

# De invloed van informele zorg op de kwaliteit van ouderenzorg

*literatuuronderzoek*

**Bachelorscriptie**

Adrienne Visser  
Gezondheid en Maatschappij  
Wageningen Universiteit  
6 juli 2016

# **De invloed van informele zorg op de kwaliteit van ouderenzorg**

*literatuuronderzoek*

**Bachelorscriptie Gezondheid en Maatschappij  
YSS-84312**

Auteur: Adrienne Visser

Studentnummer: 931115891030

E-mailadres: [adrienne.visser@wur.nl](mailto:adrienne.visser@wur.nl)

Opleiding: Gezondheid & Maatschappij

Onderwijsinstelling: Wageningen Universiteit

Leerstoelgroep: Management Studies Group

Begeleider: Dr. H.B. Kok

Datum: 6 juli 2016

## Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelorscriptie over de invloed van informele zorg op de kwaliteit van ouderenzorg. Deze scriptie is geschreven ter afronding van de studie Gezondheid en Maatschappij aan Wageningen Universiteit. Tijdens deze brede, multidisciplinaire studie ben ik erachter gekomen dat mijn interesses liggen bij de combinatie van management en gezondheid en de verbeteringen en vernieuwingen in de gezondheidszorg. Het onderwerp voor mijn bachelorscriptie heeft dan ook hiermee raakvlakken.

Ik kan terugzien op een interessante, intensieve en leerzame periode waarbij ik de opgedane vaardigheden tijdens mijn studie kon benutten. Met veel plezier heb ik me verdiept in de informele zorg en de kwaliteit van zorg en zou in de toekomst graag nog meer willen betekenen op dit gebied. Het onderzoek ging niet altijd even gemakkelijk en het was soms flink doorbijten, maar nu mijn scriptie af is, blijft er alleen maar een voldaan gevoel over.

Tot slot wil ik dit voorwoord gebruiken om Herman Kok te bedanken voor zijn prettige begeleiding bij de totstandkoming van mijn scriptie. Zijn eerlijke en waardevolle feedback hebben mij steeds vooruit geholpen en in de juiste richting gestuurd. Mede dankzij zijn begeleiding kan ik trots zijn op het resultaat!

Ik wens u veel leesplezier toe.

Adrienne Visser

Krimpen aan den IJssel, juni 2016

## Samenvatting

De Nederlandse overheid doet steeds meer beroep op informele zorg; zorg die verleend wordt door mensen uit het sociale netwerk van zorgvragers. Dit doet de overheid om de toenemende zorguitgaven in de hand te houden. De informele zorg neemt dan ook steeds meer taken over van de formele zorg; zorg die geleverd wordt door geïnstitutionaliseerde gezondheids- en sociale zorgsystemen. Het is daarom van belang om duidelijk te krijgen wat de mogelijkheden zijn voor informele zorgverleners en waar de grenzen liggen, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen in hoeverre informele zorg de formele zorg kan vervangen zonder dat de kwaliteit van zorg in het gedrang komt. De focus van het onderzoek is daarbij gelegd op ouderenzorg. Dit onderzoek is een literatuuronderzoek. Artikelen die worden meegenomen in het onderzoek zijn in het Nederlands of Engels geschreven, na het jaar 2000 gepubliceerd en 'peer-reviewed'. De wetenschappelijke literatuur is, waar nodig, aangevuld met zogenoemde grijze literatuur. Allereerst is gekeken in hoeverre informele zorg substituuft (vervangend) dan wel complementair (aanvullend) is aan formele zorg en vervolgens is onderzocht hoe kwaliteit wordt beoordeeld vanuit het perspectief van de zorgverlener en vanuit het perspectief van de zorgvrager. Er wordt in de ouderenzorg voornamelijk gebruik gemaakt van informele zorg bij een laag niveau van zorg; zorg waarbij de handelingen eenvoudig van aard zijn. Naarmate de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de zorgvrager toeneemt, neemt ook de formele zorg toe. Er is dan deskundigheid vereist. Uit het onderzoek blijkt dat informele zorg aanwezig blijft, ondanks dat formele zorg toeneemt, maar de literatuur is niet eenduidig over de vraag of de informele zorg dan toe- of afneemt of dat het gelijk blijft. Bij een laag niveau van zorg is informele zorg substituuft aan formele zorg. Informele zorg wordt steeds meer complementair aan formele zorg naarmate de zorgbehoefte en zorgzwaarte van de zorgvrager toenemen. Er zijn verschillende definities voor kwaliteit van zorg. De definitie hangt namelijk af van het perspectief van waaruit het wordt gedefinieerd. De zorgverlener levert zorg conform de kwaliteitseisen die gesteld worden door de Nederlandse overheid. De zorgvrager beoordeelt kwaliteit van zorg door te kijken naar de invloed van het zorgproces op de kwaliteit van leven en tevredenheid. De conclusie van dit onderzoek is dat formele zorg in zoverre vervangen kan worden door informele zorg zolang het informele zorgproces kan voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen door zowel de overheid als door de zorgvrager. Het beleid van de overheid (meer beroep op informele zorg) roept naar aanleiding van dit onderzoek vragen op. Nader onderzoek zou daarom nog gedaan kunnen worden naar in hoeverre mensen verplicht kunnen worden om informele zorg te verlenen en welke invloed informele zorg heeft op het werk, gezin en huishouden van de zorgverlener. Ook zou nog onderzocht moeten worden of het beleid meer winst oplevert als de overheid moet investeren in scholing voor de informele zorgverlener om de deskundigheid te vergroten. Daarnaast zou de overheid ook de inzet van technologie kunnen bevorderen om de formele zorg te vervangen of aan te vullen in plaats van meer beroep te doen op informele zorg. Voor de volledigheid zou de onderzoeksvraag nog empirisch getest moeten worden, waarbij de ervaringen van (in)formele zorgverleners, zorgvragers en beleidsmedewerkers meegenomen worden in het onderzoek.

# Inhoudsopgave

Titelpagina	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1 - Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Relevantie	6
1.3 Doelstelling en vraagstelling	7
1.4 Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2 – Methode	8
Hoofdstuk 3 – Informele zorg versus formele zorg	9
3.1 Informele zorg versus formele zorg	9
3.2 Substituut of complementair	10
3.3 Conclusie	12
Hoofdstuk 4 – Kwaliteit van ouderenzorg	13
4.1 Ouderenzorg	13
4.2 Kwaliteit van zorg	13
4.3 Kwaliteit vanuit zorgverlenersperspectief	14
4.4 Kwaliteit vanuit zorgvragersperspectief	16
4.5 Conclusie	17
Hoofdstuk 5 – Conclusie	18
Hoofdstuk 6 – Discussie	20
Literatuurlijst	21

# Hoofdstuk 1 – Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Nederland heeft te maken met hoge zorguitgaven die alsmaar stijgen (Horst, Erp & Jong, 2011). In 1972 werd 8% van het Bruto Binnenlands Product [BBP] besteed aan zorguitgaven en in 2010 was dat 13% van het BBP (Horst et al., 2011). Redenen voor de toename van zorguitgave zijn een toenemende zorgconsumptie, hogere kwaliteitseisen, een toenemend aantal mensen met een chronische ziekte en duurdere zorg door medische en technologische ontwikkelingen (Horst et al., 2011; Rijksoverheid, 2011). Daarnaast heeft Nederland te maken met een dubbele vergrijzing: het aantal ouderen neemt sneller toe dan het aantal jongeren en de ouderen worden ook nog eens ouder (Horst et al., 2010). Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2013) blijkt dat de zorguitgaven toenemen, naarmate men ouder wordt. Daarom zullen de zorguitgaven toenemen als de bevolking ouder wordt. Om de kosten in de hand te houden, heeft de Nederlandse overheid verschillende maatregelen genomen, waaronder de hervorming van langdurige zorg. Onder langdurige zorg wordt zorg verstaan voor mensen die dat voor langere tijd nodig hebben. Dit zijn veelal ouderen en mensen met een handicap, een chronische ziekte of een langdurig psychisch probleem. Langdurige zorg is in tegenstelling tot curatieve zorg niet gericht op genezing, maar op verzorging (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministerie van VWS], s.a.a). Voor 2015 werd de langdurige zorg geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [AWBZ]. Per 1 januari 2015 is de AWBZ overgaan in vier bestaande en nieuwe wetten: Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet langdurige zorg en Jeugdwet (Rijksoverheid, s.a.a). Met deze hervorming wil de overheid de zelfredzaamheid van ouderen bevorderen en burgers meer verantwoordelijkheden geven (Rijksoverheid, s.a.a). Gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor het al dan niet toekennen van zorgvoorzieningen aan mensen die (langdurige) zorg nodig hebben. Ze moeten ervoor zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen en dat zorg in eerste instantie verleend wordt door mensen uit het sociale netwerk van de ouderen (Rijksoverheid, s.a.a). Deze informele zorg ziet de overheid als fundament voor langdurige zorg, waarbij de overheid zich steeds meer terugtrekt uit de zorgende rol voor de bevolking (Boer & Klerk, 2013).

## 1.2 Relevantie

Uit onderzoek van Boer en Klerk (2013) blijkt dat informele zorgverleners: mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg, steeds meer zorg op zich nemen en steeds meer taken van de formele zorg overneemt. Omdat de overheid in haar beleid de nadruk legt op het belang van informele zorg, is het belangrijk om duidelijk te krijgen wat de mogelijkheden zijn voor informele zorgverleners en waar de grenzen liggen, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft (Boer & Klerk, 2013). Naar de invloed van informele zorg op de zorgverlener is veel onderzoek gedaan. Zo blijkt dat het verlenen van informele zorg negatieve invloed kan hebben op geestelijke en lichamelijke gezondheid van de informele zorgverlener (Do, Norton, Stearns & Houtven, 2015; Hiel, Beenackers, Renders, Robroek, Budorf & Croezen, 2015). Echter over de invloed van informele zorg op de kwaliteit van zorg is weinig bekend.

### 1.3 Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen in hoeverre informele zorg de formele zorg kan vervangen zonder dat de kwaliteit van zorg in het gedrang komt. De focus van dit onderzoek zal liggen op ouderenzorg. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: *“In hoeverre kan formele zorg vervangen worden door informele zorg zonder dat het negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van ouderenzorg?”* Deze vraag zal beantwoord worden aan de hand van twee deelvragen:

1. In hoeverre is informele zorg substitueert dan wel complementair aan formele zorg?
2. Hoe wordt kwaliteit van ouderenzorg beoordeelt vanuit zorgverleners- en zorgvragersperspectief?

### 1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek beschreven en hoofdstuk 3 en 4 geven de resultaten van het onderzoek weer. In hoofdstuk 3 wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre informele zorg substitueert dan wel complementair is aan formele zorg. Hoofdstuk 4 bespreekt de resultaten die leiden tot een antwoord op de vraag hoe kwaliteit van ouderenzorg wordt beoordeelt van uit het perspectief van zorgverleners en vanuit het perspectief van zorgvragers. Hierna volgt er een conclusie in hoofdstuk 5 waarin een antwoord zal worden gegeven op de hoofdvraag. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de validiteit van dit onderzoek besproken en zullen er aanbevelingen voor nader onderzoek gedaan worden.

## Hoofdstuk 2 – Methode

Dit onderzoek naar de invloed van informele zorg op de kwaliteit van ouderenzorg is een literatuuronderzoek. Voor de eerste deelvraag is gebruik gemaakt van de databases PubMed en WUR Library. Alleen Engelse en Nederlandse artikelen die na het jaar 2000 zijn uitgebracht, zijn verwerkt in het onderzoek. Daarnaast werden artikelen die niet ‘peer-reviewed’ waren uitgesloten. De gevonden artikelen werden eerst geselecteerd op basis van de titel en de samenvatting. Wanneer die voldeden aan de inclusie- en exclusiecriteria en relevant waren voor het onderzoek, werden de artikelen meegenomen in het onderzoek. Van deze artikelen werd vervolgens het gehele artikel gelezen. Daarbij is steeds opnieuw gelet of de artikelen voldeden aan de gestelde criteria en gekeken of de artikelen van goede kwaliteit waren en of ze relevant waren voor het onderzoek. Dit deel van het onderzoek is op een systematische wijze gedaan. Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuur dat verkregen is door middel van het zogenoemde ‘snowball-effect’. Ook bij deze literatuur is gelet op de inclusie- en exclusiecriteria. Een uitzondering daarop is nader uitleg over de vormen van informele zorg. Dat is op traditionele wijze verkregen uit zogenoemde ‘grijze literatuur’, omdat er in het Nederlands onderscheid is tussen mantelzorg en vrijwilliger. In de wetenschappelijke literatuur wordt alleen gebruik gemaakt van het begrip ‘informal care’ waarbij voornamelijk mantelzorger bedoeld wordt.

Voor de tweede deelvraag is deels gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en deels van grijze literatuur; websites en documenten van overheidsinstanties. De reden daarvoor was omdat kwaliteitseisen in de Nederlandse gezondheidszorg gesteld worden door de overheid en niet door wetenschappers. Dit was dan ook niet te vinden in de wetenschappelijke literatuur. Literatuur voor de tweede deelvraag is op zowel systematische als op traditionele wijze verkregen. Wel is er voor de wetenschappelijke literatuur alleen gebruik gemaakt van de databases PubMed en WUR Library en gold dezelfde inclusie- en exclusiecriteria als voor de eerste deelvraag. De zoekvragen voor deze deelvraag zijn in tabel 1 weergegeven. Ook bij deze deelvraag is naar meerrelevante literatuur gezocht door middel van het ‘snowball-effect’.

Voor dit onderzoek zijn alleen artikelen gebruikt die in de 21<sup>e</sup> eeuw zijn gepubliceerd. Een uitzondering daarop was het artikel van Donabedian (1988) waarin zijn definitie van kwaliteit van zorg en zijn model om kwaliteit in de zorg te meten zijn beschreven. Donabedian wordt gezien als een van de grondleggers van kwaliteitsmeting in de gezondheidszorg. Zijn definitie en model wordt vandaag de dag dan ook nog veelvuldig geciteerd in de wetenschappelijke literatuur.

Tabel 1: Zoekvragen in WUR Library en PubMed per deelvraag

Deelvraag	Zoekvraag
1	("informal care" OR "voluntary care" OR "unpaid care") AND ("formal care" OR "professional care" OR "organized care") AND (complementary OR substitute)
2	("service quality" AND (healthcare OR "health care"))
2	("quality of life" AND "informal care")
2	("elderly care" AND "home care" AND quality)

## Hoofdstuk 3 – Informele zorg versus formele zorg

### “In hoeverre is informele zorg substituut dan wel complementair aan formele zorg?”

#### 3.1 Informele zorg versus formele zorg

De behoefte aan zorg neemt met de leeftijd toe, omdat de zorgvragers steeds minder en slechter de algemene dagelijkse levensverrichtingen kunnen doen (Armi, Guilley & Lalive d'Epina, 2008). De meest voorkomende vorm van langdurige zorg aan ouderen is informele zorg dat verleend wordt door kinderen van de zorgvrager (Hassink & Berg, 2011). Informele zorg is de zorg die verleend wordt door iemand uit het sociale netwerk van een zorgvrager. Dit zijn voornamelijk een echtgenoot, kind, broer of zus of een goede vriend(in) (Brouwer, Exel, Berg, Bos & Koopmanschap, 2005; Armi et al., 2008; Jiménez-Martín & Prieto, 2012). De grootte van het sociale netwerk heeft een positief effect op de kans op informele zorg. Dit sociale netwerk wordt kleiner naarmate de leeftijd toeneemt (Armi et al., 2008). Formele zorg daarentegen is zorg die geleverd wordt door geïnstitutionaliseerde gezondheids- en sociale zorgsystemen. De formele zorg wordt verleend door gekwalificeerde zorgverleners die betaald krijgen voor hun zorgverlening (Bolin, Lindgren & Lundborg, 2008; Jiménez-Martín & Prieto, 2012).

Informele zorg is te onderscheiden in twee vormen: mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg (Boer & Klerk, 2013). Het grootste verschil tussen mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg is dat bij mantelzorg altijd sprake is van een persoonlijke relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener bij het starten van de zorg en bij vrijwilligerswerk in de zorg niet (Boer & Klerk, 2013). Touwen, Bruggen en Heering (2013) definiëren mantelzorg als zorg uit betrokkenheid. Een ander verschil tussen mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg is de mate van keuze en verplichting. Bij vrijwilligerswerk in de zorg is er sprake van een vrijwillige keuze om het werk te doen en voor hoelang. Daarentegen is mantelzorg iets waar men inrolt als er een beroep gedaan wordt. Daarnaast wordt mantelzorg vaak voor een langdurige periode verleend (Touwen et al., 2013). Het aantal uur zorg dat verleend wordt, hangt af van de zorgbehoefte van de zorgvrager en de type taak die uitgevoerd wordt (Hassink & Berg, 2011). Veel voorkomende taken bij informele zorg zijn huishoudelijke activiteiten zoals schoonmaken en boodschappen doen, administratieve taken, zoals het beheren van de financiën, persoonlijke verzorging, zoals het wassen en aankleden van de zorgvrager en toezicht houden wanneer de zorgvrager niet alleen gelaten kan worden (Hassink & Berg, 2011). In sommige gevallen worden en ook medisch gerelateerde taken verleend, zoals het helpen bij medicijnname en het geven van injecties (Hassink & Berg, 2011).

De keuze voor informele of formele zorg hangt volgens Houtven en Norton (2004) af van drie factoren. Allereest het aanbod van kinderen om informele zorg te bieden aan ouders en de beslissing van ouders om te kiezen voor formele of informele zorg. Ten tweede hangt de keuze af van het type zorg dat verleend moet worden. Bij een laag niveau van zorg, waarbij de handelingen eenvoudig van aard zijn, wordt er sneller gekozen voor informele zorg en bij een niveau waarbij deskundigheid vereist is voor formele zorg. Dit hangt ook af van de vaardigheden van de (potentiële) informele zorgverleners. Tot slot hangt de keuze af van de mate van invaliditeit van de zorgvrager. Wanneer er sprake is van een lage mate van invaliditeit en afhankelijkheid, kan informele zorg een vervanger zijn voor de formele zorg. Bij een toename van

invaliditeit en zorgzwaarte, vereist de zorg behalve informele zorg ook formele zorg. De informele zorgverlener is in dat geval de vertegenwoordiger van de zorgvrager.

### 3.2 *Substituut versus complementair*

Het onderscheid tussen informele zorg en formele zorg roept de vraag op in hoeverre de eerste substituut dan wel complementair is aan de laatste. Substituut staat voor vervanging en complementair wil zeggen dat het een aanvulling is. Volgens het substitutiemodel vervalt de informele zorg als er formele zorg geleverd wordt (Karlsson, Edberg, Westergren & Hallberg, 2008; Jiménez-Martín & Prieto, 2012). Het complementaire model daarentegen zegt dat de formele zorg een aanvulling is op de informele zorg wanneer de medische eisen te complex worden (Karlsson et al., 2008; Jiménez-Martín & Prieto, 2012). Daarnaast geven Jiménez-Martín en Prieto (2012) nog twee modellen: het compensatiemodel en taak-specifieke model. Volgens het compensatiemodel kan er sprake zijn van substitutie, maar daarbij is er wel een voorkeursvolgorde. Zo zal een zorgvrager alleen gebruik maken van de formele zorg, wanneer er geen informele zorg meer beschikbaar is. Volgens het taak-specifieke model verschillen formele zorg en informele zorg van elkaar. Informele zorg is geschikt voor eenvoudige handelingen en formele zorg voor de complexe taken. Volgens het taak-specifieke model zijn de formele zorg en de informele zorg geen substituten van elkaar, maar zijn ze complementair. Het verschil met het compensatiemodel is dat bij het taak-specifieke model niet de wil van de patiënt bepaalt welke zorg geleverd moet worden, maar de aard van de taak.

Uit onderzoek van Karlsson et al. (2008) blijkt dat het verlenen van zorg aan ouderen in hun thuissituatie sterk afhankelijk is van informele zorg. Over of het aandeel van informele zorg groter of kleiner wordt of dat het gelijk blijft wanneer het gebruik van formele zorg toeneemt, is de literatuur niet eenduidig. Penning (2002) vond geen bewijs voor het feit dat meer formele zorg leidt tot minder informele zorg, maar geeft wel aan dat zowel informele zorg als formele zorg positief gerelateerd zijn aan de gezondheid van zorgvragers. Volgens Penning (2002) hangt de hoeveelheid informele zorg af van de zorgbehoefte en de beschikbaarheid van informele middelen en niet van de hoeveelheid formele zorg dat geleverd wordt. Volgens Armi et al. (2008) is er juist een positieve relatie tussen het gebruik van formele zorg en de hoeveelheid informele zorg dat een zorgvrager ontvangt. Dat wil zeggen dat wanneer het gebruik van formele zorg toeneemt, de hoeveelheid informele zorg ook toeneemt. Deze toename vindt voornamelijk plaats als de zorgbehoefte en zorgzwaarte toenemen. Op deze manier zijn formele zorg en informele zorg complementair aan elkaar (Armi et al., 2008). Uit onderzoeken van Davey et al. (2005), Karlsson et al. (2008) en Bosang (2009) blijkt daarentegen dat het aandeel informele zorg kleiner wordt naarmate het niveau van de vereiste zorg hoger wordt. De zorgzwaarte, de zorgbehoefte en de invaliditeit van de zorgvrager nemen dan toe. Informele zorg blijft vaak wel aanwezig. De informele zorgverlener is in dat geval niet meer in staat om de zorg alleen te verlenen en de formele hulp wordt dan ingeschakeld als een aanvulling op de informele zorg om toch te kunnen voldoen aan de zorgbehoeften van de zorgvrager. Dit komt overeen met het complementaire model (Davey et al., 2005; Karlsson et al., 2008; Bosang, 2009). Informele zorg is voornamelijk complementair aan formele zorg bij verplegende en verzorgende taken. Bij taken waarbij weinig vaardigheden van de zorgverlener vereist wordt, zoals huishoudelijke taken, is de informele zorg wel een substituut voor formele zorg (Bosang, 2009). Tot slot blijkt uit onderzoek van Li (2005) dat informele zorg in eerste instantie minder wordt als er ook gebruik gemaakt gaat worden van

formele zorg, maar dat na verloop van tijd dat weer stabiliseert. Redenen voor de daling van informele zorg zijn het verhuizen van de informele zorgverlener, waardoor de zorgverlener verder van de zorgvrager komt te wonen en veranderingen in zorgbehoefte waardoor het verlenen van zorg voor de informele zorgverlener te complex wordt. Ook kan het zijn dat er minder hulp nodig is, omdat er gebruikt gemaakt gaat worden van allerlei hulpprogramma's of hulpmiddelen. Daarnaast kan de hoeveelheid informele zorg minder worden door kenmerken van de zorgverlener, zoals gezondheidstoestand, leeftijd en belastbaarheid (Li, 2005).

Ook Litwin en Attias-Donfut (2009) onderzochten in hoeverre formele zorg en informele zorg substitueert dan wel complementair zijn aan elkaar. Daarbij werd gekeken naar drie varianten van zorgverlening: alleen formele zorg, alleen informele zorg en een combinatie van formele en informele zorg. Uit onderzoek van Litwin en Attias-Donfut (2009), maar ook uit onderzoek van Davey et al. (2005) blijkt dat de zorgvragers vaker te maken hebben met de combinatie van formele zorg en informele zorg dan met alleen formele zorg. Deze combinatie van zorg komt het meest voor bij zorgvragers die veel zorg nodig hebben (Davey et al., 2005; Litwin & Attias-Donfut, 2009). Ook was er vaker sprake van een combinatie wanneer de informele zorgverleners geen echtgenoot waren van de zorgvrager (Litwin & Attias-Donfut, 2009). Dat zorgvragers die zowel formele zorg als informele zorg ontvangen, meer afhankelijk zijn van zorg dan zorgvragers die alleen formele zorg krijgen, blijkt ook uit onderzoek van Karlsson et al. (2008). Zorgvragers die alleen formele zorg ontvangen krijgen meer formele zorg met betrekking tot persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven, zoals wassen en aankleden, dan zorgvragers die zowel formele zorg als informele zorg ontvangen. Bij zorg met betrekking tot instrumentele activiteiten van het dagelijks leven, zoals koken, boodschappen doen en huishoudelijke taken, krijgen zorgvragers die alleen formele zorg ontvangen minder formele zorg dan zorgvragers die zowel formele zorg als informele zorg ontvangen. De kloof tussen de behoefte aan zorg en de daadwerkelijke zorgverlening wordt gedekt door de informele zorg. Met name de zorg met betrekking tot instrumentele activiteiten van het dagelijks leven worden meer gedekt door de informele zorg (Karlsson et al., 2008).

Volgens Karlsson et al. (2008) past in de theorie informele zorg meer bij het substitutiemodel, maar in de praktijk komt informele zorg meer overeen met het complementaire model. Volgens Armi et al. (2008) komt het weinig voor dat formele zorg de informele zorg kan vervangen en andersom. Formele zorg is wel een vervanger van informele zorg als het aantal (potentiële) informele zorgverleners afneemt, aldus Armi et al. (2008). Ook Penning (2002) heeft geen bewijs gevonden voor het substitutie-effect. De combinatie van formele zorg en informele zorg komt vaker voor dan alleen formele zorg (Litwin & Attias-Donfut, 2009). Litwin en Attias-Donfut (2009) suggereren hiermee dat formele zorg en informele zorg elkaar eerder aanvullen dan vervangen. Davey et al. (2005) geeft aan dat het percentage dat alleen informele zorg ontvangt is ongeveer gelijk aan het percentage dat zowel formele als informele zorg ontvangt en suggereert hiermee dat dit overeenkomt met het complementaire model. Bosang (2009) geeft aan dat de informele zorg de formele zorg niet meer kan vervangen bij een hoge mate van invaliditeit van de zorgvrager. Uit onderzoek van Houtven en Norton (2004) blijkt dat informele zorg het gebruik van formele thuiszorg en verpleeghuiszorg vermindert. Informele zorg kan in deze zin de formele zorg vervangen. Wat betreft dagbehandeling is informele zorg een aanvulling. Informele zorg heeft geen invloed op de kans op een opname in het ziekenhuis, maar ouderen die informele zorg

ontvangen liggen wel minder lang in het ziekenhuis en brengen minder vaak een bezoek aan een arts dan ouderen die geen informele zorg ontvangen. Op de lengte van het verblijf in een verpleeghuis heeft informele zorg geen invloed (Houtven & Norton, 2004).

### 3.3 Conclusie

De zorgintensiteit van de zorgvrager hangt af van zijn of haar zorgbehoefte. Bij een laag niveau van zorg, waarbij de handelingen eenvoudig van aard zijn, wordt er voornamelijk gebruik gemaakt van informele zorg; zorg die verleend wordt door mensen uit het sociale netwerk van de zorgvrager. Naarmate de zorgzwaarte en invaliditeit van de zorgvrager toenemen, neemt de hoeveelheid formele zorg toe. Formele zorg is zorg die geleverd wordt door geïnstitutionaliseerde gezondheids- en sociale zorgsystemen. De literatuur is niet eenduidig over de vraag of de informele zorg dan wel toe- of afneemt of dat het gelijk blijft. Er zijn wel aanwijzingen in de literatuur dat de informele zorg aanwezig blijft, ondanks dat de formele zorg toeneemt. Met dat gegeven wordt in de literatuur meerdere keren gesuggereerd dat formele zorg en informele zorg elkaar meer aanvullen dan vervangen bij een toenemende zorgbehoefte en zorgzwaarte. Kortom: de informele zorg is substitueert aan formele zorg bij een laag niveau van zorg en wordt steeds meer complementair naarmate de zorgzwaarte en zorgbehoefte toenemen.

## Hoofdstuk 4 – Kwaliteit van ouderenzorg

### “Hoe wordt kwaliteit van ouderenzorg beoordeelt vanuit zorgverleners- en zorgvragersperspectief?”

#### 4.1 Ouderenzorg

In Nederland waren in 2015 ruim 1,2 miljoen mensen van 75 jaar en ouder. Ongeveer een kwart daarvan heeft een chronische beperking bij de dagelijkse levensverrichtingen op het gebied van huishouding en persoonlijke verzorging. Van deze 75-plussers woont bijna 90% zelfstandig en ontvangt zorg thuis (extramuraal) en woont circa 10% in een zorginstelling met 24-uurs zorg (intramuraal) (Coolen, 2015). De reden voor de verandering van extramuraal naar intramuraal is vaak het achteruitgaan van de gezondheid en het cognitief vermogen en de angst dat de zorgvrager iets overkomt, terwijl er niemand in de buurt is (Coolen, 2015). Andere redenen zijn dat de zorgvrager geen partner meer heeft en dat het sociale netwerk kleiner wordt (Klerk, 2011). De laatste jaren is de toegang tot de intramurale zorg sterk aangescherpt door bezuinigingen in de gezondheidszorg en door het veranderde beleid van de Nederlandse overheid, namelijk dat ouderen langer thuis moeten blijven wonen en in eerste instantie verzorgd moeten worden door mensen uit het eigen sociale netwerk (Klerk, 2011; Rijksoverheid, s.a.a).

#### 4.2 Kwaliteit van zorg

De definitie van kwaliteit van zorg hangt af van het perspectief van waaruit kwaliteit van zorg wordt gedefinieerd (Donabedian, 1988). Daarom wordt de kwaliteit van zorg in de literatuur op veel verschillende manieren omschreven. Donabedian (1988) definieert kwaliteit als “de mate van overeenkomst tussen de criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van goede zorg (feitelijke zorg)”. Een andere definitie is de definitie van Mainz (2003), namelijk: “de mate waarin de gezondheidszorg voor individuen en populaties de kans op gewenste gezondheidseffecten die consistent zijn met de huidige professionele kennis laat stijgen”. Donabedian (1988) ontwikkelde een model om de kwaliteit van zorg te meten. Het model bestaat uit drie concepten: structuur, proces en uitkomst.

- Structuur gaat over aspecten van het gezondheidszorgsysteem die de toegang tot en het leveren van diensten bevorderen of belemmeren, zoals geld, beschikbaarheid van apparatuur, het aantal personeel, kwalificaties van personeel en de organisatiestructuur.
- Proces gaat over de interactie tussen de zorgverlener en zorgvrager. Het omvat de activiteiten van de zorgvrager bij het zoeken naar zorg en de activiteiten van de zorgverlener bij het stellen van de diagnose en het uitvoeren van een behandeling.
- Uitkomst gaat over de effecten van de zorg op de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Uitkomst gaat bijvoorbeeld over kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.

Het kwaliteitsmodel van Donabedian (1988) is een lineair model. Dat wil zeggen dat de structurele aspecten directe invloed hebben op het proces en dat het proces directe invloed heeft op de uitkomst. Structurele aspecten hebben geen directe, maar indirecte invloed op de uitkomst. Zo blijkt uit onderzoek van Kajonius en Kazemi (2015) dat structurele aspecten van de gezondheidszorg (financiële middelen, personeelsbezetting en kwalificatie van personeel) weinig tot geen correlatie heeft met de algehele tevredenheid over specifiek de ouderenzorg. Het zorgproces heeft daarentegen een matig tot sterke correlatie met de algehele tevredenheid over

de ouderenzorg en voorspelt daarmee sterker de algehele tevredenheid over de ouderenzorg dan structurele aspecten. Toch zijn structurele aspecten van belang voor de gezondheidszorg, want deze aspecten vormen het fundament voor het functioneren van het zorgproces, aldus Kajonius en Kazemi (2015).

Kajonius en Kazemi (2016) werkten in hun onderzoek het concept proces verder uit door te beschrijven wat de meest essentiële elementen van dit proces zijn. Bij het zorgproces zijn volgens Kajonius en Kazemi (2016) vijf elementen van belang, namelijk: 'task-focus', 'person-focus', 'affect', 'cooperation' en 'time-use'. Met task-focus wordt bedoeld dat de focus op het primaire doel van ouderenzorg ligt, namelijk oudere mensen helpen bij de dagelijkse zaken waarvan ze zelf niet meer in staat zijn om te doen. 'Person-focus', het tweede element, daarentegen wil zeggen dat de focus op de individuele zorgvrager ligt. Het standpunt daarbij is dat elke zorgvrager anders behandeld moet worden, omdat iedereen anders is. Daarbij is het belangrijk dat de zorgverlener vraagt naar de voorkeuren van de zorgvrager. Dit element is de kern van het zorgvrager-gerichte zorgproces. Uit onderzoek van Kajonius en Kazemi (2016) blijkt dat een focus op de taak van de zorgverlener zonder daarbij rekening te houden met de voorkeuren van de zorgvrager een reden is voor een wisselende kwaliteit in het zorgproces. Het derde element, 'affect', wil zeggen dat de zorgverlener als het ware een glimlach op het gezicht van de zorgvrager tovert. Dat kan op verschillende manieren, zoals het verlenen van extra service en het beschikbaar zijn voor de zorgvrager. Daarbij is empathie een belangrijke eigenschap voor de zorgverlener. Het vierde element, 'cooperation', staat voor samenwerking tussen verschillende betrokkenen. Bij cooperation is communicatie van groot belang. Tot slot is 'time-use' een element van een zorgvrager-gericht zorgproces. Time-use staat voor het tijd dat doorgebracht wordt met de zorgvrager. Op basis van deze vijf elementen, de zogenoemde 'Big Five of user-oriented care', kunnen variaties in zorgproceskwaliteit verklaard worden volgens Kajonius en Kazemi (2016). Door als zorgverlener bewust te zijn te deze vijf elementen, zal het zorgproces een positieve invloed hebben op de ervaringen van de zorgvragers met de zorgproceskwaliteit en uiteindelijk op hun tevredenheid over de zorgproceskwaliteit (Kajonius en Kazemi, 2016).

#### *4.3 Kwaliteit vanuit zorgverlenersperspectief*

Formele zorg is gebonden aan professionele richtlijnen en kwaliteitseisen die gesteld worden door de Nederlandse overheid. De zorgverlener levert zorg conform deze richtlijnen en kwaliteitseisen. De richtlijnen en kwaliteitseisen, die vastgesteld zijn in verschillende wetten, zijn gemaakt om de formele zorg in goede banen te leiden en de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. Iedere wet heeft een eigen functie. Zo stelt de ene wet eisen aan zorgorganisaties en stelt een andere wet eisen aan de zorgverleners. De wetten over de kwaliteit van zorg zijn deels kaderwetten. Dat wil zeggen dat de wet alleen de hoofdlijnen aangeeft, maar geen gedetailleerde regels stelt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert of de wetten worden nageleefd en goed worden uitgevoerd. Welke kwaliteitseisen in de Nederlandse gezondheidszorg gelden is dan ook niet te vinden in de wetenschappelijke literatuur, maar in de zogenoemde grijze literatuur.

De Wet langdurige zorg, die sinds 2015 geldt, geeft een wettelijk kader waaraan ouderenzorg aan moet voldoen (Coolen, 2015). Allereerst moeten er voor iedere zorgvrager een zorgplan gemaakt worden met daarin de afspraken over de geboden hulp. Dit zorgplan is afgestemd op de

behoeften van de zorgvrager en bied bescherming voor en bevordering van de gezondheid (Rijksoverheid, s.a.b; Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ], 2013; Coolen, 2015). Daarbij moet de betrokkenheid van familieleden en eventueel informele zorgverleners worden bevorderd. Ook moet de geleverde zorg aansluiten bij de kwaliteit van leven die de zorgvrager navolgt (Coolen, 2015). De Inspectie van de Gezondheidszorg geeft tevens aan dat goede zorg doeltreffend, doelmatig en veilig moet zijn en dat de zorg geleverd moet worden volgens wettelijke eisen, richtlijnen en standaarden die gebaseerd zijn op de laatste inzichten en indien mogelijk 'evidence based' (IGZ, 2013). Daarnaast is de zorgverlener verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en deze kwaliteit komt voornamelijk tot stand in de relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener. Hierbij is de kwaliteit van handelen van de zorgverlener van groot belang (Coolen, 2015). Om zorgvragers te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van een zorgverlener, heeft de Nederlandse overheid de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg [Wet BIG] ingesteld (Ministerie van VWS, s.a.b). Een instrument van Wet BIG is het zogenoemde BIG-register. Zorgverleners die bevoegd zijn om hun beroep uit te oefenen volgens de Nederlandse kwaliteitseisen, worden in dit register opgenomen. Om in het BIG-register te komen moeten zorgverleners een geldig diploma hebben, niet onder toezicht staan vanwege een fysieke of mentale toestand en het beroep zonder beperkingen kunnen uitoefenen. Daarnaast staat in het BIG-register vermeld of de zorgverlener een tuchtrechtelijke maatregel opgelegd heeft gekregen. Een zorgverlener moet zich om de vijf jaar herregistreren. Dat wordt gedaan om de deskundigheid van de zorgverlener beter te waarborgen. Voor de herregistratie geldt een werkervaringseis en een scholingseis. De zorgverlener moet in de afgelopen vijf jaar een bepaald aantal uren gewerkt hebben en anders een scholingstraject volgen om in aanmerking te komen voor de herregistratie. Wet BIG stelt ook dat bepaalde medische handelingen niet door iedere zorgverlener uitgevoerd mogen worden. Deze zogenoemde voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die een onaanvaardbaar risico voor de gezondheid van de zorgvrager met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd, zoals chirurgische en verloskundige handelingen en het voorschrijven van geneesmiddelen. Wanneer een verpleegkundige een geregistreerd voorschrijfbevoegdheid heeft, mag het geneesmiddelen voorschrijven en heeft het functionele zelfstandigheid. Dat houdt in dat de verpleegkundige bepaalde voorbehouden handelingen mag uitvoeren zonder toezicht van de opdrachtgever, een zorgverlener die alle voorbehouden handelingen in een bepaald vakgebied mag uitvoeren. Een voorwaarde daarbij is dat de verpleegkundige bekwaam is om de handeling te verrichten. In de ouderenzorg werken naast verpleegkundigen ook verzorgenden (officiële naam: Verzorgenden in de Individuele Gezondheidszorg). Een verzorgende hoeft zich in tegenstelling tot de verpleegkundige niet te registreren en valt niet onder het tuchtrecht. Een verschil tussen de verpleegkundige en de verzorgende is dat de verpleegkundige verpleegtechnisch gezien meer bevoegdheden heeft. In de wet zijn geen kwaliteitseisen voor verzorgenden vastgelegd. Verzorgenden hebben daarentegen wel te maken met functie-eisen. Deze worden gesteld door zorginstellingen (Functiebank, s.a.). De verzorgenden moeten kunnen inspelen op de zorgbehoefte van de zorgvrager door gericht te zijn op kwaliteit van leven en door zelfstandig niet alledaagse problemen op te kunnen lossen. Ook de verzorgende is verantwoordelijk voor persoonlijke en specifieke verpleegkundige verzorging van zorgvragers (Functiebank, s.a.).

De Nederlandse overheid stelt ook dat een zorginstelling over een klachtenregeling moet beschikken om openheid over klachten en incidenten in de gezondheidszorg te krijgen. Daarvoor

is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg [Wkkgz] opgesteld (Rijksoverheid, s.a.c). Door de Wkkgz moeten klachten sneller en beter worden aangepakt, kunnen zorgverleners incidenten in de zorgverlening veilig melden en krijgt de zorgvrager een sterkere positie. Ook hebben zorgaanbieders een meldplicht over alle vormen van geweld of disfunctioneren in de zorgrelatie. Daarbij heeft de zorgvrager recht op goede informatie over incidenten in de zorgverlening (Rijksoverheid, s.a.c; IGZ, 2013). Tot slot moeten bestuurders van zorginstellingen jaarlijks verantwoording afleggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Het beleid mag niet alleen bepaald worden door zorgbestuurders; zorgvragers hebben ook zeggenschap. De zorgvragers worden vertegenwoordigd door cliëntenraden, waarin zowel zorgvragers als familieleden van de zorgvragers zitten (Rijksoverheid, s.a.b).

#### *4.4 Kwaliteit vanuit zorgvragersperspectief*

Kwaliteit van ouderenzorg kan ook worden beoordeeld vanuit het perspectief van de zorgvrager. Volgens Karlsson, Edberg en Hallberg (2010) is het van belang dat er overeenstemming is over kwaliteit tussen de zorgvrager en de zorgverlener, omdat de mate van overeenstemming invloed heeft op het voldoen aan de zorgbehoefte van de zorgvrager. Een uitkomstmaat van kwaliteit vanuit het perspectief van de zorgvrager is bijvoorbeeld tevredenheid. Tevredenheid geeft informatie over het zorgproces en over de vraag of de zorgverlener voldoet aan de wensen en verwachtingen van de zorgvrager (Kobayashi, Takemura & Kanda, 2011; Senic & Marinkovic, 2013). Tevredenheid is een complex begrip en een latente variabele volgens Senic en Marinkovic (2013). Dat wil zeggen dat het een variabele is die niet direct waargenomen wordt, maar afgeleid is van één of meerdere variabelen die wel waargenomen kunnen worden. Omdat tevredenheid gebaseerd wordt op subjectieve waarnemingen en dus verschilt van persoon tot persoon is het moeilijk te definiëren (Senic & Marinkovic, 2013). Een andere uitkomstmaat van kwaliteit vanuit dit perspectief is kwaliteit van leven. In de literatuur komt veelvuldig naar voren dat het ook lastig is om kwaliteit van leven te definiëren. Dit komt bijvoorbeeld doordat kwaliteit van leven verschillende aspecten heeft met meerdere betekenissen voor mensen (Hagberg, Hagberg & Saveman, 2002). Uit onderzoek van Hagberg et al. (2002) blijkt dat persoonlijkheid een belangrijke factor is in hoe mensen kwaliteit van leven interpreteren. Barofsky (2012) geeft aan dat kwaliteit van leven een abstract begrip is dat concreet gemaakt moet worden, maar zelfs dan is het definiëren nog lastig omdat elke methode daarvoor beperkingen heeft en het concept kwaliteit van leven niet volledig kan dekken. Volgens Ferrans, Zerwic, Wilbur en Larson (2005) wordt kwaliteit van leven vaak in verband gebracht met gezondheidsstatus, fysiek functioneren, symptomen, psychosociale aanpassing en tevredenheid met leven. Fassino (2002) geeft aan dat functionele status van de zorgvrager belangrijk is bij het beoordelen van de kwaliteit van leven, maar dat kwaliteit van leven meer verbonden is met de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Een negatieve kwaliteit van leven komt overeen met het verlies van gezondheid (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003). Ook uit onderzoek van Hellström en Hallberg (2001) en Hellström, Andersson en Hallberg (2004) blijkt dat ouderen die een verminderde gezondheid of een verminderde functionele capaciteit hebben, hun kwaliteit van leven over het algemeen lager beoordelen dan ouderen die dat niet hebben. Daarnaast worden leeftijd, het aantal klachten, het vermogen om alleen te kunnen zijn geassocieerd met een lage kwaliteit van leven en kunnen gevoelens van eenzaamheid en een depressieve stemming de lage kwaliteit van leven versterken (Hellström & Hallberg, 2001). Daarentegen beïnvloedt de grootte van een sociaal netwerk de mate van kwaliteit van leven wel positief. Het hebben van contact met meerdere personen

voorspelt een hogere kwaliteit van leven (Xavier et al., 2003; Hellström et al., 2004). Hellström et al. (2004) heeft niet kunnen aantonen dat de aard van de zorgverlener invloed heeft op de kwaliteit van leven van de zorgvrager. Ook maakt het niet uit waar, intramuraal of extramuraal, de zorgvrager hulp geboden krijgt. De hoeveelheid hulp beïnvloedt daarentegen wel de kwaliteit van leven. Dit komt omdat de hoeveelheid hulp afhankelijk is van de gezondheid en functionele capaciteit van de zorgvrager en die hebben zoals eerder gezegd invloed op kwaliteit van leven (Hellström et al., 2004). De hoeveelheid hulp wordt voor een deel door informele zorgverleners gegeven. Het is daarom van belang dat formele zorgverleners kennis over ziektes, de verschijnselen van ziektes, de behandeling van functionele beperkingen en over de manieren om klachten te voorkomen of te verlichten met informele zorgverleners deelt. Op deze manier kunnen de gezondheidsklachten beperkt worden, de positie van de zorgvrager minder kwetsbaar worden en uiteindelijk de kwaliteit van leven en zorg verbeterd worden (Hellström & Hallberg, 2001).

#### *4.5 Conclusie*

Kwaliteit kan vanuit twee perspectieven worden geduid en aldus beoordeeld; zorgverlenersperspectief en zorgvragersperspectief. De zorgverlener levert zorg conform richtlijnen en kwaliteitseisen die gesteld worden door de Nederlandse overheid. De geleverde zorg door de zorgverlener moet voldoen aan de behoeften van de zorgvrager, aansluiten bij de kwaliteit van leven van de zorgvrager en de gezondheid van de zorgvrager beschermen en bevorderen. Daarnaast moeten zorgverleners (verpleegkundigen) een geldig diploma voor het uitoefenen van verpleegkundige handelingen hebben, voldoende werkervaring hebben, in staat zijn om het beroep zonder beperkingen uit te oefenen en niet onder toezicht zijn om mentale of fysieke redenen. De kwaliteitseisen voor verzorgenden staan vermeld in functie-eisen die gesteld worden door zorginstellingen zelf. Het verschil tussen een verpleegkundige en een verzorgende is dat de verpleegkundige verpleegtechnisch gezien meer bevoegdheden heeft. Tot slot stelt de Nederlandse overheid dat er openheid moet zijn; openheid over klachten, incidenten, geweld en disfunctioneren, maar ook openheid over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Met deze openheid weten zowel zorgverleners en zorgvragers als de overheid hoe het gesteld is met de kwaliteit van zorg en waar de kwaliteit verbeterd moet worden. De zorgvrager heeft tevredenheid en kwaliteit van leven als uitkomstmaten voor kwaliteit. Beide uitkomstmaten zijn abstract en subjectieve waarnemingen. Tevredenheid geeft informatie over het zorgproces en over de vraag of de zorgverlener voldoet aan de wensen en verwachtingen van de zorgvrager. Een verminderde gezondheid of functionele capaciteit worden geassocieerd met een lage kwaliteit van leven. Een groot sociaal netwerk daarentegen wordt geassocieerd met een hoge kwaliteit van leven. De hoeveelheid hulp beïnvloedt kwaliteit van leven; van de aard van de zorgverlener en waar de zorg verleend wordt is dit niet aangetoond. Het is wel van belang dat de zorgverlener, formeel of informeel, kennis heeft over verschijnselen en behandelingen van ziektes en beperkingen. Daarmee kan de kwaliteit van leven van de zorgvrager en kwaliteit van zorg verbeterd worden.

## Hoofdstuk 5 – Conclusie

Dit onderzoek heeft als doel om in kaart te brengen in hoeverre informele zorg de formele zorg kan vervangen zonder dat het negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van zorg. Daarbij is de focus gelegd op ouderenzorg. In de ouderenzorg wordt zowel gebruikt gemaakt van informele zorg als van formele zorg. Informele zorg wordt verleend door mensen uit het sociale netwerk van de zorgvrager en formele zorg wordt geleverd door geïnstitutionaliseerde gezondheids- en sociale zorgsystemen. Uit de literatuur blijkt dat er bij een laag niveau van zorg, waarbij handelingen eenvoudig van aard zijn, voornamelijk gebruik gemaakt wordt van informele zorg. Naarmate de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de zorgvrager toenemen, neemt de hoeveelheid formele zorg toe. In de literatuur zijn er aanwijzingen dat de informele zorg aanwezig blijft, wanneer de formele zorg toeneemt, maar de literatuur is niet eenduidig over de vraag of de informele zorg in dat geval toe- of afneemt of gelijk blijft. Concluderend, op basis van literatuur, kan worden gesteld dat informele zorg substitueert is aan formele zorg bij een laag niveau van zorg en dat het meer complementair wordt naarmate de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de zorgvrager toenemen.

Het tweede deel van dit onderzoek gaat in op kwaliteit van zorg. Uit de literatuur blijkt dat het lastig is om kwaliteit te definiëren en te beoordelen, omdat het afhankelijk is van het perspectief van waaruit dat wordt gedaan; zorgverlener versus zorgvrager. De zorgverlener levert zorg conform de kwaliteitseisen die gesteld worden door de Nederlandse overheid. Uit de wetten die hierover gaan, blijkt dat de geleverde zorg moet voldoen aan de behoefte van de zorgvrager, moet aansluiten bij de kwaliteit van leven van de zorgvrager en de gezondheid van de zorgvrager moet bevorderen en beschermen. Daarnaast moet er openheid zijn over het gevoerde kwaliteitsbeleid en over incidenten in de zorg, zodat iedereen weet waar kwaliteitsverbetering nodig is. Tot slot stelt de overheid kwaliteitseisen aan zorgverleners. Omdat verpleegkundigen verpleegtechnisch gezien meer bevoegdheden hebben dan verzorgenden en informele zorgverleners, zijn er alleen voor hen kwaliteitseisen vastgelegd in de wet. De kwaliteitseisen voor de verzorgenden staan in functie-eisen vermeld die gesteld worden door zorginstellingen. Uit de literatuur blijkt dat kwaliteit van zorg voornamelijk tot stand komt in de relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener; het zorgproces. Het zorgproces beïnvloedt de tevredenheid en kwaliteit van leven van de zorgvrager. Deze twee concepten zijn dan ook uitkomstmaten voor kwaliteit van zorg vanuit het zorgvragersperspectief. Zowel tevredenheid als kwaliteit van leven verschilt van persoon tot persoon en is subjectief. Literatuur toont niet aan dat de aard van de zorgverlener invloed heeft op de kwaliteit van leven. Het is wel van belang dat alle zorgverleners, formeel of informeel, kennis hebben over verschijnselen en behandelingen van ziektes en beperkingen.

Het kwaliteitsmodel van Donabedian (1988) kan worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten. Het model is lineair en bestaat uit drie concepten: structuur, proces en uitkomst. De beoordeling van kwaliteit vanuit het zorgverlenersperspectief is gebaseerd op kwaliteitseisen die in wetten zijn vastgelegd. Deze kwaliteitseisen gaan over structurele aspecten van het gezondheidszorgsysteem en daarom valt het perspectief van de zorgverlener onder structuur. De zorgvrager beoordeelt kwaliteit door te kijken naar de uitkomsten van kwaliteit. Daarom valt het

perspectief van de zorgvrager onder uitkomst in het model van Donabedian. De kwaliteitseisen die gesteld worden vanuit het zorgverlenersperspectief beïnvloeden het zorgproces. Het zorgproces beïnvloedt de kwaliteit (tevredenheid en kwaliteit van leven) die gesteld worden vanuit het zorgvragersperspectief.

Formele zorg kan in zoverre vervangen worden door informele zorg zolang het informele zorgproces kan voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen door zowel de overheid als door de zorgvrager. Dat wil zeggen dat de informele zorgverlener moet kunnen voldoen aan de zorgbehoefte van de zorgvrager en de gezondheid van de zorgvrager moet kunnen bevorderen en beschermen. Daarnaast moet de informele zorgverlener voldoende kennis hebben over verschijnselen en behandelingen van ziektes en beperkingen. Concluderend kan dus gesteld worden dat het mogelijk is om formele zorg te vervangen door informele zorg zonder dat het negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van ouderenzorg.

## Hoofdstuk 6 – Discussie

De Nederlandse overheid doet steeds meer beroep op informele zorg. Dit doet de overheid om de toenemende zorguitgaven in de hand te houden. Het beleid van de overheid is dat ouderen langer thuis moeten blijven wonen, dat de zelfredzaamheid bevorderd moet worden en dat de zorg in eerste instantie verleend wordt door mensen uit het sociale netwerk van de zorgvrager. Dit beleid roept allerlei vragen op naar aanleiding van dit onderzoek. Allereerst blijkt uit de literatuur dat informele zorgverleners voornamelijk zorg verlenen als de handelingen eenvoudig van aard zijn. Naarmate de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de zorgvrager toenemen, neemt de hoeveelheid formele zorg toe, omdat er dan deskundigheid vereist is. Als de overheid meer beroep wil doen op informele zorg, dan moet er meer geïnvesteerd worden in scholing voor de informele zorgverlener om de deskundigheid te vergroten en dat kost geld. Uit nader onderzoek zal moeten blijken of dit beleid op deze manier uiteindelijk winst oplevert ten opzichte van het inzetten van meer formele zorg. Daarnaast is het de vraag of en in hoeverre mensen uit het sociale netwerk bereid zijn om zorg te verlenen en of je mensen uit het sociale netwerk kunt verplichten om informele zorg te verlenen. De overheid kan wel iets willen, maar de burgers moeten het ook willen. Het verlenen van informele zorg moet namelijk te combineren zijn met werk, gezin en huishouden. De overheid wil namelijk ook dat iedereen deelneemt aan de arbeidsmarkt. Om te concluderen of de overheid op de juiste weg zit met hun beleid, zou ook onderzocht moeten worden in hoeverre informele zorg formele zorg kan vervangen zonder dat het negatieve invloed heeft op bijvoorbeeld de combinatie van informele zorg en werk, gezin en huishouden. Het overheidsbeleid roept ook de vraag op of de kwaliteit van het zorgproces en de uitkomst ervan voor de zorgvrager voorop moet staan of dat kwaliteit van leven van de zorgverlener net zo hoog in het vaandel moet staan. Uit onderzoek blijkt namelijk dat het verlenen van informele zorg negatieve invloed kan hebben op geestelijke en lichamelijke gezondheid van de informele zorgverleners (Do, Norton, Stearns & Houtven, 2015; Hiel, Beenackers, Renders, Robroek, Budorf & Croezen, 2015). Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg, omdat zorgverleners bijvoorbeeld uitvallen door overspannenheid. Tot slot gaat de technologie een steeds grotere rol spelen in de gezondheidszorg. In plaats van meer beroep te doen op de informele zorg, zou de overheid de inzet van technologie kunnen bevorderen om de formele zorg te vervangen of aan te vullen. Technologie in de zorg, zoals m-health, domotica en zorgrobots, helpt mensen namelijk om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Dat komt overeen met het doel van het beleid van de overheid met betrekking tot langdurige zorg. Daarom moet de overheid naast het beroep op meer informele zorg ook beroep op meer technologie in overweging nemen.

Dit onderzoek is een literatuurstudie; er is in kaart gebracht in hoeverre informele zorg formele zorg kan vervangen zonder dat het negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van ouderenzorg. Echter waren er geen onderzoeken beschikbaar die precies dezelfde onderzoeksvraag hebben onderzocht. Daarom was het onmogelijk om een volledig systematisch literatuuronderzoek te doen. Voor de volledigheid zou de onderzoeksvraag nog empirisch getest kunnen worden, waarbij de ervaringen van (in)formele zorgverleners, zorgvragers en beleidsmedewerkers ten aanzien van respectievelijk het zorgproces, de uitkomsten van dat proces en de gevolgen van het beleid meegenomen worden in het onderzoek.

## Literatuurlijst

- Armi, F., Guilley, E. & Lalive d'Épinay, C.J. (2008). The interface between formal and informal support in advanced old age: a ten-year study. *International Journal of Ageing and Later Life*, 3(1), 5-19.
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of Life Research*, 21(4), 625-631.
- Boer, A. de & Klerk, M. de (2013). *Informele zorg in Nederland, een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bolin, K., Lindgren, B. & Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health economics*, 17, 393-409.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of health economics*, 28(1), 143-154.
- Brouwer, W.B.F., Exel, N.J.A. van, Berg, B. van den, Bos, G.A.M. van den & Koopmanschap, M.A. (2005). Process utility from providing informal care: the benefit of caring. *Health Policy*, 74(1), 85-99.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Gemiddeld 2100 euro per persoon zorgkosten vanuit basisverzekering*. Verkregen op 11 april 2016 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/11/gemiddeld-2-100-euro-per-persoon-zorgkosten-vanuit-basisverzekering>
- Coolen, J. (2015). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*. Verkregen op 24 mei 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/09/01/ouderen-in-zorghuizen-broze-mensen-en-leefplezier>
- Davey, A., Femia, E. E., Zarit, S. H., Shea, D. G., Sundström, G., Berg, S., Smyer, M.A. & Savla, J. (2005). Life on the edge: patterns of formal and informal help to older adults in the United States and Sweden. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(5), 281-288.
- Do, Y.K., Norton, E.C., Stearns, S.C. & Houtven, C.H. van (2015). Informal care and caregiver's health. *Health economics*, 24(2), 224-237.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G. A., Brustolin, A., Rovera, G. G. & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 9-20.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E. & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.

Functiebank (s.a.). Verzorgende IG. Verkregen op 14 juni 2016 van [http://www.functiebank.nl/zorg/4-Verzorgende\\_IG\\_35.html?id=1127](http://www.functiebank.nl/zorg/4-Verzorgende_IG_35.html?id=1127)

Hagberg, M., Hagberg, B. & Saveman, B. I. (2002). The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. *Aging & Mental Health*, 6(2), 178-185.

Hellström, Y. & Hallberg, I. R. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health & social care in the community*, 9(2), 61-71.

Hellström, Y., Andersson, M. & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in special accommodation. *Health & social care in the community*, 12(6), 504-516.

Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J., Burdorf, A., & Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive medicine*, 70, 64-68.

Horst, A van der, Bettendorf, L., Draper, N., Ewijk, C. van, Mooij, R. de, & Rele, H. ter (2010). Vergrijzing verdeeld: Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën. *CPB Bijzondere publicaties* 86. Den Haag: Centraal Planbureau.

Horst, A. van der, Erp, F. van & Jong, J. de (2011). Trends in gezondheid en zorg. *CPB Policy Brief* 2011/11. Den Haag: Centraal Planbureau.

Hassink, W.H.J. & Berg, B. van den (2011). Time-bound opportunity costs of informal care: Consequences for access to professional care, caregiver support, and labour supply estimates. *Social Science & Medicine*, 73(10), 1508-1516.

Houtven, C.H. van & Norton, E.C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23(6), 1159-1180.

Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ] (2013). *Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis; kwaliteitsdocument 2013*. Verkregen op 24 mei 2016 van [http://www.igz.nl/Images/Kwaliteitsdocument-VVT-2013\\_tcm294-329148.pdf](http://www.igz.nl/Images/Kwaliteitsdocument-VVT-2013_tcm294-329148.pdf)

Jiménez-Martín, S. & Prieto, C. V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 13(4), 461-490.

Kajonius, P. & Kazemi, A. (2015). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & Social Care in the Community*.

Kajonius, P. & Kazemi, A. (2016). Advancing the Big Five of user-oriented care and accounting for its variations. *International journal of health care quality assurance*, 29(2), 162-176.

Karlsson, S., Edberg, A. K., Westergren, A. & Hallberg, I. R. (2008). Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(1), 136-148.

Karlsson, S., Edberg, A. K. & Hallberg, I. R. (2010). Professional's and older person's assessments of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. *International journal of nursing studies*, 47(10), 1217-1227.

Klerk, M. de (2011). *Zorg in de laatste jaren, gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kobayashi, H., Takemura, Y. & Kanda, K. (2011). Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 419-425.

Li, L. W. (2005). Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients. *The Gerontologist*, 45(4), 465-473.

Litwin, H. & Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing and Society*, 29(1), 71-91.

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministerie van VWS] (s.a.a). *Over langdurige zorg*. Verkregen op 9 mei 2016 van <http://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/over-langdurige-zorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministerie van VWS] (s.a.b). *BIG-register*. Verkregen op 24 mei 2016 van <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/wetenregelgeving/>

Penning, M. J. (2002). Hydra Revisited Substituting Formal for Self-and Informal In-Home Care Among Older Adults With Disabilities. *The Gerontologist*, 42(1), 4-16.

Rijksoverheid (s.a.a). *Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd?* Verkregen op 1 april 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/organisatie-zorg-en-ondersteuning-per-2015>

Rijksoverheid (s.a.b). *Kwaliteitseisen zorginstellingen*. Verkregen op 26 mei 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg>

Rijksoverheid (s.a.c). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Verkregen op 26 mei 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

Rijksoverheid (2011). *Maatregelen om zorguitgaven te beperken*. Verkregen op 11 april 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2011/06/10/maatregelen-om-zorguitgaven-te-beperken>

Senic, V. & Marinkovic, V. (2013). Patient care, satisfaction and service quality in health care. *International Journal of Consumer Studies*, 37(3), 312-319.

Touwen, D.P., Bruggen, S. van & Heering, J.P. (2013). Zorg uit betrokkenheid: een betekenisvolle definitie van mantelzorg ten behoeve van een passend ondersteuningsbeleid. *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek*, 15(1), 2-7.

Xavier, F. M., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. U. & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-39.