit terwijl ze mentaal zelfstandig genoeg is om haar eigen beslissingen te nemen. Zo laat haar citaat zien dat haar leefkwaliteit er niet altijd beter op wordt door haar ontevredenheid over de hulp van de zorgverlener:

“Ja, soms vind ik wel een beetje dat ze je bemoederen. Vooral als je ouder bent en niet alles meer kan, zeggen ze ja dit kunt u beter zo doen en dat kunt u beter zo doen. En is het niet beter voor om in een bejaardenhuis te wonen. Zulke dingen”. [...] “Een beetje betuttelen en daar hou ik niet zo van. Oudere mensen, ik ben nu 76 maar zolang je nog denken kan vind ik, stel ik het wel erg op prijs dat je je zelfstandigheid behoudt” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Doordat de hulp in haar ogen zich teveel bemoeit met haar persoonlijke situatie heeft dit een negatieve invloed op haar leefkwaliteit. Door haar fysieke beperkingen voelt ze zich behandeld als een kind dat volledig afhankelijk is van de zorg. Hierdoor wil ze juist benadrukken dat ze nog volop kan denken en beslissingen kan nemen. Maar de zorgverlener lijkt dit niet serieus te nemen waardoor de zorgverlener beslissingen voor haar probeert te nemen. Doordat ze deze negatieve invloed op haar leefkwaliteit ervaart, groeit juist de behoefte naar iemand die haar begrijpt. Ondanks dat haar leefkwaliteit negatief wordt beïnvloed door bovenstaande factoren zijn er ook factoren die haar leefkwaliteit positief beïnvloeden, zo vertelt ze:

“Euh ja dat ik nou, douchen kan ik bijvoorbeeld niet alleen doordat ja dat aan en uitkleden, dat afdrogen natuurlijk. Daar ben ik wel dankbaar voor dat ik daar iemand voor heb want anders gaat dat douchen, dat, dat dat, dat gaat met zoveel beweging maken wat mij veel pijn kost” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Toch blijkt uit tabel 2 een tegenstrijdigheid. Want waar respondent D in de interviews aangeeft dat ze weinig autonomie heeft, blijkt dit niet uit deze tabel. Want doordat 100% van de

respondenten aangeeft zelfstandig te kunnen beslissen over haar dagelijkse activiteiten, geldt dit ook voor respondent D. Daarnaast blijkt dat ze kan doen en laten wat ze wil binnen haar eigen grenzen. De verslechterde autonomie valt alleen af te lezen uit het laatste aspect: ik heb het gevoel dat ik word geëefd. Hier is het goed mogelijk dat respondent D heeft ingevuld dat ze dit gevoel ervaart. In dit geval is de autonomie gericht op de zorgrelatie. Want door de zorg die zij krijgt stijgt of daalt de autonomie.

De ervaren zelfstandigheid

Eerder is gebleken dat ouderen met thuiszorg redelijk zelfstandig zijn. Mede door deze zelfstandigheid vinden zij dat de thuiszorg hun leefkwaliteit positief beïnvloed. Deze zelfstandigheid wordt gestimuleerd doordat de zorgverlener zorgt voor het huishouden. Hierdoor houden de ouderen tijd en energie over om de dag op hun eigen manier in te vullen. De respondenten geven aan dat zonder de hulp die zij ontvangen het niet mogelijk is om zelfstandig te blijven wonen in de huidige woonomgeving. Respondent C illustreert dit als volgt:

“Ja, natuurlijk. Jaa, als dat niet was dat ze me niet zo goed hielpen dan zou ik niet weten hoe het anders moest” (Respondent C, 3 mei, 2011).

De zelfstandigheid door de thuiszorg komt terug bij veel andere respondenten in het onderzoek. Zo geeft respondent E aan dat de thuiszorg voor haar een onmisbare schakel is om zelfstandig te kunnen blijven wonen:

“Nou dat denk ik niet want dan weet ik niet hoe ik het klaar moet krijgen. Want op de trap mag ik niet komen. Want ze zeggen als je op de trap komt en je valt, dan breek je een heup en dan kun je het vergeten. Want die botten genezen niet meer hoor” (Respondent E, 3 mei, 2011).

Deze citaten worden ondersteund door cijfers uit de enquêtes. Zo blijkt uit tabel 6 dat bijna 60% van de ouderen met thuiszorg afhankelijk is van thuiszorg bij dagelijkse activiteiten. Hieruit blijkt dat de zelfstandigheid van ouderen met thuiszorg aanzienlijk kleiner is dan de zelfstandigheid van ouderen zonder thuiszorg. Daarnaast gebruikt ruim 70% hulpmiddelen om de zelfstandigheid te bevorderen. Deze hulpmiddelen bevorderen de zelfstandigheid van de ouderen.

Tabel 6 Mate van mobiliteit bij ouderen met thuiszorg (n=27)		
	Ouderen met thuiszorg (n=27)	Ouderen zonder thuiszorg (n=98)
Geen hulpmiddelen	29,6%	81,6%
Alleen een wandelstok	11,1%	8,2%
Looprek/rollator en hulp bij dagelijkse activiteiten	37%	9,2%
Rolstoel, hoog/laag bed en veel hulp bij dagelijkse hulp	14,8%	0%
Elektrische rolstoel, tillift en afhankelijk van hulp bij dagelijkse hulp	7,4%	1%

Ook heeft kwetsbaarheid invloed op de zelfstandigheid van ouderen. Er bestaat namelijk een matig negatief verband tussen kwetsbaarheid van ouderen en de zelfstandigheid die zij hebben ($r = -.328$, $p=.000$). Hierdoor kan gesteld worden een groeiende kwetsbaarheid een verminderde zelfstandigheid betekent. Deze resultaten blijken ook uit de interviews, waarin respondent D regelmatig aangeeft fysiek erg kwetsbaar te zijn. Hierdoor is haar zelfstandigheid behoorlijk afgenomen:

“Ik kan niet douchen vanwege die arm. Vanwege de gespleten borstbeen kan ik die niet goed omhoog krijgen dus, mijn man die hielp mij altijd maar die is overleden en daar heb ik nu dus de thuiszorg voor” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Deze cijfers tonen aan dat de mobiliteit behoorlijk groot is. Daardoor wordt ook de zelfstandigheid van ouderen groter. Om deze zelfstandigheid voor de toekomst te behouden wordt de kwaliteit van de geleverde zorg steeds belangrijk in het leven van de ouderen.

De ervaren sociale contacten en activiteiten

Een gevolg van meer zelfstandigheid is dat de mogelijkheden om sociale contacten te onderhouden toenemen, zo blijkt uit de interviews. De respondenten in dit onderzoek verschillen in hun mening over sociale contacten, zo blijkt uit onderstaande citaten. Zo zijn sociale contacten voor sommige ouderen erg belangrijk terwijl andere ouderen hier geen behoefte aan hebben.

Respondent B verteld dat ze afhankelijk is van de thuiszorg als ze deel wil nemen aan sociale activiteiten. Zonder de zorg, zo geeft ze aan, zou ze zich namelijk zelfstandig moeten wassen en aankleden. Daarvoor zou ze veel tijd en energie nodig hebben. Hierdoor heeft ze geen energie meer over voor sociale activiteiten. Respondent B, die hulp krijgt van haar dochters middels het PGB, vertelt het volgende over haar kwaliteit van leven door de hulp:

“Kijk en als ik dan denk dat ik ze niet had. Dan zat ik nu misschien rond deze tijd nog in mijn pyjamaatje het raam uit te kijken. Zal ik beginnen of niet ik kan het niet of....maarja, het verhoogd de invulling van de dag. En dus ja, [hoe bedoelt u dat?] nou ja kijk, als je je goed voelt, als je je euh even denken hoor. Als je zo bent dat ik jou kan ontvangen dat verhoogd mijn levensinvulling van de dag. [U bedoeld door de zorg die u krijgt kun u dingen doen waar u anders niet aan toe bent gekomen] ja ja ja. Ik moet morgenochtend met een stel weg [...] maar als zij niet kwam dan zou ik met dat gezelschap niet weg kunnen. Dus dat verhoogd en ik hoop dat ik dat in dit huisje nog lang vol kan houden”
(Respondent B, 10 mei, 2011).

Respondent F zegt in het interview dat ze geen behoefte heeft aan sociale contacten die grootschalig georganiseerd worden. Zo zegt ze dat mensen haar weleens vragen of ze mee wil met de scootmobielclub. Maar daar heeft ze geen behoefte aan omdat ze dan meer naar de natuur kijkt terwijl de rest van de groep door rijdt.

Ze heeft wel sociale contacten die kleinschalig zijn. Zo heeft ze contact met burens die ook fysieke problemen hebben. De sociale activiteiten van respondent F beperken dus zich tot een kleine groep mensen. Zo zegt ze het volgende:

“Ik ga euh, verschillende mensen maar de meeste mensen hebben dus of een handicap of een partner die een handicap heb. Dus daar ga ik dan wel heen. Dus in die zin heb ik..En dan ga ik 's maandags altijd naar de fysio ging samen met iemand van een ander hofje die heeft ook een scootmobiel. En die heeft nog wel z'n vrouw. Die komt me dan oppikken en dan gaan we samen naar de Lijzijde” (Respondent F, 10 mei, 2011).

In de volgende paragraaf wordt beschreven welke behoeften de ouderen met thuiszorg hebben.

4.4 Behoeften ten aanzien van thuiszorg

De behoeften die in deze paragraaf staan beschreven zijn allen afgeleid uit de resultaten van paragraaf 4.2 en 4.3. Ondanks dat de respondenten het moeilijk vonden om behoeften te benoemen zijn er toch een aantal duidelijk geworden. Deze staan beschreven in de volgende korte fragmenten.

Behoefte aan autonomie

Een belangrijke behoefte is om zo autonoom mogelijk te zijn. Deze behoefte komt duidelijk naar voren in paragraaf 4.2.1 en wordt benadrukt door respondent D. Zij ervaart weinig autonomie waardoor haar leefkwaliteit negatief wordt beïnvloed. Wanneer de autonomie wel aanwezig is blijkt dit een positieve invloed te hebben op de leefkwaliteit. Uit onderstaand citaat blijkt dat respondent D veel behoefte heeft aan autonomie:

“Ik ben nu 76 maar zolang je nog denken kan vind ik, stel ik het wel erg op prijs dat je je zelfstandigheid behoudt” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Behoefte aan zelfstandigheid

Het behoudt van zelfstandigheid is voor veel ouderen belangrijk gebleken. De thuiszorg helpt deze ouderen om de zelfstandigheid te behouden. Door de geleverde zorg hoeven de ouderen zich daar niet druk om te maken. Dat geeft ze energie en tijd om andere activiteiten te doen waardoor ze relatief zelfstandig blijven. Maar ouderen willen ook graag zelfstandig blijven wonen. Eerder is gebleken dat de thuiszorg erg gewaardeerd wordt omdat deze zorgt dat de ouderen in hun eigen woning kunnen wonen. Daarnaast blijkt uit paragraaf 4.3.3 dat veel ouderen met thuiszorg minder beperkingen ervaren omdat zij met hulpmiddelen nog erg mobiel en dus zelfstandig zijn. Respondent A krijgt thuiszorg voor de huishouding. Dit kan ze niet meer zelf maar door de thuiszorg is het voor haar wel mogelijk om zelfstandig te koken. Het volgende citaat ondersteunt dit:

“Nee hoor nog niet. We kunnen ons nog heel goed redden mijn man is ook nog aardig gezond. We zijn allebei 84 maar we redden het samen nog wel. Wat er dan nog gebeuren moet, koken, dan doe ik dan nu weer. Behalve in het weekend dan hebben we van tafeltje dekje. Eerst hadden we dan helemaal maar dat hebben we afgebouwd. Want ja ik vond het ook wel leuk om het weer zelf te doen” (Respondent A, 10 mei, 2011).

Behoeftte aan continuïteit

Uit de resultaten van paragraaf 4.2.2 blijkt dat er behoefte is aan een vaste hulp. Het merendeel van de onderzochte ouderen ervaart deze continuïteit. Uit de interviews echter blijkt dat een respondent ontevreden is over de continuïteit van de thuiszorg. Ze geeft aan dat ze met het gebrek aan een vaste hulp op haar leeftijd maar moeilijk om kan gaan, zo blijkt uit onderstaand citaat:

“Maar daarentegen ja ze nemen ook vaak vrij en dan krijg je een volkomen vreemde en dat ga ik door het ouder worden moeilijker ervaren. Een voorbeeld daarvan is gistermiddag had ik een invalpersoon die had nog nooit gestofzuigd, nog nooit wat gedaan. En dan komen ze bij jou helpen in de huishouding. Dan moet je zeggen hoe dat je moet doen enzo. En dat vind ik een beetje, dat klopt niet helemaal” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Behoeftte aan kwaliteit

de kwaliteit van de hulp moet behouden blijven en in een geval beter worden. Zo laat respondent D weten meer behoefte te hebben aan nauwkeurigheid. De zorgverlener werkt volgens haar niet nauwkeurig genoeg en dat uit ze in het volgende citaat:

“Nou wel euh wat betere hulp. Ze gaan dr heel vaak ook een beetje ruw bij langs. Zit er een spinnenweb in de kamer, nou hupsakee de stofzuiger dr maar even bij. En een natte doek dan stoffen ze af, wat wij altijd deden met een stofdoek enzovoort. En je bent natuurlijk wel heel anders gewend toen je het zelf deed” (Respondent D, 3 mei, 2011).

Er is duidelijk behoefte aan kundige mensen die weten hoe ze moeten schoonmaken naar de wens van de oudere.

Behoeftte aan tijdelijke opvang

Respondent B laat blijken naar een schouderoperatie in Nijmegen graag tijdelijk in Nijmegen te worden verzorgd. Ze moet dan namelijk constant verzorgd worden en kan dan niet meer alleen thuis zijn. Door tijdelijke opvang hoeft ze niet continue bij haar kinderen te slapen. Deze respondent krijgt daardoor het idee haar kinderen tot last te zijn. Door een tijdelijke verblijfplaats elders bespaart ze haar kinderen veel zorg. Ze vertelt:

“En toen heb ik vorige week besloten: als dat gebeurt dan kom ik niet meer terug hier. Tijdelijk. Dan moeten ze in Nijmegen even zorgen dat ik ergens opvang krijg voor een verpleegtehuisje of euh, voor korte tijd he. Dat snap je wel want ik wil graag weer naar huis” (Respondent B, 10 mei, 2011).

Het volgende hoofdstuk beschrijft de discussie en conclusies van dit onderzoek. Dit gebeurt aan de hand van de vier onderzoeksvragen. Tot slot worden aanbevelingen gedaan.

5. Discussie en Conclusie

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten van de enquêtes en interviews beschreven. In dit hoofdstuk wordt in de discussie antwoorden gegeven op de onderzoeksvragen. Vervolgens staat de conclusie beschreven en worden aanbevelingen gedaan voor de verbetering van de zorg. Het hoofdstuk eindigt met een kort nawoord.

5.1 Discussie

De eerste onderzoeksvraag is: *Wat zijn de ervaringen van de oudere ten aanzien van de kwaliteit van de thuiszorg?*

Over het algemeen kan worden gesteld dat de kwaliteit van de thuiszorg positief wordt ervaren door de ouderen. Deze goede kwaliteit hangt samen met een aantal aspecten zoals autonomie, zelfstandigheid en ervaring met de zorgverlener. Een enkeling ervaart een slechte kwaliteit van de zorg vanwege beperkte autonomie. De oorzaak hiervan ligt bij de slechte relatie tussen de oudere en de zorgverlener. Zo blijkt dat de zorgverlener zich te veel bemoeit met de persoonlijke situatie van de oudere. Overigens blijkt een discrepantie te zitten tussen de interviews en de enquête met betrekking tot de ervaren autonomie. Mogelijk worden in de enquête sneller sociaal wenselijke antwoorden gegeven.

Het belang van autonomie komt ook terug in eerdere onderzoeken. Zo blijken ouderen autonomie te ervaren wanneer de kwaliteit van de zorg goed is (Woodruff & Applebaum, 1996, p. 164). Hierdoor kunnen en willen zij zelfstandig beslissingen nemen (Mayberry & Scala, 1997, p. 11), zonder dat de zorgverlener dit belemmert. Want juist voor deze groep ouderen is autonomie erg belangrijk omdat zij vaak fysiek minder zelfstandig zijn. Hierdoor willen ouderen de autonomie behouden omdat dit een van de weinige dingen is waar zij invloed op hebben. Daarnaast blijken ook thuiswonende ouderen met thuiszorg veel autonomie te ervaren (Wiegers et al, 2007, p. 87). Ook uit de resultaten van dit onderzoek is dit gebleken. Naast autonomie is ook de zelfstandigheid van ouderen een belangrijk aspect in de ervaren kwaliteit. Zo blijkt uit de enquête van dit onderzoek dat ruim drie kwart van deze ouderen nog zelfstandig boodschappen doet. Deze zelfstandigheid vermindert echter wanneer de afhankelijkheid van de zorg groter wordt. Hiervoor is het belangrijk dat goede zorg de oudere ondersteunt waar het nodig is zodat de rest door de ouderen zelfstandig gedaan kunnen worden.

Wanneer de thuiszorg goed aansluit op deze groeiende afhankelijkheid kunnen ouderen bijvoorbeeld langer thuis blijven wonen (Coleman, 2000, p. 1), wat tevens een van de doelen is van het woonservicegebied (Deuten & Advies, 2010, p. 5). Daarnaast houden ouderen tijd en energie over voor dingen die ouderen wel zelfstandig kunnen.

Naast autonomie en zelfstandigheid zijn de ervaringen met de zorgverlener erg belangrijk voor de kwaliteit. Deze ervaringen beginnen bij de verwachtingen die ouderen hebben. Uit dit onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de thuiszorg als goed wordt ervaren wanneer wordt voldaan aan de verwachtingen. Maar wanneer de verwachtingen niet uitkomen, blijkt ook de ervaren kwaliteit slechter. Bij dit laatste geval spreekt men van een Disconfirmation of Expectations (Rust & Oliver, 1994 in Geron, 1998, p. 106). Uit deze literatuur blijkt ook dat de verwachtingen worden gestuurd door verschillende aspecten. Zo blijkt dat de duur van de zorg van invloed is op de verwachtingen van de zorg. Want wanneer ouderen al jaren dezelfde zorgverlener hebben, worden de verwachtingen minder kritisch. Dit komt doordat de oudere weet wat hij/zij aan de zorgverlener heeft. Uit dit onderzoek is gebleken dat wanneer deze continuïteit ontbreekt, de kwaliteit ook achteruit gaat. Een ander aspect dat invloed heeft op de verwachtingen is de maatschappelijke klasse. Zo kan een oudere uit een achterstandswijk minder hoge verwachtingen hebben dan een oudere uit een villawijk (Linder-Pelz, 1982 en Rust & Oliver, 1994 in Geron, 1998, p. 106).

In eerder onderzoek wordt gezegd dat de zorgverlener moet beschikken over flexibiliteit, ervaring en competenties. Daarnaast kunnen vele wisselingen van de hulp een negatieve ervaring veroorzaken (Woodruff & Applebaum, 1996, p. 166). Ook uit dit onderzoek blijkt dat deze competenties mede de oorzaak zijn van de negatieve ervaringen met de zorgverlener. Wanneer de vervangende hulp echter goed werk levert kan de negatieve ervaring ook weer veranderen in een positieve ervaring (Wiegers et al, 2007, p.87). Want een goede kwaliteit van de thuiszorg zorgt voor rust bij de ouderen (Volkers, K.Y.J., 2011, p. 26-29). Toch worden de wisselingen niet als prettige ervaren door de ouderen in dit onderzoek. Uit de resultaten van de enquêtes en interviews is overigens gebleken dat de meeste respondenten positieve en prettige ervaringen hebben met de zorgverlener. Ongeacht of deze door een thuiszorgorganisatie of PGB wordt geleverd.

De tweede onderzoeksvraag zoekt naar antwoorden op de vraag: *In welke mate heeft deze thuiszorg invloed op de leefkwaliteit van de ouderen?*

De kwaliteit van de thuiszorg kan de leefkwaliteit van de ouderen beïnvloeden. Zo zorgt een slechte kwaliteit van de thuiszorg voor een negatieve invloed op de leefkwaliteit. Het blijkt namelijk dat slordig werken, wisselende personen en onvoldoende kennis van het vak veel invloed hebben. Door de ergernis over dit gebrek aan kwaliteit wordt de oudere gefrustreerd waardoor de leefkwaliteit minder wordt. De meeste ouderen in dit onderzoek geven echter aan dat de thuiszorg een positieve invloed heeft op de leefkwaliteit. Zo blijkt uit de enquête dat 93%

van deze ouderen minimaal “redelijk gelukkig” is. Een van de aspecten die hier de oorzaak van is, is autonomie. Het begrip autonomie wordt in de Self Determination Theory uitgelegd (Deci & Ryan, 2008, p.182) en betekent dat leefkwaliteit onder meer gekoppeld wordt aan autonomie, sociale relaties (verbondenheid) en competenties. De autonomie bepaald voor een belangrijk deel de leefkwaliteit van mensen. Uit deze theorie blijkt namelijk dat de leefkwaliteit omhoog gaat wanneer ouderen autonomie ervaren. En in dit onderzoek blijken de meeste ouderen autonomie te ervaren. Zij kunnen allemaal zelfstandig beslissingen nemen en worden hierin niet belemmerd door de zorgverlener. Dit verhoogt de kwaliteit van leven omdat de ouderen de autonomie prettig vinden. Vervolgens wordt de autonomie weer gebruikt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo blijkt dat een oudere uit het onderzoek door haar autonomie evaluatiegesprekken organiseert. Deze gesprekken moeten leiden tot een betere zorg en een gezonde relatie tussen de oudere en de zorgverlener. Maar wanneer deze autonomie ontbreekt, kan een negatieve leefkwaliteit ontstaan. Zo blijkt uit dit onderzoek dat een oudere zonder autonomie zich “betutteld” voelt. Ze heeft het gevoel dat ze niet serieus genomen wordt omdat ze fysiek niet meer in staat is zelfstandig te functioneren. Het gevolg is dat deze oudere ongelukkig wordt omdat ze dus niet alleen haar autonomie inlevert maar ook fysiek afhankelijk is van anderen.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat de ouderen met thuiszorg meer tijd over houden voor andere dingen zoals sociale contacten onderhouden, meegaan met reisjes en tijd hebben voor het interview. De zorg voor het huishouden hoeven zij immers niet meer te doen. De mensen die hulp krijgen bij bijvoorbeeld het aankleden geven aan dat dit bijdraagt aan de invulling van de dag omdat zij anders te lang in pyjama blijven zitten. Dit zijn aspecten die de sociale relaties en verbondenheid stimuleren. Maar behalve de sociale relaties met andere ouderen zijn ook de relaties met de zorgverlener belangrijk voor de ouderen.

Daarnaast zijn competenties belangrijk in de Self Determination Theory. De mate waarin ouderen competenties hebben speelt ook een grote rol in de leefkwaliteit van ouderen. Veel ouderen leveren namelijk zelfstandigheid in en worden afhankelijker van de thuiszorg. Hierdoor is het voor de ouderen essentieel om dingen te doen die zij nog wel kunnen. Zo staat in paragraaf 5.1 dat ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen en activiteiten kunnen doen dankzij de thuiszorg.

Alle beschreven aspecten die van invloed zijn op een verminderde leefkwaliteit zijn kwetsbare aspecten. Door deze aspecten worden de ouderen dus kwetsbaarder. Kwetsbaarheid bestaat uit drie verschillende soorten: sociale kwetsbaarheid, psychische kwetsbaarheid en fysieke kwetsbaarheid (Albrecht & DeVlieger, in van Campen, 2011, p. 25). De ouderen in dit onderzoek zijn allemaal fysiek kwetsbaar. Maar de sociale kwetsbaarheid en psychische

kwetsbaarheid kunnen ook optreden zodra autonomie en de zelfstandigheid afneemt. Door de mate negatieve verbanden tussen kwetsbaarheid en zelfstandigheid ($r = -.328$) blijkt dat bij een grote kwetsbaarheid de zelfstandigheid afneemt. Overigens geldt er geen verband tussen kwetsbaarheid en autonomie. Dit is te verklaren doordat kwetsbaarheid in dit onderzoek vooral gericht is op fysieke kwetsbaarheid en niet op psychische kwetsbaarheid.

Bij derde onderzoeksvraag wordt het volgende onderzocht: *Welke behoeften hebben ouderen op gebied van thuiszorg?*

Ondanks dat het grootste deel van de onderzochte ouderen tevreden zijn, zijn toch een aantal behoeften naar voren gekomen. Deze staan uitgebreider beschreven in paragraaf 4.4 en worden daarom hier samengevat:

- 1) Alle ouderen willen de autonomie behouden of in ieder geval vergroten. Dit zorgt voor een betere leefkwaliteit van de ouderen. Zoals ook in de literatuur staat beschreven willen ouderen zelfstandig beslissingen kunnen nemen. Hiermee houden zij de controle over hun eigen leven (Woodruff & Applebaum, 1996, p. 164). Want wanneer ouderen autonomie ervaren behouden zij de mogelijkheid om zelf te bepalen waar zij behoefte aan hebben (Mayberry, Scala, 1997, p. 11). Ook volgens onderzoek van den Dulk (n.d., p. 19), blijkt dat ouderen vaak autonomie ervaren.
- 2) De zelfstandigheid moet behouden blijven en gestimuleerd worden. De ouderen die relatief zelfstandig zijn ervaren een betere leefkwaliteit doordat zij bijvoorbeeld zelfstandig in hun eigen huis kunnen wonen. Maar ook kunnen activiteiten worden gedaan die niet kunnen wanneer de zelfstandigheid ontbreekt. Door gebruik te maken van thuishulp kunnen ouderen langer in de eigen omgeving blijven wonen (Coleman, 2000, p.1) en blijven ze relatief zelfstandig.
- 3) Behouden/verbeteren van continuïteit. Als ouderen voor lange tijd dezelfde zorgverlener hebben, ontwikkelt er vertrouwensband waar de ouderen behoefte aan hebben. Wanneer deze continuïteit ontbreekt, blijkt dat ouderen dit vervelend vinden (Woodruff & Applebaum, 1996, p.166). Hierdoor neemt de kwaliteit van de zorg en de leefkwaliteit af.
- 4) Behouden/verbeteren van competenties. Door een goede kwaliteit van de zorgverlener hoeft de oudere niet te letten of de zorg goed gebeurt. Door een professionele werkhouding ervaren ouderen dat het werk goed gedaan wordt (Volkers, K.Y.J., 2011, p26-29). Wanneer professionalisme ontbreekt, kunnen ouderen het gevoel krijgen beter af te zijn zonder hulp waardoor de leefkwaliteit afneemt.

- 5) Behouden/verbeteren van tijdelijke opvang. Door tijdelijke opvang na een operatie hoeven ouderen niet de kinderen te belasten met de zorg.

Kortom, voor de meeste ouderen geldt dat de situatie mag blijven zoals het nu is. Maar blijkt moeilijk om in de toekomst te kijken en in te schatten hoeveel zorg bijvoorbeeld nodig is. Alle aspecten hebben invloed op de leefkwaliteit van de ouderen. Hierdoor worden deze behoeften als belangrijk gezien.

5.2 Conclusie

Tot slot wordt de hoofdvraag van dit onderzoek behandeld. De vraag luidt als volgt: *Hoe ervaren kwetsbare ouderen in woonservicegebied De Regenboog in Dronten de thuiszorg die zij ontvangen?*

Ouderen ervaren de thuiszorg als behoorlijk goed omdat er aan veel van hun behoeften wordt voldaan. Deze tevredenheid werkt door op andere gebieden van ouderen. Zo blijkt dat de thuiszorg een positieve invloed heeft op de leefkwaliteit van deze ouderen. Uit het onderzoek zijn tevens een aantal belangrijke behoeften naar voren gekomen:

1) Behoeft e aan autonomie

Autonomie is belangrijk. Ouderen willen namelijk het gevoel hebben dat zij de regie in handen hebben, zonder dat zij daarbij gestuurd worden door derden. Bij de meeste ouderen is deze autonomie aanwezig.

2) Behoeft e aan zelfstandigheid

Het is belangrijk dat ouderen zo veel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Dit moet de thuiszorg ondersteunen waardoor er voor de ouderen meer tijd en energie overblijft voor andere dingen.

3) Behoeft e aan continuïteit van de zorgverlener

Ook continuïteit bij de zorg is belangrijk. Continuïteit zorgt voor vertrouwen met de zorgverlener. Daarnaast weten de ouderen wat ze kunnen verwachten van de zorg.

4) Behoeft e aan voldoende competenties van de zorgverlener

Wanneer de zorgverlener de juiste competenties bezit heeft dit een positieve invloed op de kwaliteit van de zorg. Vervolgens heeft een goede kwaliteit een positieve invloed op de leefkwaliteit van de ouderen.

5.3 Aanbevelingen en

Ondanks het beperkt aantal mensen zijn er toch een aantal aanbevelingen naar voren gekomen op basis van de resultaten van het onderzoek. Om in de toekomst het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag van de ouderen is het belangrijk in te spelen op de behoeften van de ouderen. In dit onderzoek zijn deze behoeften duidelijk geworden waarna hier aanbevelingen worden gedaan ter verbetering van de zorgkwaliteit en het behouden van de zorgkwaliteit.

Ten eerste is duidelijk geworden dat de zelfstandigheid en de autonomie van de ouderen erg belangrijk is bij de ouderen zelf. Voor wat betreft het zorgaanbod is het belangrijk dat het verzorgende personeel van de thuiszorgorganisaties getraind worden om de ouderen zoveel mogelijk zelf te laten doen en hun autonomie behouden. Dat betekent dat wanneer een oudere fysiek behoorlijk afhankelijk is van de hulp dat de autonomie niet aangetast wordt. Juist omdat dit een van de weinige aspecten is waar de oudere nog invloed op heeft. Voordat mensen worden aangenomen om ouderen te verzorgen wordt daarom aanbevolen een zorgvuldige training aan te bieden zodat zij weten hoe de autonomie bij de ouderen behouden kan blijven. Daarnaast is het belangrijk dat het verzorgend personeel van thuiszorgorganisaties beseft dat ouderen, ondanks hun zorgbehoefte, nog wel geneigd zijn dingen zelfstandig te doen. Hierin moet een goede balans worden gevonden zodat de ouderen ook dingen zelf kunnen doen.

Ten tweede vinden ouderen het erg belangrijk dat de continuïteit bij het verzorgende personeel aanwezig is. Alle ouderen gaven aan dat zij het belangrijk vinden om constant dezelfde hulp te krijgen. Vele wisselingen van de hulp doen de ouderen geen goed waardoor zij ontevreden raken over de kwaliteit. Daarom wordt aanbevolen beleid te ontwikkelen waardoor de zorgverlener voor langere tijd verbonden blijft aan de oudere. Dit levert voor zowel de oudere als de zorgverlener zekerheid en vertrouwen op. Echter, door continuïteit is het mogelijk dat de kwaliteit van de zorg achteruit gaat omdat de relatie tussen de oudere en de zorg te persoonlijk wordt. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat ouderen minder kritisch op de geleverde kwaliteit letten. Daardoor kan de zorgverlener profiteren van de situatie en minder goed werk leveren. De zorgverlener zal zich dus aan de richtlijnen moeten houden die voorgeschreven zijn door de desbetreffende zorgorganisatie. In het onderzoek komt namelijk naar voren dat ouderen soms klagen over de kwaliteit, nauwkeurigheid, stiptheid en betrokkenheid van de zorgverlener. Daarom zullen thuiszorgorganisaties moeten toezien dat de kwaliteit gehandhaafd blijft. Door evaluaties kunnen deze richtlijnen gecontroleerd worden. Daarnaast kunnen de ouderen en de zorgverleners hun verhaal doen over de kwaliteit van de zorg.

5.4 Vervolgonderzoek en reflectie

Aanbevolen wordt om een grootschalig tevredenheidonderzoek te doen bij de ouderen van de thuiszorgorganisaties. Dit onderzoek baseert zich op zes respondenten die, logischerwijs, niet representatief zijn voor de rest van de ouderen die gebruik maken van thuiszorg. Om een compleet beeld te krijgen van positieve en negatieve ervaringen van ouderen over de thuiszorg kan een grootschalig tevredenheidonderzoek helpen de kwaliteit te behouden/verbeteren. Naast deze aanbeveling staan hieronder een aantal aandachtspunten beschreven die dienen als reflectie op het onderzoek:

- 1) Het is gebleken dat de ouderen soms sociaal wenselijke antwoorden geven in zowel de enquêtes als de interviews. Hierdoor is het moeilijk om de antwoorden in te schatten en te beoordelen op representativiteit.
- 2) Daarnaast was er het feit dat zeer weinig mensen concrete behoeften noemen voor de toekomst. Een van de oorzaken is dat zij hier waarschijnlijk niet over na willen denken. Daarnaast is het moeilijk om in te schatten wat mensen in de toekomst nodig hebben op het gebied van zorg.
- 3) Verder is het onderzoek gebaseerd op een relatief klein aantal mensen. Dit zorgt dat de representativiteit niet altijd aanwezig is.
- 4) Een sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van verschillende methoden. Zo versterken de enquêtes en interviews elkaar en vullen elkaar tevens aan.
- 5) Ook zijn een aantal belangrijke inzichten verkregen ondanks het beperkte aantal ouderen. Deze inzichten kunnen worden gebruikt in een grootschalig vervolgonderzoek wat meer representatief is.

Tot slot heeft dit onderzoek plaatsgevonden in een woonservicegebied. Het is echter niet duidelijk of de resultaten specifiek voor woonservicegebied “De Regenboog” gelden. Het is goed mogelijk dat de resultaten van een ander woonservicegebied anders zijn. Ook hiervoor wordt geadviseerd om een diepgaander onderzoek te doen.

5.5 Nawoord

Terugblikkend op dit onderzoek kan worden opgemaakt dat de thuiszorg een belangrijke positie inneemt in de levens van kwetsbare ouderen. Daarom is het belangrijk de ouderen een luisterend oor te bieden waarin zij ervaringen kunnen delen. Goede zorg is namelijk meer dan stofzuigen, ramen wassen of ouderen douchen. Het is belangrijk te beseffen dat de ouderen als mens centraal staan waarbij aandacht is voor de mens achter de cliënt. Het is goed te ervaren dat dit rapport een bijdrage heeft kunnen leveren aan de betrokkenheid van de ouderen, zodat ook in de toekomst hun oude dag in verzorgende handen ligt.

Bijlage

Bijlage 1 Interviewguide Proeftuinenonderzoek

Introduceer het gesprek met de onderstaande informatie en vragen. Houd de aangegeven volgorde aan.	
Intro	Wij zijn blij dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek en interview en hiervoor de tijd wilt nemen. Als het goed is, hebt u een informatiebrief ontvangen. Ook hebt u eerder een vragenlijst ingevuld. Klopt dat? Hebt u nog vragen hierover?
Topics aangeven	Geef de thema's aan waar het in het interview over gaat: ▪ Zelfstandig wonen; ▪ Welzijn en gezondheid ▪ Zorg en ondersteuning
Uitleg over het doel van het onderzoek:	U woont in een zogeheten Woonservicegebied, een wijk waarvan de bedoeling is dat u veel verschillende voorzieningen voor uw gezondheid en welzijn binnen handbereik hebt. Er is door of met u al een uitgebreide vragenlijst ingevuld. We willen nu met u een gesprek voeren in de vorm van een interview. Dit om erachter te komen wat u belangrijk vindt en wat u nodig hebt in uw wijk. Deze interviews worden bij meerdere mensen gehouden. Met hun en uw uitspraken kunnen we bekijken of de Woonservicegebieden voldoende aansluiten bij de wensen en behoeften van de bewoners. Dit onderzoek wordt in 10 woonservicewijken in Nederland gehouden zodat evaluatie op grote schaal mogelijk is. Uw verhaal is belangrijk bij dit onderzoek. Wij zullen vooral naar u luisteren. Er is al iemand langs geweest om bij u een vragenlijst af te nemen. Ik ben niet op de hoogte van uw antwoorden op deze vragen en ken uw andere gegevens dus niet.
Aangeven dat de gegevens anoniem en	Bij het uitwerken van de gegevens wordt uw naam niet opgeslagen of bewaard. Zo kan niemand achterhalen wat u gezegd hebt. De dingen die u

vertrouwelijk worden verwerkt	ons vertelt zullen alleen voor dit project worden gebruikt en zijn dus niet herleidbaar tot personen.
Als de respondent wil stoppen	Als u tijdens het interview besluit dat u niet meer verder wilt, dan kunt u dat aangeven. Wij stoppen dan met het interview.
Vertellen dat het gesprek op band wordt opgenomen	We hebben een bandrecorder bij ons zodat dit gesprek kan worden opgenomen. Dit zorgt er ook voor dat wij nu niet veel hoeven op te schrijven. Het zal later namelijk worden uitgeschreven. Vanuit de wet is voorgeschreven dat we u om toestemming moeten vragen als we gebruikmaken van een voicerecorder. Daarom vraag ik u zo meteen, als de recorder loopt, of u toestemming geeft dat dit gesprek wordt opgenomen. <u>Vindt u het goed dat dit gesprek wordt opgenomen op band?</u>
Introducerende vragen	
Introductie/opwarmvraag?	Kunt u eens iets vertellen over hoe u hier bent komen wonen? Hoe bent u er toe gekomen om naar hier te verhuizen?
HOOFDVRAAG	Als u naar uw huidige situatie kijkt, kunt u dan een gemiddelde dag in gedachten nemen en beschrijven wat u dan zoal meemaakt?
Evt. aansluiters bij de hoofdvraag	Dat is interessant, kunt u daar iets meer over vertellen? Wat maakt u nog meer mee?

Zoek in het verhaal aanknopingspunten om over de hoofdt topics wonen, welzijn en zorg (zie onder)	<i>Alternatieven:</i> ▪ U noemt (...), kun u dat toelichten? ▪ U hebt net (...) gezegd. Kunt u dat verduidelijken? ▪ Het is mij opgevallen dat (...). Wat bedoelt u daarmee? ▪ Wat zijn uw ervaringen daarbij? ▪ Wat voor gevoel geeft u dat? ▪ Hoe denkt u daarover? ▪ Wat vindt u daarvan? ▪ Heb ik het goed begrepen dat.... ?
Vragen die je kunt stellen over de hoofdt topics wonen, welzijn en zorg	
<u>Zelfstandig wonen</u>	Als u kijkt naar hoe u hier min of meer zelfstandig woont, wat kunt u daar dan over vertellen? <i>Alternatieven/aanvullingen:</i> ▪ Kunt u daar wat meer over vertellen? ▪ Kunt u een voorbeeld geven dat dit illustreert? ▪ Hoe waardeert u het wonen in deze wijk? ▪ Wat vindt u prettig/fijn/positief in de wijk? ▪ Wat niet prettig/fijn/positief is, hoe zou dat kunnen veranderen zodat het wel prettig/fijn/positief wordt? ▪ Is deze situatie in de loop van de jaren veranderd? ▪ Kun u iets zeggen over wat u vooral zelf wilt (blijven) doen in de nabije toekomst? ▪ Wat doet u zelf om uw zelfstandigheid te behouden? ▪ Wat draagt u zelf bij aan uw wijk? <i>Afsluitende vraag</i> • Begrijp ik het goed dat ... • Belangrijk is voor u?

<u>Welzijn en gezondheid</u>	Zou u iets willen vertellen over hoe het met u gaat? Kunt u vertellen hoe u omgaat met gezondheid en evt. ziekte? Zou u iets willen vertellen over met wie u zoal contact heeft en in welke situaties dat contact plaats vindt? <i>Alternatieven/aanvullingen</i> ▪ Hoe komt het volgens u dat u zich zo voelt in de wijk? ▪ Wat maakt het dat u zich prettig / niet prettig voelt? Hoe komt dat volgens u? ▪ Wat denkt u nodig te hebben in de wijk zodat u zich hier prettiger voelt? ▪ Op welk punt is uw gevoel in de loop van de jaren veranderd? Hoe komt dat volgens u? ▪ Wie draagt er bij aan uw gezondheid en welzijn? Kunt u een voorbeeld geven over hoe dat het geval is? ▪ Waarin bent u autonoom? Ten aanzien van welke zaken kunt u zelf kiezen of beslissen? <i>Afsluitende vraag:</i> ▪ Heb ik het goed begrepen als ...? ▪ Klopt het dat u zich prettig voelt in deze wijk door ... ?
<u>Zorg en ondersteuning</u>	U woont hier min of meer zelfstandig, kunt u iets vertellen over waarin u zorg of ondersteuning wordt geboden en door wie? <i>Alternatieven/aanvullingen:</i> • Van welke zorg/hulp/ondersteuning maakt u momenteel gebruik? • Zijn dat professionals of andere bewoners of burgers? • Hoe dragen anderen in de wijk eraan bij dat u hier gezond kunt leven? • Er zijn wijken waarin veel zorg aanwezig is en wijken waarin dat minder is; hoe is dat hier en wat vindt u daarvan? • Wat voor zorg is voor u belangrijk om in de wijk te hebben?

	• Hoe vindt u dat de zorg nu geregeld is in de wijk? ▪ Hoe zou voor u de ideale buurt er uit zien voor wat betreft zorg en hulpvoorzieningen? ▪ Als u het voor het zeggen had, wat zou u dan veranderen aan de zorg in de wijk? <i>Afsluitende vraag</i> ▪ Heb ik het goed begrepen als ...? ▪ Klopt het dat u zich prettig voelt in deze wijk door ... ?
Afsluiting interview	Wilt u nog iets toevoegen aan dit gesprek? Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen in het gesprek maar die u wel belangrijk vindt in/voor de wijk? Wat vond u zelf van het interview?
Uitleggen wat het vervolg zal zijn	Dit interview zal letterlijk uitgetypt worden. Deze kernpunten worden vergeleken met de kernpunten die wij halen uit de andere interviews die wij houden. De slotconclusies zullen worden gepresenteerd in een terugkoppelbijeenkomst waarvoor u zult worden uitgenodigd. Daar zult u dan de gelegenheid krijgen om te reageren op onze bevindingen.
Bedanken voor het interview	Ik wil u graag bedanken voor uw tijd en uw deelname aan het interview. Ik hoop dat u het gevoel hebt dat u uw verhaal hebt kunnen vertellen en dat er naar uw verhaal is geluisterd.
Een telefoonnummer achterlaten voor als er nog vragen zijn	Als u nog vragen hebt, kunt u terecht bij xxxx Invullen door Hogeschool xxxx. Of u kunt het algemene nummer bellen van het landelijke onderzoek: 0521 – 57 84 58

Bijlage 2 Uitleg categorieën codeerinstrument Proeftuinen

Categorieën van het WAT. De categorieën geven aan binnen welk domein van de kwaliteit van leven het onderwerp van het narratief valt. In feite geeft deze categorie weer *waarover* de respondent spreekt.

WAT	Categorielabel	Omschrijving
1	Fysieke omgeving	Fysieke omgeving betreft alle fysieke aspecten in de omgeving van een geïnterviewde, bijvoorbeeld voorzieningen of obstakels IN een woning, huisvesting of gebouw (fysieke toegankelijkheid, grote van een woning, aanwezigheid badkamer, drempels, etc.), staat van de woning, obstakels in een straat of bijvoorbeeld het groen of riolering in een wijk .
2	Toegankelijkheid	Toegankelijkheid van voorzieningen gaat over de vraag in hoeverre iedereen recht heeft op of van een product of vorm van dienstverlening gebruik kan maken. Bv. over de wijze waarop klanten worden ontvangen door baliepersoneel, of ze worden bijgestaan bij het invullen van formulieren aan de hand van een duidelijke handleiding, enzovoort. Het gaat hier om <i>figuurlijke</i> bereikbaarheid.
3	Bereikbaarheid	Bereikbaarheid betreft de geografische ligging of afstand tot gebouwen, voorzieningen of activiteiten, alsmede de vervoersmogelijkheden om hier te komen. Het gaat hier om <i>letterlijke</i> (fysieke) bereikbaarheid.
4	Sociale relaties	Sociale relaties betreft de sociale samenhang, controle, contacten, of mensen iets voor elkaar over hebben en vertrouwen tussen mensen binnen één huis (familie en vrienden), in een straat (buren) of een wijk (alle mensen met wie men een sociale relatie kan hebben). Tevens valt hieronder het 'gevoel' van mensen 'er bij te horen' of de aan- of afwezigheid van een sociaal netwerk. Alles wat tussen mensen gebeurt en als betekenisvol wordt gezien kan hier onder vallen.
5	Welbevinden: somatisch	Onder somatisch welbevinden wordt verstaan de uitingen ten aanzien van de fysieke gezondheid en de lichamelijke situatie van de geïnterviewden.
6	Welbevinden: psychisch	Onder psychisch welbevinden wordt verstaan de uitingen ten aanzien van de psychische en emotionele (stemmings-)gesteldheid van de geïnterviewden.
7	Zelfredzaamheid	Zelfredzaamheid betreft de mate van (on-)afhankelijkheid van zorg, service, ondersteuning, begeleiding, of voorzieningen ten behoeve van beperkingen in het persoonlijke welbevinden. Bijvoorbeeld ondersteuning door mantelzorg, professionele zorg, een boodschappenservice, buurttaxi, strijkwasservice of een aanpassing van een woning of een rolstoel.
8	Financieel en materieel	Concrete of gevoelsmatige uitingen over de financiële en materiele situatie van de geïnterviewde of zijn/haar omgeving. Hieronder kunnen vallen inkomen, uitkeringen, subsidies, persoonsgebonden budget en materiele bezittingen.

9	Zingeving	Zingeving betekent het zoeken naar of toewijzen van zin, bedoeling of doel van of aan het leven, grote gebeurtenissen of activiteiten in het leven. Hieronder vallen ook uitspraken over levenshouding. Bijvoorbeeld praktisering van een religie, lidmaatschap van een vrijwilligersorganisatie, coping van life events, levensmotto's.
10	Gemeenschaps-activiteiten	Gemeenschapsactiviteiten zijn alle (georganiseerde) activiteiten welke in een gemeenschap worden georganiseerd en waar mensen elkaar kunnen ontmoeten (Bingo, Kaarten, Fanfare, Volkstuin, activiteiten in een buurthuis, wandeltochten, etc.).
11	Culturele voorzieningen	Culturele activiteiten of deelname aan cultuur. (zoals bibliotheek, filmhuis, museum, galerie, et cetera)
12	Commerciële voorzieningen	Commerciële voorzieningen zijn dagelijkse voorzieningen in het maatschappelijk verkeer die commerciële diensten of producten aanbieden zoals winkels en banken.
13	Zorg- en dienstverlening	Zorg- en dienstverlening gaat over diensten of producten die ingrijpen in aspecten van gezondheid en ziekte. Hieronder wordt verstaan lichamelijke zowel als geestelijke gezondheidszorg alsook aanverwante paramedische of alternatieve diensten (zoals bijv. homeopathie)
14	Veiligheid	Veiligheid betekent zowel algemene gevoelens van veiligheid en/of angst als ook specifieke aspecten van veiligheid zoals verkeersveiligheid, criminaliteit, (in)stabiele, (on)voorspelbare omgeving of (on)veilig fysieke inrichting van de woonomgeving.
15	Persoonlijke Ontwikkeling	Onderwijs, cursussen, vrijwilligerswerk, beroeps- en vrijetijdsactiviteiten, omgaan met technologie welke de geïnterviewde onderneemt of doet in het kader van de persoonlijke ontwikkeling .
16	Autonomie	Autonomie heeft betrekking op de ervaren mogelijkheden van mensen om eigen beslissingen in vrijheid te kunnen nemen (keuzevrijheid, zelfbeschikking).
17	Biografische informatie	De respondent gaat in op biografische en persoonlijke informatie zoals leeftijd, aantal kinderen, achtergrondinformatie over het verleden, hoe lang in X woonachtig.
18	Overig	Alles wat door de geïnterviewde gezegd wordt, wat niet geplaatst kan worden in de hierboven genoemde categorieën

Categorieën van het WIE. Hierbij wordt onderscheiden vanuit welk perspectief het WAT moet worden geïnterpreteerd. De eerste drie rijen gaan over het ruimtelijk perspectief. ‘Woning’, ‘straat’ en ‘wijk’ en kunnen gezien worden als schaalniveaus, de nabijheid van waar de respondenten het over hebben. De laatste drie rijen gaan over de verteller en het vertelniveau. Door de inbedding van taaluitingen in narratieve teksten ontstaan verschillende vertelniveaus. De verteller haalt immers anderen aan, die op hun beurt weer een ander kunnen citeren. Daarnaast is de identiteit van degene die spreekt van belang. Er zijn vertellers die niet alleen als verteller optreden, maar tevens zelf deel uitmaken van het verhaal; dat is zeker bij narratieve interviews het geval. Dit onderscheid wordt aangegeven met de categorieën ‘eigen’, ‘naasten’ en ‘veraf’.

De auteur van de tekst is altijd de respondent zelf, deze vertelt immers. De respondent kan echter fungeren als verteller van zijn eigen of andermans verhaal. De wijze waarop deze dat doet wordt de focalisatie genoemd. Ten aanzien van de categorieën 1, 2 en 3: het gaat hier om het zogeheten *perspectief* in de focalisatie, waar richt de verteller zich op. Ten aanzien van de categorieën 4, 5 en 6: het gaat hier om het *positie* van de focalisatie, presenteert de verteller zichzelf als de centrale figuur (primaire verteller), of een naaste of een derde (secundaire verteller). Ten aanzien van de categorieën 7 t/m 12: deze labels geven de *rolinvulling* van de focalisatie weer, welke negatieve of positieve kenmerken worden het centrale personage toegedicht.

WIE	Categorielabel	Omschrijving
1	Woning	Eigen woning, wooneenheid
2	Straat	Straat, omvat verscheidene wooneenheden ook op te vatten als gang of galerij in een flat/complex
3	Wijk	Wijk, omvat verscheidene straten ook op te vatten als buurt of complex
4	Eigen	De geïnterviewde spreekt over/namens zichzelf
5	Naasten	De geïnterviewde spreekt over/namens directe familie en bureu, goede vrienden
6	Derden	De geïnterviewde spreekt over/namens een abstracte ander, zoals ‘jongeren’, ‘ouderen’ of ‘allochtonen’, niet-bewoners, of een concrete ander zoals een professional, een buurtbewoner, vrijwilliger
7	Machthebber	De persoon vanwaaruit gesproken wordt heeft invloed over (zaken in) de eigen situatie
8	Onderdaan	De persoon vanwaaruit gesproken wordt heeft geen of weinig invloed over (zaken in) de eigen situatie
9	Helper	De persoon vanwaaruit gesproken wordt helpt of ondersteunt een ander
10	Tegenstander	De persoon vanwaaruit gesproken wordt werkt een ander tegen
11	Actief	De persoon van waaruit gesproken wordt neemt initiatief, komt in beweging of handelt
12	Passief	De persoon van waaruit gesproken wordt laat het initiatief bij anderen, staat stil of staat buiten de handeling

Categorieën van het HOE. Voor de analyse van het HOE is van belang op welke wijze iemand een uitspraak doet. Dit kan zowel gaan over de mening van de respondent over het WAT, maar ook over de wijze waarop de taal vorm gegeven wordt in termen van stijlfiguren en idioom. Bij de eerste twee categorieën gaat het om positieve danwel negatieve geladenheid of emoties, opgevat als positieve danwel negatieve kwalificaties van het 'wat'. Bij de categorieën vraag vs aanbod, probleem vs oplossing, betrokken vs neutraal en conflict vs harmonie is bepalend hoe iemand het 'wat' ziet. Dit zijn zogeheten dichotome paren, maar dit sluit evenwel niet uit dat beide termen van een paar tegelijk van toepassing zijn op een narratief. De laatste vijf categorieën gaan in op de diverse stijlfiguren die mensen hanteren om hun verhaal kracht bij te zetten, en geven inzicht in het gebruik van de taal (dit is met name van belang omdat hier letterlijk iets anders wordt gezegd dan eigenlijk wordt bedoeld, zoals bij spot, bijv. "nou dat is lekker!").

HOE	Categorielabel	Omschrijving
1	Positief	de geïnterviewde geeft een positieve kwalificatie over het 'wat', of is tevreden over de kwaliteit van het 'wat', vindt het 'wat' waardevol, is trots op het 'wat', heeft sympathie voor het 'wat'
2	Negatief	de geïnterviewde geeft een negatieve kwalificatie over het 'wat', of is niet tevreden over de kwaliteit van het 'wat', hecht geen waarde aan het 'wat', schaamt zich voor het 'wat', heeft een afkeer voor het 'wat'
3	Aanbod	de geïnterviewde biedt zelf het 'wat' aan, heeft iets bij te dragen
4	Vraag	de geïnterviewde heeft behoefte aan het 'wat' vraagt ernaar of ervaart het 'wat' als een gemis
5	Probleem	de geïnterviewde beschouwt het 'wat' als een probleem, of problematiseert een situatie
6	Oplossing	de geïnterviewde ziet het 'wat' als een oplossing, of oppert een oplossingsrichting
7	Betrokken	de geïnterviewde geeft blijk van persoonlijke of emotionele binding met het 'wat' (zowel positief als negatief)
8	Neutraal	de geïnterviewde geeft geen blijk van betrokkenheid danwel emotionele binding met het 'wat', spreekt op zakelijke wijze over het 'wat'
9	Conflict	de geïnterviewde spreekt over sterk tegengestelde standpunten of frictie tussen betrokken personen of gebeurtenissen
10	Harmonie	de geïnterviewde spreekt over met elkaar overeenstemmende standpunten of kwalificaties van personen of gebeurtenissen of is het met anderen eens
11	Beeldspraak	De geïnterviewde probeert zijn verhaal te verduidelijken door een vergelijking te maken met iets anders
12	Overdrijving	Om het verhaal kracht bij te zetten maakt de geïnterviewde gebruik van overdrijving
13	Cliché	De geïnterviewde gebruikt afgezaagde uitdrukkingen
14	Cynisme	De geïnterviewde gebruikt een verbitterde vorm van spot om wat duidelijk te maken
15	Ironie	De geïnterviewde gebruikt een milde vorm van spot, niet kwetsend bedoeld

Thuiszorg

75 Hebt u thuiszorg? Bijvoorbeeld wijkverpleging, gezinsverzorging of alfahulp.

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk uur per week.

Ervaring met zorg

34 Wat zijn uw ervaringen met zorgverleners of behandelaars in de afgelopen 5 jaar?

- ☐ ik heb nooit problemen ervaren met zorgverleners of behandelaars
- ☐ ik of mijn naasten heb(ben) negatieve ervaringen met een zorgverlener of behandelaar gehad
- ☐ vanwege een negatieve ervaring met een zorgverlener of behandelaar ben ik wel eens naar een andere zorgverlener of behandelaar gegaan
- ☐ ik heb regelmatig conflicten met zorgverleners of behandelaars of ben wel eens tegen mijn zin opgenomen geweest

36 Krijgt u voldoende en de juiste zorg van uw zorgverleners en behandelaars?

- ☐ ik heb geen zorg nodig
- ☐ ik krijg alle zorg die ik nodig heb
- ☐ ik krijg geen zorg, maar heb dat wel nodig
- ☐ ik heb meer nodig van de zorg die ik nu krijg
- ☐ ik heb een ander soort zorg nodig
- ☐ ik heb veel meer of heel andere zorg nodig

Beperkingen

5 Hoe lang ervaart u beperkingen door lichamelijke klachten (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ ik ervaar geen beperkingen
- ☐ ik ervaar minder dan drie maanden beperkingen
- ☐ ik ervaar langer dan drie maanden beperkingen
- ☐ ik heb de afgelopen vijf jaar meerdere, kortere perioden met beperkingen ervaren

11 Welk rapportcijfer geeft u zichzelf voor hoe fit u zich voelt (van 0 tot 10):

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zelfstandigheid

29 Kunt u zonder enige hulp van iemand anders zelfstandig de volgende activiteiten uitvoeren, eventueel met behulp van stok, rollator, rolstoel?

- boodschappen doen

☐ ja

☐ nee

- buitenshuis verplaatsen (rondom huis, naar burelen)

☐ ja

☐ nee

- aan- en uitkleden

☐ ja

☐ nee

- naar toilet gaan

☐ ja

☐ nee

61 Hoe mobiel bent u?

☐ Ik heb geen hulp of hulpmiddelen nodig.

☐ Ik gebruik alleen een wandelstok.

☐ Ik gebruik een rollator of looprek en/of krijg wat hulp bij dagelijkse activiteiten (denk aan afwassen, nagels knippen, brieven beantwoorden, bed opmaken, etc.)

☐ Ik krijg veel hulp bij dagelijkse activiteiten en/of maak soms gebruik van een rolstoel en hoog/laag bed.

☐ Ik ben afhankelijk van verzorging en/of gebruik een elektrische rolstoel en tillift.

Autonomie

62 Kunt u aangeven of de volgende uitspraken op u van toepassing zijn?

	ja	nee
a) Ik kan mijn problemen zelf wel aan.	☐	☐
b) Ik kan zelf beslissen over mijn dagelijkse bezigheden.	☐	☐
c) Ik ben vrij om te doen en laten wat ik wil binnen mijn persoonlijke grenzen.	☐	☐
d) Ik heb het gevoel dat ik word geleefd.	☐	☐

Leefkwaliteit

64 Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand gelukkig gevoeld?

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

Literatuurlijst

- Advies Q., & Deuten J. (2010). *Effecten van een woonservicegebied*, Rotterdam, SEV.
- Coleman, B. (2000). Assuring the quality of Home Care: The Challenge of Involving the Consumer, *AARP Public Policy Institute*, 2000, 1-17.
- De Boer, A.H. (2006). *Rapportage ouderen 2006*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Deci, E.L., & Ryan R.M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health, *Canadian Psychology*, 2008, 49, 182-185.
- Den Dulk, A. (2010). De beleving van praktische autonomie door verpleeghuisbewoners, *Tijdschrift over ouder worden & samenleving*, 2010, 12, 19.
- Geron, S.M., Smith K., Tennstedt S., Jette A., Chassler D., & Kasten L. (2000). The Home Care Satisfaction Measure: A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults With Home Care Services, *Journal of Gerontology*, 2000, (55B), 259-270.
- Geron, S.M. (1998). *Assessing the Satisfaction of Older Adults With Long-Term Care Services: Measurement and Design Challenges for Social Work*, 1998, 8, 103
- Hendrixen, P. (2006). Gebiedsgericht samenwerken aan wonen, zorg en welzijn in Gelderland. Rapport A. Een verkenning van knelpunten en oplossingsrichtingen., *Programma Ontgroening en Vergrijzing*, 2006, 7-52.
- Scala, M., & Mayberry, P. (1997). Consumer-directed home services: issues and models, *Scripps Gerontology Center Publications*, 1997, 1-60.
- Singelenberg J. (n.d.). powerpointpresentatie, *Woonservicegebieden*, SEV.
- Singelenberg J., & Van Triest N. (2009). *Voorstudies woonservicegebieden*, Rotterdam, SEV.
- Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting, (2011). *Proeftuinen Woonservicegebieden*, Rotterdam, SEV.

Van Biene, M.A.W. (n.d.). *De standaardvraag voorbij: narratief onderzoek naar vraagpatronen*, Hogeschool Arnhem-Nijmegen

Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Onderzoek en statistiek gemeente Dronten. (2011). *Feiten en cijfers 2010: bevolking gemeente Dronten, Biddinghuizen, Dronten, Swifterband*, gemeente Dronten.

Van Veen. (n.d.). *De toon is gezet: een taal voor kwaliteit*, Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

Verschuren & Doorewaard. (2005). *Het ontwerpen van een onderzoek*, (3), Utrecht, Uitgeverij LEMMA BV.

Volkers, K.Y.J. (2011). CQI Rapport, TRIQS B.V.

Wanderink, R. (2011). *GIS-kaart Woonservicegebied Dronten*, Radboud Universiteit Nijmegen.

Website Sensire, geraadpleegd op 10-2-2011, <http://www.sensire.nl/>.

Wiegers T.A., Stubbe J.H., & Triemstra A.H.M. (2007). *Ontwikkeling van een CQ-index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg*, Nivel

Woodruff, L. & Applebaum, R. (1996) Assuring the Quality of In-Home Supportive Services: A Consumer Perspective, *Journal of Aging Studies*, 1996, (10), 157-169.