

Het Zorghuis Dr. W. Drees: een nieuwe woon/zorgvoorziening voor ouderen



R.J.M. Perenboom
K. Zaal

UYN
P 33(1)



47n.
P 33(1)

Het Zorghuis Dr. W. Drees: een nieuwe woon/zorgvoorziening voor ouderen

Eindrapport van de evaluatiestudie
Substitutie Ouderenzorg Den Haag

Juli 1991

IBISSTAMBOEKNUMMER

8712/000

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

26 AUG 1991

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

R.J.M. Perenboom
K. Zaal



Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56, Leiden

Postadres:

Postbus 124, 2300 AC LEIDEN

Telefoon:

**Per 1 april 1991
071 - 181 181**

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van 49,50 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 90.002.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Perenboom. R.J.M., Zaal. K.

Het zorghuis dr. W. Drees : Een nieuwe
woon/zorgvorm voor ouderen : eindrapport van de
evaluatiestudie Substitutie Ouderenzorg Den Haag / K. Zaal,
R.J.M. Perenboom. - Leiden : Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-190-7

Trefw.: ouderenverzorging : Nederland : onderzoek

© 1991 TNO

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de 'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- en Ontwikkelingsopdrachten TNO 1979', dan wel de desbetreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

INHOUD	pagina
VOORWOORD	i
1 INLEIDING	1
1.1 Experiment Zorghuis Den Haag	5
1.2 Beoogde effecten van het experiment	7
1.3 Literatuur	10
1.3.1 Substitutieonderzoek	10
1.3.2 Verhuizen en gezondheid	10
1.3.3 Gezondheid en welbevinden	11
1.3.4 Kwaliteit van zorg	13
1.3.5 Informele verzorging	15
1.4 Opzet van het evaluatieonderzoek	16
1.4.1 Vraagstelling	16
1.4.2 Opzet van het onderzoek en opbouw van de rapportage	17
2 PROCESEVALUATIE	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Materiaal en methode	23
2.3 Resultaten	25
2.3.1 Organisatie	25
2.3.2 Doelstellingen van het experiment	32
2.3.3 Doelstelling 1	33
2.3.4 Doelstelling 2 en 4	40
2.3.5 Doelstelling 3	47
2.3.6 Doelstelling 5	49
2.4 Conclusies	51

	pag.
3 BEWONERS	55
3.1 Inleiding	55
3.2 Materiaal en methode	55
3.3 Resultaten	61
3.3.1 Respons en non-respons	61
3.3.2 Subjectieve gezondheid, welbevinden en medische consumptie	63
3.3.3 Verandering van zorgverlenende instelling, van intensiteit van zorg en van kwaliteit van zorg, longitudinaal bekeken	73
3.3.4 Hulpbehoefte, professionele zorg en informele zorg, transversaal bekeken	78
3.3.5 Verandering van de gezondheid en hulpbehoefte, per indicatie bekeken	84
3.3.6 'Redelijk en matig/slecht gezonde' ouderen nader bekeken	90
3.4 Interpretatie en conclusies	92
3.4.1 Interpretatie	92
3.4.2 Conclusies	97
4 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN DISCUSSIE	99
4.1 Inleiding	99
4.2 Materiaal en methode	102
4.3 Resultaten	104
4.4 Conclusies en discussie	114
LITERATUUR	121
BIJLAGEN	127

VOORWOORD

Met onderhavig rapport wordt een periode van drieëneenhalf jaar onderzoek naar de consequenties voor ouderen van substitutie van zorg beëindigd. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Zorghuis Dr. W. Drees in Den Haag, waar drie jaar lang een experiment op het gebied van substitutie van zorg heeft plaatsgevonden. In dit rapport worden resultaten gepresenteerd van de verschillende deelonderzoeken die uitgevoerd zijn om die consequenties te bepalen.

Wat niet in onderzoek naar voren komt, ook niet in een procesevaluatie, is het enthousiasme van de betrokkenen bij de begeleiding en uitvoering van dit experiment, maar ook bij de evaluatie. Daartoe behoren, in willekeurige volgorde, de (voormalige) leden van de Projectgroep, de professionele zorgverleners, de vrijwilligers en, zeker niet in de laatste plaats, de bewoners van het Zorghuis en de ouderen, die deel hebben uitgemaakt van onze controlegroep. Enkele personen willen wij echter met name bedanken voor hun bijdrage aan de evaluatie, zonder andere daarmee tekort te willen doen. In de eerste plaats mevrouw E.C.C.M. Jongmans, coördinator van het experiment, die ons op gezette en ongezette tijden gevraagd en ongevraagd voorzag van allerhande informatie betreffende het experiment. Vervolgens de voorzitter van de Projectgroep, de heer A.J. Metske, die ons eveneens in overvloedige mate van de noodzakelijke informatie heeft voorzien. Ten derde mevrouw van Engelenburg, zonder wie de dataverzameling bij de vrijwilligers veel moeizamer tot stand zou zijn gekomen. Vervolgens de betrokken zorgverleners in het Zorghuis die bereid zijn geweest ons een kijkje in de keuken van de zorgverlening, door middel van een participerende observatie, te laten nemen. Tenslotte de directeuren van de bij het experiment betrokken organisaties, te weten dr. A.K.C. Burger, directeur van de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging, die het initiatief tot het experiment heeft genomen, de heer J. Kloosterman, directeur van de Stichting Thuishulp 's-Gravenhage en de heer J.J. Gillisen, voormalig directeur van het Haags Kruiswerk.

Naast bovenstaanden zijn ook andere personen betrokken geweest bij het onderzoek, die hier bedankt worden, zoals drs C. van Rooy en mevrouw B. Schreuder van AGB Veldkamp, alsmede alle interviewers en interviewsters, voor de dataverzameling bij ouderen en centrale verzorgers.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht en met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Voor de begeleiding van het onderzoek is een Begeleidingscommissie geformeerd, bestaande uit de volgende personen:

- drs. J.T. Poleij (voorzitter), namens het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
- drs. F.G.W. Goudriaan (secretaris), namens het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
- drs. N. Geerts, namens de Projectgroep van het experiment*;
- drs. F.A. van Rooy, namens de Projectgroep van het experiment;
- mevr. E.C.C.M. Jongmans, als coördinator van het experiment;

als adviserend lid:

- mevr. drs. T. Janssen, namens het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen.

De secretariële ondersteuning van de Begeleidingscommissie is in handen van mevr. drs. N. Welling.

Het onderzoek is uitgevoerd door drs. R.J.M. Perenboom (projectleider) en mevr. drs. K. Zaal. In aanvang heeft dr. J.J.F. Schroots het onderzoek inhoudelijk begeleid. De inhoudelijke begeleiding van het eindrapport is in handen geweest van dr. A. Dijkstra. De statistische begeleiding van het onderzoek was in handen van de afdeling Statistiek, met name van mevr. dr. C.C.J.H. Bijleveld en later van dr. S. van Buuren. Mevrouw H.G. Knijnenburg en mevrouw H.J. Cebol hebben de secretariële ondersteuning verzorgd.

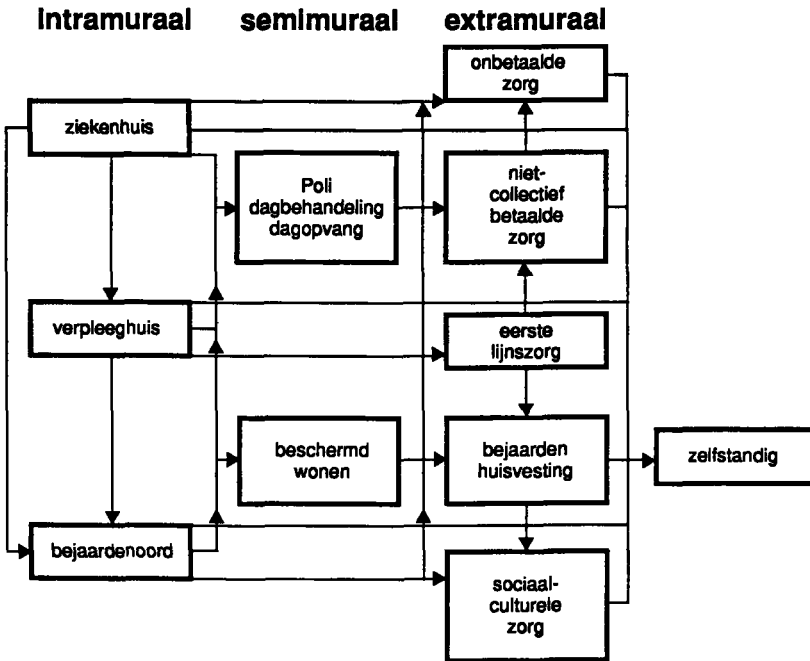
Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de evaluatiestudies van het Demonstratieproject Substitutie in de Zorg voor Ouderen. De samenwerking met andere wetenschappelijke instellingen heeft regelmatig tot inhoudelijke discussies geleid, die niet allemaal zijn afgerond, maar uitnodigen tot meer. Een woord van dank past aan alle onderzoekers die betrokken zijn geweest bij de evaluatiestudies.

* Per 1 januari 1991 vervangen door mevr. J. de Vries.

1 INLEIDING

Het aandeel ouderen (65-plussers) in de Nederlandse bevolking zal, naar verwachting, toenemen van ongeveer 12% in 1990 tot ruim 15% in het jaar 2000. Het aandeel 'oude' ouderen (80-plus) zal in dezelfde periode toenemen van 2.9% tot 3.3%. In 2030 zijn deze percentages respectievelijk 23.4% en 5.4% (CBS, 1989, berekend door RP). Deze demografische veranderingen geven - bij ongewijzigd beleid - tot het jaar 2000 een toename van de collectieve kosten van gezondheidszorg te zien van 40% ten opzichte van het jaar 1985 (Goudriaan, 1989). Mede als reactie op deze (dubbele) vergrijzing en de daarmee gepaard gaande groei van de kosten van gezondheidszorg (WVC, 1986a), richt het overheidsbeleid zich sedert enkele jaren op een verschuiving c.q substitutie van zorg van dure -meestal intramurale- naar goedkopere voorzieningen, over het algemeen extramurale. De wens van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen levert in dit opzicht een bijdrage aan de kans op succes van het substitutiebeleid. Naast het financiële aspect speelt ook het geven van 'zorg op maat' -als kwaliteitsverbetering van zorg- een belangrijke rol in dit substitutiebeleid (WVC, 1988, p.123; Goudriaan, 1990). Substitutie wordt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1988a) omschreven als: "verschuiving in het zorgaanbod naar lichtere zorgvormen en een daarmee inherente verlegging van cliëntstromen, zodat sprake is van een toereikend maar goedkoper alternatief. Het belangrijkste doel ervan is de stijgende en veranderende zorgbehoefte adequaat op te vangen en tegelijkertijd de kosten te beheersen" (p.35). Door WVC (1988a, p.123) is een substitutiemodel opgesteld (schema 1), waarin de verschuivingsmogelijkheden aangegeven worden. Dit betreft niet alleen verschuiving van zwaardere professionele zorgvormen naar lichtere, maar ook naar informele zorg en zelfzorg.

Schema 1 Substitutiemodel volgens WVC



In het verleden heeft reeds (spontane) substitutie in de gezondheidszorg plaatsgevonden, bijvoorbeeld van klinische zorg naar poliklinische zorg (Goudriaan, 1990, p. 8). Dit is in een aantal gevallen wetenschappelijk onderzocht. Goudriaan (1990) vat diverse onderzoeken naar substitutie samen. Hij concludeert hieruit dat substitutie in het jaar 2000 kan leiden tot een besparing van ongeveer 5% op de te verwachten kosten. Tegelijk concludeert hij dat het de vraag is of substitutie ook feitelijk mogelijk is. De onderzoeken naar het vóórkomen van substitutie geven een uiterst somber beeld. Hij stelt dan ook dat nader onderzoek in de vorm van experimenten noodzakelijk is.

Om de mogelijkheden van substitutie te onderzoeken, heeft WVC in 1987 een landelijk demonstratieproject 'Substitutie in de Zorg voor Ouderen' geïnitieerd, bestaande uit zes veldexperimenten. Deze experimenten richten zich op diverse mogelijkheden van substitutie (WVC, 1988b; Perenboom & Schroots, 1989). Zij worden uitgevoerd in zes regio's in Nederland: de Bevelanden, Den Haag, Nieuwegein, Rotterdam, Venlo en Zuid-Oost Groningen en geëvalueerd door verschillende wetenschappelijke instellingen.

De centrale vragen in de evaluatieonderzoeken zijn of -na verloop van tijd- in bovengenoemde regio's verschuivingen ontstaan in de vraag naar, de toewijzing en het uiteindelijk gebruik van zorgfuncties. Tegelijk is er de vraag of deze verschuivingen gepaard gaan met zodanige veranderingen in kwaliteit en kosten van zorg dat de doelmatigheid van ouderenzorg toeneemt (ODO, 1989, p.13). Tenslotte is er de vraag naar de effecten van substitutie op de individuele gebruiker van zorg, in termen van gezondheid en welbevinden.

In dit onderzoek worden de volgende aspecten daarbij betrokken (cf. ODO, 1989):

1. De mate van hulpbehoefte van de ouderen;
2. De omzetting van hulpbehoefte in concrete vragen en gebruik van zorgfuncties (voorzieningen);
3. De effecten van het gebruik op enerzijds individuele gebruikers, zoals kwaliteit van zorg en het subjectief welbevinden van de ouderen, maar ook op kosten en gebruik van andere voorzieningen.

In het Zorghuis Dr. W. Drees in Den Haag wordt één van bovengenoemde experimenten uitgevoerd: het experiment Zorghuis Den Haag. WVC heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO (NIPG-TNO) opdracht gegeven dit experiment te evalueren. Dit rapport geeft de resultaten van het evaluatieonderzoek weer (cf. Perenboom & Zaal, 1990a).

In dit hoofdstuk wordt eerst een korte beschrijving gegeven van het experiment (paragraaf 1). Vervolgens wordt ingegaan op een aantal verwachtingen die men van het experiment heeft (paragraaf 2). In de derde paragraaf wordt op basis van literatuur ingegaan op enkele aspecten die voor de evaluatie van belang zijn. Tenslotte wordt in paragraaf 4 ingegaan op de vraagstelling en de opzet van het evaluatieonderzoek.

Hoofdstuk 2 en 3 geven de resultaten van het evaluatieonderzoek weer. Hoofdstuk 2 gaat in op de procesmatige kant van het experiment. Het geeft de resultaten weer van de procesevaluatie. Hoofdstuk 3 geeft opzet en resultaten van het longitudinale onderzoek bij de aan het experiment deelnemende ouderen weer. Tenslotte wordt in hoofdstuk 4 een samenvatting gegeven en worden op basis van de resultaten conclusies getrokken.



Foto 1 Eigen brievenbussen



Foto 2 Eigen voordeur

1.1 Experiment Zorghuis Den Haag

Het experiment is gestart op 1 oktober 1987. Het is gelokaliseerd in het Zorghuis Dr. W. Drees, een nieuw gebouwde voorziening voor ouderen, gelegen in de wijk Segbroek, Den Haag. Het Zorghuis bestaat uit 119 appartementen voor alleenstaanden en tweepersoonshuishoudens (zgn. HAT-eenheden). Aan het experiment nemen de volgende instellingen deel: de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging van de gemeente Den Haag (GDVV), de Stichting Thuishulp 's Gravenhage en het Haags Kruiswerk. Voor de opzet en begeleiding van het experiment is een Projectgroep geformeerd, waarin vertegenwoordigers van bovengenoemde organisaties zitting hebben, alsmede vertegenwoordigers van zowel de afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid van de gemeente Den Haag (MWV)* als van het Ministerie van WVC en van het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO).

Het experiment Zorghuis Den Haag is gebaseerd op de nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen' (Burger & van Otterloo, 1983), waarin -vanuit historisch perspectief- de zorg voor ouderen wordt bekeken. Op basis van het begrip 'Total Institutions' (Goffman, 1961) stellen de auteurs dat de uniforme zorg in verzorgingshuizen leidt tot invalidering van de ouderen. Om meer tegemoet te komen aan de uniciteit van de ouderen en om het invaliderende karakter van een uniform zorgpakket te voorkomen dient in de zorg meer accent gelegd te worden op wat ouderen zelf kunnen. (Professionele) zorg dient complementair, dat wil zeggen aanvullend, te zijn. Er dient daarvoor een nieuwe vorm van zorg voor ouderen ontwikkeld te worden, een (zogenaamd) Zorghuis, waarin ouderen zelfstandig kunnen wonen en aanvullende -professionele- zorg krijgen. Dit plan is concreetiseerd in het Zorghuis Dr. W. Drees. In het kader van het Demonstratieproject 'Substitutie in de Zorg voor Ouderen' heeft het Zorghuis met ingang van 1 oktober 1987 voor drie jaar een experimentele status verkregen.

Het basisidee van het experiment is substitutie, opgevat als het verlenen van zorg op maat, door middel van verschuiving van zwaardere vormen van zorg naar lichtere.

Het doel van dit basisidee is te omschrijven als: "Het handhaven of vergroten van de zelfstandigheid en het welbevinden van ouderen, door middel van substitutie

* Deze afdeling is per 1 september 1991 opgegaan in de Dienst Welzijn.

van zorg en het leveren van zorg op maat, in de verwachting dat de kosten van de zorg hierdoor minder zijn dan die, welke in traditionele instellingen worden gemaakt" (Perenboom & Schroots, 1989, p. 4).

Dit doel wordt gerealiseerd door de functies (beschermd) wonen (aanleunwoningen), verzorging (verzorgingshuis) en verpleging (verpleeghuis) te combineren in één Zorghuis. Iedere oudere (of echtpaar) heeft een eigen appartement, waar de zorg 'aan huis' wordt gebracht. De ouderen hoeven bij verandering van hulpbehoefte -en daarmee mogelijk indicatieverandering- in principe niet te verhuizen naar een andere woning binnen het Zorghuis of naar andere instellingen: de 'aan huis' geleverde zorg wordt aangepast aan de behoefte van de oudere.

De ouderen met een verpleeghuisindicatie komen via het Bemiddelingsbureau Verpleeghuizen 's-Gravenhage en Omgeving (BVGGO) in aanmerking voor een woning in het Zorghuis. De overige ouderen kunnen zich bij de Gemeentelijke Dienst voor de Volkshuisvesting aanmelden voor een appartement. Bij de start van het experiment zijn 40 ouderen op basis van een WBO-indicatie (verzorgingshuisindicatie) in het Zorghuis komen wonen. Vervolgens zijn in de eerste twee jaar van het experiment geen WBO-geïndiceerde ouderen op basis van deze indicatie in het Zorghuis binnengekomen. De Projectgroep verwachtte dat er binnen het Zorghuis voldoende doorstroming van ouderen met een aanleunwoningindicatie naar een hulpbehoefte op het niveau van een WBO-indicatie zou plaatsvinden. Na twee jaar bleek dit echter niet het geval te zijn en is alsnog besloten ouderen expliciet op basis van een WBO-indicatie toe te laten.

In traditionele verpleeghuizen verblijven patiënten doorgaans met meer personen (4 à 8) op één zaal. In het Zorghuis wonen ouderen met een verpleeghuisindicatie -eventueel samen met hun partner- in een eigen appartement. De partner hoeft geen indicatie te hebben. De professionele zorgverlening voor ouderen met een verpleeghuisindicatie vindt plaats door een vaste staf van personeel in dienst van de GDVV (het zogenaamde 'behandelteam').

In traditionele verzorgingshuizen wordt de zorg verleend door zorgverleners in dienst van dat verzorgingshuis en betalen de ouderen een totaalbedrag voor huisvesting, voeding en verzorging. In het experiment daarentegen worden ouderen met een WBO-indicatie beschouwd als zelfstandig wonende ouderen. Er is geen specifiek zorgaanbod voor deze ouderen. Zij kunnen, evenals ouderen in de aanleunwoningen, een beroep doen op wijkverpleging, gezinszorg en informele zorgverleners. Zij betalen een normale huur voor hun appartement (met recht op

huursubsidie).

De veronderstelde kostenvermindering wil de Projectgroep bereiken door ten eerste zoveel mogelijk gebruik te maken van zelfzorg en informele zorg, aangevuld met extramurale zorg, en ten tweede door re-allocatie van financiële middelen. De gelden uit de AWBZ, de WBO en de huuropbrengsten van de woningen worden besteed ten behoeve van alle bewoners, alsmede voor wijkactiviteiten als onderdeel van de dienstverlening van het Zorghuis.

1.2 Beoogde effecten van het experiment

Het experiment beoogt de zelfstandigheid en het welbevinden van ouderen te handhaven of te vergroten, door middel van substitutie van zorg en het leveren van zorg op maat, in de verwachting dat de kosten van zorg hierdoor minder zijn dan die, welke in traditionele instellingen worden gemaakt. De verwachting is, dat, door het accent te leggen op de zelfstandigheid van ouderen, invalidering dat wil zeggen een achteruitgang in welbevinden en gezondheid- door hospitalisering wordt voorkomen. Een zorghuis heeft, volgens Burger en van Otterloo (1983) niet de karakteristieken van een 'totaal-instituut', die volgens hen, in navolging van Goffman (1961) vóórkomen bij traditionele intramurale instellingen. Daarnaast wil men zorg aanbieden, die op de individuele behoefte van ouderen is afgestemd ('zorg op maat'), in plaats van uniforme zorgpakketten. Hiermee wil men onnodige afhankelijkheid en een daarmee gepaard gaande invalidering voorkomen. Zorg op maat wil men onder andere bereiken door professionele zorg aanvullend te laten zijn aan bestaande c.q. mogelijke zelfzorg en informele zorg. Aan zelfzorg en informele zorg wordt dan ook een grote waarde gehecht. In de doelstellingen van het experiment is dit als volgt verwoord (Projektplan, 1987): "De zorg zal verleend worden door gebruikmaking van informele zorg en bestaande extra- en intramurale dienstverlenende instanties" (p. 8). In het experiment wordt onder mantelzorg verstaan: "die zorg die gegeven wordt binnen een kleine kring zoals gezin, familie, vrienden. De bereidheid tot zorg is wederkerig en wordt gegeven door niet-professionele hulpverleners" (p. 4). Het experiment beoogt de informele of mantelzorg te stimuleren: "Het leven buiten een instelling moet ook gewoon worden in de instelling. Dit betekent, dat waar de oudere zichzelf niet geheel meer kan verzorgen het niet automatisch zo

is dat de huishoudelijke zorg overgenomen wordt, bijvoorbeeld door professionele werkers. Kortom, de thuissituatie zoals voorheen was, met behulp van burens en vrienden, wordt in het Zorghuis gestimuleerd" (p. 4). Indien informele zorg niet toereikend is, wordt aanvullende professionele zorg verleend. Deze zorg wordt 24 uur per dag gegarandeerd (Projektplan, 1987). De verwachtingen van de Projectgroep ten aanzien van de taak van informele zorgverleners en de wijze waarop stimulatie van informele zorgverlening plaats moet vinden, zijn niet in het Projektplan of elders vastgelegd. Stimulatie vindt voor verpleeghuisgeïndiceerde ouderen structureel plaats bij de maaltijdvoorziening. Indien geen gebruik wordt gemaakt van deze voorziening krijgt de oudere per maaltijd het standaard AWBZ-bedrag terug.

Voor professionele zorg wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van extramurale zorgverleners, omdat deze meer gewend zijn aanvullende zorg te verlenen dan intramurale zorgverleners. Het Projektplan (1987) stelt: "Daar de benaderingswijze van extra-murale werkers (gezinszorg) veel meer aanvullend bij de bestaande zelf- en mantelzorg aan wenst te sluiten, lijkt het beter om die in het zorghuis zoveel mogelijk de noodzakelijk te verlenen zorg te laten verrichten" (p.5). In concreto is vastgelegd dat extramurale zorgverleners vooralsnog de zorg tot aan het niveau van verpleeghuisindicatie gaan verlenen, dat wil zeggen aan ouderen met een aanleunwoningindicatie en aan ouderen met een WBO-indicatie (Projektplan, 1987). Gedurende de looptijd van het experiment wordt gezien of extramurale zorgverleners ook zorg kunnen verlenen aan ouderen met een verpleeghuisindicatie. Met de extramurale zorgverlening aan WBO-geïndiceerde ouderen is substitutie van zorg reeds vastgelegd en bij de start van het experiment gerealiseerd. Dit is in dit kader als substitutie van de eerste orde te beschouwen. Daarnaast kan evenwel ook binnen de ouderenpopulatie van het Zorghuis substitutie ontstaan, doordat bijvoorbeeld de extramurale professionele zorgverlening verschuift in de richting van meer hulpbehoevende ouderen of doordat meer informele zorg wordt verleend dan in traditionele woon- of zorgvormen. Deze substitutie is dan als van een tweede orde te beschouwen.

Op grond van bovenstaande beschouwing en gezien de centrale vragen die in de evaluatiestudies van de verschillende substitutieprojecten aan de orde zijn, richt de evaluatie van het experiment Zorghuis Den Haag zich op de effecten van substitutie op de ouderen zelf. De volgende aspecten zullen in deze eva-

luatiestudie aan de orde zijn: welbevinden, gezondheid en medische consumptie van ouderen en kwaliteit en kosten* van zorg. Daarnaast komt informele zorgverlening aan de orde. Zoals boven gesteld, is bij de aanvang van het experiment reeds substitutie gerealiseerd (eerste orde). In de evaluatiestudie zal ook aandacht geschonken worden aan het al dan niet optreden van substitutie van de tweede orde, dat wil zeggen verschuiving van professionele zorg naar meer hulpbehoevende ouderen. Tenslotte wordt beschreven hoe het experiment verlopen is, welke interventies zijn ondernomen en hoe participanten in het experiment daarover denken. Opgemerkt moet worden dat handhaving van gezondheid en welbevinden alsmede van de kwaliteit van zorg, zeker bij gerealiseerde substitutie van de tweede orde, als een positief resultaat beschouwd kan worden.

In de volgende paragraaf zal, aan de hand van een literatuurverkenning, nader ingegaan worden op enkele aspecten die van belang zijn voor de evaluatiestudie. Het Zorghuis Dr. W. Drees is het eerste en (tot nu toe) enige zorghuis in Nederland. Literatuur over zorghuizen, zorghuisbewoners en hun verzorgers ontbreekt dan ook. De aspecten die in de volgende paragraaf aan de orde komen zijn uit theoretische overwegingen relevant.

Ten eerste wordt beschreven wat er tot nu toe bekend is over de effecten van substitutie op gezondheid en welbevinden van ouderen.

Om in het Zorghuis te kunnen wonen, dienen ouderen te verhuizen. Aangezien een verhuizing een ingrijpende gebeurtenis vormt, wordt in deze beschouwing ook kort aandacht besteed aan de gevolgen van verhuizing op gezondheid en welbevinden.

Daarnaast kunnen ook verschillende demografische kenmerken -leeftijd, geslacht, burgerlijke staat etcetera- invloed hebben op gezondheid en welbevinden. In deze literatuurverkenning wordt daarom kort ingegaan op welbevinden en gezondheid van ouderen en op factoren die hierop invloed kunnen uitoefenen. Tenslotte worden kwaliteit van zorg en zorg door informele zorgverleners aan de orde gesteld. Deze literatuurstudie geeft tevens aan op welke wijze de effecten van het experiment ten behoeve van de evaluatie geoperationaliseerd kunnen worden.

* Opgemerkt moet worden dat het kostenaspect geëvalueerd wordt door het Nederlands Economisch Instituut (Rotterdam). Dit aspect zal daarom in dit rapport nagenoeg buiten beschouwing blijven.

1.3 Literatuur

1.3.1 Substitutieonderzoek

Onderzoek naar substitutie in de (ouderen)gezondheidszorg heeft zich tot op heden voornamelijk gericht op de (mogelijke) verschuivingen in cliëntstromen tussen en binnen voorzieningen en naar zelfzorg, dat wil zeggen dat dit onderzoek gericht is op effecten voor het gezondheidszorgsysteem. Vanuit deze optiek concludeert Goudriaan (1990) in een literatuurstudie van Nederlands onderzoek dat substitutie tussen de verschillende voorzieningen mogelijk lijkt. Uiteindelijk zou hiermee in het jaar 2000 een kostenbesparing van 5% op de trendraming behaald kunnen worden.

Uit bovengenoemde literatuurstudie blijkt dat in instellingen als ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis ouderen verblijven die, op basis van hun hulpbehoefte, ook op andere wijze geholpen zouden kunnen worden. Voor deze ouderen zijn, bezien vanuit het zorgsysteem, gelijkwaardige, maar goedkopere, voorzieningen beschikbaar, inclusief onbetaalde (=informele) zorg en zelfzorg (zie substitutiemodel WVC, pag.2). Substitutie lijkt dus mogelijk. Deze onderzoeken geven evenwel geen antwoord op de vraag wat het effect van substitutie is op (subjectieve) gezondheid en welbevinden van ouderen, c.q. of de ouderen van mening zijn dat deze alternatieve voorzieningen een gelijke kwaliteit van zorg leveren. Ook geven deze onderzoeken niet aan wat de invloed van substitutie is op de zorgverlening door onbetaalde (=informele) zorgverleners.

1.3.2 Verhuizen en gezondheid

Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (WVC, 1986b; COSBO, 1989), op voorwaarde dat er hulp voorhanden is bij het verzorgen van zichzelf en het doen van de huishouding, indien men daar zelf (tijdelijk) niet toe in staat is (Hoeksma, 1987). Met het komen van de gebreken wordt volgens Hoeksma, een (zelfstandige) aangepaste woning een aantrekkelijk alternatief. Indien hulp echter niet voorhanden is of zelfstandig wonen in een aangepaste woning geen oplossing biedt, zijn intramurale instellingen het volgende alterna-

tief. Dit betekent dat ouderen moeten verhuizen. Dat kan invloed hebben op gezondheid en welbevinden. Populair wordt wel gesteld dat men 'oude bomen niet moet verplanten'.

Wittels en Botwinick (1974) hebben vergelijkend onderzoek gedaan naar sterftecijfers van ouderen die verhuisd zijn naar een complex ouderenwoningen en ouderen die in hun eigen woning bleven. Zij concluderen dat verhuizing geen grotere sterftekans geeft dan het blijven wonen in de oude woonomgeving.

De Jong-Gierveld en Kamphuis (1986) concluderen -met enig voorbehoud- uit hun onderzoek dat opname in een verzorgingshuis voor ouderen met een eenzaamheidsindicatie, kan leiden tot een reductie van de intensiteit van eenzaamheidsgevoelens. Enerzijds kan dit komen doordat onzekerheid over toekomstige verzorging wegvalt bij opname. Anderzijds is het volgens hen mogelijk dat door het meer homogene woonmilieu in een verzorgingshuis, de kans op sociale contacten toeneemt.

Wimmers et al. (1987) concluderen dat verhuizing naar een verzorgingshuis op korte en op lange termijn een stijging te zien geeft van de zelfwaardering (als maat voor het psychisch welbevinden) van de betrokken ouderen, met name van vrouwen en van diegenen, die al een redelijke zelfwaardering hebben. Zij stellen dat dit het gevolg kan zijn van een combinatie van factoren: "het krijgen van hulp die men in de thuissituatie mist, nieuwe prikkels als andere mensen en bezigheden, de afgenomen zorg over een toenemende zorgbehoevendheid en het tot rust komen na de verhuizing en de noodzakelijke voorbereiding ervan" (p.42). Ouderen daarentegen die verhuizen naar een bejaardenwoning vertonen op langere termijn een lichte daling in zelfwaardering. Hiervoor lijkt, volgens Wimmers et al., de combinatie van alleen wonen en een hoge leeftijd de verklarende factor te zijn. Tenslotte stellen zij dat het vooralsnog aannemelijk lijkt dat voor ouderen die voor verhuizing al een lage zelfwaardering hebben, het verzorgingshuis geen optimale woonvorm is. Deze groep komt er na verhuizing slecht af. De kans op een dalende zelfwaardering of overlijden is groot.

1.3.3 Gezondheid en welbevinden

Gezondheid en welbevinden staan in nauwe relatie met elkaar. De Wereld GezondheidsOrganisatie (WHO) definieert gezondheid als meer dan de afwezigheid

van ziekte: "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (cf. STG, 1988, p 40). Zowel gezondheid als welbevinden kennen een objectieve als een subjectieve kant (Fillenbaum, 1984; Tempelman, 1987; Mootz, 1989; Naafs, 1989; Van Son en Have-
man, 1989).

Fillenbaum (1984) stelt dat op populatieniveau de subjectieve gezondheid een adequate indicator is voor de objectieve gezondheid. Ferraro (1980) en Naafs (1989) stellen echter dat ouderen een te rooskleurig beeld van hun gezondheid hebben. Uit divers onderzoek komt naar voren dat de subjectieve gezondheid voor ouderen belangrijker is dan de objectieve (Ouslander & Beck, 1982; Birren & Zarit, 1985; Schroots, 1988). Zolang ouderen zich niet ziek voelen, zullen zij zichzelf als gezond beschouwen, ook al hebben zij vanuit medisch oogpunt (objectief) een minder goede gezondheid.

In de literatuur worden verschillende begrippen gebruikt, die alle onder de noemer welbevinden te vangen zijn. Zo spreekt Tempelman (1987) bijvoorbeeld over objectief en subjectief welzijn. Andere termen zijn happiness, wellbeing etc. In dit rapport worden deze begrippen alle aangeduid met welbevinden. Tempelman (1987) stelt dat er geen perfecte samenhang bestaat tussen objectief en subjectief welbevinden. Sommige mensen bij wie aan alle essentiële levensvoorwaarden is voldaan, rapporteren toch geen subjectief welbevinden, terwijl andere mensen zich nog redelijk gelukkig kunnen voelen in -objectief gezien- sterk negatieve omgevingscondities.

Op grond van het doel van het experiment wordt in het evaluatieonderzoek de nadruk gelegd op subjectieve gezondheid en welbevinden van ouderen, dat wil zeggen op het oordeel dat betrokken ouderen zelf geven over gezondheid en welbevinden. Tegelijkertijd zal ook aandacht besteed worden aan meer objectieve gegevens over gezondheid conform de indeling van Mootz (1989), door middel van vragen naar lichamelijke en psychosomatische problemen en validiteit ten aanzien van ADL-, HDL- en mobiliteitsverrichtingen.

Uit divers onderzoek komt naar voren dat (demografische) kenmerken van ouderen verband houden met gezondheid en welbevinden (Diener, 1984; Bucquet & Curtis, 1986; Lee & Ishii-Kuntz, 1987; Mayring, 1987; Goldsmith Cwikel et al., 1988; Minkler & Langhauser, 1988; Perenboom et al., 1989). Over het algemeen

wijzen deze onderzoeken uit dat de (subjectieve en objectieve) gezondheid afneemt met de leeftijd, dat opleiding en gezondheid een positieve relatie hebben, dat gehuwden een betere gezondheid rapporteren dan ongehuwden of recent verweduwen en dat er een positieve relatie is tussen het aantal sociale contacten en gezondheid. Verder is er, volgens Diener (1984) een (genuanceerd) positieve relatie tussen inkomen en welbevinden. De relatie tussen leeftijd en welbevinden is niet eenduidig. Soms wordt een positief verband aangetroffen, soms geen verband en soms een negatief. Volgens Diener kan dit verklaard worden uit een andersoortige beleving. Jongeren laten zich meer leiden door kortstondige ervaringen, ouderen daarentegen betrekken hun hele leven meer in hun oordeel.

Uit bovenstaande blijkt dat in het onderzoek naar de effecten van het experiment rekening gehouden moet worden met de invloed van demografische kenmerken op gezondheid en welbevinden. In paragraaf 4 (opzet van onderzoek) wordt nader ingegaan op de wijze, waarop met deze invloed rekening gehouden is.

1.3.4 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit is volgens van Dale (1976) 'hoedanigheid' of 'eigenschap (met betrekking tot waardering)' (p.1295). Coolen en Toersen (1989) stellen dat een bruikbare -maar eenzijdige- omschrijving van kwaliteit van zorg de mate is 'waarin de geboden diensten aansluiten op de aard en de ernst van cliëntproblemen'. Ook Goudriaan (1990) stelt dat 'zorg op maat' een criterium is voor kwaliteit van zorg. Hiermee bedoelt hij dat zowel overmaatse als ondermaatse zorg voorkómen dient te worden.

Donabedian (1980) maakt, voor de meting van kwaliteit, onderscheid in drie aspecten, te weten de structuur van de zorg, het proces van de zorg en het resultaat van de zorg. Onder structuur verstaat hij de aanwezigheid van randvoorwaarden, onder andere organisatie en middelen; onder proces de interactie tussen zorgverlener en cliënt en onder resultaat de verandering in gezondheid. Indien bij substitutie gesproken wordt over handhaving van de kwaliteit (WVC, 1988a, p.123; Goudriaan, 1990), wordt voornamelijk bedoeld op het structurele aspect,

namelijk het aanbieden van adequate alternatieve voorzieningen, waarbij coördinatie van zorg een grote rol speelt. Het procesaspect van kwaliteit kan gemeten worden via de meningen van de betrokkenen. Bertels (1983) stelt dat er een aanmerkelijk verschil kan bestaan in kwaliteitsopvattingen tussen zorgverleners en cliënten. Zorgverleners leggen in de kwaliteitsopvatting steeds meer de nadruk op de mate van zelfwerkzaamheid van cliënten, terwijl de cliënten daarentegen de nadruk leggen op meer (en gespecialiseerde) hulp. (On)tevredenheid van gebruikers moet derhalve niet opgevat worden als een directe maat voor kwaliteit. Donabedian (1980) daarentegen stelt dat de tevredenheid van de cliënt van fundamenteel belang is als maat voor kwaliteit. Dit verschaft informatie over de mate waarin een zorgverlener erin slaagt tegemoet te komen aan de waarden en verwachtingen van de cliënt. Ook Goudriaan geeft de cliënt een belangrijke plaats, door te stellen dat de mening van de cliënt over wat hij of zij zelf nog kan het criterium is voor onder- of overmaatse zorg. De Intentieverklaring Kwaliteit van Zorg, opgesteld op de conferentie Kwaliteit van zorg in de gehandicapten- en ouderenzorg (Leeftijd, 1990), stelt dat het bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor deze sectoren van belang is de aard van de zorg in ogen-schouw te nemen. De cliënten zijn geen 'passanten' in het systeem, die incidenteel met zorg te maken krijgen, zoals bij de (para)medische zorg het geval is. Kwaliteit heeft in de zorgsectoren betrekking op alle facetten van leven. Met name het bejegeningsaspect speelt volgens de Intentieverklaring een essentiële rol.

Tenslotte kan gesteld worden dat zorgkwaliteitsmeting op basis van het resultaat, namelijk de verandering in gezondheid, bij ouderen moeilijker te realiseren zal zijn. De zorg is niet direct op gezondheidswinst gericht (uitgezonderd de direct medische zorg) maar meer op preventie van verdere gezondheidsverslechtering (tertiaire preventie).

Lemke en Moos (1986) hebben een vergelijkend onderzoek gedaan naar kwaliteit van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en aanleunwoningen. Zij onderscheiden acht kwaliteitsindices: comfort, veiligheid, omvang van de staf, kwalificaties van de staf, service, autonomie van de bewoners, controlemogelijkheid van bewoners en relaties tussen bijvoorbeeld bewoners onderling en bewoners - zorgverleners. Zij concluderen dat de drie verblijfsvormen conform hun verwachting verschillen. Verpleeghuizen scoren hoger op veiligheid en service en omvang en kwalificatie van de staf, in vergelijking met aanleunwoningen, maar lager op de indices

autonomie en controle. Verzorgingshuizen nemen een tussenpositie in. Op de index voor comfort ontlopen de verblijfsvormen elkaar niet veel.

De evaluatie richt zich op alle aspecten van kwaliteit, zoals door Donabedian (1980) onderscheiden. Het structurele aspect wordt onderzocht via de evaluatie van het proces (organisatie en interventies) van het experiment en de samenwerking tussen de verschillende zorgverlenende instanties, het procesaspect via het meten van de tevredenheid van ouderen over de zorg en de mening over de mate waarin de zorg voldoende is. Het aspect resultaat tenslotte wordt gemeten in de mate waarin de subjectieve gezondheid van de ouderen in het Zorghuis is veranderd, in vergelijking met andere ouderen. Opgemerkt moet worden, dat ook een gelijkblijvende gezondheid gedurende de looptijd van het experiment als een positief resultaat beschouwd kan worden, omdat verwacht wordt dat de gezondheid alleen al door het ouder worden van de respondenten vermindert ('normal aging') (Schroots, 1989).

1.3.5 Informele verzorging

Informele zorg is, volgens de definitie van WVC (Kwekkeboom, 1990): "zorg, die, niet in het kader van een hulpverlenend beroep, gegeven wordt aan een hulpbehoevende door één of meer leden van diens directe omgeving en die geen organisatievorm door mensen van buiten die omgeving kent" (p.17). In veel gevallen is de aanwezigheid van informele zorgverleners een voorwaarde om als hulpbehoevende oudere zelfstandig te kunnen blijven wonen. Aandacht voor diverse aspecten van deze vorm van zorgverlening is daarom noodzakelijk. In de meeste gevallen is er sprake van één persoon binnen het informele zorgverleningscircuit die wat betreft zorgverlening het belangrijkste is voor de betreffende oudere. Deze persoon wordt de *centrale verzorger* genoemd. Uit de literatuur blijkt dat centrale verzorgers voornamelijk vrouwen zijn (Horowitz, 1985) en over het algemeen tussen de 55 en 65 jaar oud.

De aard en mate van zorg die verleend wordt door een centrale verzorger lijkt enerzijds bepaald te worden door de hulpbehoefte van de betreffende oudere en anderzijds door de bereidheid en mogelijkheid van de verzorger om de gevraagde zorg te geven.

Hoewel vaak wordt uitgegaan van één centrale verzorger ('primary caregiver'), lijkt het heel goed mogelijk dat meer personen uit de sociale omgeving, min of meer tegelijkertijd, zorg bieden aan een oudere, namelijk op dat gebied of in die situatie waar zij het meest geschikt voor zijn. Tjadens en Woldringh (1989) hebben aangetoond dat ouderen meestal informele zorg van meer personen ontvangen: ouderen krijgen gemiddeld van 1,9 personen zorg. Ongeveer één op de zes zorgverleners geeft aan al meer dan 5 jaar op informele basis zorg te verlenen. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs aan één persoon te zijn. Kwekkeboom (1990) concludeert dat het niet reëel lijkt hoge verwachtingen te koesteren van activiteiten die de informele zorgverlening moeten stimuleren omdat veel mensen nu al intensieve en langdurige zorg verlenen aan hulpbehoevenden.

Als ouderen zorg krijgen van informele zorgverleners is deze zorg het meest effectief als zij aansluit bij de daadwerkelijk behoefte van de oudere. Als dit het geval is wordt wel van 'zorg op maat' gesproken. Het is echter ook denkbaar dat de informele zorg niet is afgestemd op de zorgvraag. Dit kan het geval zijn als de oudere meer zorg krijgt dan hij of zij nodig heeft. Anderzijds kan de informele zorg ook ondermaats zijn, dat wil zeggen dat ouderen niet alle noodzakelijke zorg krijgen. Voor de informele zorg geldt dat beide situaties kunnen optreden: bovenmaatse zorg vanwege een mogelijk 'koesterende' houding, in de zin van "dat doe ik ook nog wel even"; ondermaatse zorg, omdat zij mogelijk geen inzicht hebben in de werkelijke behoeften van de oudere om de juiste zorg te verlenen. 'Zorg op maat', zoals men in het Zorghuis tracht te leveren, wordt beschouwd als het resultaat van een goede afstemming tussen zorgvraag en -aanbod.

1.4 Opzet van het evaluatieonderzoek

1.4.1 Vraagstelling

Doel van het evaluatieonderzoek is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op welbevinden en gezondheid alsmede op medische consumptie van ouderen, op kwaliteit van zorg en op de afstemming van zorg door centrale verzorgers op de hulpbehoefte van ouderen te onderzoeken. Daarnaast wordt een beschrijving en evaluatie gegeven van de interventies die gepleegd zijn om de doelen te

bereiken. Op basis van het doel van het experiment en de literatuurbeschuwing worden de volgende concrete vragen in het evaluatieonderzoek beantwoord:

1. Hoe is het experiment Zorghuis Den Haag gerealiseerd, welke interventies zijn ondernomen en welke problemen doen zich voor bij een dergelijk experiment?
2. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op welbevinden en subjectieve gezondheid van ouderen?
3. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op medische consumptie door ouderen, dat wil zeggen het gebruik van diverse gezondheidsvoorzieningen?
4. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op (het oordeel van de ouderen ten aanzien van) kwaliteit van zorg?
5. Hoe is de afstemming van zorg door centrale verzorgers op de behoefte aan informele zorg van ouderen in het experiment Zorghuis Den Haag?

Aan deze vragen is naderhand toegevoegd:

6. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Dr. W. Drees op het gebruik van professionele zorgvoorzieningen (intramurale en extramurale zorgverlening)?

1.4.2 Opzet van het onderzoek en opbouw van de rapportage

Het onderzoek bestaat uit een meting van de effecten van het experiment (productevaluatie) en een procesevaluatie. De meting van de effecten -ter beantwoording van de vragen 2 tot en met 6- wordt uitgevoerd via deelonderzoeken bij verschillende groepen betrokkenen. Voor de beantwoording van de vragen 2, 3, 4 en 6 bij bewoners; voor beantwoording van vraag 5 bij centrale verzorgers van de bewoners.

Ter bepaling van de effecten worden deze deelonderzoeken ook uitgevoerd bij een controlegroep, bestaande uit bewoners van traditionele woon- en zorgvormen als verzorgingshuizen, verpleeghuizen en aanleunwoningcomplexen, respectievelijk hun centrale verzorgers.

Daarnaast worden deelonderzoeken uitgevoerd bij professionele zorgverleners in het Zorghuis, vrijwilligers in het Zorghuis en gebruikers van de wijkfaciliteiten, die het Zorghuis aanbiedt. De informatie uit deze drie deelonderzoeken wordt

betrokken in de procesevaluatie, die dient ter beantwoording van vraag 1. In het hierna volgende wordt kort ingegaan op de opzet van de productevaluatie en de procesevaluatie.

De *procesevaluatie* -ter beantwoording van vraag 1- is opgezet als een beschrijvend en evaluerend onderzoek, gericht op de doelstellingen van het project en op de organisatie. De procesevaluatie bestaat uit een beschrijving en evaluatie van het bereiken van de doelstellingen van het experiment, de daarbij behorende randvoorwaarden in de zin van de organisatie van het experiment, en knelpunten bij de uitvoering van de interventies. Hiervoor is documentatiemateriaal als verslagen en notities met betrekking tot het experiment bestudeerd. Daarnaast zijn (open en semi-gestructureerde) interviews gehouden met sleutelfiguren in de organisatie rondom het experiment. Tenslotte is via schriftelijke vragenlijsten informatie verzameld bij professionele zorgverleners en vrijwilligers en bij ouderen die gebruik maken van de wijkfaciliteiten. In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt nader ingegaan op de opzet en resultaten van de procesevaluatie.

Gegeven de resultaten van het deelonderzoek centrale verzorging -zie hieronder- worden bij de beschrijving van de resultaten van de procesevaluatie ook in het kort de belangrijkste bevindingen van het deelonderzoek centrale verzorging gepresenteerd.

Het *deelonderzoek bewoners* -ter beantwoording van de vragen 2, 3, 4 en 6- is gebaseerd op een onderzoeksopzet voor quasi-experimenten (veld-experimenten) (Cook & Campbell, 1979). In deze opzet is een experimentele groep aanwezig. Daarnaast wordt een controlegroep gevormd, die geen invloed van het experiment ondergaat, maar wel zoveel mogelijk vergelijkbaar is met de experimentele groep. Doel ervan is de mogelijke veranderingen gedurende de looptijd van het experiment van deze twee groepen te vergelijken. Indien alle kenmerken van de twee groepen overeenkomen en alleen de invloed van het experiment verschillend aanwezig is (de experimentele conditie), kunnen verschillen in veranderingen redelijkerwijze toegeschreven worden aan de experimentele conditie. Het probleem bij quasi-experimenten is, dat de kenmerken van de twee groepen bij aanvang van het experiment niet gelijk hoeven te zijn, c.q. bekend zijn (non-equivalent). De toewijzing van respondenten aan de twee groepen geschiedt niet via het toeval (at random). Dit betekent dat controle voor mogelijke verschillen

tussen de twee groepen, die bij aanvang van het experiment aanwezig zijn, pas achteraf, bij de statistische analyses, uitgevoerd kan worden. Het onderzoek van het experiment Zorghuis Den Haag heeft alle kenmerken van een 'untreated control group design' met voor- en nameting (Cook & Campbell, 1979, p.103 e.v.). De bewoners hebben zichzelf voor het Zorghuis aangemeld. Zelfselectie op basis van kenmerken van ouderen (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding en inkomen) of de buurt waarin het Zorghuis is gelegen, is dan ook mogelijk. Op basis van deze overweging is de volgende concrete opzet ontworpen:

De experimentele groep is gevormd door alle bewoners van het Zorghuis ($N_g = 141$). Daarnaast is een twee maal zo grote controlegroep gevormd. De controlegroep bestond uit ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen en aanleunwoningen, die, evenals het Zorghuis, ressorteren onder de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (GDVV). De ouderen uit de controlegroep zijn individueel gematched -dat wil zeggen geselecteerd op een aantal gelijke kenmerken- aan respondenten uit het Zorghuis (per respondent uit het Zorghuis zijn twee respondenten in de controlegroep geselecteerd). De criteria voor matching zijn: indicatie, geslacht, leeftijd en burgerlijke staat. Met behulp van deze matching wordt een mogelijk versturende werking van bovengenoemde kenmerken op het effect van de experimentele conditie op gezondheid en welbevinden onder controle gehouden. De indicatie geeft een bepaalde hulpbehoefendheid aan, mede gebaseerd op gezondheid. De kenmerken leeftijd, geslacht en burgerlijke staat kunnen, zo blijkt uit de literatuur, een eigen invloed op gezondheid en welbevinden hebben.

Ouderen in het Zorghuis die geen indicatie hebben (bijvoorbeeld partners van verpleeghuisgeïndiceerden) zijn in het onderzoek ingedeeld onder de categorie aanleunwoninggeïndiceerden.

De ouderen in het Zorghuis en in de controlegroep zijn gedurende de looptijd van het experiment (drie jaar) vijf maal benaderd met een vragenlijst. Een nadere uitwerking van de opzet, de vragenlijst en de operationalisatie van variabelen komen in hoofdstuk 3 van dit rapport aan de orde, waarin ook de resultaten van het deelonderzoek bewoners beschreven staan.

Het deelonderzoek *centrale verzorging* -ter beantwoording van vraag 5- is opgezet als een vergelijkend onderzoek tussen centrale verzorgers van ouderen in het Zorghuis en centrale verzorgers van ouderen in de controlegroep. Tot de

centrale verzorgers worden in dit onderzoek alleen *uitwonende* personen uit het informele sociale netwerk van de ouderen verstaan, die wat betreft zorgverlening, het belangrijkste zijn voor die betreffende ouderen (Zaal & Perenboom, 1990a). Partners van ouderen kunnen ook de rol van centrale verzorger hebben. Uit praktische overwegingen zijn deze ouderen niet in hun rol als centrale verzorger benaderd. In de vragenlijst, welke afgenomen is ten behoeve van het deelonderzoek bewoners zijn enkele vragen betreffende zorg aan een partner opgenomen.

De centrale verzorgers zijn schriftelijk benaderd aan de hand van door de ouderen verstrekte namen en adressen. De centrale verzorgers zijn tweemaal gedurende de looptijd van het experiment benaderd. De tweede meting heeft alleen plaats gevonden bij die centrale verzorgers, die ook aan de eerste meting hebben meegedaan.

Bij de eerste meting zijn 73 centrale verzorgers (32 van bewoners van het Zorghuis, 41 van ouderen in de controlegroep) benaderd. Slechts 57 van hen bleken bij de tweede meting herbenaderbaar. Om diverse redenen zijn van deze 57 centrale verzorgers uiteindelijk 18 personen in de tweede ronde benaderd. Het bleek dat in veel gevallen ouderen voor de tweede interviewronde van centrale verzorgers een andere persoon als de belangrijkste noemde, terwijl ook de oorspronkelijke persoon nog zorg verleende.

Aangezien door de geringe respons uitspraken over afstemming van zorg op de behoefte aan informele zorg slechts in meer hypothetische zin mogelijk zijn, zijn de resultaten van dit deelonderzoek opgenomen in bijlage 3 van dit rapport. Een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen wordt gegeven in het hoofdstuk over de procesevaluatie (hoofdstuk 2).

Een weergave van de opzet van de deelonderzoeken staat in schema 2.

Schema 2 Onderzoeksopzet*

	respondenten/bronnen	tijdstip	kenmerken
productevaluatie			
bewoners	experimentele groep van 120 - 150 bewoners van het Zorghuis en een controle groep van 240 - 300 bewoners van traditionele instellingen	1988 maart september 1989 maart september 1990 september	- persoonskenmerken - gezondheid - zorg
	centrale verzorgers	centrale verzorgers van ouderen uit de experimentele groep en centrale verzorgers van ouderen uit de controle-groep	1988 september 1990 september
procesevaluatie			
gebruikers van wijkfaciliteiten	50 gebruikers, waarvan maximaal 25 deelnemers Dagverzorging	1989 september	- persoonskenmerken - gezondheid - zorg - wijkfaciliteiten
vrijwilligers	alle vrijwilligers van het Zorghuis	1989 augustus	- persoonskenmerken - gezondheid - zorgverlening
professionele zorgverleners	alle professionele zorgverleners van het Zorghuis	1989 augustus 1990 september	- persoonskenmerken - gezondheid - zorgverlening
procesbeschrijving	sleutelpersonen documentanalyse participerende observatie	looptijd van het experiment	- organisatie - doelstellingen

* Bovenstaande opzet kijkt op enkele punten af van de opzet, zoals beschreven in Perenboom & Schrootz (1989). Vanwege een (te verwachten) hoge non-respons is besloten in het deelonderzoek bewoners af te zien van een tussenmeting in maart 1990 en in de deelonderzoeken wijkgebruikers en vrijwilligers van een tweede meting.

De opbouw van de rapportage volgt de onderzoeksopzet. Hoofdstuk 2 geeft de resultaten van de procesevaluatie, waarbij de nadruk ligt op twee onderwerpen, namelijk de organisatiestructuur die ten behoeve van het experiment is opgezet (2.3.1) en de doelstellingen (2.3.2 tot en met 2.3.6). Het hoofdstuk sluit af met een aantal conclusies (2.4).

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek bij de bewoners van het Zorghuis beschreven. Nadat ingegaan is op materiaal en methoden (3.2), die voor dit onderdeel zijn gebruikt, worden de resultaten ten aanzien van subjectieve

gezondheid, welbevinden en medische consumptie van de bewoners gegeven (3.3.2) alsmede de resultaten ten aanzien van de zorgverlening en het oordeel van de bewoners over de kwaliteit van zorg, zowel longitudinaal (3.3.3) als per tijdstip (3.3.4) bekeken. In dit hoofdstuk wordt verder (op *exploratieve* wijze) aandacht besteed aan het verloop van de gezondheid en de hulpbehoefte van de ouderen, onderscheiden naar hun indicatie (3.3.5) en aan de consequenties van het experiment voor ouderen die zich redelijk of matig/slecht gezond voelen (3.3.6). Het hoofdstuk sluit af met een interpretatie van de resultaten en conclusies (3.4).

Het laatste hoofdstuk van dit rapport bevat een samenvatting van het voorafgaande (4.1, 4.2 en 4.3), waarna conclusies en discussie naar aanleiding van het gehele onderzoek volgen (4.4).

2 PROCES-EVALUATIE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de procesevaluatie van het experiment Zorghuis Den Haag aan de orde. Deze procesevaluatie geeft antwoord op de eerste vraag in de vraagstelling (hoofdstuk 1.4.1): Hoe is het experiment Zorghuis Den Haag gerealiseerd, welke interventies zijn ondernomen en welke problemen doen zich voor bij een dergelijk experiment?

Dit hoofdstuk beschrijft het proces aan de hand van twee invalshoeken, ten eerste de organisatie rondom het experiment (paragraaf 2.3.1) en ten tweede de doelstellingen, zoals beschreven in Projektplan (1987) (paragraaf 2.3.2 tot en met 2.3.6). Per invalshoek wordt een korte feitelijke beschrijving gegeven, waarna er in evaluatieve zin op ingegaan wordt. Voor uitvoeriger beschrijving van de aanlooperperiode tot en met het eerste experimentele jaar wordt verwezen naar Perenboom & Schroots, 1990b en Perenboom & Zaal, 1990b.

2.2 Materiaal en methode

Ten behoeve van de procesevaluatie is gebruik gemaakt van divers materiaal:

- Ten eerste zijn schriftelijke stukken bestudeerd. Hiertoe behoren de notulen van de Projectgroep-vergaderingen (vanaf mei 1987 tot en met december 1990 35 maal bijeen geweest), brieven van verschillende organen over het experiment, de interne evaluaties van de Projectgroep over het experiment (Projectgroep, 1988, 1989a, 1990a en 1990b), nota's en notities.
- Ten tweede is geparticipeerd in de Projectgroep-vergaderingen (vanaf september 1987).
- Ten derde zijn in de loop van de experimentele periode (vraag)gesprekken gevoerd met diverse sleutelpersonen in en om het experiment. Hiertoe behoren leden van de Projectgroep, de coördinatoren van het experiment, de directeurs van de participerende zorgverlenende instellingen, de huisdirecteur(en) van het Zorghuis, enkele vrijwilligers en enkele professionele zorgverleners. Ten behoeve van deze vraaggesprekken zijn zogenaamde topic-lijsten gehanteerd. Topics in

deze vraaggesprekken waren voornamelijk de organisatie van het experiment, de doelstellingen en de problemen en knelpunten die men signaleerde.

- Ten vierde zijn schriftelijke enquêtes gehouden onder vrijwilligers, professionele hulpverleners en ouderen die aan de wijkactiviteiten meedoen.

De enquête onder de vrijwilligers richtte zich op het werk dat zij verrichtten, de organisatie rond het vrijwilligerswerk en hun gezondheid (Zaal & Perenboom, 1991). Deze vragenlijst is afgenomen tussen augustus en oktober 1989. De respons bedroeg 75%.

De vragenlijst voor de professionele verzorgers richtte zich op hun werkzaamheden, de organisatie van hun werk, hun belasting en hun gezondheid. Deze vragenlijst is twee maal afgenomen. De eerste keer tussen augustus en oktober 1989, de tweede keer in september 1990. In het Zorghuis werken ongeveer 42 professionele zorgverleners, 25 in het 'behandelteam', 7 van de Stichting Thuishulp 's-Gravenhage en 10 van het Haags Kruiswerk. De respons bij de eerste meting was 60%, bij de tweede meting 43% (Zaal & Perenboom, 1991).

De vragenlijst voor de ouderen die aan de wijkactiviteiten meedoen bevatte vragen naar de diverse activiteiten waaraan zij meedoen en hun gezondheid. Deze vragenlijst is afgenomen tussen augustus en oktober 1989 bij deelnemers die niet in het Zorghuis wonen. Aangezien niet bekend was hoeveel ouderen er exact aan de wijkactiviteiten meedoen, is een respons-percentages niet te berekenen. 26 ouderen hebben een ingevulde vragenlijst geretourneerd.

- Ten vijfde is geparticipeerd in het werk van zorgverleners. Zowel het werk van de gezinszorg als van de wijkverpleging en het zogenaamde 'behandelteam' is elk een dag gevolgd. Gedurende deze participatie is niet alleen gekeken naar de werkzaamheden, maar ook in minder formele zin gesproken over het werk en het experiment.
- Het concept is voorgelegd aan de leden van de Projectgroep en aan de geïnterviewden.

De gegevens die op bovenstaande wijze zijn verzameld, worden op een beschrijvende manier weergegeven. Het doel van de procesevaluatie is de feitelijke gang van zaken rond het experiment vast te leggen en de knelpunten en eventuele oplossingen daarvan weer te geven.

2.3 Resultaten

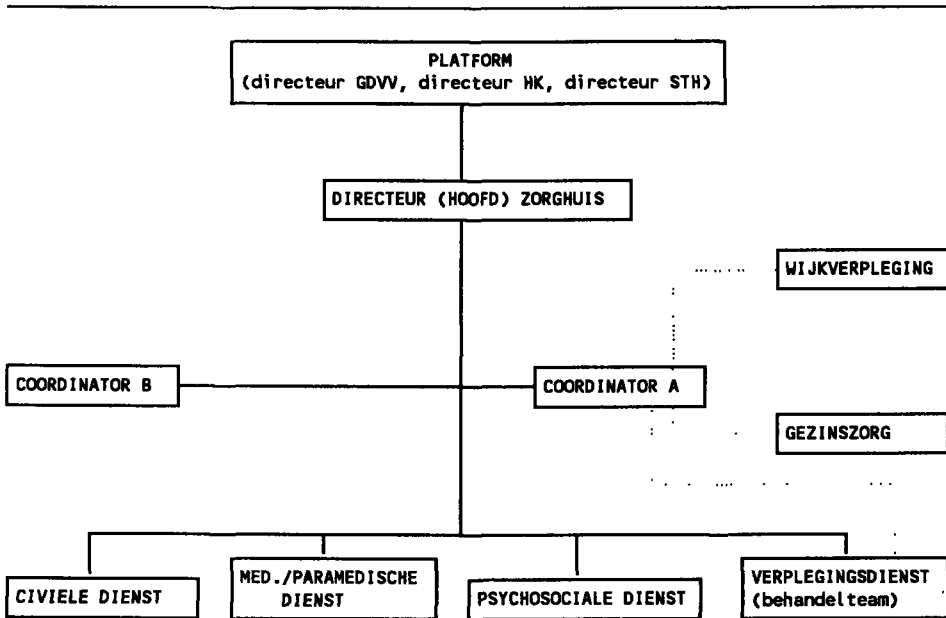
2.3.1 Organisatie

In het hiernavolgende wordt eerst de organisatiestructuur, zoals vastgelegd in het Projektplan (1987), beschreven, vervolgens wordt in evaluatieve zin nader op de organisatie ingegaan.

De organisatie volgens het Projektplan

Het Zorghuis ressorteert organisatorisch onder de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (GDVV). Ten behoeve van het experiment is een aparte organisatiestructuur vastgelegd in het Projektplan (1987). In schema ziet deze er als volgt uit (schema 3):

Schema 3 Organisatiestructuur experiment Zorghuis Den Haag (bron: Projektplan Zorghuis Dr. W. Drees, 1987)



Legenda

- : communicatielijn
- : hiërarchische lijn

Ter toelichting op schema 3 en de organisatie het volgende:

Het Platform bestaat uit directeuren van de participerende zorgverlenende instellingen, namelijk de GDVV, het Haags Kruiswerk en de Stichting Thuishulp. De taak van het Platform is het vaststellen van het beleid met betrekking tot het experiment. Daarnaast is het Platform verantwoordelijk voor oplossingen bij samenwerkingsproblemen (Projektplan, 1987, p. 17).

De huisdirecteur van het Zorghuis (bij aanvang van het experiment Hoofd geheten) is formeel verantwoordelijk voor het Zorghuis en verantwoording verschuldigd aan het Platform. Taken en bevoegdheden met betrekking tot het experiment zijn gedelegeerd aan twee coördinatoren (A en B) (Projektplan, 1987, p.17).

Twee coördinatoren (A en B) zijn belast met de dagelijkse begeleiding en uitvoering van het experiment. Coördinator A richt zich met name op samenwerking en communicatie tussen de medewerkers van de intra- en extramurale zorgverlenende instellingen, op begeleiding en instructie van de medewerkers en op begeleiding en informatie naar de bewoners. Tevens zorgt deze coördinator voor de interim- en eindrapportage van de interne evaluaties van het experiment. Coördinator B is belast met de begeleiding van bewoners van een voormalig verzorgingshuis naar het Zorghuis, met het opzetten en begeleiden van een vrijwilligersorganisatie en met integratie van de zorgfunctie in de wijk. (Projektplan, 1987, p.17). Daarnaast vervult coördinator B ook de functie van maatschappelijk werkende voor de verpleeghuisgeïndiceerde bewoners van het Zorghuis.

Voor de uitvoering van de werkzaamheden zijn diverse interne diensten aanwezig, waarvan de verplegingsdienst ('behandelteam' genaamd) de zorg voor de ouderen met een verpleeghuisindicatie uitvoert en noodzorg verleent aan de overige ouderen. De Stichting Thuishulp en het Haags Kruiswerk verlenen de zorg aan de overige ouderen. Ten behoeve van begeleiding en advisering van het experiment is een Projectgroep opgericht, waarin vertegenwoordigers van diverse organisaties zitting hebben: GDVV, Stichting Thuishulp, Kaags Kruiswerk, afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid (MWV)* van de gemeente Den Haag (twee vertegenwoordigers, een van de subafdeling Volksgezondheid ten behoeve van het verpleeghuis en een van de afdeling Maatschappelijk Welzijn in verband met de WBO-gelden), Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen in Nederland (COSBO). Daarnaast hebben de huisdirecteur

* Per 1 januari 1991 is deze afdeling opgegaan in de Dienst Welzijn.

van het Zorghuis en beide coördinatoren zitting in de Projectgroep. De onderzoekers van het NIPG participeren ook aan deze groep (zonder stemrecht). De Projectgroep is onafhankelijk van de organisatie en daarom ook niet opgenomen in de organisatiestructuur. De Projectgroep rapporteert naar het Platform. Deze rapportage verloopt enerzijds via de notulen en de interne evaluaties, anderzijds via de vertegenwoordigers van de participerende zorgverlenende organisaties in de Projectgroep. De bewoners van het Zorghuis worden vertegenwoordigd door een zogenaamde Bewonersraad. De Bewonersraad vergadert tweemaal per maand, waarin overleg wordt over de bewonersbelangen in het Zorghuis. Deze Raad heeft regelmatig overleg met de huisdirecteur.

De vrijwilligers worden vertegenwoordigd door een Vrijwilligersraad.

Gedurende de looptijd van het experiment zijn drie andere overlegvormen gecreëerd:

- het Voortgangsoverleg, waarin de leden van participerende organisaties uit de Projectgroep zijn vertegenwoordigd alsmede de beide coördinatoren. Dit overleg is als informeel orgaan ontstaan, waarin de mogelijkheden en onmogelijkheden van extramuraal hulpverlening aan ouderen met een verpleeghuisindicatie besproken werden. In de loop van de tijd is dit overleg geformaliseerd en heeft het als taak op zich genomen de beleidsvoorbereiding ten behoeve van de Projectgroep en het controleren van afspraken van de Projectgroep.
- het Zorgoverleg, waaraan medewerkers van de zorgverlenende instellingen deelnemen en beide coördinatoren, alsmede op uitnodiging de verpleeghuisarts. In dit overleg worden individuele cliëntsituaties besproken, terwijl er tevens de mogelijkheid is voor uitwisseling van zorgvisies.
- het Gecoördineerd Werkoverleg, waarin zitting hebben de huisdirecteur van het Zorghuis, het hoofd huishouding, het hoofd verpleging, de voorzitter van de bewonersraad, vertegenwoordigers van de medische en paramedische dienst, de voorzitter van de vrijwilligersraad en de beide coördinatoren. Doel van dit overleg is beleidsvoorbereiding en controle van afspraken over algemene zaken in het Zorghuis (Projectgroep, 1990a).

De organisatie in de praktijk

De GDVV is van mening dat er in het Projectplan (1987) een discrepantie aanwezig is tussen het organisatieschema en de daarbij behorende toelichting. Waar het organisatieschema hiërarchische lijnen aangeeft, ontbreken deze, aldus de GDVV, in de toelichting. Volgens de GDVV is een organisatie, zoals in het schema weergegeven,

niet mogelijk in een situatie als het experiment Zorghuis Den Haag, omdat de GDVV de uiteindelijk beslissende instantie is en niet het Platform. Bovendien kunnen de Stichting Thuishulp en het Haags Kruiswerg geen gezag uitoefenen op onderdelen van de GDVV, hetgeen door een Platformconstructie wel gesuggereerd wordt. Achteraf gezien is bovenstaand schema volgens de GDVV dan ook onjuist en is het van begin af aan niet de bedoeling van de GDVV geweest het experiment op deze wijze te organiseren. Het Projektplan is op dat punt dan onjuist. Opgemerkt moet worden dat de GDVV en de twee andere organisaties in november 1987 een intentieverklaring hebben getekend, waarin zij zich accoord verklaren met het Projektplan. Er zijn toen geen bezwaren geopperd tegen de opgenomen organisatiestructuur.

De complexiteit van de organisatie van het experiment Zorghuis Den Haag, namelijk enerzijds ressorterend onder de GDVV (en daarmee de Gemeenteraad als formeel bestuur kennend) en anderzijds de aparte organisatie voor het experimentele deel, zoals vastgelegd in het Projektplan (1987), heeft (met name in 1989) aanleiding gegeven tot onduidelijkheden met betrekking tot die organisatiestructuur. De drie leden van het Platform beschouwen het Zorghuis als behorend tot de GDVV. Deze heeft het initiatief genomen en draagt de financiële verantwoordelijkheid. De extramurale organisaties zijn via een contract voor de zorglevering ingehuurd. Vanuit dit standpunt betekent dit dat er geen sprake is van een formeel samenwerkingsverband met gedeelde formele (financiële) verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid. Bij de opzet van het experiment is, door de GDVV, niet van een formeel samenwerkingsproject uitgegaan, maar van de oudere en de zorg die geleverd moet worden. Wel is ervan uitgegaan dat op uitvoerend niveau tussen de diverse zorgverlenende organisaties binnen het Zorghuis samenwerking ontstaat. Wie de zorg levert is voor de opzet van het experiment niet van principieel belang. Op verzoek van WVC zijn wijkverpleging en gezinszorg bij het experiment betrokken. Deze extramurale zorgverlenende organisaties zijn dan ook pas in een later stadium benaderd, toen de basisidee van het Zorghuis al vastgelegd was. De Stichting Thuishulp 's-Gravenhage is wel uitgegaan van een formeel samenwerkingsverband, maar stelt dat hieraan geen inhoudelijk gevolg is gegeven door (bovengenoemde) opstelling van de GDVV. Hoewel er dus feitelijk geen sprake van een formeel samenwerkingsverband is, zijn de leden van het Platform wel van mening dat er overleg moet zijn, indien zich problemen voordoen. Dit overleg kan in een Platformconstructie plaatsvinden, maar kan ook op informele wijze geregeld worden. Daar komt bij, dat voor de extramurale organisaties het experiment één van

de projecten is, waarin men participeert. Er is op directieniveau geen behoefte aan een aparte beheersconstructie voor het Zorghuis, waarmee de samenwerking een formele kant zou krijgen. Samenwerking dient met name plaats te vinden op het uitvoerend en eventueel het middenkaderniveau. Samenwerking tussen de extramurale organisaties heeft bovendien al op meer plaatsen gestalte gekregen. De samenwerking tussen extramurale en intramurale organisaties is wel nieuw. Daarom heerst bij de extramurale organisaties wel de opvatting dat er in het Platform met name uitgebreider over de grenzen van de samenwerking op uitvoerend niveau gediscussieerd moet worden. Ook de toekomstige financiële situatie en organisatiestructuur moeten uitgebreider in het Platform aan de orde komen. De extramurale organisaties zijn van mening dat, nu de experimentele periode beëindigd is, er in Platformverband verder overlegd moet worden over de toekomst. Zij zijn van mening dat dit niet alleen binnen de GDVV beslist moet worden. De GDVV is evenwel van mening dat beslissingen hierover binnen de dienst zelf moeten worden genomen.

De Projectgroep gaat er wel van uit dat het experiment een samenwerkingsproject van drie instellingen is, ook al heeft één organisatie het initiatief genomen en treedt deze op als beheerder. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid gezamenlijk gedragen moeten worden. Deze verschillen in visies tussen Platform en Projectgroep leidden tot onduidelijkheid in de organisatiestructuur en bevoegdheidsverdeling. Zo is de huisdirecteur van het Zorghuis volgens het Projektplan (zie schema 3) verantwoordelijk verschuldigd aan het Platform. Volgens de GDVV echter staat de huisdirecteur onder de GDVV. Hiermee is tevens de positie van het Platform in de organisatie onduidelijk. Dit blijkt ook uit het feit dat de Projectgroep van mening is dat het Platform zijn taken niet heeft waargemaakt, namelijk beleidsvaststelling en probleemoplossing, en te weinig bijeen is gekomen. De leden van het Platform zelf zijn evenwel van mening dat de voornaamste taak van dit orgaan het oplossen van problemen is. Aangezien opgetreden problemen niet zo ernstig waren, dat zij in het Platform aan de orde moesten worden gesteld, heeft het Platform het niet noodzakelijk geacht regelmatig bij elkaar te komen. Daarnaast wordt gesteld dat, indien er zich problemen voordoen, men altijd bij de directeur van de GDVV aan kan kloppen. Deze kan dan contact met de betreffende organisatie opnemen. Als oorzaak voor de verschillende visies over de taak van het Platform wordt door de leden van het Platform het ontbreken van regelmatige communicatie tussen Platform en Projectgroep genoemd. De mondelinge communicatie tussen leden van het Platform en leden van de Projectgroep verloopt via de eigen organisatie, de schriftelijke via

de notulen van de Projectgroep. De Platformvergaderingen zijn niet genotuleerd. Een directe lijn, waarbij de voorzitter van de Projectgroep regelmatig verslag doet vanuit de Projectgroep, is genoemd als een mogelijke oplossing.

Als een tweede oorzaak voor het niet optimaal functioneren van het Platform wordt genoemd personeelwisselingen bij de directies van de extramurale diensten en de lange afwezigheid door ziekte van een van de leden. De directeur van de Stichting Thuishulp ten tijde van de oprichting van het Platform is gedurende de looptijd van het experiment tot directeur van het Haags Kruiswerk benoemd en nam vervolgens vanuit die positie deel aan het Platform, terwijl voor de Stichting Thuishulp een nieuwe directeur in de plaats kwam.

Volgens de Platformleden is de beleidsvaststellende taak van het Platform overgenomen door de Projectgroep. Hiermee is een cirkel in gang gezet. De Projectgroep meent dat het Platform te weinig beleidsvaststellend bezig was en heeft deze taak overgenomen. Het Platform ziet dat de Projectgroep deze taak op zich neemt en meent deze taak niet meer uit te hoeven voeren. Opgemerkt moet worden dat de leden van het Platform bij de start van het experiment het Projektplan hebben aanvaard door ondertekening van een Intentieverklaring. In de uitvoering van het experiment blijkt dan dat het Platform de hem in het Projektplan toegedeelde rol niet waarmaakt.

Het is mogelijk dat het feit dat de gemeente participeert in een dergelijk experiment, een Platform eigenlijk overbodig maakt. Door de participatie van de gemeente en de organisatorische binding tussen Zorghuis en de GDVV, is formeel de portefeuillehoudende wethouder de uiteindelijk verantwoordelijke persoon (en de Gemeenteraad het bestuur), waardoor een Platform geen echt bestuurlijke functie kan hebben.

De Projectgroep is ingesteld om het experiment te begeleiden en te adviseren. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van diverse betrokken organisaties (zie boven). Er is vanuit veel andere organisaties belangstelling getoond voor deelname aan de Projectgroep, maar gekozen is voor een niet te groot orgaan, om slagvaardig te kunnen opereren. De Projectgroep heeft de beleidsvaststellende taak van het Platform overgenomen, zoals hierboven al is beschreven. Bij de participerende zorgverlenende organisaties is echter de behoefte gevoeld sneller nieuwe ontwikkelingen in gang te zetten, zoals zorgverlening door extramurale zorgverleners aan ouderen met een verpleeghuisindicatie. Bovendien vinden deze organisaties dat de Projectgroep 'te ver' van het experiment afstaat. Om de leemte tussen beleidsvoorbereiding en uitvoering op te vullen is het Voortgangsoverleg als informeel overleg ontstaan (zie boven). Gedurende de looptijd van het experiment heeft dit Voortgangsoverleg zich ook

toegelegd op beleidsvoorbereiding ten behoeve van de Projectgroep en controle van afspraken. Dit overigens zonder formeel door de Projectgroep te zijn geaccordeerd. Het Voortgangsoverleg bepaalt zelf welke onderwerpen zij behandelt en wat daarvan terug wordt gerapporteerd aan de Projectgroep. Wel is mondeling verslag gedaan in de Projectgroep en is enkele malen een evaluatief verslag van de werkzaamheden aan de Projectgroep voorgelegd.

De coördinatoren hebben als taak de dagelijkse begeleiding en uitvoering van het experiment. Aangezien zij organisatorisch ondergebracht zijn bij de GDVV, worden zij door de extramurale zorgverleners regelmatig geïdentificeerd met de GDVV. Dit heeft in ieder geval voor coördinator A problemen opgeleverd bij het vervullen van de taak, met name het bevorderen van de samenwerking tussen de intra- en extramurale zorgverleners.

Tenslotte is de plaats van de Bewonersraad in de organisatie niet duidelijk. Omdat het Zorghuis geen verzorgingshuis conform de Wet op de BejaardenOorden (WBO) is, heeft de Bewonersraad niet de status van Bewonerscommissie zoals geregeld in die wet. Het is ook geen verpleeghuis/familieraad, zoals in verpleeghuizen voorkomt, omdat zij ook andere bewoners vertegenwoordigt. Tenslotte is het geen huurderscommissie, omdat ook de verpleeghuisgeïndiceerden vertegenwoordigd worden.

personele wisselingen

Gedurende de looptijd van het experiment hebben zich diverse personele veranderingen voorgedaan. Zo is er in het eerste jaar een behoorlijk verloop geconstateerd onder de leden van het zogenaamde 'behandelteam'. Dit wordt voor een deel geweten aan de onbekendheid met het experiment, toen men aan het werk begon, alsmede aan interne (persoonlijke) problemen.

Gedurende de looptijd van het experiment zijn er enkele wisselingen van huisdirecteur geweest, zodat op dit moment de derde huisdirecteur (hoofd) in drie jaar tijd werkzaam is. Reden voor de eerste wisseling was het feit dat de functie meer inhoudt dan oorspronkelijk omschreven, zoals de financiële verantwoordelijkheid voor het Zorghuis. De tweede wisseling betrof persoonlijke redenen.

Ook binnen de Projectgroep zijn er diverse wisselingen van leden geweest. De Stichting Thuishulp heeft in totaal vier vertegenwoordigers in de Projectgroep gehad, het Haags Kruiswerk twee. Ook de vertegenwoordiging van de MWV is eenmaal gewisseld. De

vertegenwoordiger van de COSBO is sinds maart 1989 zonder opgave van redenen niet meer aanwezig geweest bij de Projectgroepvergaderingen.

Gesteld kan worden dat bovenstaande personeelwisselingen, zowel op uitvoerend als op beleidsniveau geen consequenties hebben gehad voor de dagelijkse gang van zaken in het Zorghuis, maar wel de voortgang van het experiment hebben vertraagd. Bij iedere wisseling moet opnieuw informatie uitgewisseld worden, mensen moeten ingewerkt worden. Op uitvoerend niveau betekent dit het meerdere malen opnieuw introduceren van samenwerkingsmogelijkheden. Op beleidsniveau (in de Projectgroep) betekent dit het informeren van nieuwe leden. De GDVV stelt dat de intree van nieuwe personen -met een nieuwe kijk of expertise- ook bepaalde zaken heeft versneld, zoals het financiële beheer.

Naast de wisseling in personele bezetting van de Projectgroep is ook het feit dat niet iedereen regelmatig aanwezig is, als storend en vertragend ervaren. Dit betekent namelijk dat discussies vaak herhaald worden, omdat afweziggen de eerstvolgende keer toch een inbreng willen hebben.

2.3.2 Doelstellingen van het experiment

In deze paragraaf wordt in algemene zin ingegaan op de doelstellingen van het experiment. In de volgende paragrafen wordt iedere doelstelling apart bekeken, waarbij de maatregelen om deze doelstelling te bereiken besproken worden, alsmede problemen en alternatieven.

Aangezien de doelstellingen elkaar voor een deel overlappen, is de informatie niet altijd even goed te scheiden naar doelstelling.

In het Projektplan (1987) worden vijf doelstellingen voor het experiment genoemd:

1. "Het aanvullen van de zorg aan ouderen in een beschermde thuissituatie, waardoor de ouderen zelfstandig (samen) kunnen blijven wonen met behoud van hun privacy.
2. De zorg die wordt aangeboden, zal op de persoonlijke leefomstandigheden van de ouderen op maat zijn toegesneden en bevat de mogelijkheden die men tot nu toe in de thuis-, wijk- en verzorgingshuis en verpleeghuis situatie aangeboden krijgt.
3. Het zorghuis vervult een functie t.a.v. de ondersteuning van de in de wijk verblijvende ouderen.

4. De zorg zal verleend worden door gebruikmaking van informele zorg en bestaande extra- en intramurale dienstverlenende instanties.
5. De geboden dienstverlening zal met relatief minder middelen gerealiseerd worden dan in de traditionele dienstverlening." (p. 8)

In het Projektplan (1987) is geen tijdsplanning aangegeven, wanneer deze doelstellingen behaald moeten zijn, noch is aangegeven hoe exact de invulling van deze doelstellingen plaatsvindt, welke criteria er zijn voor de beoordeling van het resultaat en welke middelen er voor elke doelstelling ter beschikking staan. De doelstellingen worden dan ook gezien als erg algemeen, voor meerdere interpretaties vatbaar en vaag. De invulling is sterk overgelaten aan de uitvoerende organisaties en de coördinatoren. Het beleid ten aanzien van de doelstellingen is tamelijk ad hoc geweest, dat wil zeggen inspringen op opkomende vragen en problemen. Uitzondering hierop is de uitwerking van de idee dat extramurale zorgverleners ook verpleeghuisgeïndiceerden tot hun cliëntbestand gaan rekenen. Dit probleem heeft zowel in het Voortgangsoverleg als in de Projectgroep regelmatig aandacht gekregen. Daarnaast is in de Projectgroep vooral de toekomstige organisatie en financiering van het Zorghuis (dat wil zeggen na afloop van de experimentele periode) ter sprake gebracht.

2.3.3 Doelstelling 1

"Het aanvullen van de zorg aan ouderen in een beschermde thuis-situatie, waardoor de ouderen zelfstandig (samen) kunnen blijven wonen met behoud van hun privacy." (Projektplan, 1987, p. 8)

het gebouw en zelfstandigheid

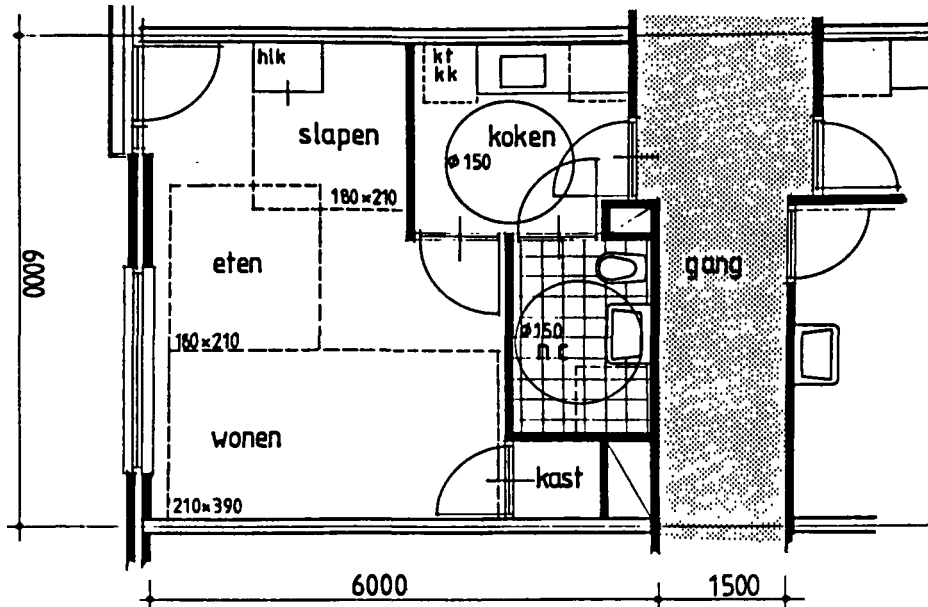
Door de bouw van het Zorghuis, bestaande uit 119 appartementen conform de Regeling Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens (HAT), is voor iedere oudere alleenstaande of voor ieder echtpaar een eigen appartement beschikbaar, waar zij hun eigen leven kunnen leiden (zie tekening 1 en 2). Ieder appartement beschikt over een volledig geoutilleerde keuken en douche, en heeft een eigen brievenbus. De appartementen bieden de mogelijkheid tot het uitnodigen van logées. Hiermee wordt de zelfstandigheid van de bewoners benadrukt. Er is gebruik gemaakt van de HAT-regeling omdat realisatie niet mogelijk bleek op basis van bijvoorbeeld de Wet

op de BejaardenOorden (WBO). De HAT-regeling is evenwel niet specifiek op ouderen afgestemd, zodat na oplevering nog de nodige aanpassingen uitgevoerd moesten worden. Met de oplevering en de aanpassingen zijn in principe aan de ouderen zelfstandigheid en privacy gegarandeerd. Dit wordt verder benadrukt door de wijze waarop de zorgverleners, inclusief de leden van het 'behandelteam' bij de ouderen binnenkomen. Er wordt in principe altijd aangebeld en gewacht tot de deur wordt opengedaan. Uitzonderingen hierop zijn de situaties, waarbij de oudere (of partner) de deur niet kan opendoen, of bij de nachtronden, om de slapende ouderen niet te storen, maar toch te kunnen controleren. Tenslotte kunnen de ouderen hun woning zo inrichten, als zij zelf willen. Alleen aan de verpleeghuisgeïndiceerden wordt standaard vloerbedekking en gordijnen geleverd.

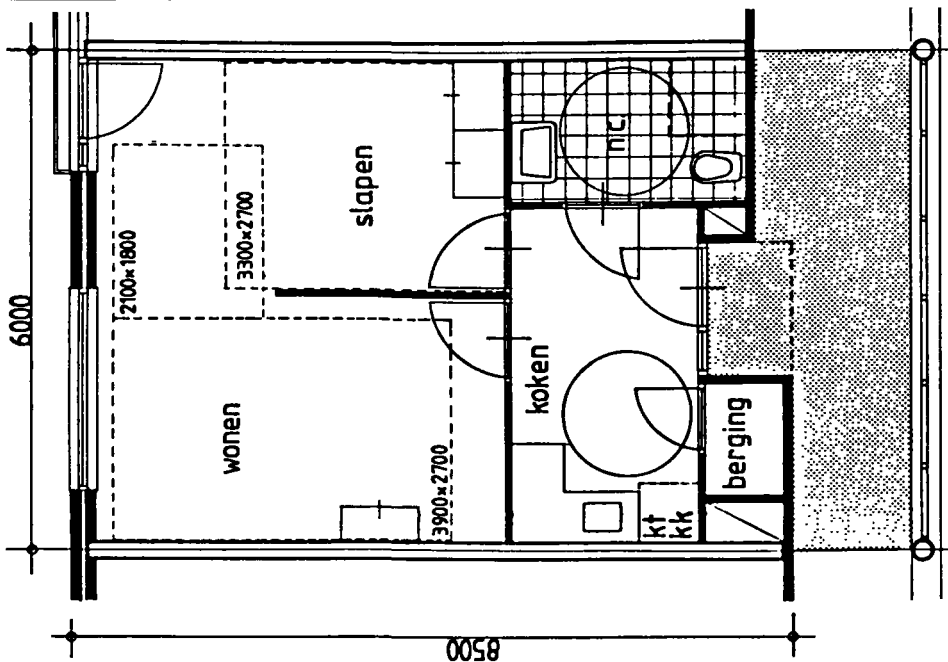
Als probleem wordt door leden van het 'behandelteam' geconstateerd dat ouderen kunnen vereenzamen, doordat zij alleen wonen. In een traditioneel verpleeghuis zien zij andere cliënten/patiënten om zich heen, bezoek dat voor anderen komt, verplegend personeel etcetera. In het Zorghuis zien zij de verpleging alleen indien het nodig is. Dit probleem van vereenzaming kan met name optreden als de partner wegvalt door overlijden.

Hoewel het Zorghuis uit zelfstandige appartementen bestaat heeft het gebouw duidelijke kenmerken van een intramurale instelling. Dit wordt veroorzaakt door ten eerste het feit dat het een appartementengebouw is, waarbij de kamers aan inpandige galerijen gelegen zijn. Daarnaast zijn op diverse plaatsen algemene ruimten gecreëerd, welke ook aangetroffen worden in verzorgings- of verpleeghuizen, zoals huiskamers, invalidentoiletten en douches (per etage). Bovendien heeft het Zorghuis de beschikking over algemene voorzieningen als centrale keuken, centrale eetzaal, receptie, oefenzaal voor fysiotherapie en winkeltje. Door de concentratie van deze voorzieningen in één gebouw, wordt het beeld van intramurale instelling versterkt. Bewoners hoeven niet noodzakelijkerwijs de deur van het Zorghuis uit te gaan voor dagelijkse activiteiten. Hierbij moet overigens gesteld worden dat met de bouw van het Zorghuis reeds gestart was vóór dat er sprake was van een experimentele invulling.

Tekening 1 Eenpersoonswooneenheid



Tekening 2 Tweepersoonswooneenheid



(Bron: GDVV/Gemeentelijke Dienst voor de Volkshuisvesting, Zorghuis Kranenburg, 1984)

zorgverlening en zelfstandigheid

Door de hulpverleners wordt bij de ouderen een grotere mate van zelfstandigheid geconstateerd, in vergelijking met de traditionele instellingen. Dit uit zich onder andere in het feit dat de zorgverlening veel meer in samenspraak met de oudere wordt bepaald. Het samenwonen van echtparen wordt als zeer positief beoordeeld door de zorgverleners, alhoewel soms een intensieve begeleiding noodzakelijk is. Dit is zeer zeker het geval als echtparen voorheen gescheiden hebben gewoond -indien één der partners in een verpleeghuis opgenomen is geweest. Het opnieuw samenwonen kan dan in het begin wel eens tegenvallen. Maar ook gebeurt het dat de gezonde partner zoveel zorg voor de ongezonde partner op zich wil nemen, dat overbelasting dreigt. De zorgverleners proberen dan in samenspraak met de betreffende ouderen dit te voorkómen.

Het Zorghuis heeft regelmatig aanvragen gekregen van verpleeghuisgeïndiceerde personen, jonger dan 65 jaar. In verband met het evaluatieonderzoek zijn deze aanvragen nog niet gehonoreerd.

bewoners en indicatiestelling

Het Zorghuis biedt plaats aan ongeveer honderdvijftig ouderen. Bij aanvang woonden er ongeveer 135 ouderen; door het afnemend aantal echtparen wonen er eind 1990 nog ongeveer 125 ouderen in het Zorghuis.

Er is een (voorlopige) erkenning voor dertig verpleeghuisbedden. Daarnaast is er financiering voor veertig WBO-geïndiceerde ouderen. Tenslotte kunnen ongeveer tachtig ouderen met een zogenaamde aanleunwoningindicatie gehuisvest worden. Bij aanvang van het experiment zijn ongeveer veertig ouderen met een WBO-indicatie ingestroomd, twintig uit een op te heffen verzorgingshuis, en twintig ouderen die in andere verzorgingshuizen verbleven of op de wachtlijst stonden. Daarna zijn gedurende ruim twee jaar geen ouderen meer op grond van een WBO-indicatie binnengekomen. Bij de Projectgroep leefde de verwachting dat er intern een doorstroming van ouderen zou zijn van aanleunwoningindicatie naar hulpbehoefte op WBO-niveau. Bij aanvang van het experiment meenden sommige Projectgroepleden, dat het Zorghuis zou 'dichtslippen' met verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. Men gaat er dan vanuit dat de ouderen allemaal de hiërarchie van hulpbehoefte en daarmee van indicaties doorlopen, dat wil zeggen van aanleunwoningindicatie via WBO-indicatie naar verpleeghuisindicatie. Geconstateerd is echter dat deze doorstroom in veel mindere mate plaatsvond dan verwacht. Om de zorgbehoefte van de ouderen te kunnen be-

oordelen is besloten in de nazomer van 1989 alle ouderen door de Indicatiecommissie te laten (her)indiceren, overigens zonder dat dit consequenties voor de ouderen zou hebben. Gesteld moet worden, dat de criteria bij herindicatie niet identiek zijn aan de criteria van de oorspronkelijke indicatie. Ten eerste is volgens strengere normen en een andere procedure geïndiceerd dan de oorspronkelijke indicatie. De oorspronkelijke indicaties zijn door diverse instanties afgegeven. Vóór juni 1989 indiceerde de GG&GD de aanleunwoninggeïndiceerden, de Indicatiecommissie voor Bejaardenoorden de WBO-geïndiceerden en de Indicatiecommissie voor de Verpleeghuizen de verpleeghuisgeïndiceerden. In juni 1989 is de indicatiestelling in handen gelegd van één Indicatiecommissie en worden strengere normen gehanteerd. Ten tweede is in deze speciale situatie de conclusie getrokken niet met sociale en/of woonomstandigheden rekening te houden. De indicatie is enkel op de lichamelijke hulpbehoefte gesteld. Ten derde is er per indicatie een beperkte tijd beschikbaar geweest, zodat slechts een globaal beeld verkregen is van de lichamelijke hulpbehoefte van de ouderen. Tenslotte is op individueel niveau geïndiceerd, ook bij een indicatie voor de WBO. Dit laatste betekent dat partners apart zijn geïndiceerd. Volgens de normale procedure krijgen partners, waarvan één een WBO-indicatie heeft, beide die indicatie. Elf ouderen zijn niet opnieuw geïndiceerd. Uit tabel 1 is af te leiden dat er de eerste twee jaar van het experiment geen sprake is van 'dichtslibben' met verpleeghuisgeïndiceerden. Achtentwintig ouderen (21.5%) zouden volgens deze herindicering in 1989 een lichtere zorgbehoefte hebben dan bij binnenkomst, en negenentwintig ouderen (22.5%) een zwaardere zorgbehoefte -waarvan bij zeven (3 + 4) de zorgbehoefte in hoge mate is verslechterd (zie tabel 1). Tevens is uit deze tabel af te leiden dat er anno september 1989 minder ouderen met een zorgbehoefte op WBO-niveau in het Zorghuis wonen, dan financieel gewenst is*. In de normale indicatieprocedure worden ouderen die eenmaal een WBO-indicatie hebben, niet meer opnieuw geïndiceerd naar een lager niveau. Indien deze procedure hier ook gevolgd wordt, en die betreffende ouderen die nu een aanleunwoningindicatie zouden hebben gekregen, alsmede partners van WBO-geïndiceerden meegerekend worden, dan komt het totaal aantal WBO-geïndiceerden op ongeveer drieëndertig. Op grond hiervan is door de Projectgroep besloten bij de Bemiddelingscommissie te melden dat ook ouderen op basis van een WBO-indicatie in het Zorghuis kunnen komen wonen.

* Vanuit de WBO vindt financiering plaats op basis van 40 WBO-plaatsen

Tabel 1 Herindicatie in september 1989 afgezet tegen oorspronkelijke indicatie bij binnenkomst in het Zorghuis (absolute aantallen)*

herindicatie:	geen	aanleunwoning	WBO	verpleeghuis	onbekend	totaal
oorspronkelijk:						
geen**	3	6	3	0	2	14
aanleunwoning	14	28	9	4	4	59
WBO	0	12	9	7	5	33
verpleeghuis	0	0	2	22	0	24
totaal	17	46	23***	33	11	130

* Vetgedrukte-dubbelonderstreepte getallen betekenen verzwarende van indicatie, enkel-
onderstreepte een lichtere indicatie.

** Partners van verpleeghuisgeïndiceerde oudere hoeven bij binnenkomst geen indicatie te hebben.

*** In de normale indicatieprocedure worden ouderen die eenmaal een WBO-indicatie hebben, niet meer opnieuw geïndiceerd naar een lager niveau. Indien deze procedure hier ook gevolgd wordt, en die betreffende ouderen die nu een aanleunwoningindicatie zouden hebben gekregen, alsmede partners van WBO-geïndiceerden, meegerekend worden, dan komt het totaal aantal WBO-geïndiceerden op ongeveer drieëndertig.

(bron: Projectgroep, 1989b)

intern verhuizen

Een van doelstelling 1 afgeleid doel is, dat ouderen niet intern hoeven te verhuizen, ook niet wanneer hun zorgbehoefte toe- of afneemt. Gegeven het beperkt aantal rolstoelvriendelijke appartementen levert deze afgeleide doelstelling problemen op. Indien bij een echtpaar de rolstoelbehoefte partner komt te overlijden, kan de overgebleven oudere in principe in dat appartement blijven wonen. Daarmee wordt de instroom van nieuwe, rolstoelbehoefte ouderen evenwel beperkt. De betreffende overgebleven oudere wordt daarom gevraagd -indien mogelijk- een ander appartement te betrekken, om zodoende ruimte voor nieuwe ouderen te maken. Aan deze verzoeken wordt echter nauwelijks gehoor gegeven. Volgens de GDVV zijn er geen ouderen afgewezen op grond van voornoemde problemen. Ook is het Zorghuis, zoals gesteld in het Projektplan (1987), in principe niet geschikt voor ouderen met een ernstig psycho-geriatrisch probleem. Het Zorghuis kan wel 24-uurs-zorg garanderen, maar geen 24-uurs-toezicht. Slechts indien er voldoende mantelzorg aanwezig is waardoor dit toezicht wel gegarandeerd is -bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een partner- kunnen deze ouderen blijven. Anders dienen zij in traditionele verpleeghuizen te worden opgenomen. Dit is enkele malen voorgekomen. Opgemerkt moet worden dat met name mensen die een zekere mate van desoriëntatie in tijd en ruimte hebben,

het probleem kunnen vormen. Deze mensen kunnen bijvoorbeeld zwerfneigingen gaan vertonen en niet meer weten hoe naar hun woning terug te komen. Voor deze mensen is 24-uurs-toezicht noodzakelijk. In plaats van ernstige psycho-geriatrische problemen kan dan ook beter gesproken worden van storende psycho-geriatrische problemen.

consequenties voor zorgverleners

Dat de ouderen bij verandering van zorgbehoefte niet hoeven te verhuizen, brengt met zich mee dat de zorg 'aan huis' gebracht moet worden. Het betekent voor zorgverleners dat hun cliënten overal over het gebouw verspreid wonen. Met name voor het 'behandelteam' betekent dit dat er veel gelopen moet worden tussen de diverse cliënten/patiënten. Zij verblijven nu eenmaal niet, zoals in een traditioneel verpleeghuis, met meer personen op één zaal, of op één afdeling. Bij aanvang van het experiment zijn wel alle verpleeghuisgeïndiceerden geclusterd in een kolom in het gebouw, omdat zich daar de aan rolstoelen aangepaste appartementen bevonden. In de loop der tijd zijn evenwel cliënten afgevallen en anderen ingestroomd, in andere appartementen. Deze loopafstanden vergen, volgens de leden van het 'behandelteam', veel van het 'behandelteam', vooral van de wat oudere zorgverleners. Ook het feit dat de ouderen hun appartement naar eigen inzicht hebben ingericht, nodigt niet uit tot standaard-zorg. Noodzakelijke spullen liggen niet standaard op dezelfde plaats of zijn soms niet (meer) aanwezig. De zorgverleners zijn van mening dat de ouderen zich weer thuis voelen en zich de baas voelen over hun eigen omgeving, in plaats van te wonen in het 'domein van de verpleging', zoals dat het geval lijkt in een traditioneel verpleeghuis.

Het gebouw voldoet niet aan alle wensen van de zorgverleners. Met name de ventilatie van het gebouw laat te wensen over, menen de zorgverleners (Zaal & Perenboom, 1991).

Doelstelling 1 is voor de extramurale instellingen een van de belangrijkste geweest om te participeren in het experiment. Voor hen staat de zelfstandigheid van ouderen voorop, of, zoals zij het stellen: ouderen moeten zoveel mogelijk hun 'eigen regie' voeren, zolang mogelijk thuis (indien nodig) verzorgd worden. Gesteld wordt dat zij met het experiment ook uitbreiding van hun cliëntenbestand hebben gekregen, namelijk die ouderen die oorspronkelijk in een verzorgingshuis verbleven. Veel ouderen die op de wachtlijst voor een verzorgingshuis staan of daar al verblijven, kunnen

volgens de extramurale organisaties met een kleine uitbreiding van de zorg (naar taken en tijden) thuis blijven wonen. Het Zorghuis is, volgens de extramurale organisaties, een stap daartoe.

Doelstelling 1 is in principe met de bouw en opening van het Zorghuis behaald. Privacy, het zelfstandig kunnen blijven wonen bij verandering van zorgbehoefte en zorgverlening zijn in principe vervuld. De wijze waarop en de mate waarin zorgverlening wordt gegeven, worden besproken bij doelstellingen 2 en 4.

2.3.4 Doelstelling 2 en 4*

"De zorg die wordt aangeboden, zal op de persoonlijke leefomstandigheden van de ouderen op maat zijn toegesneden en bevat de mogelijkheden die men tot nu toe in de thuis-, wijk- en verzorgingshuis en verpleeghuis situatie aangeboden krijgt."

"De zorg zal verleend worden door gebruikmaking van informele zorg en bestaande extra- en intramurale dienstverlenende instanties."

(Projektplan, 1987, p. 8)

professionele zorgverlening

De professionele zorgverlening aan ouderen is in handen van drie organisaties. Het 'behandelteam' van de GDVV is verantwoordelijk voor de zorg aan de ouderen met een verpleeghuisindicatie en voor de noodhulp aan de overige ouderen. De gezinszorg en de wijkverpleging leveren de professionele zorg aan de overige ouderen. In totaal zijn tweeënveertig zorgverleners werkzaam ten behoeve van het Zorghuis: vijfentwintig leden van het 'behandelteam', zeven van de Stichting Thuishulp en tien van het Haags Kruiswerk (Zaal & Perenboom, 1991). De meeste leden van het behandelteam zijn ziekenverzorgenden, van de Stichting Thuishulp zijn de meeste zorgverleners bejaarden- of gezinsverzorgenden en bij het Haags Kruiswerk zijn de meesten wijkverpleegkundige. Veel professionele zorgverleners werken part-time, zoals uit tabel 2 (pag 51) kan worden afgeleid. De gezinsverzorgenden werken nagenoeg uitsluitend voor het Zorghuis, de zorgverleners van de wijkverpleging werken ook in de wijk.

* Deze doelstellingen zijn bij elkaar genomen, omdat beide betrekking hebben op de zorgverlening aan de ouderen.

Gedurende de looptijd van het experiment is bekeken in hoeverre de extramurale organisaties hun zorg kunnen uitbreiden naar verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. In het laatste jaar van het experiment hebben extramurale zorgverleners de zorg op zich genomen voor enkele verpleeghuisgeïndiceerde ouderen (structureel voor één oudere, voor enkele andere ouderen is dat wisselend). Criterium voor deze uitbreiding van extramurale zorg naar verpleeghuisgeïndiceerden is de aanwezige zorg vóór de indicatiestelling voor een verpleeghuis. Indien het ouderen betreft die reeds extramurale zorg hebben en al wonen in het Zorghuis, blijven de extramurale organisaties zoveel mogelijk de zorg verlenen. Indien het ouderen betreft die van elders komen, wordt de zorg verleend door het 'behandelteam'. Voor de extramurale organisaties is het probleem bij de zorg aan verpleeghuisgeïndiceerden de 'ongeplandheid' ervan. Zij verlenen normaal gesproken zorg op van te voren vastgelegde tijdstippen voor een van te voren vastgelegde duur. Bij verpleeghuisgeïndiceerden gaat dit echter niet altijd op. Zij kunnen dus niet aan alle ouderen met een verpleeghuisindicatie zorg verlenen, maar alleen aan die, waarvan de zorg 'te plannen' is.

informele zorgverlening en centrale verzorgers

De professionele zorg dient in principe aanvullend te zijn aan de aanwezige zelf- en mantelzorg. Volgens de extramurale organisaties is informele zorg (van familie of burens/kennissen) met name bij aanleunwoning- en WBO-geïndiceerde ouderen in mindere mate aanwezig dan zij in de wijk tegenkomen. Bij de verpleeghuisgeïndiceerden daarentegen is een meer omvangrijke informele zorg van familie of burens/kennissen aanwezig. De aanwezigheid van partners speelt hierin een rol. Deze doen diverse kleine karweitjes voor hun verpleegbehoefte partner, als afwassen, ontbijt en avondeten klaarmaken en dergelijke. Gesteld wordt dat het mogelijk is dat de ouderen met een aanleunwoning- of een WBO-indicatie die in het Zorghuis wonen, een kleiner informeel netwerk hebben, dat zij al minder mantelzorg (informele zorg) hadden en mede daarom naar het Zorghuis zijn gekomen. Hier is met behoud van zelfstandigheid, 24 uur professionele zorg gegarandeerd. Ook door de verhuizing naar het Zorghuis kan een deel van het bestaande netwerk verloren zijn gegaan en moet een nieuw worden opgebouwd van burens en kennissen uit het Zorghuis. Gegeven de leeftijd en de draagkracht van deze nieuwe kennissen -het zijn allemaal ouderen- is het beroep dat men erop kan doen echter geringer dan in een wijksituatie. Coördinator A stelt ook, dat de professionele zorg niet aanvullend is geweest op de aanwezige zelf- of mantelzorg, maar eerder andersom: de informele

zorg is aanvullend geweest op de professionele zorg. Met name voor de verpleeghuisgeïndiceerden kan niet uitgegaan worden van de informele zorg. Indien een oudere uit een ander verpleeghuis afkomstig is, zal er (professionele) zorg gegeven moeten worden. Men kan niet wachten op de ontwikkeling van informele zorg. Nadeel is, zo stelt coördinator A, dat niet expliciet is geformuleerd wat men van informele zorg verwacht. Mede daarom is er in het experiment geen sprake van extra activiteiten als bijvoorbeeld voorlichting of ondersteuning door professionele zorgverleners om de hoeveelheid informele zorg door familie of burens/kennissen te vergroten, anders dan in de traditionele situatie.

Een belangrijke rol in de zorgverlening door informele zorgverleners wordt gespeeld door de centrale verzorger. Dit is die persoon in het informele sociale netwerk van de oudere, die voor wat betreft de zorg het belangrijkste is. Uit gegevens die over centrale verzorgers in het Zorghuis beschikbaar zijn (zie hoofdstuk 1.4.2 en bijlage 3) blijkt dat er tussen begin en eind van het experiment niet veel voor hen veranderd is. Enkele centrale verzorgers voelen zich aan het eind iets minder gezond dan aan het begin, en sommigen voelen zich ook wat meer belast door de zorgverlening. Over het algemeen vinden de centrale verzorgers in het Zorghuis het geven van huishoudelijke zorg aan de ouderen minder belastend in vergelijking met centrale verzorgers van ouderen in traditionele woon- of zorgvormen. Mogelijk komt dit doordat de appartementen in het Zorghuis modern zijn en daardoor makkelijk schoon te houden. Tenslotte blijkt uit de spaarzame gegevens dat de centrale verzorgers gedurende de looptijd van het experiment niet of nauwelijks meer uren zorg zijn gaan geven. Wel opvallend is het feit, dat bij een behoorlijke groep ouderen meer dan één centrale verzorger aanwezig is. Dit blijkt uit het feit dat ouderen bij aanvang van het experiment iemand als centrale verzorger hebben genoemd en bij het eind van het experiment iemand anders. Toch blijkt dat nagenoeg alle bij aanvang genoemde personen ook aan het eind van het experiment nog zorg verlenen. In plaats van centrale verzorgers kan dan ook beter gesproken worden van netwerkverzorgers, die de taken verdeeld hebben. In bijlage 3 wordt nader ingegaan op de resultaten van het onderzoek bij centrale verzorgers en netwerkverzorgers.

vrijwilligers

Door coördinator B (zie paragraaf 2.3.1) is een vrijwilligersorganisatie opgezet, bestaande uit ongeveer 60 personen. Driekwart van de vrijwilligers is vrouw. De meeste

vrijwilligers zijn zelf al ouder (60 jaar of ouder). Voor meer dan de helft van de vrijwilligers is de algemene wens, mensen te willen helpen, de motivatie om dit werk te doen. De meeste vrijwilligers zijn reeds bij aanvang of in het eerste jaar in het Zorghuis komen werken. Zij verrichten vooral taken bij groepsgerichte activiteiten als koffiebar, recreatieve activiteiten en de maaltijdvoorziening. Zij zijn over het algemeen tevreden met het werk dat zij doen. (Zaal & Perenboom, 1991). De vrijwilligers zijn niet betrokken in de directe hulpverlening aan individuele bewoners. Gesteld wordt dat deze vrijwilligersorganisatie in vergelijking met intramurale instellingen omvangrijk en goed georganiseerd is. Maar met name de wijkverpleging is van mening dat vrijwilligers ook voor directe zorgtaken als klusjes en het helpen bij administratieve zaken voor individuele ouderen dienen te worden ingezet. De huidige vrijwilligersorganisatie is volgens de wijkverpleging te veel geïnstitutionaliseerd. Dit is een zaak die, volgens de wijkverpleging, in de toekomst besproken moet worden.

zorg op maat

De zorg die verleend wordt, moet op 'maat' zijn. Hierbij doet zich de vraag voor wiens maat bedoeld wordt. Volgens coördinator A wordt er gewerkt vanuit de maat van de instellingen. Zij bepalen welke zorg en hoeveel zorg de ouderen nodig hebben, voor zover mogelijk aanvullend op de zelf- en informele zorg. Tegelijk constateert coördinator A dat ouderen de verwachting hebben dat zij zelf kunnen bepalen welke professionele zorg ze krijgen. Sommige ouderen willen graag dat een bepaalde mate van zelfzorg wordt overgenomen door de zorgverlener, omdat zij dat zelf niet meer willen uitvoeren. Gesteld wordt dat er een verschil is tussen de verwachtingen van de ouderen en de opzet van het experiment. De ouderen hebben een 'luxe' verwachting: er is gegarandeerd 24 uur professionele zorg, de zorg is op de maat van de oudere afgestemd. De opzet van het experiment is een 'schaarste-opzet', namelijk ouderen zoveel mogelijk zelf laten doen -eventueel met behulp van informele zorg- en slechts aanvullende professionele zorg leveren (Projectgroep, 1990b). Ouderen geven wel aan hoe de -huishoudelijke- zorg die zij krijgen, uitgevoerd moet worden. Als zij bepaalde dingen op hun eigen wijze gedaan willen hebben, wordt daarnaar geluisterd. De zorgverleners stellen dat omvang en aard van de zorg in samenspraak met de ouderen worden vastgesteld. Dit vergt soms veel overtuigingskracht om de betreffende ouderen duidelijk te maken dat de zorg die verleend wordt voldoende is, c.q. dat de oudere teveel of te weinig zorg vraagt. Daar komt volgens hen bij, dat, door de clustering

van ouderen in het Zorghuis, de sociale controle groot is en de ouderen de hoeveelheid verleende zorg vergelijken met die welke aan anderen verleend wordt. In vergelijking met een gewone wijksituatie wordt de zorgverlening in het Zorghuis wel als "luxe" beoordeeld, de ouderen hebben meer gelegenheid en mogelijkheden om aan professionele zorg te komen. Voor de zorgverleners betekent dit dat men duidelijke grenzen moet stellen.

Bij aanvang van het experiment is (via bijscholing) met name bij het 'behandelteam' sterk de nadruk gelegd op de zorg op maat gedachte, in de zin van aanvullend op de zelf- en mantelzorg. Het 'behandelteam' heeft moeten leren 'verplegen met de handen op de rug' (MGZ, 1983). Dit betekent dat het 'behandelteam' niet de standaard zorg levert, zoals in intramurale instellingen, maar zoveel mogelijk in dialoog met hulpvrager en omgeving (informele zorgverleners) bepaalt welke zorg geleverd moet worden. De verantwoordelijkheid voor de zorg wordt bij de cliënt/patiënt gelaten (MGZ, 1983). Van de zorgverleners wordt een grote mate van flexibiliteit geëist. Toch meent de meerderheid van de zorgverleners niet dat door het zorg op maat principe hun werkzaamheden inhoudelijk zijn veranderd.

Van de uitvoerende zorgverleners is ruim de helft van mening dat er aan de zorg op maat nog wel het een en ander kan verbeteren. De goede kant van dit idee betreft de zelfstandigheid van de ouderen, de minder positieve kanten betreffen, volgens de zorgverleners, dat er een gebrek aan aandacht voor de oudere is en dat in sommige hulpbehoeften niet of moeilijk kan worden voorzien. Mede vanwege het feit dat de appartementen niet zo groot en in één gebouw geclusterd zijn, worden door met name de gezinszorg meer cliënten per zorgverlener per dagdeel verzorgd dan in een gewone wijksituatie. Indien er zich problemen voordoen, bijvoorbeeld dat de zorg bij een cliënt meer tijd vergt, gaat dit af van de tijd voor de volgende cliënt. Hierdoor is minder aandacht mogelijk voor andere zaken dan de directe verzorging, bijvoorbeeld emotionele ondersteuning. Driekwart van de zorgverleners krijgt van de ouderen vragen naar zorg, die buiten de taak valt (Zaal & Perenboom, 1991). Daarnaast wordt gesteld dat zorg op maat leidt tot een tegenstrijdigheid van privacy en isolement. Ouderen kunnen hierdoor vereenzamen. Tegelijk wordt geconstateerd dat, door de nabijheid van alle cliënten, er door de extramurale hulpverleners wel extra hulp verleend wordt. Zij gaan sneller dan in de wijk nog even buiten de geplande zorgmomenten bij een cliënt kijken hoe het gaat, of bepaalde zaken zijn gebeurd en dergelijke.



Foto 3 De centrale keuken



Foto 4 Verpleeghuiszorg in het eigen appartement

samenwerking tussen zorgverlenende organisaties

Zoals boven reeds gesteld, verlenen de extramurale organisaties ook zorg aan enkele ouderen met een verpleeghuisindicatie. Soms wordt aan ouderen zowel door intramurale als extramurale zorgverleners zorg gegeven. Dit doet een sterk beroep op samenwerking, afstemming en overdracht. Ten behoeve van de samenwerking tussen de werksoorten is door coördinator A veel tijd besteed aan het laten kennismaken met elkaars werkwijze. Voor afstemming en overdracht is een schriftelijk systeem ontwikkeld. Uitgangspunt bij de zorgverlening blijft echter dat zo min mogelijk verschillende zorgverleners bij de ouderen komen. Toch menen de uitvoerende zorgverleners dat er teveel verschillende zorgverleners bij de ouderen over de vloer komen (Zaal & Perenboom, 1991). Daarnaast vindt samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners plaats bij echtparen met een verschillende indicatie, bijvoorbeeld waar de ene partner een verpleeghuisindicatie heeft en de andere extramurale zorg vraagt. Voor de verdeling van huishoudelijke taken in dergelijke situaties zijn afspraken gemaakt tussen de huishoudelijke dienst van het Zorghuis (die onder de GDVV valt) en de extramurale organisaties.

Het merendeel van de zorgverleners is van mening dat de samenwerking onderling zich goed ontwikkelt, maar ook nog wel verbetering behoeft. Dit betreft met name overleg tussen de verschillende werksoorten. Daarnaast wordt gesteld dat gemaakte afspraken niet altijd duidelijk zijn en dat men meer inzicht in elkaars werkwijze wenst te krijgen (Zaal & Perenboom, 1991). Gesteld wordt, dat de samenwerking tussen de drie instellingen steeds duidelijker vorm krijgt, maar nog niet altijd even soepel verloopt. Dit geldt met name voor de wijkverpleging. De wijkverpleging gaat sterk uit van de eigen organisatie en deskundigheid en stelt te weinig haar eigen grenzen ter discussie, zo wordt opgemerkt.

klachten

Waar zorg verleend wordt, kunnen klachten voorkomen. Aangezien binnen het Zorghuis drie verschillende organisaties zorg verlenen, soms zelfs in één cliëntsituatie, is door coördinator A een concept klachtenregeling ontworpen, die tot doel heeft de klachtenprocedure te stroomlijnen. Voor cliënten/patiënten is het niet altijd even duidelijk waar men met klachten terecht moet. Deze klachtenregeling heeft echter nooit het definitieve stadium bereikt, zodat tot nog toe gewerkt wordt met de bestaande klachtenprocedures van de instellingen. Indien er zich klachten hebben voorgedaan,

zijn zij evenwel niet van dien aard geweest, dat daar op directieniveau c.q. Platformniveau over gesproken moest worden.

2.3.5 Doelstelling 3

"Het zorghuis vervult een functie t.a.v. de ondersteuning van de in de wijk verblijvende ouderen." (Projektplan, 1987, p. 8)

algemeen

De ondersteuning van ouderen in de wijk is in het Zorghuis opgevat als het organiseren van (re)creatieve activiteiten voor ouderen, maaltijdvoorziening en dagverzorging voor zowel ouderen met somatische problemen als voor ouderen met psychogeriatrische problemen. Deze voorzieningen staan open voor zowel ouderen die in het Zorghuis wonen als voor ouderen uit de omgeving (de wijk Segbroek). Van deze voorzieningen maken in totaal ongeveer 300 ouderen gebruik, inclusief ouderen die aan meer activiteiten deelnemen.

recreatieve activiteiten

De recreatieve activiteiten – uiteenlopend van kaarten tot praatgroepen – worden begeleid door (meestal vrijwillige) activiteitenbegeleiders. De ouderen kunnen tegen onkostenvergoeding deelnemen aan de activiteiten. Een ontspanningscommissie begeleidt de activiteitenbegeleiders en controleert de kas. Activiteiten worden in het Zorghuis niet alleen georganiseerd met als doel bewoners te laten deelnemen, maar ook om 'leven in de brouwerij' te brengen. Voor bepaalde activiteiten zoals koorrepetities en toneeluitvoeringen wordt ruimte beschikbaar gesteld. Met name buitenstaanders participeren in dit soort activiteiten. Als tegenprestatie wordt (gratis) uitvoering ten behoeve van bewoners en ouderen uit de wijk verwacht.

Gesteld wordt dat betrekkelijk weinig ouderen uit het Zorghuis zelf gebruik maken van met name deze wijkfaciliteiten die door het Zorghuis worden georganiseerd. Het is mogelijk dat de bewoners van het Zorghuis meer gebruik maken van activiteiten die elders georganiseerd worden.

centrale maaltijdvoorziening

De centrale maaltijdvoorziening trekt veel ouderen. Per dag worden in totaal ongeveer 130 maaltijden verstrekt. Dit is inclusief 3 maaltijdprojecten, dat wil zeggen dat deze maaltijden klaargemaakt worden in de centrale keuken van het Zorghuis, maar elders worden genuttigd. Bij de start van het experiment maakten veel ouderen zelf hun maaltijd klaar, met name die ouderen die uit een verzorgingshuis afkomstig zijn. Gedurende de looptijd van het experiment is het gebruik van de maaltijdvoorziening door ouderen uit het Zorghuis zelf echter toegenomen. De prijs-kwaliteit verhouding van deze maaltijden kan daar een grote rol in spelen. De maaltijdverstrekking is grotendeels in handen van vrijwilligers. Er hebben zich wat problemen voorgedaan bij de maaltijdverstrekking. Deze knelpunten deden zich met name voor bij het verstrekken van maaltijden aan niet-zieke ouderen in hun appartement. Door onder andere een tekort aan vrijwilligers kon dit knelpunt niet binnen de bestaande situatie opgelost worden. Er is tenslotte voor gekozen om tot aanstelling over te gaan van een voedingsassistente, die de maaltjduitgifte coördineert, waar dit in het Projektplan (1987) niet voorzien is.

De vraag kan gesteld worden of een centrale maaltijdvoorziening in de opzet van het Zorghuis past. Het is ook mogelijk om voor de maaltijdverstrekking gebruik te maken van bestaande voorzieningen als Tafeltje Dekje. Op deze wijze kan de woon-functie van het Zorghuis worden versterkt boven de verzorgingsfunctie.

dagverzorging

De dagverzorging is in 1988 voor twee groepen ouderen gestart, een groep voor ouderen met somatische problemen en een groep voor ouderen met psycho-geriatrische problemen. De dagverzorging vervult een ondersteunende functie voor zelfstandig wonende ouderen in de wijk. Doel is de ouderen met behulp van gerichte activiteiten te ondersteunen in hun zelfstandig functioneren, bijvoorbeeld door het stimuleren van HDL- en ADL-functies. Tegelijk wordt door de dagverzorging het sociale netwerk van de betreffende oudere enigszins ontlast van de zorg. Aan de deelnemers wordt een op hun mogelijkheden toegesneden pakket activiteiten aangeboden. Voor de dagverzorging is een professionele begeleider in dienst van het Zorghuis.

Ten behoeve van een formele erkenning van de dagverzorging is subsidie aangevraagd - en verleend- in het kader van het Flankerend Beleid. Aangezien het tot de doelstellingen van het experiment behoort om alle activiteiten uit het normale Zorghuisbudget te financieren (zie doelstelling 5), en geen aanvullende subsidies voor specifieke

activiteiten aan te vragen, is besloten om de subsidie voor de dagverzorging niet te gebruiken, maar te reserveren. Op deze manier is enig inzicht te verkrijgen in mogelijke financiële substitutie-effecten van het experiment, namelijk welke kosten bespaard worden in vergelijking met traditionele situaties.

deelnemers

Bij de niet in het Zorghuis wonende deelnemers aan de wijkactiviteiten is in 1989 een korte meting gehouden betreffende de verschillende activiteiten. Zesentwintig deelnemers hebben gereageerd. Ter illustratie volgen hieronder enkele bevindingen. Deze zesentwintig ouderen betreffen tien mannen en zestien vrouwen. Vijftien ouderen zijn verweduwd of gescheiden, zeven zijn gehuwd. Nagenoeg alle ouderen wonen in de omgeving van het Zorghuis. Twaalf van de zesentwintig ouderen willen eventueel wel in het Zorghuis wonen. Bijna de helft doet sinds een jaar mee aan (één of meer) activiteiten. Twaalf ouderen maken gebruik van de maaltijdvoorziening, tien van de koffiebar, twaalf nemen deel aan (re)creatieve activiteiten en vier ouderen nemen deel aan de dagverzorging. De sfeer wordt door de meeste ouderen als goed ervaren, hetgeen voor de meeste ook de reden is voor deelname. De maaltijdvoorziening voorziet in een behoefte. Slechts twee ouderen zouden zelf koken, indien de centrale maaltijdvoorziening niet aanwezig was, de overigen zoeken andere oplossingen als Tafeltje Dekje of eten bij anderen.

2.3.6 Doelstelling 5

"De geboden dienstverlening zal met relatief minder middelen gerealiseerd worden dan in de traditionele dienstverlening." (Projektplan, 1987, p. 8)

algemeen

De vraag of deze doelstelling gedurende de experimentele periode is bereikt, wordt in dit rapport niet beantwoord. Het Nederlands Economisch Instituut voert een economische evaluatie uit, waarin de kosten, zoals gemaakt in het Zorghuis, worden vergeleken met de kosten die voor ouderen met dezelfde kenmerken in traditionele zorgsituaties worden gemaakt (zie hoofdstuk 1.2). In deze paragraaf worden enkele punten ten aanzien van deze doelstelling toegelicht.

inkomsten en uitgaven

Het experiment Zorghuis Den Haag gebruikt de gelden van de AWBZ, de WBO en de huurinkomsten voor alle (zorg)activiteiten die zij verricht, dus ook voor de wijkfaciliteiten, inclusief de dagverzorging. De specifieke subsidie ten behoeve van de dagverzorging wordt gereserveerd, om op deze wijze inzicht te verkrijgen in de besparing die dit oplevert.

Gesteld kan worden, dat het experiment gedurende de looptijd jaarlijks een overschot heeft van ongeveer *f* 200.000 tot *f* 300.000 ten opzichte van het bij aanvang vastgestelde budget -ongeveer *f* 4 miljoen (Projektplan, 1987, p. 16).

Een indicatie dat de doelstelling gehaald wordt, is het feit dat de verpleegprijs is vastgesteld op *f* 204 per dag, een prijs die volgens de Projectgroep (1990b) laag is voor een nieuw gebouwde voorziening (ongeveer *f* 240 - *f* 250 per dag). Gesteld wordt ook dat het Zorghuis voor WBO-geïndiceerde ouderen zelf een goedkope voorziening is. De ouderen betalen huur en de zorg die zij nodig hebben. Voor de wijkverpleging is dit *f* 45,= per jaar contributie. De gezinszorg rekent een inkomensafhankelijke bijdrage per uur, die maximaal ruim *f* 8,= per uur bedraagt. De wijkverpleging en gezinszorg declareren de gewerkte uren bij het Zorghuis. Voor de wijkverpleging wordt voor een full-time verpleegkundige *f* 4820 gulden per maand in rekening gebracht, de gezinszorg rekent *f* 36,95 per uur voor uren in kantoortijd en *f* 76,= voor uren buiten kantoortijd.

Door met name de wijkverpleging wordt betwijfeld of het Zorghuis goedkoper is. Zij stelt dat extramurale zorg op zich niet goedkoper is dan intramurale zorg, omdat intramurale zorg een efficiënte vorm van zorg is voor bepaalde groepen ouderen. Het financiële voordeel moet dan behaald worden uit het feit, dat de extramurale zorg niet een standaardpakket zorg verleent.

personeelsformatie

Het 'behandelteam' is aan het eind van de experimentele periode kleiner (in full-time equivalenten) dan begroot in het Projektplan, de gezinszorg verleent minder uren zorg dan begroot, alleen de wijkverpleging levert meer zorg dan begroot (zie tabel 2).

Tabel 2 Gemiddelde personeelsformatie in uren per week volgens Projektplan (1987, p. 10/11) en aan het eind van de experimentele periode (Projectgroep, 1990b)

soort zorg	Projektplanbegroting	situatie oktober 1990	verschil
Behandelteam			
verpleegkundigen	190	114,5	- 75,5
ziekenverzorgenden	532	377,6	-154,4
bejaarden-helpenden	190	178,9	- 11,1
Gezinszorg	220*	161**	- 59
Wijkverpleging	19	28	+ 9
Fysiotherapie (consultbasis)	12	13,8	+ 1,8

* exclusief avond- en weekendzorg

** inclusief avond- en weekendzorg en zorg aan verpleeghuisgeïndiceerden

toekomstige financieringsmogelijkheden

Vanuit de Projectgroep is een werkgroep ingesteld, die zich bezig heeft gehouden met de financiering van het Zorghuis na afloop van de experimentele periode. In deze werkgroep is onder andere financiering via zorgpakketten besproken, dat wil zeggen dat de bestaande driedeling: aanleunwoningindicatie, WBO-indicatie en verpleeghuisindicatie voor de financiering losgelaten wordt en bijvoorbeeld een achttal zorgpakketten wordt samengesteld. Deze zorgpakketten worden door de drie organisaties gezamenlijk geleverd. Financiering moet plaatsvinden op basis van de verstrekte zorgpakketten. De GDVV is echter van mening dat, aangezien het Zorghuis organisatorisch en financieel onder haar ressorteert, de toekomstige financiering in de eerste plaats een zaak is, die intern bekeken moet worden en geen taak is van de Projectgroep.

2.4 Conclusies

Op basis van het bovenstaande kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

1. Een experiment als het Zorghuis was anno 1987 een nog onbekend fenomeen. Hiervoor moest een organisatie opgezet worden, waarin op de een of andere wijze de samenwerking van drie organisaties geregeld werd. Uiteindelijk is gekozen voor een organisatievorm, waarvan een Platform, bestaande uit directeuren van de zorgverlenende instellingen een min of meer bestuurlijke functie zou hebben. Papier is echter geduldig. Bij de uitvoering van het experiment werden discrepanties geconstateerd tussen Projektplan en werkelijkheid. Zo is het, volgens de GDVV, niet de bedoeling geweest en ook onmogelijk om voor het experiment

een organisatie op te zetten, zoals in het Projektplan is aangegeven. Er bestaan tussen Projectgroep en Platform verschillen in opvatting over de taak van het Platform. Het Platform heeft niet gefunctioneerd conform de omschrijving in het Projektplan (1987). De rapportage van de Projectgroep aan het Platform verliep niet volgens de verwachtingen van het Platform. Het experiment wordt op Platformniveau niet als een formeel samenwerkingsproject beschouwd, maar als een experiment, behorende tot de GDVV. Het experiment is ook niet als zodanig opgezet. Door het Platform wordt samenwerking op uitvoerend niveau wel als essentieel voor het welslagen ervan beschouwd. Op middenkaderniveau- en uitvoerend niveau wordt het experiment als een echt samenwerkingsproject gezien. Personeelwisselingen, zowel op uitvoerend niveau als op middenkader en directieniveau in het Zorghuis zelf als ook bij de participerende organisaties hebben geen invloed gehad op de daadwerkelijke zorgverlening aan de ouderen. Voor nieuw op te starten projecten als het experiment Zorghuis Den Haag, waarbij de gemeente of één particuliere instelling als initiatiefnemer en beheerder optreedt, lijkt het verstandig om bij aanvang reeds een overleg als voornoemd Voortgangs-overleg in te stellen, dat zich bezig houdt met beleidsvoorbereiding en uitvoering. Een Projectgroep dient hoofdlijnen van beleid uit te stippelen en het concrete beleid vast te stellen, dat wil zeggen dat zij verdergaande bevoegdheden dient te hebben dan in het experiment Zorghuis Den Haag. Een Platform tenslotte dient alleen als een soort geschillencommissie, waar problemen worden besproken op directieniveau.

2. De doelstellingen zijn, afhankelijk van de interpretatie, in meer of mindere mate behaald. Er is geen planning ten aanzien van interventies opgenomen in het Projektplan. Ook zijn geen expliciete criteria vastgelegd, waarmee succes of falen van het experiment ten aanzien van de doelstellingen kunnen worden bepaald.
 - * Doelstelling 1, -"het aanvullen van de zorg aan ouderen in een beschermde thussituatie, waardoor de ouderen zelfstandig (samen) kunnen blijven wonen met behoud van hun privacy" (Projektplan, 1987)- is behaald door de bouw van het Zorghuis, bestaande uit appartementen volgens de HAT-regeling. Ouderen hoeven in principe niet te verhuizen, uitzonderingen daargelaten. Er wordt in het Zorghuis 24 uur professionele zorg gegarandeerd, waarbij rekening wordt gehouden met de aanwezigheid zelfzorg en informele zorg. Door

de zorgverleners wordt bij de ouderen een grote mate van zelfstandigheid geconstateerd.

In meer algemene zin kan gesteld worden dat de lichamelijke hulpbehoefte van ouderen niet perse alleen maar hoeft toe te nemen. Uit de herindicatie blijkt dat een grote groep ouderen minder hulpbehoefte heeft dan oorspronkelijk.

- * Doelstelling 2, -"de zorg die wordt aangeboden, zal op de persoonlijke leefomstandigheden van de ouderen op maat zijn toegesneden en bevat de mogelijkheden die men tot nu toe in de thuis-, wijk-, en verzorgingshuis en verpleeghuis situatie aangeboden krijgt"(Projektplan, 1987)- is in zoverre behaald, dat zowel intra- als extramurale zorg wordt verleend, afhankelijk van de indicatie van de ouderen. De zorg door extra- en intramurale zorgverleners wordt zoveel mogelijk verleend in samenspraak met de oudere en in aanvulling op de bestaande zelfzorg en informele zorg. Er is wel een verschil in opvatting tussen de zorgverleners en sommige ouderen voor wat betreft de maat van de zorg. Sommige ouderen verwachten meer zorg dan ze volgens de zorgverleners nodig hebben. De zorg aan verpleeghuisgeïndiceerde ouderen door extramurale zorgverleners is in ontwikkeling en heeft in enkele gevallen al concreet gestalte gekregen. De samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners heeft vooral gestalte gekregen via afspraken ten aanzien van het werken binnen één cliëntsituatie.
- * Doelstelling 3, -"het zorghuis vervult een functie t.a.v. de ondersteuning van de in de wijk verblijvende ouderen" (Projektplan, 1987)- is behaald. Het Zorghuis organiseert diverse activiteiten, waaraan vooral ouderen uit de directe omgeving van het Zorghuis deelnemen. Indien deze activiteiten niet door het Zorghuis georganiseerd worden, zal de meerderheid van de deelnemende ouderen elders gebruik gaan maken van dergelijke faciliteiten.
- * Doelstelling 4, -"de zorg zal verleend worden door gebruikmaking van informele zorg en bestaande extra- en intramurale dienstverlenende instanties" (Projektplan, 1987)- is vervuld door gebruikmaking van zowel intra- als extramurale zorgverleners. Deze zorgverleners zijn enerzijds afkomstig van de GDVV, anderzijds van de Stichting Thuishulp en het Haags Kruiswerk. Van de fysiotherapie wordt op consultbasis gebruik gemaakt. Er is -in vergelijking met een gewone wijksituatie- sprake van minder informele zorg bij aanleunwoninggeïndiceerde ouderen en bij WBO-geïndiceerde ouderen.

Bij verpleeghuisgeïndiceerde ouderen is meer informele zorg aanwezig in vergelijking met traditionele situaties. Er wordt niet structureel aan vergroting van de informele zorg gewerkt.

- * Over doelstelling 5, -"de geboden dienstverlening zal met relatief minder middelen gerealiseerd worden dan in de traditionele dienstverlening" (Projektplan, 1987)- kan nog weinig gezegd worden. Het Zorghuis heeft per jaar een overschot van ongeveer f 250.000,=. Of dit een substitutie-effect is, zal door het NEI apart onderzocht worden. De benodigde personeelsformatie is aan het eind van het experiment kleiner dan in het Projektplan (1987) begroot.

3 BEWONERS

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden opzet en resultaten gepresenteerd van het longitudinale onderzoek bij de bewoners van het Zorghuis. Dit longitudinale onderzoek geeft antwoord op de vragen 2, 3, 4 en 6 uit de vraagstelling (zie hoofdstuk 1.4.1):

2. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op het welbevinden en de subjectieve gezondheid van ouderen?
3. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op de medische consumptie door ouderen, dat wil zeggen het gebruik van diverse externe gezondheidsvoorzieningen?
4. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op (het oordeel van de ouderen ten aanzien van) kwaliteit van zorg?
6. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op het gebruik van professionele zorgvoorzieningen (intramurale en extramurale zorgverlening)?

Het onderzoek bij de bewoners bestaat uit een vijftal metingen, die gehouden zijn tussen maart 1988 en september 1990.

Dit hoofdstuk is als volgt ingedeeld: Paragraaf 2 beschrijft materiaal en methode van het longitudinale onderzoek. In paragraaf 3 worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Paragraaf 4 tenslotte sluit dit hoofdstuk met conclusies af. Bijlage 1 bevat de vragenlijst die gebruikt is bij de vijfde meting. In bijlage 2 staat een korte beschouwing over de gebruikte analysemethoden.

3.2 Materiaal en methode

De opzet van het onderzoek bij de bewoners van het Zorghuis is gebaseerd op een quasi-experimenteel design, namelijk het 'non treated control group design' (Cook & Campbell, 1979; zie ook Perenboom & Schroot, 1990a en Perenboom, Schroot & Zaal, 1990). Dit houdt in, dat twee groepen worden geformeerd, waarvan er een, de experimentele groep wordt 'blootgesteld' aan een experimentele conditie c.q. interventie, de andere -de controlegroep- niet. Beide groepen

worden met hetzelfde instrument -waarmee het effect van de interventie wordt gemeten- onderzocht, zowel voor als na de periode van interventie. Indien alle mogelijke -het effect medebeïnvloedende- kenmerken van de respondenten in de twee groepen gelijk zijn, kunnen verschillen in effect (de afhankelijke variabele) idealiter toegeschreven worden aan de interventie. De verdeling van respondenten over de twee groepen geschiedt door de onderzoeker volgens het toeval. Indien een dergelijke verdeling niet mogelijk is, kan overgegaan worden op matching, dat wil zeggen, het selecteren van -op diverse kenmerken op elkaar gelijkende- respondenten in de twee groepen.

Voor het Zorghuis hebben ouderen zichzelf aangemeld. Dit betekent dat er sprake kan zijn van selectie, bijvoorbeeld op grond van kennis over het Zorghuis of vanwege de buurt waarin het Zorghuis is gelegen. Op grond van deze mogelijkheid is gekozen voor een matchingsprocedure bij het samenstellen van de controlegroep. De matching bij aanvang dient idealiter op alle kenmerken betrekking te hebben, om aanvangsverschillen uit te kunnen sluiten. De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn -conform de vraagstelling- welbevinden en subjectieve gezondheid, medische consumptie en het oordeel over de kwaliteit van zorg.

Aangezien deze variabelen slechts door onderzoek bepaald kunnen worden, is afgezien van matching op deze kenmerken. Verschillen bij aanvang van de experimentele periode zullen in de analyse van de resultaten op statistische wijze gecontroleerd worden. Matching heeft daarom plaatsgevonden op kenmerken die -volgens de literatuur (zie hoofdstuk 1.3)- mogelijk invloed hebben op de effecten. De volgende procedure is gehanteerd:

1. De controlegroep is samengesteld uit ouderen, wonend of verblijvend in verpleeg- en verzorgingshuizen alsmede aanleunwoningen, die ressorteren onder de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (GDVV). Het Zorghuis behoort namelijk organisatorisch ook tot de GDVV. Hiermee kunnen algemene beleidswijzigingen van de organisatie onder controle worden gehouden, aangezien die voor alle huizen en aanleunwoningen van de GDVV gelden.
2. Van iedere bewoner van het Zorghuis zijn indicatie (verpleeghuis-, WBO- of aanleunwoningindicatie), leeftijd, geslacht en burgerlijke staat opgevraagd. Vervolgens zijn twee respondenten uit het bestand ouderen, zoals onder punt 1 omschreven, geselecteerd met dezelfde combinatie van kenmerken als iedere bewoner van het Zorghuis. Hierbij moet opgemerkt wor-

den dat het kenmerk leeftijd voor de matchingsprocedure is gecategoriseerd naar 7 groepen: 60 tot en met 64 jaar, 65 tot en met 69 jaar, 70 tot en met 74 jaar, 75 tot en met 79 jaar, 80 tot en met 84 jaar, 85 tot en met 89 jaar en tenslotte 90 jaar en ouder. Indien er geen oudere geselecteerd kon worden met de betreffende kenmerken, is in een naastliggende leeftijdscategorie gezocht. Dit is in enkele gevallen gebeurd. Voor niet geïndiceerde partners van verpleeghuisgeïndiceerde bewoners zijn controle-respondenten geselecteerd met een aanleunwoningindicatie.

Matching op andere kenmerken, zoals inkomen en opleiding, bleek niet mogelijk, omdat deze gegevens niet van tevoren bekend waren.

Op bovenstaande wijze zijn in totaal 282 respondenten als controlegroep geselecteerd voor de eerste meting. De totale ouderenpopulatie in het Zorghuis bestaat uit 141 personen. Gedurende de looptijd van het experiment is het mogelijk dat bewoners van het Zorghuis afvallen door overlijden c.q. verhuizing, waarna een vrijgekomen appartement door nieuwe ouderen bewoond kan gaan worden. Deze nieuwe ouderen worden vanaf de eerstvolgende meting in de dataverzameling betrokken*. Voor de nieuwe respondenten in het Zorghuis zijn op identieke wijze als boven beschreven, nieuwe respondenten voor de controlegroep geselecteerd.

De ouderen zijn in totaal vijf maal benaderd (april 1988, september 1988, maart 1989, september 1989 en september 1990) gedurende de looptijd van het experiment (zie schema 2, hoofdstuk 1.4). De metingen zijn uitgevoerd door middel van mondelinge interviews, waarbij een gesloten vragenlijst is gebruikt. De interviews zijn via AGB Veldkamp uitgevoerd door vooraf geïnstrueerde interviewers en interviewsters. Door niet beïnvloedbare externe omstandigheden is er geen meting voorafgaand aan de interventie uitgevoerd, maar heeft de eerste meting plaatsgevonden ongeveer 6 maanden na de start van het experiment, dat wil zeggen april/mei 1988.

Driemaal (april 1988, maart 1989 en september 1990) is gebruik gemaakt van een uitgebreide vragenlijst, tweemaal (september 1988 en september 1989) is een

* De analyses, die in de paragrafen 3.3.2, 3.3.3 en 3.3.6 worden besproken, hebben -vanwege het longitudinale karakter ervan- alleen betrekking op ouderen die ook aan de eerste meting hebben meegedaan. Voor de laatste meting zijn geen nieuwe respondenten meer betrokken in het onderzoek, omdat over hen geen longitudinale gegevens beschikbaar zouden zijn.

verkorte versie van deze vragenlijst gebruikt. De uitgebreide vragenlijst is gebaseerd op de Vragenlijst voor Ouderen, zoals samengesteld door de verschillende evaluatieteams en het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS). Er zijn enkele aanpassingen gepleegd in verband met de lengte van deze vragenlijst en de specifieke situatie van het EZH. Op basis van het gebruik van de vragenlijst in april 1988 zijn in de vervolgmetingen in maart 1989 en september 1990 enkele aanpassingen verricht. Deze aanpassingen hebben betrekking op het toevoegen en het weglaten van bepaalde vragen, niet op veranderingen in de vragen zelf*.

De uitgebreide vragenlijst bevat vragen naar demografische kenmerken, vragen betreffende de subjectieve gezondheid, vragen omtrent het welbevinden en eenzaamheidsgevoelens, vragen betreffende de hulpbehoefte, medische consumptie en vragen naar verleende zorg en kwaliteit van zorg (zie bijlage 2 voor de operationalisatie). De verkorte vragenlijst bevat naast enkele vragen omtrent demografische gegevens, vragen naar gezondheid, naar hulpbehoefte en naar medische consumptie (zie bijlage 2 voor operationalisatie). Voor de analyses zijn nieuwe variabelen gecreëerd uit de vragen in de vragenlijst (zie bijlage 2 voor de variabelenconstructie).

Voor de analyse zijn de vragen uit de vraagstelling vertaald in een meer technische vraagstelling: ontwikkelen de bewoners van het Zorghuis en de ouderen in de controlegroep zich gelijkelijk of verschillend door de tijd voor wat betreft gezondheid, welbevinden, medische consumptie en oordeel over de kwaliteit van zorg, ook indien gecorrigeerd wordt voor mogelijke verschillen in inkomen, opleiding en andere kenmerken? Indien er een verschillende ontwikkeling is, in welke richting gaat dit verschil?

Waar bij de presentatie van de resultaten gesproken wordt over significantie, wordt bedoeld $p \leq .05$.

* De vragenlijst van de laatste meting is als bijlage 1 toegevoegd.



Foto 5 De eetzaal



Foto 6 Vrijwilligerswerk in de bibliotheek



Foto 7 Zorg aan huis



Foto 8 In de koepeltuin

3.3 Resultaten

3.3.1 Respons en non-respons

In totaal zijn in vijf metingen 2016 benaderingen uitgevoerd. Hiervan zijn uiteindelijk 1434 benaderingen succesvol geweest. Het betreft hier in totaal 430 verschillende ouderen ($N_z=150$, $N_c=280$)*. 151 ouderen hebben aan alle vijf metingen meegewerkt ($N_z=62$, $N_c=89$) (tabel 3).

Tabel 3 Aantal benaderingen, respons en non-respons per meettijdstip en totaal (absolute aantallen)

meettijdstip	apr'88		sep'88		mrt'89		sep'89		sep'90		totaal	
totaal aantal benaderingen	518		406		388		377		327		2016	
<u>respons naar groep en indicatie</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>
aanleunwoninggeïndiceerd	77	146	74	119	66	103	63	102	63	88	343	558
WBO-geïndiceerd	19	47	17	36	15	28	16	31	13	20	80	162
verpleeghuisgeïndiceerd	26	54	21	44	24	34	23	32	14	19	108	183
subtotaal	122 247		112 199		105 165		102 165		90 127		531 903	
waarvan -nieuw in meting	122 247		15 14		6 11		6 7		1 1			
- meegedaan aan alle voorgaande metingen	-		97 185		83 141		70 114		62 89			
totaal	369		311		270		267		217		1434	
waarvan - nieuw in meting	369		29		17		13		2		430	
- meegedaan aan alle voorgaande metingen	-		282		224		184		151		151	
<u>non-respons naar reden</u>	<u>Z</u>	<u>C</u>	<u>Z/C</u>		<u>Z/C</u>		<u>Z/C</u>		<u>Z</u>	<u>C</u>		
verhuisd	0	1	11		8		14		2	11		47
ziekte	2	60	24		44		27		5	20		182**
overleden	1	6	23		15		30		5	22		102
onbereikbaar	0	3	3		1		1		0	4		12
3* niet thuis	2	13	4		15		3		4	9		50
weigering	14	45	30		35		35		12	16		187
niet in analyse betrokken		2	-		-		-		-	-		2
non-respons totaal	19 130		95		118		110		28 110		582	

* Van de tweede, derde en vierde meting zijn geen uitsplitsingen meer te maken.
 ** Van 88 overledenen zijn gegevens uit vorige metingen bekend: van 24 personen uit het Zorghuis en van 64 uit de controlegroep.

* N_z : aantal respondenten in het Zorghuis
 N_c : aantal respondenten in de controlegroep

Bijlage 2 geeft de verdeling per meettijdstop van de belangrijkste kenmerken van de respondenten, zowel totaal als uitgesplitst naar bewoners van het Zorghuis en controlegroep (bijlage 2, tabel 1a en 1b).

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie is bij de eerste meting 80,7 jaar, bij de laatste meting is dat iets hoger, namelijk 81,4 jaar. Ruim 70% van alle respondenten over de verschillende metingen is vrouw. De meeste ouderen zijn verweduwd c.q. gescheiden. Dit percentage loopt gedurende de tijd op van ruim 58% naar ruim 72%. De meeste ouderen hebben een lagere opleiding. Het inkomen ligt gemiddeld tussen de AOW en de AOW + f 300,=*. De meeste ouderen krijgen per week gemiddeld van ongeveer 3 personen bezoek. Dit blijft over de vijf metingen vrij constant. De ouderen in het Zorghuis hebben gemiddeld een wat hoger inkomen en een hoger opleidingsniveau dan de ouderen in de controlegroep en ontvangen meer bezoek per week (bijlage 2, tabel 1b).

Om te bezien of de ouderen die gedurende de looptijd van het experiment zijn overleden andere kenmerken hadden als degenen die bij de laatste meting hebben meegedaan en om te bezien of er tussen de overledenen uit het Zorghuis en de controlegroep verschillen zijn, is een non-respons analyse uitgevoerd. De resultaten zijn opgenomen in bijlage 2. Er zijn geen significante verschillen aangetroffen tussen de overleden ouderen in het Zorghuis en uit traditionele woon- en/of zorgvormen voor wat betreft leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, inkomen en aantal bezoekers per week. Tussen de overleden ouderen in het Zorghuis en de ouderen in het Zorghuis, die aan de laatste meting hebben meegedaan zijn geen verschillen aangetroffen. In de controlegroep daarentegen zijn relatief meer mannen overleden en meer gehuwden.

Bijlage 2 geeft de frequentieverdelingen per meettijdstop betreffende diverse afhankelijke variabelen, zowel voor de bewoners van het Zorghuis en de controlegroep als uitgesplitst per indicatie. Bij deze tabellen wordt, waar nodig, een korte -puur beschrijvende- toelichting gegeven. Deze gegevens worden gepresenteerd

* De AOW was in 1988 voor alleenstaanden f 1018,=, voor een echtpaar waarvan beide partners ouder dan 65 jaar zijn f 1548,=, voor een echtpaar waarvan één partner jonger is dan 65 jaar f 1545,=. In 1990 is de AOW voor een alleenstaande f 1113,=, voor een echtpaar waarvan beide partners ouder dan 65 jaar zijn f 1598, voor een echtpaar waarvan één partner jonger is dan 65 jaar f 1591,=.

om een overzicht te geven van de verschillende kenmerken van de onderzoekspopulatie, mede uitgesplitst naar indicatie, op de verschillende meettijdstippen.

3.3.2 Subjectieve gezondheid, welbevinden en medische consumptie

Om te onderzoeken of het experiment van invloed is op welbevinden, subjectieve gezondheid en medische consumptie, zijn per meettijdstip ANCOVA-analyses (zie bijlage 2) op de afhankelijke variabelen uitgevoerd. In deze analyses zijn de respondenten betrokken, die aan alle vijf de metingen hebben meegewerkt en voor wie alle gegevens bekend waren ($N=151$). In deze analyses is statistisch gecorrigeerd voor verschillen tussen de twee groepen ouderen ten aanzien van leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week*. De figuren 1 tot en met 7 geven per variabele het verloop van de gemiddelde scores over het experiment weer. In deze figuren geeft de x-as het tijdsverloop -in zes maands-perioden- tussen de verschillende metingen weer. De exacte gemiddelde scores, die bij deze figuren behoren, zijn opgenomen in tabel 7 van bijlage 2.

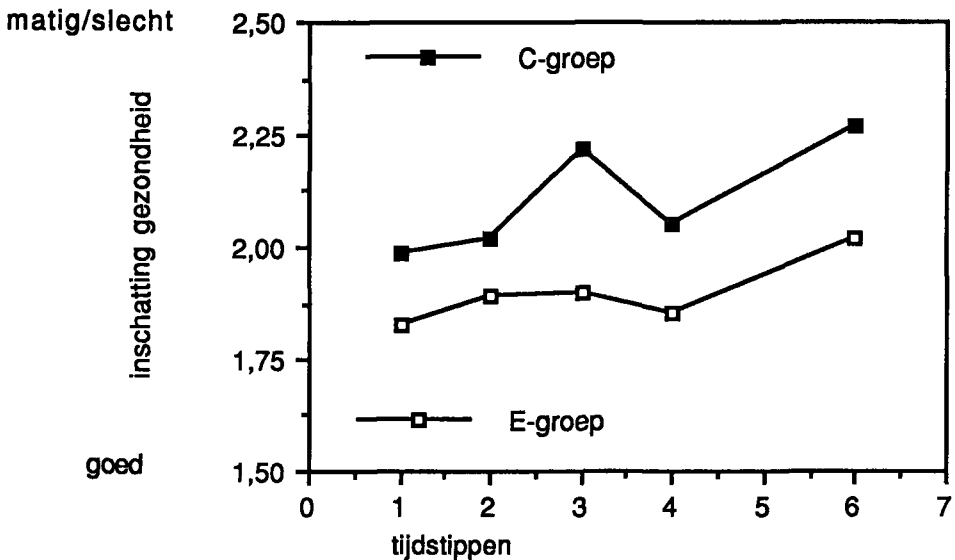
Om te bezien of er zich tussen de twee groepen verschillen in ontwikkeling in de tijd hebben voorgedaan op de diverse afhankelijke variabelen zijn vervolgens per afhankelijke variabele MANCOVA-analyses uitgevoerd, die de ontwikkeling van deze variabele per groep over de tijd weergeven (zie bijlage 2). Deze analyses hebben betrekking op meer tijdstippen tegelijk, waardoor het verloop van de afhankelijke variabele over die tijdstippen onderzocht kan worden. Deze analyses zijn achtereenvolgens uitgevoerd voor het verloop over de eerste en tweede meting ($N_e=97$, $N_c=185$), over de eerste, tweede en derde meting ($N_e=83$, $N_c=141$), over de eerste, tweede, derde en vierde meting ($N_e=70$, $N_c=114$) en over alle vijf de tijdstippen ($N_e=62$, $N_c=89$). In deze analyses is op dezelfde wijze als bovengenoemd gecorrigeerd voor voornoemde variabelen. De resultaten van bovenstaande analyses worden hieronder per afhankelijke variabele gepresenteerd.

* Deze correctie betekent dat mogelijke verschillen op de afhankelijke variabelen tussen de bewoners van het Zorghuis en de controlegroep niet meer toe te schrijven zijn aan mogelijke verschillen in leeftijd etcetera.

inschatting gezondheid

De eerste variabele die bekeken is, is hoe gezond de ouderen zich voelen. De ouderen uit het Zorghuis voelen zich gedurende de gehele experimentele periode gezonder dan de ouderen uit de controlegroep (figuur 1). Daaruit kan afgeleid worden dat in het Zorghuis een selecte groep ouderen woont, namelijk ouderen die zich over het algemeen redelijk tot goed gezond voelen, in vergelijking met ouderen in traditionele woon- en zorgvormen.

Figuur 1 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van de inschatting van de gezondheid voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

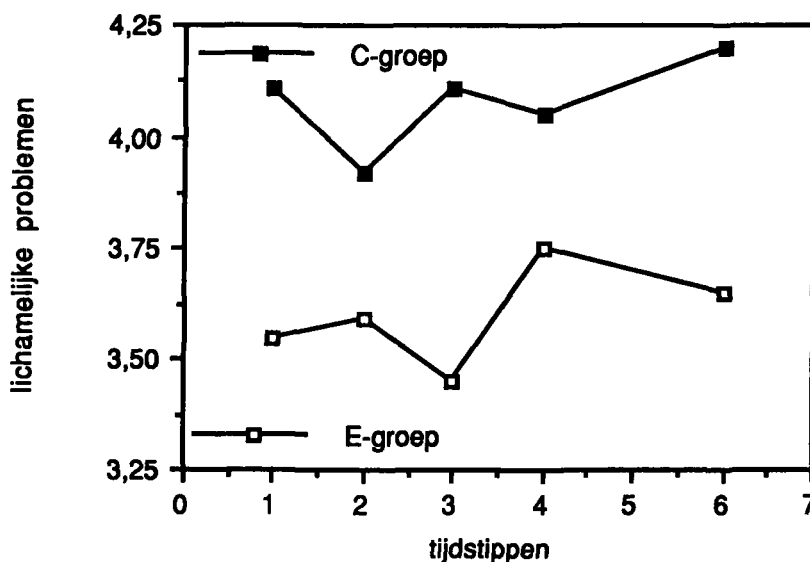
Ondanks het feit dat de ouderen in het Zorghuis zich continu gezonder voelen dan ouderen uit de controlegroep, is er geen significant verschil tussen de twee groepen ouderen voor wat betreft de ontwikkeling over de tijd. Dit geldt voor zowel de ontwikkeling over de eerste en tweede meting, over de eerste tot en met de derde meting, over de eerste tot en met de vierde meting, als over de totale experimentele periode (eerste tot en met vijfde meting). Zowel de ouderen in het

Zorghuis als de ouderen in de controlegroep gaan zich gedurende de looptijd van het experiment iets minder gezond voelen dan bij aanvang het geval was. Dit kan beschouwd worden als een proces van normale veroudering.

aantal lichamelijke problemen

Ook wat betreft het aantal lichamelijke problemen zijn er verschillen tussen de bewoners van het Zorghuis en de ouderen in de controlegroep. In lijn met het zich gezond voelen melden ouderen in het Zorghuis van begin af aan minder lichamelijke problemen (figuur 2). Ook hieruit blijkt dat in het Zorghuis een selecte groep ouderen woont, namelijk die ouderen die in vergelijking met ouderen in traditionele woon- en zorgvormen minder lichamelijke problemen hebben.

Figuur 2 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van het aantal lichamelijke problemen voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

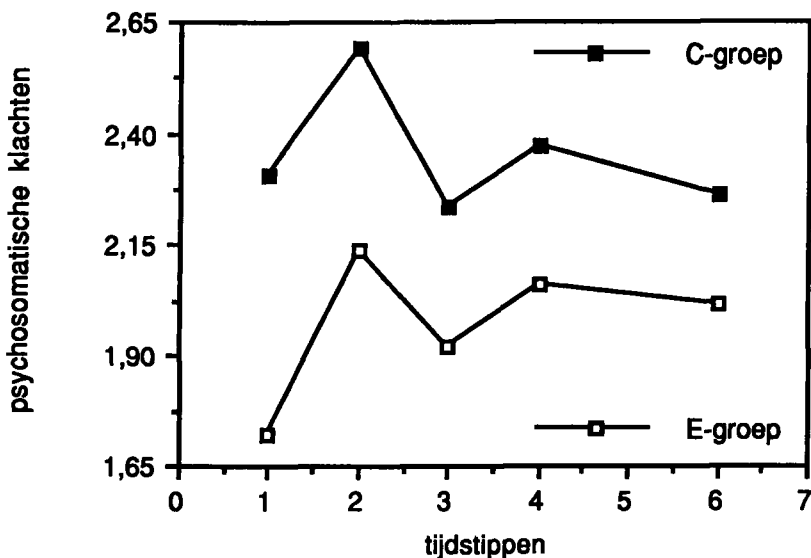
Maar ondanks dit verschil is er geen significant verschillende ontwikkeling door de tijd tussen de twee groepen. Dit geldt voor zowel de ontwikkeling over de

eerste en tweede meting, over de eerste tot en met de derde meting, over de eerste tot en met de vierde meting, als over de totale experimentele periode (eerste tot en met vijfde meting). Er treedt op verschillende momenten wat fluctuatie op voor wat betreft het aantal problemen dat men heeft, maar de tendens bij beide groepen is een lichte toename van het aantal problemen.

aantal psychosomatische klachten

Als we kijken naar het aantal psychosomatische klachten (figuur 3), blijkt wederom dat de ouderen in het Zorghuis minder klachten hebben dan ouderen in traditionele woon- of zorgvormen.

Figuur 3 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van het aantal psychosomatische klachten voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

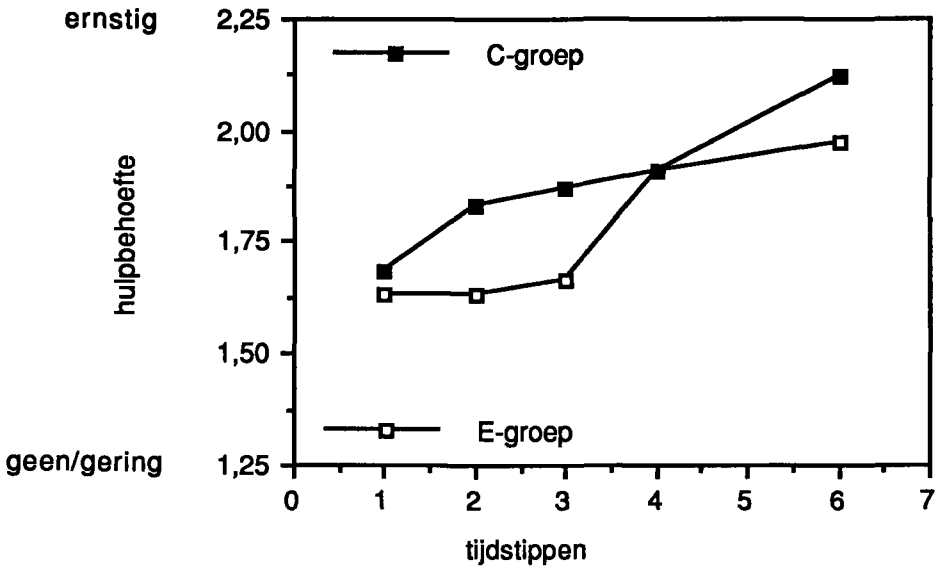
Hoewel er bij de ouderen in het Zorghuis een tendens aanwezig lijkt van een toename van het aantal psychosomatische klachten gedurende de looptijd van het experiment en bij de ouderen in de controlegroep een meer gelijkblijvend aantal

klachten gedurende diezelfde periode, is er geen significant verschil in ontwikkeling over de tijd aanwezig tussen de twee groepen. Dit geldt voor zowel de ontwikkeling tussen april 1988 en september 1988, van april 1988 tot en met maart 1989, van april 1988 tot en met september 1989, als over de totale experimentele periode (april 1988 tot en met september 1990).

hulpbehoefte

Voor wat betreft de hulpbehoefte zien we dat het beeld van de vorige variabelen zich herhaalt. De ouderen in het Zorghuis hebben, in vergelijking met de ouderen in de controlegroep, over het algemeen op ieder meettijdstip een minder ernstige hulpbehoefte (figuur 4).

Figuur 4 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van de hulpbehoefte voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2
 ** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

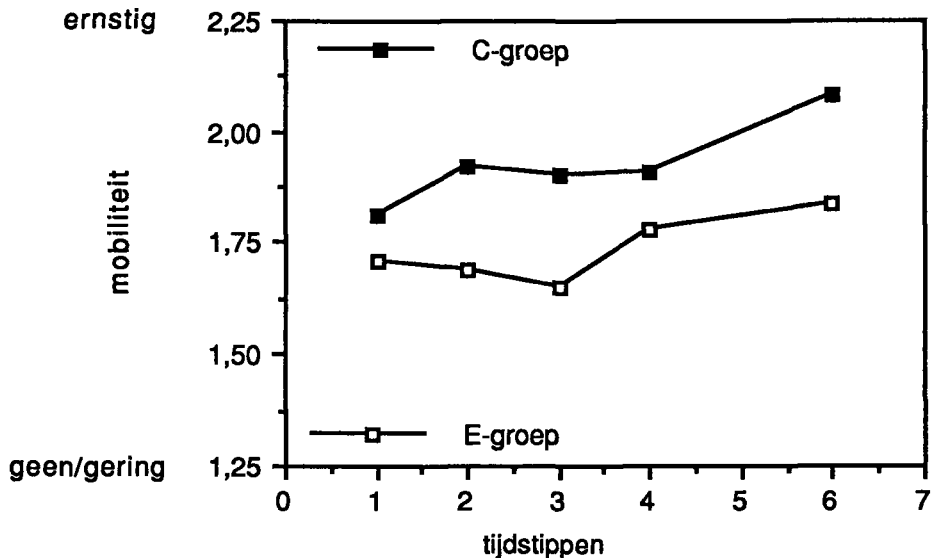
De twee groepen ouderen ontwikkelen zich gedurende de experimentele periode beide in de richting van een toenemende hulpbehoefte, maar deze ontwikkeling

is niet significant verschillend van elkaar. Dit geldt voor zowel de ontwikkeling tussen april 1988 en september 1988, van april 1988 tot en met maart 1989, van april 1988 tot en met september 1989, als over de totale experimentele periode (april 1988 tot en met september 1990).

mobiliteit

Tenslotte is van de gezondheidsvariabelen de mobiliteit bekeken. De ouderen in het Zorghuis hebben minder ernstige mobiliteitsproblemen dan de ouderen in de controlegroep (figuur 5).

Figuur 5 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van mobiliteitsproblemen voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

Ook voor wat betreft de mobiliteitsproblemen is er over de looptijd van het experiment bij beide groepen een toename van de ernst te constateren. Er is echter geen significant verschil tussen beide groepen aanwezig wat betreft deze ontwikkeling. Dit geldt voor zowel de ontwikkeling tussen de eerste en de tweede me-

ting, de eerste tot en met de derde meting, de eerste tot en met de vierde meting, als over de totale experimentele periode (april 1988 tot en met september 1990).

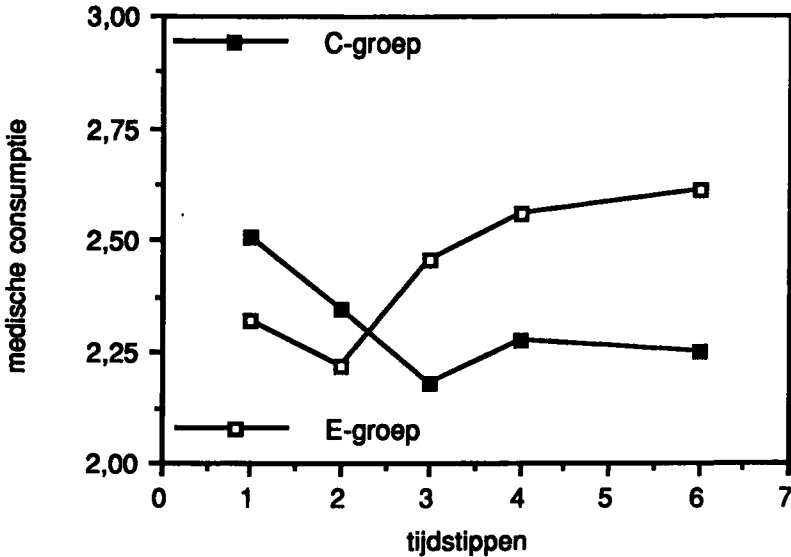
Gegeven het bovenstaande kan gesteld worden dat de ouderen in het Zorghuis aanvankelijk een betere subjectieve gezondheid hebben en deze gedurende de looptijd van het experiment ook behouden. Er is sprake van (zelf)selectie van bewoners. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er zich geen significante verschillen voordoen ten aanzien van de ontwikkeling van de gemeten subjectieve gezondheidsvariabelen door de tijd tussen de ouderen in het Zorghuis en die in traditionele woon- en zorgvormen. Er is bij beide groepen over het algemeen een lichte achteruitgang te bespeuren, die beschouwd kan worden als een proces van normale veroudering.

medische consumptie

Naast de subjectieve gezondheid is bekeken hoe de medische consumptie van beide groepen ouderen zich ontwikkeld heeft (figuur 6). Onder medische consumptie wordt in dit verband verstaan het gebruik dat ouderen zeggen te maken van medische voorzieningen die niet standaard bij het verzorgings- c.q. verpleegpakket behoren. Het betreft hier onder andere consultatie van de huisarts, bezoek aan een polikliniek en ziekenhuisopname. Bij aanvang van het experiment rapporteren de ouderen in het Zorghuis minder medische consumptie dan ouderen in de controlegroep. Aan het eind van het experiment evenwel is de situatie omgekeerd. De ouderen uit het Zorghuis rapporteren dan een hogere medische consumptie dan ouderen in traditionele woon- en zorgvormen.

Tussen april 1988 en september 1988, van april 1988 tot en met maart 1989, en tussen april 1988 en september 1989 is geen significant verschillende ontwikkeling te constateren, ondanks het feit dat beide ontwikkelingen elkaar kruisen. Indien gekeken wordt over de gehele experimentele periode blijkt zich wel een significant verschillende ontwikkeling voor te doen (Wilks = .89, significantie van $F = .008$). Deze significant verschillende ontwikkeling over alle meettijdstippen mag verrassend genoemd worden, gegeven de boven geconstateerde betere subjectieve gezondheid van de bewoners van het Zorghuis.

Figuur 6 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van de medische consumptie voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

Nader bekeken blijkt dit zich vooral voor te doen bij de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen (zie bijlage 2, tabel 2d). Een tweetal verklaringen voor dit fenomeen is mogelijk:

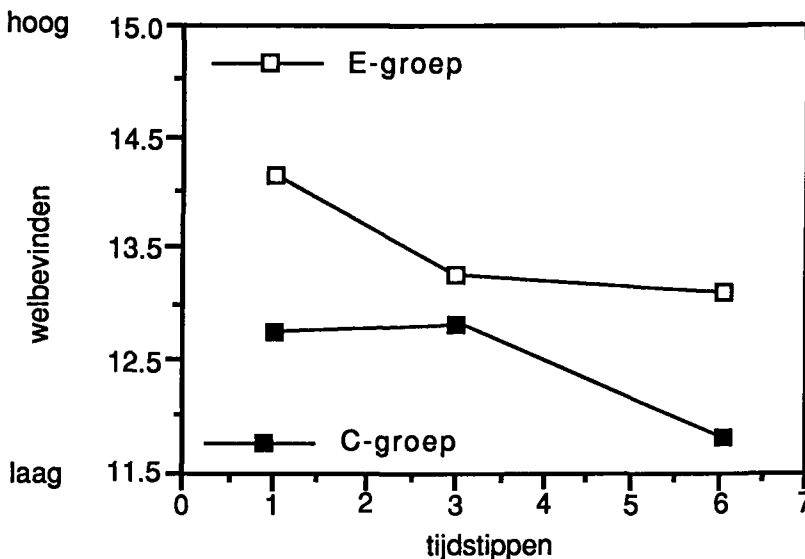
- a. Het betreft hier de door de ouderen zelf gerapporteerde medische consumptie. Het is ten eerste mogelijk dat traditionele verpleeghuizen meer medische zorg zelf leveren dan het Zorghuis, bijvoorbeeld door de full-time aanwezigheid van een verpleeghuisarts. Het is ten tweede mogelijk dat in traditionele verpleeghuizen externe medische voorzieningen worden ingeschakeld zonder dat de ouderen er zich bewust van zijn, bijvoorbeeld telefonisch consult tussen de verpleeghuisarts en een specialist. Daardoor kan de feitelijke medische consumptie bij de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in de controlegroep hoger zijn dan de hier gerapporteerde.
- b. In het Zorghuis is, doordat ouderen zelfstandig wonen, de controle op de gezondheidstoestand minder groot en minder snel dan in traditionele ver-

pleeghuizen. Indien er sprake is van een gezondheidsprobleem wordt dit mogelijk minder snel opgemerkt, zodat -bij uiteindelijke constatering- dit niet meer door de -niet full-time aanwezige verpleeghuisarts van het Zorghuis behandeld kan worden en doorverwezen moet worden naar een externe medische voorziening. Daarnaast kan bijvoorbeeld ook de aanwezige partner aandringen op inschakeling van externe medische voorzieningen. De feitelijke medische consumptie kan hierdoor in het Zorghuis hoger zijn dan in de controlegroep.

welbevinden

Tenslotte is het welbevinden van de ouderen bekeken. Zoals ook bij de subjectieve gezondheid naar voren kwam, hebben de ouderen in het Zorghuis een hoger welbevinden dan de ouderen in de traditionele woon- en zorgvoorzieningen (figuur 7).

Figuur 7 Verloop over 3 meettijdstippen van de gemiddelde scores van ouderen die aan alle metingen hebben meegedaan, van welbevinden voor ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=133).



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 7 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

Er is voor beide groepen een tendens te constateren naar een wat lager welbevinden, maar de ontwikkeling over de tijd, zowel tussen april 1988 en september 1988, als van april 1988 tot en met september 1990 verschilt niet tussen beide groepen.

Hieruit valt af te leiden dat de ouderen in het Zorghuis niet alleen een selecte groep vormen voor wat betreft de gemeten subjectieve gezondheid, maar ook voor wat betreft hun welbevinden. Dit samengaan is niet vreemd, aangezien welbevinden en (subjectieve) gezondheid een sterk verband met elkaar hebben.

variabelen in onderlinge samenhang

Per afhankelijke variabele is er, met uitzondering van de medische consumptie, geen verschil in ontwikkeling over de tijd aanwezig tussen de ouderen in het Zorghuis en de controlegroep. Indien de afhankelijke variabelen inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteit en medische consumptie te zamen worden bekeken in hun verloop over de 5 meettijdstippen, blijkt er geen significant 'groep bij tijd' effect te zijn. Dit wil zeggen dat ook voor alle afhankelijke variabelen gezamenlijk de twee groepen zich niet significant verschillend hebben ontwikkeld tijdens de looptijd van het experiment.

In bovenstaande procedure over 5 meettijdstippen is de variabele welbevinden niet opgenomen, aangezien deze slechts op drie tijdstippen is gemeten. Daarom is een zelfde analyse voor deze drie tijdstippen uitgevoerd, met als afhankelijke variabelen bovenstaande en welbevinden. Ook dit levert geen significant 'groep bij tijd' effect op, dat wil zeggen dat ook voor wat betreft deze combinatie van variabelen de twee groepen zich niet significant verschillend hebben ontwikkeld door de tijd.

Uit bovenstaande blijkt dat voor wat betreft de gemeten subjectieve gezondheid en het welbevinden -zowel afzonderlijk bekeken als in hun onderlinge samenhang- zich tussen ouderen in het Zorghuis en ouderen in traditionele woon- en zorgvormen geen verschillende ontwikkeling over de tijd voordoet. Omdat ouderen per indicatie kunnen verschillen, met name wat betreft gezondheid en hulpbehoefte, is het zinvol om ook per indicatie het verloop over de tijd te bekijken en te onderzoeken of er tussen de bewoners van het Zorghuis en de controlegroep op indicatieniveau zich verschillende ontwikkelingen voordoen. Gegeven

de kleine aantallen per indicatie is het niet zinvol bovenstaande ANCOVA- en MANCOVA-analyses per indicatie uit te voeren. Wel is het mogelijk om per indicatie op een meer *exploratieve* wijze -zonder toetsing- het verloop door de tijd van groepen respondenten te beschouwen ten aanzien van subjectieve gezondheid, welbevinden en medische consumptie. Dit gebeurt in paragraaf 3.3.5.

Gegeven de geconstateerde verschillen tussen de ouderen in het Zorghuis en de ouderen in traditionele woon- en zorgvormen voor wat met name de inschatting van de gezondheid betreft, worden vervolgens in paragraaf 3.3.6 de ouderen in beide groepen die zich redelijk of matig/slecht goed gezond voelen, nader bekeken, om te bezien of zich voor deze groep ouderen verschillen in ontwikkeling voordoen met betrekking tot hun inschatting van de gezondheid.

Voordat bovenstaande nadere analyses worden gepresenteerd, wordt in de nu volgende paragraaf ingegaan op de zorg die de ouderen krijgen en hun oordeel over de kwaliteit van de zorg (3.3.3 en 3.3.4).

3.3.3 Verandering van zorgverlenende instelling, van intensiteit van zorg en van kwaliteit van zorg, longitudinaal bekeken

In deze paragraaf wordt bekeken van wie de ouderen zorg krijgen, in welke mate zij die zorg krijgen en wat het oordeel over de kwaliteit van de zorg is. Voor substitutie is het van belang te weten van welke organisaties en met welke intensiteit ouderen zorg krijgen, indien hun hulpbehoefte verandert. In deze paragraaf wordt op longitudinale wijze bekeken in hoeverre er een andere instelling zorg gaat verlenen bij een veranderende hulpbehoefte, in hoeverre bij veranderende hulpbehoefte de intensiteit van de zorg wijzigt en in hoeverre het oordeel van de ouderen over de kwaliteit van de zorg verandert.

Zo mag verwacht worden dat een groter wordende hulpbehoefte vaker leidt tot een zwaardere vorm van zorg -bijvoorbeeld van geen professionele zorg naar extramurale zorg- of tot een grotere intensiteit van zorg. Een minder ernstig wordende hulpbehoefte zou moeten leiden tot een minder zware of minder intensieve zorg. Tegelijk mag verwacht worden, op grond van de doelstellingen van het experiment, dat deze veranderingen in het Zorghuis beter op elkaar zijn afgestemd dan in traditionele woon- of zorgvormen. Daarnaast wordt bekeken of

veranderingen leiden tot een ander kwaliteitsoordeel van de ouderen. Uitgangspunt is namelijk dat substitutie niet mag leiden tot een afname van kwaliteit van de zorg.

De aard van de te bekijken variabelen (discreet) staat niet toe dat er op eenzelfde wijze geanalyseerd wordt als in de voorgaande paragraaf. Om bovenstaande relaties te toetsen, is daarom een loglineaire analyse uitgevoerd en zijn nieuwe variabelen geconstrueerd, die verandering tussen tijdstippen aangeven:

De mogelijke vormen van professionele zorg zijn in zes categorieën ingedeeld: geen zorg, gezinsverzorging, wijkverpleging, zorg van beide extramurale organisaties, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. Aan de verandering in deze drie vormen zijn labels van 'verandering in zwaarte van zorgverlening' toegekend, in die zin dat geen zorg als de lichtste categorie wordt gezien, zorg van één extramurale organisatie als iets zwaarder, zorg van beide extramurale organisaties als nog zwaarder, verzorgingshuiszorg als op een na zwaarste en verpleeghuiszorg als zwaarste vorm. De verandering van zorgverlenende instellingen wordt dan gepresenteerd in termen van verandering naar een 'lichtere vorm van zorgverlening', een 'gelijkblijvende' of naar een 'zwaardere vorm van zorgverlening', in vergelijking met de zorgvorm die men aanvankelijk kreeg. Ook voor wat betreft de verandering in intensiteit van de extramurale zorg en het kwaliteitsoordeel is een gelijke procedure gevolgd.

De loglineaire analyses zijn uitgevoerd voor de veranderingen zowel tussen april 1988 en maart 1989 als tussen april 1988 en september 1990. In deze analyse zijn alle respondenten betrokken die aan respectievelijk de eerste en de derde meting ($N_g=89$, $N_c=147$) en de eerste en de vijfde meting ($N_g=75$, $N_c=114$) hebben deelgenomen. Met behulp van deze analyse is getoetst of de relatie tussen verandering in de zwaarte van zorgverlenende instelling en verandering van hulpbehoefte voor de twee groepen (Zorghuisbewoners en controlegroep) verschillend is of gelijk*. Hetzelfde is gedaan voor de intensiteit van zorg en het kwaliteitsoordeel van de zorg door de ouderen. Daarnaast is getoetst of er tussen de Zorghuisbe-

* Getoetst is het loglineaire model [verandering hulpbehoefte, verandering professionele instelling die zorg verleent][groep] (Christensen (1990) beschrijft dit als het M^3 -model) hetgeen inhoudt dat de relatie tussen in dit geval verandering van hulpbehoefte enerzijds en verandering van professionele organisatie anderzijds onafhankelijk is van de groep, waarin men zich bevindt.

woners en de controlegroep verschillen aanwezig zijn in de verandering van het kwaliteitsoordeel bij verandering van zorgverlenende organisatie respectievelijk intensiteit van zorg: De voor de analyse gehanteerde modellen gaan er vanuit dat er geen verschil is tussen de Zorghuisbewoners en de controlegroep voor bovenstaande relaties.

Tabel 4 geeft de verandering van zwaarte van de zorgverlenende instelling, de verandering van intensiteit van zorg en de verandering van het kwaliteitsoordeel van de ouderen over de zorg bij verandering van hulpbehoefte tussen april 1988 en maart 1989; tabel 5 geeft hetzelfde voor april 1988 en september 1990. In bijlage 2 worden tabellen (tabel 4 en 5) gepresenteerd, waarin de geobserveerde en de, volgens het opgegeven model, verwachte frequenties zijn opgenomen.

Tabel 4 Verandering van zwaarte van zorgverlenende organisatie, verandering van intensiteit van zorg en verandering van kwaliteitsoordeel voor verandering van hulpbehoefte voor de Zorghuisbewoners en de controlegroep tussen april 1988 en maart 1989 (percentages, absolute aantallen tussen haakjes).

hulpbehoefte-->	Zorghuis			controlegroep		
	minder	gelijk	ernstiger	minder	gelijk	ernstiger
zorgvorm						
lichter	10 (1)	4.9 (3)	0	5.0 (1)	6.8 (6)	0
gelijk	80 (8)	83.6 (51)	83.3 (15)	80.0 (16)	89.8 (79)	89.7 (35)
zwaarder	10 (1)	11.5 (7)	16.7 (3)	15.0 (3)	3.4 (3)	10.3 (4)
totaal	100(n=10)	100 (n=61)	100 (n=18)	100 (n=20)	100 (n=88)	100 (n=39)
intensiteit						
minder	40.0 (4)	19.7 (12)	22.2 (4)	35.0 (7)	25.0 (22)	17.9 (7)
gelijk	20.0 (2)	41.0 (25)	38.9 (7)	40.0 (8)	58.0 (51)	35.9 (14)
meer	40.0 (4)	39.3 (24)	38.9 (7)	25.0 (5)	17.0 (15)	46.2 (18)
totaal	100(n=10)	100(n=61)	100(n=18)	100 (n=20)	100(n=88)	100(n=39)
kwaliteitsoordeel						
verbeterd	16.7 (1)	6.7 (2)	0	11.1 (1)	16.1 (5)	7.7 (2)
gelijk	66.7 (4)	73.3 (22)	90.0 (9)	88.9 (8)	80.6 (25)	65.4 (17)
verslechterd	16.7 (1)	20.0 (6)	10.0 (1)	0	3.2 (1)	26.9 (7)
totaal	100(n=6)	100(n=30)	100(n=10)	100 (n=9)	100(n=31)	100(n=26)

Het bovenomschreven model, namelijk dat de relatie tussen de verandering van zwaarte van zorgverlenende instelling en verandering van hulpbehoefte niet verschilt tussen de Zorghuisbewoners en de controlegroep, komt voor de periode april 1988 - maart 1989 overeen met de werkelijkheid. Dit wil zeggen dat er geen significant verschil ($p=.59$) tussen de Zorghuisbewoners en de controlegroep is aangetroffen voor wat betreft de relatie tussen verandering van zwaarte van

zorgverlenende instelling en de verandering van hulpbehoefte. Nadere analyse wijst verder uit dat er geen relatie aanwezig is tussen de verandering van de hulpbehoefte en de verandering van de zwaarte van de zorgverlenende instelling, dat wil zeggen dat de zwaarte van de zorgverlenende instelling niet per definitie gelijkelijk verandert met de hulpbehoefte ($p=.25$).

Naast een mogelijke andere zorgorganisatie kan ook de intensiteit van zorg veranderen, als de hulpbehoefte van de oudere verandert. Maar het blijkt dat de relatie tussen enerzijds de verandering van intensiteit van extramurale zorg ($p=.12$) en anderzijds de verandering van hulpbehoefte onafhankelijk is van de groep waartoe men behoort, dat wil zeggen dat Zorghuisbewoners en controlegroep niet significant van elkaar verschillen voor wat betreft deze relatie. Ook is er geen verschil tussen het Zorghuis en traditionele woon- en zorgvormen voor wat betreft de verandering van kwaliteitsoordeel ($p =.06$) in relatie tot verandering van hulpbehoefte.

Naast bovenstaande is op dezelfde wijze gekeken of verandering van zorgverlenende organisatie c.q. intensiteit van zorg leidt tot een ander kwaliteitsoordeel en of dit voor beide groepen gelijk is of verschillend. Uit de analyse blijkt dat er tussen beide groepen geen verschil is in de relaties verandering van kwaliteitsoordeel enerzijds en verandering van professionele zorgorganisatie ($p=.31$) c.q. intensiteit van zorg ($p=.744$) anderzijds.

Tabel 5 geeft op dezelfde wijze de veranderingen weer als tabel 4, maar dan voor de periode april 1988 - september 1990. In bijlage 2 zijn tabellen (tabel 4 en 5) opgenomen met daarin de geobserveerde en de, volgens het opgegeven model, verwachte frequenties.

Tabel 5 Verandering van zwaarte van zorgverlenende organisatie, verandering van intensiteit van zorg en verandering van kwaliteitsoordeel voor verandering van hulpbehoefte voor de Zorghuisbewoners en de controlegroep tussen april 1988 en september 1990 (percentages, absolute aantallen tussen haakjes).

hulpbehoefte-->	Zorghuis			controlegroep		
	minder	gelijk	ernstiger	minder	gelijk	ernstiger
zorgvorm						
lichter	0	2.6 (1)	15.6 (5)	9.1 (1)	6.8 (4)	4.5 (2)
gelijk	80 (4)	78.9 (30)	68.8 (22)	81.8 (9)	88.1 (52)	65.9 (29)
zwaarder	20 (1)	18.4 (7)	15.6 (5)	9.1 (1)	5.1 (3)	29.5 (13)
totaal	100(n=5)	100 (n=38)	100 (n=32)	100 (n=11)	100 (n=59)	100 (n=44)

vervolg tabel 5

hulpbehoefte-->	Zorghuis			controlegroep		
	minder	gelijk	ernstiger	minder	gelijk	ernstiger
intensiteit						
minder	40.0 (2)	31.6 (12)	40.6 (13)	36.4 (4)	23.7 (14)	18.2 (8)
gelijk	20.0 (1)	42.1 (16)	28.1 (9)	36.4 (4)	61.0 (36)	36.4 (16)
meer	40.0 (2)	26.3 (10)	31.3 (10)	27.3 (3)	15.3 (9)	45.5 (20)

totaal	100(n=5)	100 (n=38)	100(n=32)	100 (n=11)	100 (n=59)	100 (n=44)
kwaliteitsoordeel						
verbeterd	33.3 (1)	7.1 (1)	20.0 (4)	33.3 (2)	7.1 (1)	24.0 (6)
gelijk	66.7 (2)	78.6 (11)	75.0 (15)	66.7 (4)	92.9 (13)	56.0 (14)
verslechterd	0	14.3 (2)	5.0 (1)	0	0	20.0 (5)

totaal	100 (n=3)	100 (n=14)	100 (n=20)	100 (n=6)	100 (n=14)	100 (n=25)

Voor de veranderingen tussen april 1988 en september 1990 kan hetzelfde gesteld worden als boven. De relatie tussen de verandering van zwaarte van zorgverlenende instelling en verandering van hulpbehoefte verschilt niet tussen de Zorghuisbewoners en de controlegroep ($p=.22$). Nadere analyse wijst verder uit dat er ook voor de periode april 1988 - september 1990 geen relatie aanwezig is tussen de verandering van de hulpbehoefte en de verandering van de zwaarte van de zorgverlenende instelling, dat wil zeggen dat de zwaarte van de zorgverlenende instelling niet per definitie gelijkmatig verandert met de hulpbehoefte ($p=.11$).

Ook de relaties tussen enerzijds de verandering van intensiteit van extramurale zorg ($p=.31$) respectievelijk de verandering van kwaliteitsoordeel ($p=.51$) en anderzijds de verandering van hulpbehoefte blijkt onafhankelijk te zijn van de groep waartoe men behoort, dat wil zeggen dat Zorghuisbewoners en controlegroep niet significant van elkaar verschillen voor wat betreft deze relaties.

Ditzelfde geldt tenslotte ook voor de relaties verandering van kwaliteitsoordeel enerzijds en verandering van professionele organisatie ($p=.39$) respectievelijk intensiteit van zorg ($p=.08$) anderzijds.

Uit het bovenstaande kan ten eerste geconcludeerd worden dat verandering van zwaarte van zorgorganisatie niet afhankelijk is van de verandering van de hulpbehoefte. Dit geldt zowel voor het Zorghuis als voor traditionele woon- en zorgvormen. Er is geen verschil tussen het Zorghuis en traditionele woon- en zorgvormen in de relatie tussen verandering in intensiteit van zorg en verandering van hulpbehoefte. Ook blijkt dat er geen verschil is tussen beide groepen in de

verandering van kwaliteitsoordeel, noch indien dit gerelateerd is aan de verandering van hulpbehoefte, noch indien dit gerelateerd is aan verandering van zwaarte van professionele zorgorganisatie of intensiteit van zorg.

3.3.4 Hulpbehoefte, professionele zorg en informele zorg, transversaal bekeken

In de vorige paragraaf is bekeken of bij verandering van hulpbehoefte bij ouderen andere professionele organisaties zorg zijn gaan verlenen, dat wil zeggen dat er longitudinaal gekeken werd. In deze paragraaf wordt vanuit een andere optiek naar hulpbehoefte en zorgverlenende instelling gekeken. Er wordt in deze paragraaf per tijdstip (transversaal) bekeken in hoeverre het cliëntenbestand van de betrokken organisaties verandert van samenstelling, indien gekeken wordt naar hulpbehoefte. Deze verandering kan optreden, doordat ten eerste de hulpbehoefte van al wonende cliënten verandert, ten tweede doordat er gedurende de experimentele periode mensen afvallen (bijvoorbeeld door overlijden) en bijkomen (hun intrek nemen in vrije appartementen). Door deze veranderingen in de populatie, kan het cliëntenbestand van de zorgverlenende instellingen wijzigen.

Hierbij worden per meettijdstip alle respondenten in de analyse betrokken die aan die meting hebben deelgenomen. Hieruit kan afgeleid worden of er voor wat betreft de organisaties veranderingen zijn opgetreden in de hulpbehoefte van hun cliëntbestand in het Zorghuis.

Daarnaast wordt in deze paragraaf bekeken of er informele zorg aanwezig is bij de ouderen.

In de navolgende tabellen wordt ten eerste weergegeven hoeveel ouderen op de diverse tijdstippen van welke organisaties zorg krijgen en de aanwezigheid van informele zorg. Ook wordt bekeken of informele zorg aanwezig is bij welke vorm van professionele zorg en tenslotte wordt per tijdstip de aanwezigheid van de diverse professionele zorgvormen en de informele zorg afgezet tegen de hulpbehoefte, voor de verschillende tijdstippen. Tabellen met uitsplitsing naar indicatie zijn opgenomen in bijlage 2 (tabel 6a tot en met 6c).

In april 1988 kregen meer ouderen in het Zorghuis geen professionele zorg in vergelijking met de controlegroep (tabel 6). In maart 1989 en in september 1990 is de situatie omgekeerd. In april 1988 is er voor de ouderen in het Zorghuis significant meer informele zorg aanwezig in vergelijking met de ouderen in de controlegroep. In september 1990 is de situatie voor beide groepen gelijk. Meer ouderen in het Zorghuis hebben in september 1990 een lage intensiteit van gezinszorg in vergelijking met de controlegroep.

Tabel 6 Aanwezigheid van professionele zorg, aanwezigheid van informele zorg, intensiteit van wijkverpleegkundige zorg en intensiteit van gezinsverzorging, voor Zorghuisbewoners en controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	april'88		maart'89		september'90	
	Z	C	Z	C	Z	C
professionele zorg						
geen	30.3	25.1	21.9	23.6	22.2	28.3
wijkverpleging*	2.5	1.6	0	1.8	0	0
gezinszorg*	38.5	30.4	47.6	34.5	54.4	34.6
beide**	7.4	2.0	7.6	2.4	7.8	6.3
verzorgingshuis	0	19.0	0	17.0	0	15.7
verpleeghuis	21.3	21.9	22.9	20.6	15.6	15.0
Totaal	100(n=122)	100(n=247)	100(n=105)	100(n=165)	100(n=90)	100(n=127)
Chi ²		32.17		26.63		19.94
df		5		5		4
p		≤ .001		≤ .001		≤ .001
informele zorg						
niet aanwezig	51.6	65.2	61.9	69.1	61.1	60.6
wel aanwezig	48.4	34.8	38.1	30.9	38.9	39.4
Totaal	100(n=122)	100(n=247)	100(n=105)	100(n=165)	100(n=90)	100(n=127)
Chi ²		6.3				
df		1				
p		≤ .05		n.s.		n.s.
intensiteit wijkverpleegkundige zorg						
3 uur en minder	78.6	92.3	84.6	78.0	22.2	27.3
meer dan 3 uur	21.4	7.7	15.4	22.0	77.8	72.7
Totaal	100(n=14)	100(n=26)	100(n=26)	100(n=50)	100(n=18)	100(n=33)
p		n.s.		n.s.		
intensiteit gezinsverzorging						
3 uur en minder	50.9	49.6	47.5	34.5	58.8	34.2
meer dan 3 uur	49.1	50.4	52.5	65.5	41.2	65.8
Totaal	100(n=57)	100(n=117)	100(n=80)	100(n=84)	100(n=68)	100(n=73)
Chi ²						8.6
df						1
p		n.s.		n.s.		≤ .01

* Dit betreft die ouderen, waar slechts één van beide organisaties aanwezig is

** Dit betreft die ouderen, waar beide extramurale organisaties zorg verlenen

Het percentage ouderen in het Zorghuis dat gezinszorg (al dan niet in combinatie met wijkverpleging) krijgt, stijgt gedurende de drie metingen. De aanwezigheid van informele zorg neemt na april 1988 af, om daarna te stabiliseren. Mogelijk is er hier sprake van een aanloopeffect. Bij de ouderen in de controlegroep daarentegen is de aanwezigheid van informele zorg in september 1990 hoger ten opzichte van maart 1989. Het aantal ouderen in het Zorghuis dat wijkverpleging krijgt (al dan niet in combinatie met gezinszorg) neemt tussen april 1988 en maart 1989 af en stabiliseert vervolgens. Opvallend is dat in het Zorghuis na april 1988 de wijkverpleging alleen nog bij die ouderen zorg verleent, die ook gezinszorg hebben. In de controlegroep is dat in september 1990 het geval. Daarnaast is het opvallend dat de intensiteit van de wijkverpleegkundige zorg in het Zorghuis en in de controlegroep sterk is gestegen in september 1989. In het Zorghuis neemt de intensiteit van de gezinszorg af.

Indien (voor zover mogelijk) bovenstaande wordt bekeken per indicatiegroep (tabel 6a tot en met 6c in bijlage 2), blijkt bij de aanleunwoninggeïndiceerden een nagenoeg gelijk patroon.

Bij de WBO-geïndiceerden in het Zorghuis is opvallend dat een stijgend aantal ouderen geen professionele zorg krijgt. In vergelijking met de WBO-geïndiceerde ouderen in de controlegroep krijgen meer ouderen in het Zorghuis informele zorg. Meer verpleeghuisgeïndiceerden in het Zorghuis tenslotte krijgen informele zorg in vergelijking met de controlegroep. Na een daling tussen april 1988 en maart 1989, is er in september 1990 zowel voor de bewoners van het Zorghuis als de controlegroep een stijging van de aanwezigheid van informele zorg te constateren in deze groep.

In april 1988 krijgen meer ouderen in het Zorghuis, die geen professionele zorg krijgen, wel informele zorg, in vergelijking met gelijke ouderen in de controlegroep (tabel 7). In maart 1989 en september 1990 is het omgekeerde het geval. Dit geldt ook in grote lijnen voor ouderen die gezinszorg krijgen. Indien de ouderen worden vergeleken, die van beide extramurale instellingen tegelijk zorg krijgen, krijgen meer ouderen uit het Zorghuis informele zorg. Ditzelfde geldt voor de ouderen die verpleeghuiszorg krijgen.

Er is bij de ouderen uit het Zorghuis die geen professionele zorg of alleen gezinszorg krijgen, over de tijd een afname te constateren van de informele zorg,

terwijl er een toename van informele zorg is bij de ouderen die zowel gezinszorg als wijkverpleegkundige zorg krijgen.

Tabel 7 Informele zorg naar soort professionele zorg voor bewoners van het Zorghuis en controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Professionele zorg	inf. zorg	Zorghuis			controlegroep		
		apr'88	mrt'89	sep'90	apr'88	mrt'89	sep'90
geen	niet	54.1	65.2	70.0	61.3	59.0	58.3
	wel	45.9	34.8	30.0	38.7	41.0	41.7
Totaal		100(n=37)	100(n=23)	100(n=20)	100(n=62)	100(n=39)	100(n=36)
wijkverpleging*	niet	0	0	0	25.0	66.7	0
	wel	100	0	0	75.0	33.3	0
Totaal		100(n=3)	0	0	100(n=4)	100(n=3)	0
gezinszorg*	niet	59.6	68.0	65.3	64.0	71.9	59.1
	wel	40.4	32.0	34.7	36.0	28.1	40.9
Totaal		100(n=47)	100(n=50)	100(n=49)	100(n=75)	100(n=57)	100(n=44)
beide**	niet	55.6	50.0	42.9	60.0	75.0	87.5
	wel	44.4	50.0	57.1	40.0	25.0	12.5
Totaal		100(n=9)	100(n=8)	100(n=7)	100(n=5)	100(n=4)	100(n=8)
verzorgingshuis	niet	0	0	0	76.6	64.3	65.0
	wel	0	0	0	23.4	35.7	35.0
Totaal		0	0	0	100(n=47)	100(n=28)	100(n=20)
verpleeghuis	niet	38.5	50.0	42.9	64.8	79.4	52.6
	wel	61.5	50.0	57.1	35.2	20.6	47.4
Totaal		100(n=26)	100(n=24)	100(n=14)	100(n=54)	100(n=34)	100(n=19)

* Dit betreft die ouderen, waar slechts één van beide organisaties aanwezig is

** Dit betreft die ouderen, waar beide extramurale organisaties zorg verlenen

Indien de professionele zorg afgezet wordt ten opzichte van de hulpbehoefte (tabel 8 en 9), blijkt dat zowel van de bewoners van het Zorghuis als de controlegroep een klein aantal ouderen met een ernstige hulpbehoefte geen professionele zorg krijgt. In september 1990 krijgt in het Zorghuis zelfs één persoon met een zeer ernstige hulpbehoefte geen professionele zorg. Tegelijk blijkt dat in het Zorghuis meer ouderen die geen of een geringe hulpbehoefte hebben gezinszorg krijgen, in vergelijking met gelijke ouderen in de controlegroep. Het is van belang hierbij op te merken dat het hebben van één probleem op HDL-gebied in het kader van dit onderzoek tot de categorie geen of geringe hulpbehoefte gerekend wordt. Indien respondenten geen of een geringe hulpbehoefte hebben, en toch gezinszorg krijgen, blijkt dit met name het poetswerk te betreffen. Tenslot-

te blijken er zowel in het Zorghuis als in de controlegroep ouderen met een verpleeghuisindicatie te zijn, die geen of een matige hulpbehoefte hebben. In het Zorghuis is dit wat vaker het geval dan in de controlegroep. In het Zorghuis is met name bij ernstig of zeer ernstig hulpbehoevende ouderen informele zorg aanwezig, in de controlegroep concentreert de informele zorg zich bij de matig en ernstig hulpbehoevende ouderen.

Tabel 8 Professionele zorg en aanwezigheid van informele zorg voor categorieën van hulpbehoefte, voor bewoners van het Zorghuis, over drie meettijdstippen (percentages)

Hulpbehoefte--> Kenmerk	april '88				maart '89				september '90			
	geen/ gering*	matig	ernst	zeer ernst	geen/ gering*	matig	ernst	zeer ernst	geen/ gering*	matig	ernst	zeer ernst
<u>professionele zorg</u>												
geen	43.8	33.3	5.6	0	32.8	18.8	7.1	0	38.2	16.7	10.0	6.3
wijkverpleging**	0	0	5.6	10.5	0	0	0	0	0	0	0	0
gezinszorg**	47.9	50.0	22.2	10.5	58.6	75.0	28.6	0	58.8	73.3	60.0	6.3
beide***	2.7	8.3	27.8	5.3	1.7	0	28.6	17.6	0	3.3	20.0	31.3
verzorgingshuis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
verpleeghuis	5.5	8.3	38.9	73.7	6.9	6.3	35.7	82.4	2.9	6.7	10.0	56.3
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=73)	(n=12)	(n=18)	(n=19)	(n=58)	(n=16)	(n=14)	(n=17)	(n=34)	(n=30)	(n=10)	(n=16)
<u>informele zorg</u>												
niet aanwezig	60.3	58.3	38.9	26.3	72.4	50.0	50.0	47.1	76.5	70.0	20.0	37.5
wel aanwezig	39.7	41.7	61.1	73.7	27.6	50.0	50.0	52.9	23.5	30.0	80.0	62.5
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=73)	(n=12)	(n=18)	(n=19)	(n=58)	(n=16)	(n=14)	(n=17)	(n=34)	(n=30)	(n=10)	(n=16)

* Geen of geringe hulpbehoefte betekent geen of één HDL-verrichting problematisch
 ** Dit betreft die ouderen, waar slechts één van beide organisaties aanwezig is
 *** Dit betreft die ouderen, waar beide extramurale organisaties zorg verlenen

Tabel 9 Professionele zorg en aanwezigheid van informele zorg voor categorieën van hulpbehoefte, voor de controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Hulpbehoefte--> Kenmerk	april '88				maart '89				september '90			
	geen/ gering*	matig	ernst	zeer ernst	geen/ gering*	matig	ernst	zeer ernst	geen/ gering*	matig	ernst	zeer ernst
<u>professionele zorg</u>												
geen	42.9	10.3	8.7	0	45.9	11.1	3.7	0	51.9	23.1	12.5	0
wijkverpleging**	0.8	0	6.5	0	0	0	7.4	3.6	0	0	0	0
gezinszorg**	36.5	48.7	15.2	8.3	33.8	69.4	18.5	7.1	34.6	53.8	37.5	12.0
beide***	0	7.7	2.2	2.8	1.4	0	11.1	0	0	3.8	16.7	12.0
verzorgingshuis	15.1	28.2	32.6	5.6	13.5	13.9	29.6	17.9	11.5	11.5	20.8	24.0
verpleeghuis	4.8	5.1	34.8	83.3	5.4	5.6	29.6	71.4	1.9	7.7	12.5	52.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=126)	(n=39)	(n=46)	(n=36)	(n=74)	(n=36)	(n=27)	(n=28)	(n=52)	(n=26)	(n=24)	(n=25)
<u>informele zorg</u>												
niet aanwezig	67.5	59.0	58.7	72.2	74.3	63.9	63.0	67.9	73.1	46.2	50.0	60.0
wel aanwezig	32.5	41.0	41.3	27.8	25.7	36.1	37.0	32.1	26.9	53.8	50.0	40.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=126)	(n=39)	(n=46)	(n=36)	(n=74)	(n=36)	(n=27)	(n=28)	(n=52)	(n=26)	(n=24)	(n=25)

* Geen of geringe hulpbehoefte betekent geen of één HDL-verrichting problematisch
 ** Dit betreft die ouderen, waar slechts één van beide organisaties aanwezig is
 *** Dit betreft die ouderen, waar beide extramurale organisaties zorg verlenen

Om te bezien of de cliëntpopulaties van de verschillende zorgvormen zich in het Zorghuis anders wijzigen wat betreft de hulpbehoefte dan in de controlegroep, bijvoorbeeld dat de gezinsverzorging in het Zorghuis zwaarder hulpbehoevende ouderen in het cliëntenbestand heeft, zijn per tijdstip t-toetsen uitgevoerd op de gemiddelde hulpbehoefte van de diverse cliëntbestanden.

Het blijkt dat er zich zowel in april 1988, maart 1989 als in september 1990 tussen het Zorghuis en de controlegroep geen verschil voordoet in gemiddelde hulpbehoevendheid van cliëntbestanden per zorgverlenende instelling (tabel 10).

Tabel 10 Gemiddelde hulpbehoefte per professionele zorgorganisatie voor Zorghuis en controle groep, per meettijdstip

Zorginstelling	apr'88		mrt'89		sept'90	
	Z	C	Z	C	Z	C
geen	1.2	1.2	1.2	1.2	1.5	1.3
wijkverpleging	2.8	2.6	3.1	2.9	3.6	3.3
gezinszorg	1.6	1.6	1.6	1.8	2.0	2.1
verzorgingshuis	-	2.0	-	2.9	-	2.6
verpleeghuis	3.2	3.3	3.2	3.3	3.4	3.5

In zowel het Zorghuis als in de controlegroep neemt de gemiddelde hulpbehoefte per zorginstelling toe tussen april 1988 en september 1990. Uit tabel 10 blijkt dat dit met name het geval is bij de wijkverpleging en de gezinszorg, waarbij de gemiddelde hulpbehoefte van het cliëntbestand van de wijkverpleging nagenoeg overeenkomt met dat van de verpleeghuisgeïndiceerden.

Oordeel van ouderen over de kwaliteit en mate van zorg

De ouderen in het Zorghuis beoordelen de kwaliteit van de extramurale professionele zorg en de mate waarin de zorg voldoende is continu beter in vergelijking met de ouderen in de controlegroep (tabel 11).

Tabel 11 Kwaliteitsoordeel over professionele zorg en oordeel over de mate van extramurale professionele zorg, voor Zorghuisbewoners en controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	apr'88	mrt'89	sep'90	apr'88	mrt'89	sep'90
<u>kwaliteitsoordeel</u>						
goed	89.8	74.2	76.8	76.1	63.0	72.4
gaat wel	6.8	19.1	20.3	18.8	25.2	17.2
niet zo goed	1.7	6.7	2.9	5.1	8.1	5.7
slecht	1.7	0	0	0	3.7	4.6
Totaal	100(n=59)	100(n=89)	100(n=69)	100(n=117)	100(n=135)	100(n=87)
<u>mate van zorg</u>						
voldoende	96.6	85.2	91.2	81.9	74.1	78.2
wisselend	3.4	14.8	7.4	16.4	23.2	20.7
onvoldoende	0	0	1.5	1.7	2.7	1.1
Totaal	100(n=59)	100(n=81)	100(n=68)	100(n=116)	100(n=112)	100(n=87)

Ten opzichte van april 1988 beoordeelt in maart 1989 in zowel het Zorghuis als in traditionele zorgvormen een kleinere groep ouderen de kwaliteit als goed, maar in september 1990 is dit percentage in beide groepen weer opgelopen.

3.3.5 Verandering van de gezondheid en hulpbehoefte, per indicatie bekeken

In de voorgaande paragrafen zijn subjectieve gezondheid, welbevinden, medische consumptie en het oordeel van de bewoners over de kwaliteit van zorg voor de gehele groep ouderen in het Zorghuis aan de orde gesteld. Er bleken geen verschillen tussen de ouderen in het Zorghuis en ouderen in traditionele woon-c.q. zorgvormen te zijn in de ontwikkeling door de tijd voor wat betreft de gemeten gezondheidsvariabelen en het welbevinden. Een uitsplitsing naar indicatiestelling bleek, in verband met de kleine aantallen respondenten, voor de daar gebruikte analyse methode niet zinvol. Wel kan er op een meer *exploratieve* wijze het verloop over de tijd van alle bovenstaande afhankelijke variabelen in samenhang met elkaar bekeken worden, waarbij de ouderen verdeeld worden naar indicatiestelling. De betreffende analysemethode (Multiple Correspondentie Analyse of HOMALS) is weergegeven in bijlage 2, maar een korte uitleg is ook hier op zijn plaats. Per meettijdstip is deze analyse uitgevoerd, om te bezien of de 'oplossingen' (= totaal resultaat) over die meettijdstippen aan elkaar gelijk waren.

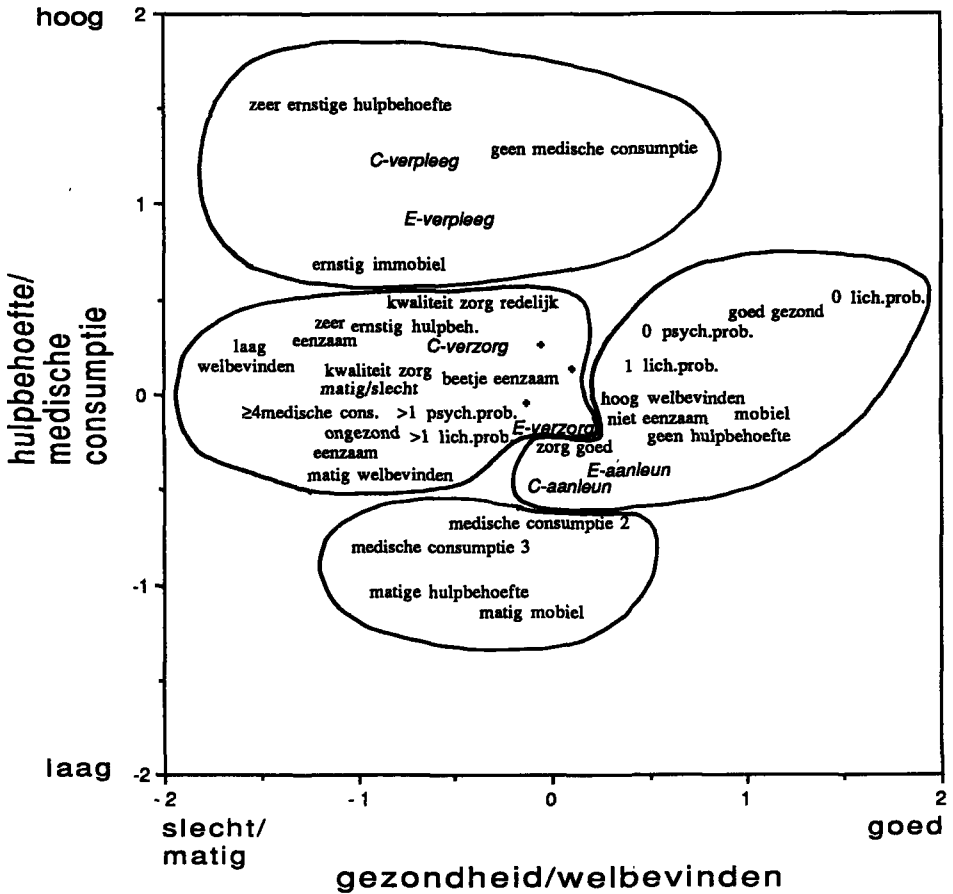
Toen dit het geval bleek, zijn vervolgens alle 1434 succesvolle benaderingen als aparte respondenten in de analyse betrokken. Voor de weergave van de resultaten per indicatie zijn ze vervolgens weer per meettijdstop gegroepeerd. De analyse-methode leidt niet tot toetsbare grootheden.

In de analyse worden de verschillende categorieën van de variabelen weergegeven op een van te voren aan te geven aantal dimensies. Voor een eenvoudige interpretatie is gekozen voor twee dimensies. Uit de analyse blijkt dat één dimensie gevormd wordt door de gezondheidsvariabelen inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen en aantal psychosomatische klachten, alsmede door het welbevinden (deze dimensie is gezondheid/welbevinden genoemd), de tweede door de medische consumptie, de hulpbehoefte en de ernst van mobiliteitsproblemen (deze dimensie is hulpbehoefte/medische consumptie genoemd).

De MCA-analyse plaatst vervolgens de kenmerken op een assenstelsel, dat bovengenoemde dimensies weergeeft. Hieruit is vervolgens (tentatief) af te leiden welke kenmerken die in de analyse zijn opgenomen met elkaar samenhangen en op welke plaats de diverse groepen respondenten zich bevinden. Figuur 8 is de grafische weergave van dit deel van de MCA-oplossing, waarbij het tijdsaspect nog niet is opgenomen.

Uit deze figuur is af te lezen dat er een clustering is van een hoog welbevinden, zich goed gezond voelen, een lage intensiteit van eenzaamheid, geen psychosomatische klachten, geen lichamelijke problemen, geen hulpbehoefte en geen mobiliteitsproblemen (aan de rechterzijde van de figuur). Uit figuur 8 blijkt dat de aanleungeïndiceerden uit beide groepen als ook de WBO-geïndiceerden uit het Zorghuis zich dicht bij deze clustering van kenmerken bevinden. Dit betekent dat over het algemeen genomen de aanleungeïndiceerden en ook in enige mate de WBO-geïndiceerde ouderen uit het Zorghuis gekenmerkt worden door een hoger welbevinden, een tamelijk goede gezondheid en een lage hulpbehoefte. Daarnaast is er een clustering van ernstige hulpbehoefte, ernstige mobiliteitsproblemen, maar geen medische consumptie (linksboven in de figuur). De verpleeghuisgeïndiceerden van beide groepen bevinden zich bij deze clustering van kenmerken, hetgeen betekent dat deze over het algemeen genomen gekenmerkt worden door een zeer ernstige hulpbehoefte, ernstige mobiliteitsproblemen en geen medische consumptie.

Figuur 8 Weergave van de kenmerken inschatting gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteitsproblemen, welbevinden, eenzaamheid, oordeel over de kwaliteit van zorg en medische consumptie alsmede van de gemiddelde scores van de verschillende indicatiegroepen op de dimensies gezondheid/welbevinden en hulpbehoefte/medische consumptie, voor 1434 benaderingen.



Dit laatste laat zich verklaren door het feit dat de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen, met name in de controlegroep, een zeer geringe medische consumptie rapporteren. In paragraaf 3.3.2 is daar reeds op ingegaan. Dat de verpleeghuisgeïndiceerden toch hoog scoren op de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie komt door de zeer ernstige hulpbehoefte en de ernstige mobiliteitsproblemen die zij hebben.

In figuur 9 wordt het tijdsverloop in de grafische weergave geïntroduceerd. Van de verschillende groepen ouderen is de gemiddelde score per meettijdstip berekend voor de twee dimensies (zie ook bijlage 2, tabel 9). Deze gemiddelden per tijdstip zijn vervolgens weer op eenzelfde assenstelsel als in figuur 8 uitgezet (aangegeven met getallen die corresponderen met het meettijdstip)*. Per indicatie zijn voor zowel de Zorghuisbewoners als de controlegroep de verschillende punten met elkaar verbonden, zodat een lijn ontstaat voor iedere indicatiegroep voor enerzijds de Zorghuisbewoners, anderzijds de controlegroep. Deze lijn geeft het verloop aan over de vijf meettijdstippen, in horizontale zin over de dimensie gezondheid/welbevinden, in verticale zin op de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie. Uit deze figuur is dan vervolgens af te lezen**:

a) het verloop van de gemiddelde scores op de dimensies gezondheid/welbevinden en hulpbehoefte/medische consumptie over vijf meettijdstippen voor de aanleungeïndiceerden, de WBO-geïndiceerden en de verpleeghuisgeïndiceerden van enerzijds de Zorghuisbewoners, anderzijds de controlegroep (aangegeven door: e-aan (aanleungeïndiceerden Zorghuis), c-aan (idem controlegroep), e-wbo (wbo-geïndiceerden Zorghuis), c-wbo (idem controlegroep), e-verp (verpleeghuisgeïndiceerden Zorghuis) en tenslotte c-verp (idem controlegroep).

b) de plaats en de verandering over de tijd van de diverse indicatiegroepen op de dimensies ten opzichte van elkaar.

Uit figuur 9 is ten aanzien van punt a) het volgende op te maken:

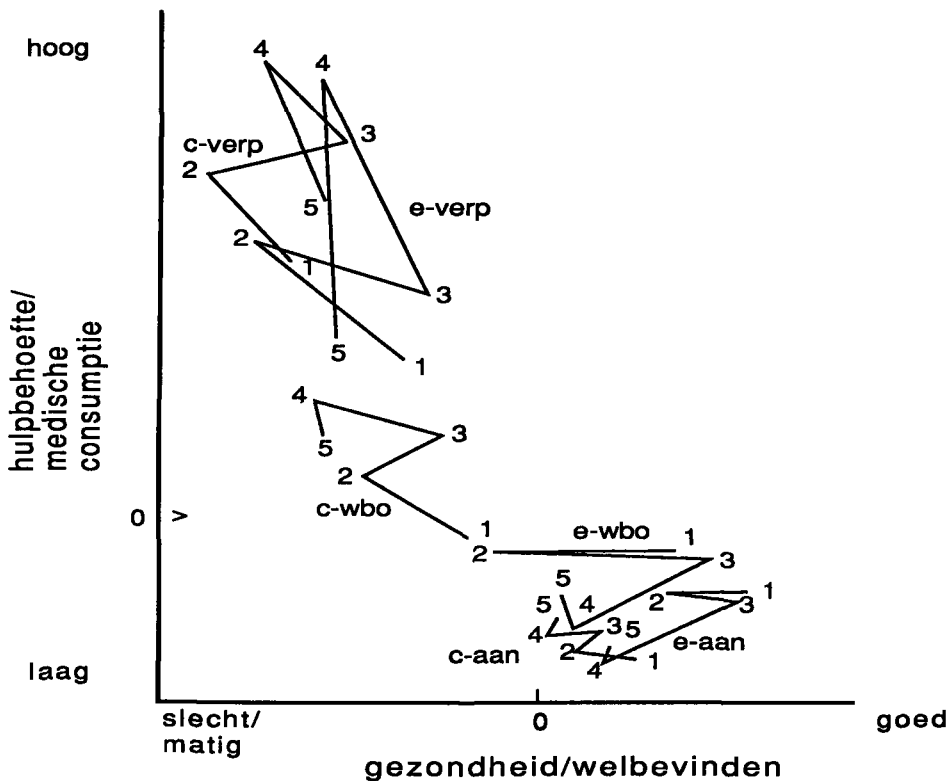
In alle indicatiegroepen is er tussen tijdstip 1 en tijdstip 2 een achteruitgang te bespeuren in de gemiddelde score op de dimensie gezondheid/welbevinden. Voor wat betreft de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie is er nagegnoeg geen verandering aanwezig tussen april 1988 (nr 1 in figuur 9) en september 1988 (nr 2 in figuur 9) voor de aanleungeïndiceerden van zowel de Zorghuisbewoners als de controlegroep en voor de WBO-geïndiceerden van het Zorghuis. Voor de overige groepen is op deze dimensie wel een lichte achteruitgang te bespeuren tussen april 1988 en september 1988.

* In verband met de ligging van de scores is van figuur 9 slechts dat deel weergegeven, waar de groepen ouderen zich bevinden. Het nulpunt van deze figuur bevindt zich daarom ten opzichte van figuur 8 iets meer in de rechter benedenhoek.

** Het betreft hier geen getoetste verschillen tussen het Zorghuis en de controlegroep, maar tentatieve resultaten.

Tussen september 1988 (nr 2 in figuur 9) en maart 1989 (nr 3 in figuur 9) is er in alle groepen weer een vooruitgang aanwezig van gezondheid/welbevinden, terwijl voor de aanleungeïndiceerden uit beide groepen en de WBO-geïndiceerden geldt dat er wederom nagenoeg geen verandering is op de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie.

Figuur 9 Gemiddelde scores op de dimensies gezondheid/welbevinden en hulpbehoefte/medische consumptie van de aanleunwoningeïndiceerden, de WBO-geïndiceerden en de verpleeghuisgeïndiceerden van enerzijds het Zorghuis en anderzijds de controle-groep voor elk van de vijf meettijdstippen (totaal 1434 benaderingen).



Bij de WBO- en de verpleeghuisgeïndiceerden uit de controle-groep is er tussen september 1988 en maart 1989 een achteruitgang aanwezig op de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie, bij de verpleeghuisgeïndiceerden uit het Zorghuis daarentegen lijkt er een lichte verbetering plaats te vinden.

Tussen maart 1989 (nr 3 in figuur 9) en september 1989 (nr 4 in figuur 9) is voor alle indicatiegroepen een achteruitgang aanwezig in gezondheid/welbevinden. Voor wat betreft hulpbehoefte/medische consumptie lijkt bij de aanleungeïndiceerde ouderen uit het Zorghuis en de WBO-geïndiceerde ouderen uit het Zorghuis een verbetering aanwezig, terwijl voor de aanleungeïndiceerden en WBO-geïndiceerden uit de controlegroep nagenoeg geen verschil aanwezig is. De verpleeghuisgeïndiceerden uit beide groepen gaan achteruit, waarbij de verpleeghuisgeïndiceerden uit het Zorghuis sterker achteruitgaan dan gelijkgeïndiceerden uit de controlegroep.

Tenslotte blijkt dat tussen september 1989 (nr 4 in figuur 9) en september 1990 (nr 5 in figuur 9) er weinig verandering plaatsvindt voor wat betreft gezondheid/welbevinden, alleen de verpleeghuisgeïndiceerden uit de controlegroep gaan enigszins vooruit. De aanleungeïndiceerden uit beide groepen en de WBO-geïndiceerden van het Zorghuis lijken voor wat hulpbehoefte/medische consumptie betreft enigszins achteruit te gaan, de WBO-geïndiceerden van de controlegroep en de verpleeghuisgeïndiceerden uit beide groepen gaan weer vooruit, waarbij vooral het grote verschil tussen september 1989 en september 1990 bij de verpleeghuisgeïndiceerden uit het Zorghuis opvalt.

Samengevat blijkt er een sterk fluctuerend beeld naar voren te komen, waarbij het uiteindelijk resultaat tussen april 1988 en september 1990 is dat de aanleungeïndiceerden uit het Zorghuis voor wat betreft gezondheid/welbevinden enigszins achteruitgaan en voor wat betreft hulpbehoefte/medische consumptie iets beter zijn geworden. De aanleungeïndiceerden uit de controlegroep gaan ook wat achteruit in gezondheid/welbevinden, maar veranderen nauwelijks op hulpbehoefte/medische consumptie. De WBO-geïndiceerden uit zowel het Zorghuis als de controlegroep gaan achteruit in gezondheid/welbevinden. In het Zorghuis neemt bij deze groep de hulpbehoefte/medische consumptie tussen april 1988 en september 1990 enigszins af, in de controlegroep daarentegen toe. De verpleeghuisgeïndiceerden uit het Zorghuis hebben in september 1990 een mindere score op gezondheid/welbevinden dan in april 1988, maar een nagenoeg even hoge score voor hulpbehoefte/medische consumptie. De verpleeghuisgeïndiceerden uit de controlegroep hebben daarentegen in september 1990 een iets hogere score op gezondheid/welbevinden dan in april 1988, maar tegelijk een iets slechtere score op hulpbehoefte/medische consumptie.

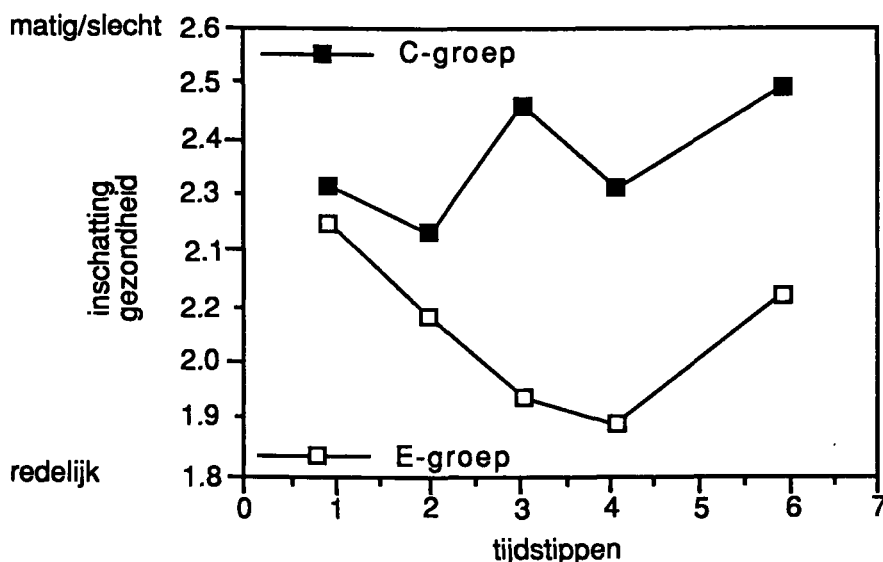
Voor wat betreft punt b) kan gesteld worden dat de aanleungeïndiceerden de beste scores hebben op gezondheid/welbevinden en op hulpbehoefte/medische consumptie, waarbij de Zorghuisbewoners met deze indicatie iets beter scoren dan de controlegroep. Voor de verpleeghuisgeïndiceerden geldt een vergelijkbaar patroon. De verpleeghuisgeïndiceerden uit het Zorghuis scoren over het algemeen wat beter op gezondheid/welbevinden en wat lager op hulpbehoefte/medische consumptie. De WBO-geïndiceerde ouderen in het Zorghuis lijken wat betreft gezondheid/welbevinden sterk op de aanleungeïndiceerden, maar hebben een wat hogere hulpbehoefte/medische consumptie. De WBO-geïndiceerden uit de controlegroep lijken qua gezondheid/welbevinden meer op verpleeghuisgeïndiceerden, maar hebben een wat lagere hulpbehoefte/medische consumptie. Tussen de WBO-geïndiceerden uit het Zorghuis en uit de controlegroep is een duidelijk verschil aanwezig, zowel voor wat betreft gezondheid/welbevinden als voor hulpbehoefte/medische consumptie. De WBO-geïndiceerden uit de controlegroep scoren op alle tijdstippen ongunstiger op beide dimensies dan de WBO-geïndiceerden uit het Zorghuis op hun slechtste tijdstip (september 1988, nr 2 in figuur 9).

3.3.6 'Redelijk en matig/slecht gezonde' ouderen nader bekeken

In paragraaf 3.3.2 is geconstateerd dat de ouderen in het Zorghuis vanaf het begin op de meeste afhankelijke variabelen beter scoren dan de ouderen in de controlegroep. Er is sprake van selectie. Tevens is er geconstateerd dat er zich over het algemeen geen verschil in ontwikkeling door de tijd voordoet tussen de twee groepen. Om te bezien in hoeverre het experiment invloed heeft gehad op redelijk of matig/slecht gezonde ouderen, wordt in deze paragraaf bekeken of er zich een verschillende ontwikkeling voordoet, indien die redelijk en matig/slecht gezonde ouderen uit het Zorghuis worden vergeleken met redelijk of matig/slecht gezonde ouderen in traditionele woon- en zorgvormen. Doel ervan is om te onderzoeken of het Zorghuis ook voor deze ouderen een adequate voorziening is in termen van handhaving van de gezondheid. Voor deze exercitie is gebruik gemaakt van de variabele inschatting van de gezondheid. De ouderen in het Zorghuis en de controlegroep die aan alle 5 metingen hebben meegedaan en zich bij aanvang van het experiment redelijk of matig/slecht gezond voelden, zijn in de

analyse betrokken (N=103). De resultaten zijn weergegeven in figuur 10 en in tabel 9 van bijlage 2. Ter controle zijn ook MANCOVA-analyses uitgevoerd ten aanzien van de ontwikkeling tussen april 1988 en september 1988, van april 1988 tot en met maart 1989 en van april 1988 tot en met september 1989. Hierbij zijn die respondenten betrokken, die aan de respectievelijke metingen hebben meegedaan.

Figuur 10 Verloop over 5 tijdstippen van de gemiddelde scores van de inschatting van de gezondheid voor ouderen in het Zorghuis en in de controlegroep, die zich bij intree redelijk of matig/slecht gezond voelen (N= 103), gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week.



* Voor de scores per tijdstip, zie tabel 8 van bijlage 2

** Tijdstippen zijn in zes-maands perioden

In april 1988 is er geen significant verschil tussen de ouderen in het Zorghuis en de controlegroep. Tussen april 1988 en september 1989 neemt de gemiddelde score op de inschatting van de gezondheid bij ouderen uit het Zorghuis toe, maar september 1990 is er vervolgens een achteruitgang te constateren. De ouderen in de controlegroep vertonen een tendens van achteruitgang in het zich gezond voelen. Tussen april 1988 en september 1988 zijn deze ontwikkelingen nog niet

significant verschillend voor beide groepen ouderen; indien gekeken wordt naar de ontwikkeling van april 1988 tot en met maart 1989 zijn deze ontwikkelingen wel significant verschillend, evenals tussen april 1988 tot en met september 1989. Het verschil in ontwikkeling door de tijd tussen de ouderen in het Zorghuis en de ouderen in traditionele woon- of zorgvormen over de gehele experimentele periode is eveneens significant (Wilks = .87, significantie van $F = .03$).

Het blijkt dat ouderen die zich redelijk of matig/slecht gezond voelen in het Zorghuis hun gezondheid langer kunnen handhaven dan vergelijkbare ouderen in de controlegroep. In verband met fluctuaties in de ontwikkeling bij met name de ouderen in de traditionele woon- en zorgvormen en de spreiding in de twee groepen moet deze conclusie met enige voorzichtigheid beschouwd worden.

3.4 Interpretatie en conclusies

In deze paragraaf zullen, op basis van bovenstaande resultaten, interpretaties worden gegeven. Vervolgens worden de vragen 2, 3, 4 en 6 uit de vraagstelling beantwoord. Deze vragen luiden:

2. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op het welbevinden en de subjectieve gezondheid van ouderen?
3. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op de medische consumptie door ouderen, dat wil zeggen het gebruik van diverse externe gezondheidsvoorzieningen?
4. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op (het oordeel van de ouderen ten aanzien van) kwaliteit van zorg?
6. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op het gebruik van professionele zorgvoorzieningen (intramurale en extramurale zorgverlening)?

3.4.1 Interpretatie

subjectieve gezondheid en welbevinden

De ouderen uit het Zorghuis en de controlegroep verschillen bij aanvang van het experiment op een aantal variabelen, zoals inkomen, opleiding, aantal bezoekers

per week, inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteit en medische consumptie. Op al deze kenmerken vergaat het de bewoners van het Zorghuis bij aanvang van het experiment beter dan de ouderen in de controlegroep. Ook hebben de ouderen in het Zorghuis een hoger welbevinden bij aanvang en een lagere intensiteit van eenzaamheidsgevoelens. Indien gecorrigeerd wordt voor verschillen in leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, inkomen en aantal bezoekers per week, blijven de aanvangsverschillen bestaan. Hieruit is af te leiden dat er zich selectie heeft voorgedaan bij de aanmelding/binnenkomst in het Zorghuis. Deze selectie kan op meer manieren verklaard worden, die met elkaar samen kunnen hangen. Zo is bijvoorbeeld de buurt, waarin het Zorghuis is gelegen, een bovenmodale buurt. Dit kan geleid hebben tot een overaanmelding van ouderen die zich in een dergelijke buurt thuisvoelen, c.q. er al woonden. Ook is het Zorghuis al voor de opening in het nieuws geweest, zij het dat er geen actieve voorlichtingscampagne is geweest. Ouderen met een hogere opleiding en een hoger inkomen kunnen makkelijker toegang hebben tot de aanwezige informatie. Tenslotte doet het Zorghuis een groter beroep op de zelf- en mantelzorg dan traditionele woon- en zorgvormen. Ouderen moeten hiertoe in staat zijn en daarvoor is een goede gezondheid, weinig lichamelijke klachten en een geringe hulpbehoefte een voorwaarde. Dit kan een rol bij de keuze voor c.q. tegen het Zorghuis hebben gespeeld.

De ouderen die in het Zorghuis wonen, zijn daarvoor verhuisd. Er lijkt geen achteruitgang te hebben plaatsgevonden in gezondheid/welbevinden door deze verhuizing, gegeven het feit dat zij op de eerste meting een betere gezondheid en een hoger welbevinden hebben dan de ouderen in de controlegroep. Hierbij moet opgemerkt worden, dat er geen meting voorafgaande aan het experiment heeft plaatsgevonden (een zogenaamde nulmeting), zodat een daadwerkelijke achteruitgang niet te bepalen is. Mocht deze er wel zijn geweest, dan kan alleen geconcludeerd worden dat de populatie ouderen in het Zorghuis voorafgaande aan de binnenkomst nog beter was in vergelijking met de controlegroep, dan uit de metingen blijkt.

De achteruitgang van alle indicatiegroepen in gezondheid/welbevinden die tussen april 1988 en september 1988 plaatsvindt lijkt niet terug te voeren op een verhuiseffect, aangezien die ook plaatsvindt bij de ouderen in de controlegroep. Hoewel daarover geen gegevens ter beschikking staan, lijkt het niet aannemelijk

dat ook deze ouderen kort voor de eerste meting verhuisd zijn, zoals het geval is in het Zorghuis. Mogelijk is er sprake van een seizoensinvloed (de tweede meting heeft plaatsgevonden aan het begin van de herfst). Deze verklaring wordt ondersteund door een achteruitgang tussen maart 1989 en september 1989, aangezien de vierde meting ook in de herfst (september 1989) heeft plaatsgevonden. Maar een dergelijke achteruitgang is nauwelijks meer te bespeuren bij de vijfde meting, die wederom in de herfst heeft plaatsgevonden (september 1990). Een andere mogelijkheid is, dat er enige invloed is uitgegaan van het onderzoek zelf. In september 1988 en september 1989 zijn zogenaamde verkorte vragenlijsten gebruikt, die zich met name hebben gericht op gezondheid, hulpbehoefte en medische consumptie. De specifieke aandacht die daarmee op deze onderwerpen lag, kan een oorzaak zijn van een wat slechtere score.

zorg en oordeel van ouderen over de kwaliteit van zorg

Over de experimentele periode heen bekeken is er tussen het Zorghuis en de controlegroep geen verschil in mate waarin een verandering van hulpbehoefte leidt tot zorg door een andere organisatie of tot een andere intensiteit van zorg. Indien de hulpbehoefte ernstiger wordt, leidt dit niet automatisch tot een 'zwaardere' vorm van professionele zorg; indien de hulpbehoefte minder ernstig wordt leidt dit evenwel ook niet persé tot een lichtere vorm van zorg. Als gekeken wordt of de samenstelling van de cliëntpopulaties van de verschillende professionele organisaties over de tijd heen veranderen, blijkt dat er wel een toename is van de gemiddelde hulpbehoevendheid van de cliëntpopulaties van de extramurale zorgverlenende instellingen, maar blijkt ook dat dit zowel in het Zorghuis als in de controlegroep het geval is.

Tenslotte moet vermeld worden dat, indien er zich veranderingen voordoen van soort professionele zorg of van intensiteit van zorg, dit in het Zorghuis niet leidt tot een andere kwaliteitsbeoordeling als in de controlegroep. Wel beoordelen de ouderen in het Zorghuis de kwaliteit van de zorg continu als beter dan de ouderen in de controlegroep.

De ouderen in het Zorghuis krijgen bij aanvang minder professionele zorg en meer informele zorg dan de ouderen in de controlegroep. Dit laatste geldt met name voor de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. Het blijkt dat bewoners van het Zorghuis, die geen of een geringe hulpbehoefte hebben, veelal gezinszorg krijgen en dat dit meer is dan bij de ouderen in de controlegroep. Het betreft voorname-

lijk ouderen die bij één HDL-verrichting, met name bij het poetsen en stofzuigen, geholpen worden. Verder blijkt er in het Zorghuis sprake te zijn van substitutie naar de informele zorg bij verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. De aanwezigheid van een partner zal hier zeker een rol in spelen. Wel neemt gedurende de looptijd van het experiment de aanwezigheid van informele zorg af. Dit kan enerzijds te maken hebben met het feit dat het nieuwe van het Zorghuis af is, anderzijds kan de gegarandeerde 24-uurs-professionele zorg leiden tot een makkelijker afhaken van de informele zorg.

De ouderen in het Zorghuis ontwikkelen zich, voor wat betreft de inschatting van de gezondheid, het aantal lichamelijke problemen, het aantal psychosomatische klachten, de hulpbehoefte, de mobiliteit en het welbevinden, niet significant anders dan de controlegroep. Ook indien gekeken wordt naar de combinatie van bovenstaande kenmerken, blijkt er zich geen significant verschil over de tijd voor te doen tussen ouderen in het Zorghuis en controlegroep. De voren genoemde substitutie heeft dus geen negatieve invloed op deze kenmerken.

medische consumptie

Gedurende de looptijd van het experiment vindt er een omslag plaats tussen de Zorghuisbewoners en de controlegroep voor wat betreft de medische consumptie. De ouderen in het Zorghuis maken na de tweede meting van meer verschillende externe medische voorzieningen gebruik dan de controlegroep. Twee verklaringen zijn hiervoor mogelijk:

- a. Het betreft hier de door de ouderen zelf gerapporteerde medische consumptie. Ten eerste is het mogelijk dat traditionele verpleeghuizen meer medische zorg zelf leveren dan het Zorghuis, bijvoorbeeld door de full-time aanwezigheid van een verpleeghuisarts. Ten tweede is het mogelijk dat in traditionele verpleeghuizen externe medische voorzieningen worden ingeschakeld zonder dat de ouderen er zich bewust van zijn, bijvoorbeeld telefonisch consult tussen de verpleeghuisarts en een specialist. Daardoor kan de feitelijke medische consumptie bij de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in de controlegroep hoger zijn dan de hier gerapporteerde.
- b. In het Zorghuis is, doordat ouderen zelfstandig wonen, de controle op de gezondheidstoestand minder groot en minder snel dan in traditionele verpleeghuizen. Indien er sprake is van een gezondheidsprobleem wordt dit

mogelijk minder snel opgemerkt, zodat -bij uiteindelijke constatering- dit niet meer door de -niet full-time aanwezige- verpleeghuisarts van het Zorghuis behandeld kan worden en doorverwezen moet worden naar een externe medische voorziening. Daarnaast kan bijvoorbeeld ook de aanwezige partner aandringen op inschakeling van externe medische voorzieningen. De feitelijke medische consumptie kan in het Zorghuis hierdoor hoger zijn dan in de controlegroep.

ouderen per indicatie bekeken

Tenslotte blijkt dat per indicatie bekeken, de ouderen in het Zorghuis en de ouderen in de controlegroep door de tijd een nagenoeg vergelijkbaar traject in gezondheid/welbevinden en hulpbehoefte/medische consumptie afleggen, zij het dat de ouderen in het Zorghuis in alle indicatiegroepen op alle tijdstippen beter af zijn dan vergelijkbare ouderen in de controlegroep. Het grootste verschil is aan te treffen bij de ouderen met een WBO-indicatie. WBO-geïndiceerde ouderen in het Zorghuis scoren op alle tijdstippen beter op gezondheid/welbevinden en hulpbehoefte/medische consumptie dan gelijk geïndiceerde ouderen in de controlegroep. Bij de start van het experiment is substitutie van zorg voor deze groep reeds gerealiseerd, doordat zij per definitie van extramurale zorgverleners zorg zullen krijgen (substitutie van de eerste orde). Extramurale zorg voor WBO-geïndiceerden lijkt niet te leiden tot een sterke teruggang in welbevinden of subjectieve gezondheid c.q. een toename van hulpbehoefte of medische consumptie.

redelijk en matig/slecht gezonde ouderen nader bekeken

Vergelijking tussen ouderen in het Zorghuis en de controlegroep die zich redelijk of matig tot slecht gezond voelen wijst erop dat deze ouderen in het Zorghuis beter in staat zijn hun niveau van gezondheid gedurende de looptijd van het experiment te handhaven dan ouderen in de controlegroep.

3.4.2 Conclusies

Op basis van bovenstaande kunnen de vragen uit de vraagstelling als volgt beantwoord worden:

Vraag 2:

De ouderen in het Zorghuis vertonen gedurende de looptijd van het experiment eenzelfde ontwikkeling in subjectieve gezondheid en welbevinden als de ouderen in traditionele instellingen. De ouderen in het Zorghuis hebben wel een betere subjectieve gezondheid en een hoger welbevinden vanaf de aanvang van het experiment, hetgeen erop duidt dat er sprake is van selectie.

De ouderen in het Zorghuis die zich redelijk of matig tot slecht gezond voelen, lijken hun gezondheidstoestand langer te kunnen handhaven dan vergelijkbare ouderen in de traditionele instellingen.

Vraag 3:

De ouderen in het Zorghuis rapporteren gedurende de looptijd van het experiment een grotere medische consumptie dan ouderen in traditionele instellingen. Het betreft hier met name de verpleeghuisgeïndiceerden. Het is enerzijds mogelijk dat de door de ouderen zelf gerapporteerde medische consumptie in de traditionele instellingen lager is dan de feitelijke medische consumptie, anderzijds kan door een mindere controle van de gezondheidstoestand van verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in het Zorghuis en de aanwezigheid van een partner het beroep in het Zorghuis op externe medische voorzieningen feitelijk groter zijn.

Vraag 4:

De ouderen in het Zorghuis beoordelen de kwaliteit en de mate waarin de extramurale zorg voldoende is, hoger dan de ouderen in traditionele instellingen. Maar het oordeel ten aanzien van de kwaliteit verandert in het Zorghuis niet anders als in de controlegroep, indien er gedurende de looptijd van het experiment sprake is van verandering van zorgverlenende instelling of verandering van intensiteit van zorg.

Vraag 6:

Er is noch in het Zorghuis, noch in traditionele instellingen een relatie aange- troffen tussen de verandering van hulpbehoefte en zorg door een andere zorg- verlenende instelling. Daarnaast verschilt het Zorghuis niet van traditionele in- stellingen voor wat betreft de relatie tussen verandering van hulpbehoefte van de ouderen en verandering van intensiteit van zorg.

4 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN DISCUSSIE

4.1 Inleiding

In verband met de verwachte toename van kosten van gezondheidszorg voor ouderen is het overheidsbeleid gericht op substitutie van dure door goedkopere voorzieningen, waarbij behoud van kwaliteit van zorg -onder andere in de vorm van 'zorg op maat'- een belangrijke rol speelt. Om de mogelijkheden en consequenties van substitutie te onderzoeken heeft het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) een demonstratieproject op het gebied van substitutie in de zorg voor ouderen geïnitieerd, bestaande uit zes veldexperimenten in verschillende regio's in Nederland. Aan deze veldexperimenten zijn wetenschappelijke evaluaties gekoppeld. Eén van de vragen die WVC beantwoord wil zien is wat de consequenties van substitutie zijn voor de ouderen zelf. Deze vraag dient beantwoord te worden met behulp van de evaluatie van de veldexperimenten; één daarvan is het experiment Zorghuis Den Haag. Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO (NIPG-TNO) heeft dit experiment geëvalueerd.

Het experiment Zorghuis Den Haag vindt plaats in het Zorghuis Dr. W. Drees te Den Haag. Het Zorghuis ressorteert organisatorisch onder de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (GDVV), die ook het initiatief tot het opzetten van het Zorghuis heeft genomen. Het doel van het experiment is kort te omschrijven als het handhaven of vergroten van de zelfstandigheid en het welbevinden van ouderen, door middel van substitutie van zorg en het leveren van zorg op maat, in de verwachting dat de kosten van zorg hierdoor minder zijn dan die, welke in traditionele instellingen worden gemaakt. Het experiment combineert de functies (beschermd) wonen, verzorging en verpleging in één gebouw. Ouderen met verschillende zorgbehoefte (dat wil zeggen met een aanleunwoning-indicatie, een WBO-indicatie of een verpleeghuisindicatie) wonen in hun eigen appartementen (samen met een eventuele partner) en kunnen daar, indien de zorgbehoefte toeneemt, blijven wonen. De zorgverlening is in eerste instantie gebaseerd op aanwezige zelf- en mantelzorg. Aanvullende professionele zorg wordt aan verpleeghuisgeïndiceerde ouderen gegeven door een behandelteam, in

dienst van het Zorghuis (GDVV) en aan WBO- en aanleunwoninggeïndiceerde ouderen door zorgverleners van de extramurale instellingen Stichting Thuishulp 's-Gravenhage en Haags Kruiswerk. Het Zorghuis vervult tevens een functie voor de in de wijk wonende ouderen, via maaltijdverstrekking, (re)creatieve activiteiten en een project dagverzorging. Alle functies worden uit drie bronnen betaald, namelijk uit de gelden van de AWBZ, de WBO en de huuropbrengsten van de appartementen. Voor de wijkactiviteiten wordt in principe geen aparte subsidie aangevraagd.

Voor de begeleiding van het experiment is een Projectgroep geformeerd, waarin de deelnemende organisaties vertegenwoordigd zijn, alsmede onder andere vertegenwoordigers van de Gemeente Den Haag (afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid) en WVC. In deze Projectgroep hebben eveneens de huisdirecteur van het Zorghuis en twee coördinatoren, die de dagelijkse begeleiding en uitvoering van het experiment tot taak hebben, zitting.

(Nederlands) onderzoek naar substitutie is tot op heden voornamelijk gericht op de (theoretische) verschuiving in cliëntstromen van en naar voorzieningen en de mogelijke reductie van kosten, die daarmee gepaard gaat, dat wil zeggen naar de consequenties van substitutie voor het zorgsysteem als geheel of voor de voorzieningen daarin. Onderzoek naar de consequenties van substitutie voor de ouderen zelf is nog niet verricht.

De evaluatie van het experiment richt zich op de effecten van substitutie, zoals die in dit experiment beoogd wordt. De effecten die onderzocht worden zijn subjectieve gezondheid en welbevinden, medische consumptie en het oordeel over de kwaliteit van zorg. Daarnaast richt de evaluatie zich op de consequenties van het experiment ten aanzien van de afstemming van informele zorgverlening -in dit geval de centrale verzorging- op de zorgvraag van de ouderen en op een beschrijving van het verloop van het experiment (het proces).



Foto 9 De koepeltuin



Foto 10 Het winkeltje

4.2 Materiaal en methode

De concrete vragen die voor de evaluatie zijn geformuleerd zijn:

1. Hoe is het experiment Zorghuis Den Haag gerealiseerd, welke interventies zijn ondernomen en welke problemen doen zich voor bij een dergelijk experiment?
2. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op welbevinden en subjectieve gezondheid van ouderen?
3. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op medische consumptie door ouderen, dat wil zeggen het gebruik van diverse externe gezondheidsvoorzieningen?
4. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op (het oordeel van de ouderen ten aanzien van) kwaliteit van zorg?
5. Hoe is de omvang en relatie van zorg door centrale verzorgers op de behoefte aan informele hulp van ouderen in het experiment Zorghuis Den Haag?

Naderhand is een extra vraag aan bovenstaande toegevoegd:

6. Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op het gebruik van professionele zorgvoorzieningen (intramurale en extramurale zorgverlening)?

Voor de beantwoording van deze vragen is een onderzoeksopzet gemaakt van deelonderzoeken. Vraag 1 wordt beantwoord via een procesevaluatie, vragen 2 tot en met 4 en vraag 6 via een onderzoek onder de bewoners van het Zorghuis en vraag 5 via een onderzoek bij centrale verzorgers van de bewoners van het Zorghuis.

De *procesevaluatie* geeft op beschrijvende wijze weer, wat er gedurende de looptijd van het experiment gebeurd is. Enerzijds wordt bekeken hoe de organisatie rondom het experiment gefunctioneerd heeft, anderzijds op welke wijze men de doelstellingen die in het Projektplan (1987) beschreven staan heeft trachten te realiseren. De gegevensverzameling bestaat uit het bestuderen van schriftelijke stukken, (open) vraaggesprekken met sleutelfiguren uit de organisatie rondom het experiment, enquêtes onder professionele hulpverleners, vrijwilligers en ouderen die van de wijkfaciliteiten gebruik maken, alsmede een vorm van participerende observatie. In de beschrijving van de resultaten van de procesevaluatie

wordt ook een samenvatting gegeven van de resultaten van het deelonderzoek onder de centrale verzorgers.

Het onderzoek onder de *bewoners* is gebaseerd op een opzet voor quasi-experimenten, waarbij de bewoners van het Zorghuis ($N_g=122$) worden vergeleken met bewoners van traditionele verzorgings- en verpleeghuizen en van aanleunwoningcomplexen ($N_g=247$), die ressorteren onder de GDVV. De laatstgenoemde ouderen zijn individueel gematched aan de ouderen in het Zorghuis op de criteria indicatie, leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. De twee groepen zijn vijf maal gedurende de looptijd van het experiment (van 1 oktober 1987 tot 1 oktober 1990) benaderd. Drie maal is een uitgebreide vragenlijst afgenomen (april 1988, april 1989 en september 1990) en twee maal een verkorte versie (september 1988 en september 1989). Deze vragenlijsten zijn door vooraf geïnstrueerde interviewers afgenomen. De uitgebreide vragenlijst bevat vragen naar demografische kenmerken, naar gezondheid, hulpbehoefte en welbevinden, naar medische consumptie (het gebruik maken van externe medische voorzieningen) en naar (de kwaliteit van) zorg. De verkorte versie bevat vragen naar gezondheid, hulpbehoefte en medische consumptie.

Het onderzoek onder de *centrale verzorgers* van de bewoners van het Zorghuis bestaat uit een vergelijkende studie van bovengenoemde centrale verzorgers (EZH-verzorgers) en de centrale verzorgers van de ouderen uit de traditionele woon- en zorgvormen (niet EZH-verzorgers). De personalia van de betreffende centrale verzorgers zijn verkregen via de ouderen. De centrale verzorgers zijn twee maal benaderd (augustus 1988 en september 1990). Voor de eerste meting bestond de groep EZH-verzorgers uit 53 personen en de groep niet EZH-verzorgers uit 93 personen. Deze zijn benaderd met een schriftelijke vragenlijst, waarin opgenomen vragen naar demografische kenmerken, gezondheid, belasting en zorgverlening. Van bovenstaande personen hebben 32 EZH-verzorgers en 41 niet EZH-verzorgers meegedaan aan de eerste meting (respons 73 personen = 55%). De opzet was om deze groep longitudinaal te volgen. Bij de tweede meting bleken evenwel slechts 18 ouderen dezelfde centrale verzorger te noemen als bij de eerste meting. Deze zijn benaderd met een gelijksoortige uitgebreide vragenlijst als bij de eerste meting (respons 85%, 8 EZH-verzorgers en 7 niet EZH-verzorgers). Van de overige bij de eerste meting genoemde centrale verzorgers zijn er

29 om diverse redenen niet meer benaderd (ouderen niet meegedaan aan laatste meting, ouderen overleden etcetera). De overige 26 zijn benaderd met een korte vragenlijst, om na te gaan of er in de afgelopen twee jaar iets in de zorgverlening is veranderd, waardoor zij niet meer als centrale verzorger door de oudere zijn genoemd. Deze centrale verzorgers worden in het vervolg 'netwerkverzorgers' genoemd, omdat bleek dat zij nog steeds zorg verlenen aan de betreffende oudere.

De gegevens van de metingen bij centrale verzorgers en netwerkverzorgers zijn (in verband met de kleine aantallen) op beschrijvende wijze geanalyseerd en worden in samenvatting gepresenteerd bij de procesevaluatie. In bijlage 3 staat een uitgebreide weergave van de resultaten.

4.3 Resultaten

procesevaluatie

De procesevaluatie richt zich op twee onderwerpen, de organisatie rondom het experiment en de doelstellingen, die men wil bereiken.

Ten behoeve van het experiment is een organisatie opgezet, waarbij een zogenaamd Platform, bestaande uit de drie directeuren van de zorgverlenende instellingen (GDVV, Stichting Thuishulp en Haags Kruiswerk) het hoogste orgaan vormt. Dit Platform heeft tot taak de beleidsvaststelling en het oplossen van problemen ten aanzien van de samenwerking. Onder dit Platform staat de huisdirecteur, die verantwoordelijk is voor het Zorghuis. Voor de dagelijkse uitvoering van het experiment zijn twee coördinatoren (A en B) aangesteld. Coördinator A heeft als voornaamste taak de samenwerking tussen de zorgverlenende instellingen te begeleiden en te stimuleren. Coördinator B is verantwoordelijk voor de wijkactiviteiten en het opzetten van een vrijwilligersorganisatie. Tenslotte zijn er de zorgverleners. De zorg aan verpleeghuisgeïndiceerden wordt verleend door de verplegingsdienst van het Zorghuis, het zogenaamde 'behandelteam'. De overige ouderen kunnen voor professionele zorg een beroep doen op extramurale zorgverleners. Noodhulp voor deze ouderen wordt verleend door het behandelteam. Gedurende de looptijd van het experiment zijn enkele overlegvormen in het leven geroepen. Het Voortgangsoverleg is oorspronkelijk opgezet om de mogelijk-

heden van de extramurale organisaties voor zorgverlening aan verpleeghuisgeïndiceerden te bekijken. In de loop der tijd is deze taak uitgebreid tot beleidsvoorbereiding ten behoeve van de Projectgroep. Het Zorgoverleg besteedt aandacht aan de individuele cliëntsituaties. Het Gecoördineerd Werkoverleg houdt zich met algemene zaken ten behoeve van het Zorghuis bezig.

Het is, volgens de GDVV, nooit de bedoeling geweest dat er een organisatie voor het experiment gemaakt zou worden zoals vastgelegd in het Projektplan. Toch heeft de GDVV, evenals de twee andere zorgverlenende instanties, zich door middel van een Intentieverklaring accoord verklaard met het Projektplan.

Het experiment wordt op Platformniveau niet als een formeel samenwerkingsverband gezien, maar als onderdeel van de GDVV. Het is ook niet als zodanig opgezet. De Stichting Thuishulp is bij aanvang wel uitgegaan van een formeel samenwerkingsverband, maar stelt dat hier, door de opstelling van de GDVV, geen inhoudelijke uitvoering aan gegeven is. Samenwerking dient, volgens het Platform, plaats te vinden op uitvoerend niveau. Op uitvoerend en middenkader-niveau echter beschouwt men het experiment wel als een samenwerkingsproject. Dit leidt tot onduidelijkheden in de organisatiestructuur. Volgens het Projektplan (1987), dat opgesteld is ten behoeve van het experiment, is de huisdirecteur van het Zorghuis verantwoording verschuldigd aan het Platform. Volgens de GDVV echter staat de huisdirecteur onder de GDVV.

Over de taakvervulling van het Platform zijn de meningen verdeeld. Het Platform zelf beschouwt zich met name als probleemoplossende instantie en niet als beleidsvaststellend orgaan. De Projectgroep daarentegen meent juist daarom dat het Platform zijn taak niet heeft vervuld. De beleidsvaststellende taak is door de Projectgroep overgenomen. Als een mogelijke oorzaak voor deze uiteenlopende visies wordt genoemd het ontbreken van regelmatige communicatie tussen Platform en Projectgroep. De schriftelijke communicatie verliep via de notulen van de Projectgroep. De mondelinge informatie verliep via de vertegenwoordigers van de betreffende instellingen in de Projectgroep. Als oplossing voor deze communicatieproblemen is genoemd een regelmatig verslag door de voorzitter van de Projectgroep aan het Platform. Daarnaast hebben zich zowel in het Platform als in de Projectgroep enkele personele wijzigingen voorgedaan. Ook zijn er enkele wisselingen van huisdirecteur geweest gedurende de looptijd van het experiment en is er met name in het eerste jaar een behoorlijk verloop geconstateerd onder

de leden van het 'behandelteam'. Deze wisselingen hebben geen consequenties gehad voor de directe zorgverlening aan de ouderen.

In het Projektplan (1987) zijn vijf doelstellingen opgenomen:

1. "Het aanvullen van de zorg aan ouderen in een beschermde thuissituatie, waardoor de ouderen zelfstandig (samen) kunnen blijven wonen met behoud van hun privacy.
2. De zorg die wordt aangeboden, zal op de persoonlijke leefomstandigheden van de ouderen op maat zijn toegesneden en bevat de mogelijkheden die men tot nu toe in de thuis-, wijk- en verzorgingshuis en verpleeghuis situatie aangeboden krijgt.
3. Het zorghuis vervult een functie t.a.v. de ondersteuning van de in de wijk verblijvende ouderen.
4. De zorg zal verleend worden door gebruikmaking van informele zorg en bestaande extra- en intramurale dienstverlenende instanties.
5. De geboden dienstverlening zal met relatief minder middelen gerealiseerd worden dan in de traditionele dienstverlening".

In het Projektplan is geen tijdsplanning ten aanzien van de doelstellingen opgenomen. Ook zijn geen criteria ter beoordeling van de doelstellingen beschreven. Deze doelstellingen worden over het algemeen als vaag en voor meer interpretaties vatbaar gezien.

Doelstelling 1 heeft betrekking op het gebouw en de bewoners. Het Zorghuis bestaat uit 119 appartementen, gebouwd conform de Regeling Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens. Ieder appartement is volledig geoutilleerd, de ouderen kunnen er zelfstandig (samen) wonen. Toch heeft het gebouw intramurale kenmerken, die versterkt wordt door de aanwezigheid van algemene ruimten, een receptie, een centrale keuken etcetera.

In het Zorghuis kunnen ongeveer 150 ouderen wonen. Er is een (voorlopige) erkenning voor 30 verpleeghuisbedden. Daarnaast is er (financieel) uitgegaan van 40 WBO-geïndiceerden respectievelijk ouderen met een hulpbehoefte van dit niveau. Tenslotte kunnen er 80 ouderen met een aanleunwoningindicatie respectievelijk als niet-geïndiceerde partner wonen. Bij aanvang van het experiment leefde bij sommige Projectgroepleden de angst dat het Zorghuis zou 'dichtslibben' met verpleeghuisgeïndiceerden. Uit een in 1989 uitgevoerde (papieren) herindi-

catie door de Indicatiecommissie blijkt dat er ongeveer evenveel ouderen een grotere hulpbehoefte hebben gekregen als een mindere.

Van doelstelling 1 is afgeleid dat ouderen (onder andere bij verandering van zorgbehoefte) niet meer hoeven te verhuizen. Een uitzondering hierop is bij aanvang gemaakt. Het Zorghuis is, vanwege het ontbreken van 24-uurs professioneel toezicht, niet geschikt voor ouderen met storende psychogeriatrische problemen, indien informele zorgverleners dit toezicht ook niet kunnen leveren. Daarnaast worden niet-rolstoelbehoevende partners van wel-rolstoelbehoevende ouderen na het overlijden van die oudere verzocht -indien mogelijk- een ander appartement te betrekken. Het Zorghuis heeft slechts een beperkt aantal rolstoelvriendelijke appartementen, die op deze wijze weer ter beschikking kunnen komen van echtparen waarvan één der partners een rolstoel nodig heeft. Op voornoemd verzoek wordt slechts in geringe mate positief gereageerd.

Het feit dat ouderen in principe niet meer hoeven te verhuizen, brengt met zich mee, dat de zorgverleners hun cliënten over het hele gebouw verspreid vinden. Dit betekent voor met name de leden van het 'behandelteam' grote loopafstanden. Het feit dat de ouderen zelfstandig in hun appartement wonen en dit naar eigen smaak kunnen inrichten, betekent dat geen standaard-zorg mogelijk is en noodzakelijke spullen voor de zorgverleners niet op eenzelfde plaats liggen en soms zelfs niet (meer) aanwezig zijn. De zorgverleners zijn van mening dat de ouderen een grote mate van zelfstandigheid hebben.

Doelstelling 2 en 4 hebben betrekking op de zorgverlening aan de ouderen. Voor de professionele zorgverlening zijn de GDVV, het Haags Kruiswerk en de Stichting Thuishulp verantwoordelijk. Gedurende het experiment is bekeken in hoeverre de extramurale organisaties zorg kunnen bieden aan verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. Dit is tot nu toe in enkele gevallen gebeurd. Criteria voor deze vorm van substitutie zijn: de zorgverlening, voorafgaande aan de indicatiestelling, een zo beperkt mogelijk aantal zorgverleners in één cliëntsituatie en de 'planbaarheid' van de zorg.

In het Zorghuis lijkt voor met name aanleunwoninggeïndiceerden en WBO-geïndiceerden minder informele zorg aanwezig dan in een normale wijksituatie. Voor verpleeghuisgeïndiceerden evenwel geldt dat er meer informele zorg verleend wordt dan in traditionele instellingen. De professionele zorg is niet aanvullend op de aanwezige informele zorg. Met name bij verpleeghuisgeïndiceerden kan met zorgverlening niet gewacht worden tot zich een bepaalde vorm van zelf- of man-

telzorg heeft ontwikkeld. Het Zorghuis heeft niet expliciet geformuleerd wat van informele zorgverleners verwacht wordt. Mede daarom kan ook niet structureel aan het gesignaleerde verschil in de mate van informele zorgverlening gewerkt worden.

Een belangrijke rol in de zorgverlening door informele zorgverleners wordt gespeeld door de centrale verzorger. Dit is die persoon in het informele sociale netwerk van de oudere, die wat betreft de zorg het belangrijkste is. Er blijkt tussen begin en eind van het experiment niet veel veranderd te zijn voor de centrale verzorgers van de ouderen in het Zorghuis. Enkele centrale verzorgers voelen zich aan het eind iets minder gezond dan aan het begin, en sommigen voelen zich ook wat meer belast door de zorgverlening. Over het algemeen voelen de centrale verzorgers in het Zorghuis het geven van huishoudelijke zorg aan de ouderen minder belastend in vergelijking met centrale verzorgers van ouderen in traditionele woon- of zorgvormen. Mogelijk komt dit doordat de appartementen in het Zorghuis modern zijn en daardoor makkelijk schoon te houden. Tenslotte blijkt uit de spaarzame gegevens dat de centrale verzorgers gedurende de looptijd van het experiment niet of nauwelijks meer uren zorg zijn gaan geven. Wel opvallend is het feit, dat bij een behoorlijke groep ouderen meer centrale verzorgers aanwezig zijn. Dit blijkt uit het feit dat ouderen bij aanvang van het experiment iemand als centrale verzorger hebben genoemd en bij het eind van het experiment iemand anders. Toch blijkt dat nagenoeg alle bij aanvang genoemde personen ook aan het eind van het experiment nog zorg verlenen. In plaats van centrale verzorgers kan dan ook beter gesproken worden van netwerkverzorgers, die de taken verdeeld hebben.

Door coördinator B is een vrijwilligersorganisatie opgezet. De vrijwilligers werken voornamelijk bij de meer groepsgerichte activiteiten als maaltijdverstrekking en (re)creatieve activiteiten. Zij zijn niet betrokken in de directe zorgverlening aan individuele ouderen.

Er lijkt een verschil te bestaan tussen de opvattingen van - enkele - bewoners en de professionele zorgverleners wat betreft de maat van de zorg. De ouderen komen binnen met een 'luxe'-verwachting: zij kunnen gegarandeerd 24 uur professionele zorg verwachten in hun eigen appartement. Het experiment kent evenwel een 'schaarste'-opzet: van de ouderen wordt verwacht dat ze zoveel mogelijk zelf doen. Voor met name de leden van het behandelteam betekende dit een andere benadering dan zij gewend waren. Zij hebben in de loop der tijd moeten leren

'verplegen met de handen op de rug'. De aard en omvang van de zorg worden zoveel mogelijk in samenspraak met de ouderen bepaald.

In sommige cliëntsituaties wordt door zowel intra- als extramurale organisaties zorg verleend. Met name in deze situatie is samenwerking noodzakelijk. Coördinator A heeft veel tijd aan deze samenwerking besteed. De afstemming van zorg tussen de werksoorten en tussen de verschillende zorgverleners vindt schriftelijk en mondeling plaats. Problemen in de samenwerking worden nog wel ondervonden. Met name wordt de wat problematische samenwerking met de wijkverpleging genoemd. Deze gaat sterk uit van de eigen organisatie en deskundigheid.

Doelstelling 3 betreft de maaltijdverstrekking, de (re)creatieve activiteiten en de dagverzorging. Ongeveer 300 ouderen maken gebruik van deze faciliteiten. Geconstateerd wordt dat echter slechts een beperkte groep bewoners van het Zorghuis hieraan deelneemt, uitgezonderd de maaltijdverstrekking. De dagverzorging is opgezet om zowel ouderen met somatische problemen als ouderen met psychogeriatrische problemen uit de wijk zolang mogelijk in staat te stellen zich zelfstandig te handhaven. Daarnaast is ontlasting van het informele netwerk een belangrijke doelstelling. Ten behoeve van de dagverzorging is apart subsidie in het kader van het Flankerend Beleid gevraagd en verleend. Aangezien het tot de doelstellingen van het experiment behoort om met minder middelen hetzelfde of meer te doen, is besloten de toegekende gelden niet te gebruiken, maar te reserveren. Op basis van de toegekende subsidie kan bekeken worden, in welke mate het experiment voor wat betreft de dagverzorging deze doelstelling heeft behaald.

Doelstelling 5 betreft expliciet de geldelijke middelen. Deze doelstelling wordt apart geëvalueerd door het Nederlands Economisch Instituut. Gesteld kan worden dat het experiment ten opzichte van de begroting in het Projektplan een jaarlijks overschot heeft van ongeveer f 250.000,=. In het Zorghuis worden minder uren zorg verleend door behandelteam en gezinszorg dan begroot. De wijkverpleging daarentegen besteedt meer uren. Het Zorghuis kent een, in vergelijking met nieuwe verpleeghuizen, laag verpleegtariaf per dag. Gesteld wordt verder dat voor WBO-geïndiceerde ouderen zelf het Zorghuis een goedkopere voorziening is dan traditionele instellingen.



Foto 11 De eetzaal



Foto 12 De centrale keuken

bewoners

In totaal zijn over de vijf metingen 2016 benaderingen uitgevoerd. De respons bedraagt 1434. Dit betreft 430 verschillende ouderen (150 in het Zorghuis, 280 in de controlegroep). 151 ouderen hebben aan alle vijf metingen meegedaan (62 in het Zorghuis, 89 in de controlegroep).

De ouderen hebben bij aanvang een gemiddelde leeftijd van 80,7 jaar; bij de laatste meting is dit iets hoger, namelijk 81,4. Ruim 70% is vrouw. Gedurende de looptijd van het experiment loopt het percentage verweduwd of gescheiden ouderen op van 58% tot ruim 72%. De bewoners van het Zorghuis hebben gemiddeld een hoger inkomen, een hogere opleiding en ontvangen gemiddeld meer bezoekers per week in vergelijking met de ouderen die in traditionele woon- of zorgvormen wonen. De bewoners van het Zorghuis voelen zich bij aanvang ook gezonder, hebben minder lichamelijke problemen, minder psychosomatische klachten, een lagere hulpbehoefte, minder mobiliteitsproblemen, een hoger welbevinden en een lagere intensiteit van eenzaamheidsgevoelens. Bovendien maken zij bij aanvang van minder medische voorzieningen gebruik. Gedurende de looptijd van het onderzoek blijft dit ook zo, met uitzondering van de medische consumptie, dat wil zeggen het gebruik van externe medische voorzieningen. Aan het eind van het experiment scoren zij hierop (enigszins) hoger dan de ouderen van de traditionele woon- en zorgvormen. Een tweetal verklaringen voor dit fenomeen is mogelijk:

- a. Het betreft hier de door de ouderen zelf gerapporteerde medische consumptie. Het is ten eerste mogelijk dat traditionele verpleeghuizen meer medische zorg zelf leveren dan het Zorghuis, bijvoorbeeld door de full-time aanwezigheid van een verpleeghuisarts. Ten tweede is het mogelijk dat in traditionele verpleeghuizen externe medische voorzieningen worden ingeschakeld zonder dat de ouderen er zich bewust van zijn, bijvoorbeeld telefonisch consult tussen de verpleeghuisarts en een specialist. Daardoor kan de feitelijke medische consumptie bij de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in traditionele woon- en zorgvormen hoger zijn dan de hier gerapporteerde.
- b. In het Zorghuis is, doordat ouderen zelfstandig wonen, de controle op de gezondheidstoestand minder groot en minder snel dan in traditionele verpleeghuizen. Indien er sprake is van een gezondheidsprobleem wordt dit mogelijk minder snel opgemerkt, zodat -bij uiteindelijke constatering- dit niet meer door de -niet full-time aanwezige- verpleeghuisarts van het

Zorghuis behandeld kan worden en doorverwezen moet worden naar een externe medische voorziening. Daarnaast kan bijvoorbeeld ook de aanwezige partner aandringen op inschakeling van externe medische voorzieningen. De feitelijke medische consumptie kan in het Zorghuis hierdoor hoger zijn dan in traditionele woon- en zorgvormen.

Het blijkt dat de ouderen in het Zorghuis en de ouderen in de traditionele woon- en zorgvormen zich niet verschillend door de tijd ontwikkelen voor wat betreft inschatting van de gezondheid, het aantal lichamelijke problemen, het aantal psychosomatische klachten, de hulpbehoefte, de mobiliteitsproblemen en het welbevinden (gecorrigeerd voor verschillen in kenmerken als opleiding, inkomen, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en aantal bezoekers per week). De ouderen in het Zorghuis scoren op bovenstaande variabelen continu beter dan de ouderen in de traditionele woon- en zorgvormen. Ook als bovengenoemde variabelen in hun samenhang worden bekeken over de vijf benaderingen gedurende de looptijd van het experiment (gecorrigeerd voor bovenstaande kenmerken) is er geen significant verschil in ontwikkeling door de tijd tussen de bewoners van het Zorghuis en de bewoners van traditionele instellingen. Indien ook welbevinden wordt opgenomen en de samenhang over drie tijdstippen wordt bekeken, is er geen significant verschillende ontwikkeling te onderkennen.

In het experiment is bij aanvang reeds een bepaalde vorm van substitutie gecreëerd: ouderen met een WBO-indicatie krijgen zorg van extramuraal werkende zorgorganisaties (substitutie van de eerste orde). Daarnaast is het mogelijk dat de cliëntpopulaties van de diverse zorgverlenende organisaties gedurende de looptijd van het experiment veranderen voor wat betreft de hulpbehoefte, ongeacht de indicaties van de ouderen. Zo zouden de cliëntpopulaties van de extramuraal werkende zorgorganisaties aan het eind van de experimentele periode een gemiddeld ernstiger hulpbehoefte kunnen hebben dan aan het begin. Op zich blijkt dit ook het geval te zijn, de gemiddelde hulpbehoefte van de cliënten van gezinszorg en wijkverpleging is tussen april 1988 en september 1990 toegenomen. Maar dit blijkt zowel in het Zorghuis als in de traditionele woon- en zorgvormen het geval te zijn. Er is wat dit betreft geen significant verschil tussen het Zorghuis en traditionele woon- en zorgvormen aangetroffen.

Daarnaast blijkt dat er tussen Zorghuis en traditionele woon- en zorgvormen geen verschil is in de mate waarin een verandering van hulpbehoefte van de ou-

deren leidt tot hulpverlening door een andere zorgorganisatie of tot een andere intensiteit van zorg. Er blijkt zelfs in het geheel geen verband te zijn tussen verandering van hulpbehoefte en het krijgen van zorg vanuit een andere organisatie. Er is tussen het Zorghuis en traditionele woon- en zorgvormen ook geen verschil in de mate waarin een verandering van zorgverlenende instelling of een verandering in intensiteit van zorg leidt tot een ander kwaliteitsoordeel van ouderen over de zorg.

Bij aanvang van het experiment kregen meer bewoners van het Zorghuis die geen of een geringe hulpbehoefte hadden ook geen professionele zorg in vergelijking met ouderen in de traditionele instellingen. Aan het eind van de experimentele periode is dit omgekeerd. Onder geringe hulpbehoefte wordt ook begrepen het feit dat de oudere één HDL-verrichting niet kan uitvoeren. Dit betreft meestal het poetsen en stofzuigen, waarbij dan professionele zorg wordt verleend. Kregen meer ouderen in het Zorghuis in het begin informele hulp, aan het eind krijgt van beide groepen een ongeveer gelijk percentage informele zorg. Meer ouderen in het Zorghuis, die geen professionele zorg krijgen, krijgen bij aanvang wel informele zorg. Aan het eind is de situatie omgekeerd. In beide groepen krijgt een klein percentage ouderen met een ernstige hulpbehoefte geen professionele zorg.

De ouderen in het Zorghuis beoordelen de kwaliteit van de professionele zorg en de mate van extramurale professionele zorg gedurende alle metingen hoger dan de ouderen in de traditionele instellingen.

Een exploratieve vergelijking over het verloop gedurende het experiment van gezondheid/welbevinden enerzijds en hulpbehoefte/medische consumptie anderzijds (waarbij onderscheid is gemaakt naar indicatie) geeft aan dat zowel ouderen in het Zorghuis als in de traditionele woon- en zorgvormen een achteruitgang in gezondheid/welbevinden beleven. De ouderen in het Zorghuis zijn bij aanvang gezonder dan gelijkgeïndiceerde ouderen in traditionele instellingen. Het grootste verschil wordt aangetroffen tussen de ouderen met een WBO-indicatie. De ouderen in het Zorghuis die deze indicatie hebben, hebben aan het eind van de experimentele periode een hogere score op gezondheid en welbevinden dan gelijkgeïndiceerde ouderen in traditionele instellingen bij de aanvang.

Tenslotte blijkt dat ouderen in het Zorghuis, die een redelijk of matig tot slechte gezondheid hebben, hun gezondheidstoestand langer kunnen handhaven dan vergelijkbare ouderen in traditionele instellingen.

4.4 Conclusies en discussie

In deze paragraaf worden, per onderzoeksvraag, conclusies getrokken en bediscussieerd.

1. Hoe is het experiment Zorghuis Den Haag gerealiseerd, welke interventies zijn ondernomen en welke problemen doen zich voor bij een dergelijk experiment?

Het Zorghuis biedt aan de bewoners een volledig geoutilleerd appartement, waarin zij zelfstandig kunnen blijven wonen (eventueel samen met hun partner). Ook door de zorgverleners wordt de zelfstandigheid van de ouderen benadrukt. Voor ouderen, die voorheen in traditionele intramurale instellingen verbleven, wordt gesteld dat de zelfstandigheid hiermee wordt vergroot. De zorgverleners menen dat de mate van zelfstandigheid van de ouderen groter is dan in traditionele instellingen. Tegelijk moet ook opgemerkt worden dat het Zorghuis intramurale kenmerken heeft.

Alle in het Projektplan (1987) aangegeven doelstellingen zijn in meer of mindere mate gerealiseerd. De samenwerking tussen de diverse zorgverlenende instellingen heeft gedurende de looptijd met name op uitvoerend niveau steeds meer gestalte gekregen. De extramurale zorgverlenende instellingen zijn steeds meer aan zwaarder hulpbehoevende ouderen zorg gaan verlenen. Substitutie in deze zin is in toenemende mate gerealiseerd. Substitutie naar de informele zorgverlening is van de grond gekomen, met name bij verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. Het Zorghuis heeft ten opzichte van het budget jaarlijks een overschot gehad van ongeveer f 250.000,=.

Voor de uitvoering van het experiment is een organisatie opgezet, waarin alle zorgverlenende instellingen participeren. Er is een duidelijk verschil te constateren tussen de organisatiestructuur, zoals beschreven in het Projektplan en de uitvoering daarvan.

Hieruit valt te concluderen dat de organisatievorm, zoals vastgelegd in het Projektplan, ongeschikt is voor een experiment, waarbij de gemeente de beheerder is. Een Platform dient dan alleen een soort geschillencommissie te zijn, een Projectgroep dient het beleid in hoofdlijnen uit te zetten en vast te stellen en een Voortgangsoverleg kan het meer concrete beleid uitstippelen. Op basis van de ervaringen in het Zorghuis is het verstandig bij de start van nieuwe experimenten of projecten die samenwerking van verschillende organisaties betreffen een duidelijke keuze te maken tussen de volgende alternatieven:

- één organisatie neemt het initiatief, heeft het beheer en de formele leiding, of
- er wordt een aparte beheersconstructie gecreëerd waarin alle organisaties vertegenwoordigd zijn.

Bij het bovenstaande moet men wel bedenken dat in 1987 een experiment als in het Zorghuis een nieuw fenomeen was. Anno 1990 zijn er in Nederland diverse woon/zorgvoorzieningen voor ouderen gecreëerd, die een dergelijke opzet kennen. Het is mogelijk dat het Zorghuis Dr. W. Drees ten opzichte van die nieuwe projecten te maken krijgt met de wet van de remmende voorsprong, omdat deze nieuwe projecten hun voordeel (hebben) kunnen doen met de ervaringen in het Zorghuis Dr. W. Drees.

2. Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op welbevinden en subjectieve gezondheid van ouderen?

De ouderen in het Zorghuis hebben bij aanvang van het experiment een betere subjectieve gezondheid en een hoger welbevinden. Daarnaast hebben zij een hoger inkomen en een hogere opleiding. Ook indien voor de verschillen op deze demografische kenmerken wordt gecorrigeerd, blijven de geconstateerde verschillen aanwezig.

Toch blijkt dat voor ouderen die zich redelijk of matig tot slecht gezond voelen het Zorghuis tenminste gelijkwaardig is aan traditionele woon- of zorgvormen. In het Zorghuis lijken deze ouderen hun gezondheid langer en op een hoger niveau te kunnen handhaven in vergelijking met ouderen in traditionele instellingen.

Meer in het algemeen geldt dat ouderen in het Zorghuis zich voor wat betreft subjectieve gezondheid en welbevinden niet significant anders ontwikkelen dan de ouderen in de traditionele situatie. Op de kenmerken inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteit en welbevinden, is er over de tijd bekeken geen significant verschil aangetroffen. Ook indien de kenmerken subjectieve gezondheid, welbevinden, kwaliteit van zorg en medische consumptie in samenhang met elkaar worden bekeken, blijkt er zich geen significant verschil over de tijd voor te doen tussen de ouderen in het Zorghuis en de ouderen in de traditionele instellingen. Er wordt voor beide groepen, ook indien deze vergeleken worden op het niveau van de indicaties, een langzame achteruitgang geconstateerd, die beschouwd kan worden als een proces van normale veroudering. Uit een (papieren) herindicatie is af te leiden dat bij individuele ouderen echter ook een afname van de lichamelijke hulpbehoefte -dat wil zeggen een verbetering van de validiteit- te constateren valt.

Er lijkt ten aanzien van gezondheid, welbevinden, inkomen en opleiding sprake van selectie in het Zorghuis. Enerzijds kan dit zelfselectie van ouderen zijn. Deze zelfselectie kan op meer manieren verklaard worden, die niet los van elkaar hoeven te staan:

- De informatie die over het Zorghuis ter beschikking stond, kan voor ouderen met een hoger inkomen en een hogere opleiding toegankelijker zijn geweest.
- Ouderen met een minder goede gezondheid respectievelijk een ernstiger hulpbehoefte zijn mogelijk minder geneigd aan een experiment mee te doen (ze kiezen mogelijk liever het zekere voor het onzekere).
- Het Zorghuisidee benadrukt de zelfstandigheid van ouderen. Deze zelfstandigheid is makkelijker te realiseren voor ouderen met een goede gezondheid en een hoger inkomen respectievelijk een hogere opleiding.
- De buurt, waarin het Zorghuis is gelegen, is een bovenmodale buurt en zal daarom meer ouderen met een hogere opleiding en een hoger inkomen aantrekken.
- Het Zorghuis is aantrekkelijk voor met name WBO-geïndiceerde ouderen met een hoger inkomen, aangezien deze ouderen in het Zorghuis over het algemeen goedkoper uit zijn dan in traditionele verzorgingshuizen.

Anderzijds kan dit selectie van de kant van het Zorghuis zijn. Echter, het Zorghuis heeft slechts in beperkte mate invloed op de toekenning van woonruimte aan de ouderen. De indicatiestelling en de toekenning van woonruimte is in handen van de Indicatiecommissie respectievelijk de Dienst voor de Volkshuisvesting van de Gemeente Den Haag.

3. *Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op medische consumptie door ouderen, dat wil zeggen het gebruik van diverse externe gezondheidsvoorzieningen?*

De medische consumptie van ouderen in het Zorghuis lijkt gedurende de looptijd van het experiment groter te zijn dan die van de ouderen in traditionele instellingen. Nadere analyse leert dat dit met name het geval lijkt te zijn bij de ouderen met een verpleeghuisindicatie. Het is enerzijds mogelijk dat de door deze ouderen zelf gerapporteerde medische consumptie in de traditionele instellingen lager is dan de feitelijke medische consumptie, anderzijds kan door een mindere controle van de gezondheidstoestand van verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in het Zorghuis en de aanwezigheid van een partner het feitelijk beroep op externe medische voorzieningen in het Zorghuis groter zijn.

4. *Wat is de invloed van het experiment Zorghuis Den Haag op (het oordeel van de ouderen ten aanzien van) kwaliteit van zorg?*

De ouderen in het Zorghuis beoordelen de kwaliteit van zorg continu als beter, in vergelijking met ouderen in traditionele woon- en zorgvormen. Ook beoordelen zij de mate waarin de zorg voldoende is als beter dan ouderen in traditionele woon- en zorgvormen. Verandering van zorgverlenende organisatie of van intensiteit van zorg leidt niet tot een afwijkende beoordeling in vergelijking met traditionele woon- en zorgvormen.

In het Zorghuis geldt dat verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in zelfstandige appartementen wonen. Er is dus geen 24-uurs toezicht mogelijk, hetgeen -evenals in een gewone wijk situatie impliceert dat, als een oudere geen alarm kan slaan, terwijl acute zorg nodig is, het kan voorkomen dat deze zorg te laat plaatsvindt. Overigens is dit in het Zorghuis gedurende de experimentele periode niet voorgekomen).

Daarnaast moet opgemerkt worden dat ouderen die zorg krijgen van extramurale instellingen in noodsituaties een beroep kunnen doen op het (continu aanwezige) behandelteam. Hierdoor kan direct de noodzakelijke zorg verleend worden, hetgeen met name in traditionele aanleunwoningen minder snel het geval kan zijn.

5. *Hoe is de omvang en relatie van zorg door centrale verzorgers op de behoefte aan informele zorg van ouderen in het experiment Zorghuis Den Haag?*

Er zijn aanwijzingen dat de afstemming van zorg door centrale verzorgers op de behoefte aan informele zorg van ouderen in het Zorghuis beter is dan in traditionele instellingen.

De ouderen in het Zorghuis die geen hulpbehoefte hebben, krijgen gedurende de looptijd van het experiment in steeds mindere mate informele zorg, ook als er geen professionele zorg aanwezig is. Het is mogelijk dat, nu het nieuwe eraf is, de informele zorgverleners afhaken. Anderzijds is het mogelijk dat òf de ouderen zelf meer gaan doen òf -indien wel aanwezig- dat de professionele zorgverleners meer zorg gaan verlenen. Meer ouderen in het Zorghuis met een ernstige tot zeer ernstige hulpbehoefte krijgen informele zorg dan in traditionele instellingen. In dit geval is substitutie gerealiseerd: het aantal informele zorgverleners is toegenomen. Indien gekeken wordt naar de aard en omvang van de zorg die de centrale verzorgers verlenen, lijkt er evenwel niet veel verschil te zijn tussen het experiment en de traditionele situatie.

Voorts wordt geconstateerd dat er bij ouderen regelmatig sprake is van een 'verzorgingsnetwerk', in plaats van één centrale verzorger.

Door de extramurale organisaties wordt gesteld dat in het Zorghuis minder ouderen met een aanleunwoningindicatie of een WBO-indicatie informele zorg krijgen, vergeleken met een gewone wijk situatie. Dit staat in tegenstelling tot bovenstaande conclusie, dat er in het Zorghuis meer informele zorg aanwezig is dan in de traditionele instellingen c.q. de wijk situatie. Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan liggen in een verschillende definitie van het begrip informele zorg. De extramurale organisaties kijken mogelijk naar het aantal zorgverleners en de handelingen, waarbij geholpen wordt (dit is niet met zekerheid te zeggen). In het evaluatieonderzoek daarentegen is een vergelijking gemaakt tussen de twee groepen van de aanwezigheid van informele zorgverleners die minimaal één

ADL- of HDL-handeling meestal verrichten. Hierbij is dus meer de regelmaat en de continuïteit van zorgverlening aan de orde, in plaats van aantal zorgverleners respectievelijk aantal handelingen.

6. *Welke invloed heeft het experiment Zorghuis Den Haag op het gebruik van professionele zorgvoorzieningen (intramurale en extramurale zorgverlening)?*

Zowel in het Zorghuis als in traditionele woon- en zorgvormen is er geen verband tussen verandering van hulpbehoefte en het krijgen van zorg door een andere zorgverlenende instelling. De meeste ouderen behouden dezelfde (zwaarte van) zorgvorm, ongeacht de verandering van hulpbehoefte. Er is geen verschil tussen Zorghuis en traditionele woon- en zorgvormen voor wat betreft verandering van intensiteit van zorg in relatie tot verandering van hulpbehoefte. De gemiddelde hulpbehoefte van de cliëntpopulaties van zowel gezinszorg als wijkverpleging neemt toe, maar hierin wijkt het Zorghuis niet af van traditionele woon- of zorgvormen. In deze zin is er dus geen sprake van verdergaande substitutie in vergelijking met wat elders gebeurt. Wel wordt gesteld dat daar waar intramurale zorg verleend wordt (door het 'behandelteam') deze zorg steeds meer 'met de handen op de rug' gegeven wordt. In deze zin is er wel sprake van een toenemende substitutie en groter beroep op de zelfstandigheid van de oudere, maar dit is met de in het onderzoek gevolgde methode niet te kwantificeren. Gedurende de eerste jaren van het experiment is er in de Projectgroep, het Voortgangsoverleg en binnen de extramurale organisaties zelf discussie geweest over zorgverlening door extramurale zorgverleners aan ouderen met een verpleeghuisindicatie. Gedurende de tweede helft van de experimentele periode is deze vorm van zorgverlening in enkele gevallen ook geconcretiseerd. Vanuit de organisaties bezien valt tegelijkertijd te constateren dat in het Zorghuis er een toename te zien is van extramurale zorgverlening aan ouderen die geen of een geringe hulpbehoefte hebben. Het betreft hier met name het poetsen en stofzuigen, waarbij de gezinszorg helpt. Het is denkbaar dat ouderen in het Zorghuis sneller gezinszorg krijgen, ook indien zij slechts één beperking hebben, in vergelijking met andere situaties, omdat de gezinszorg in het Zorghuis geen wachtlijst hanteert.

In tabelvorm kunnen de conclusies als volgt worden samengevat (tabel 12 en 13):

tabel 12 Mate van realisatie van (aspecten van) doelstellingen conform het Projektplan (1987) van het Zorghuis*.

Doelstelling 1	
aanvullen van zorg	±
beschermde thuissituatie	+
zelfstandig (samen) wonen van ouderen	+
behoud van privacy	+
Doelstelling 2	
zorg op maat	±
zorg als in thuis-, wijk-, verzorgings- en verpleeghuissituatie	+
Doelstelling 3	
wijkfunctie	+
Doelstelling 4	
informele zorg	±
bestaande extra- en intramurale instanties	+
Doelstelling 5	
minder middelen	?

* (+ gerealiseerd, ± deels gerealiseerd, - niet gerealiseerd, ? nog onbekend)

tabel 13 Samenvatting Productevaluatie*

handhaven/verbeteren subjectieve gezondheid van minder dan goed gezonde ouderen in vergelijking met traditionele situatie	+
handhaven welbevinden in vergelijking met traditionele situatie	±
handhaven subjectieve gezondheid in vergelijking met traditionele situatie	±
medische consumptie in vergelijking met traditionele situatie	-
oordeel t.a.v. kwaliteit van zorg in vergelijking met traditionele situatie	+
omvang en relatie informele zorg op hulpbehoefte in vergelijking met traditionele situatie	±
zorggebruik in vergelijking met traditionele situatie	±

* (+ beter, ± gelijk, - minder)

Op basis van bovenstaande kan als algemene conclusie gesteld worden dat het experiment Zorghuis Den Haag erin geslaagd is de doelstellingen, zoals geformuleerd in het Projektplan (1987), te verwezenlijken. Ouderen met een minder dan goede subjectieve gezondheid kunnen hun subjectieve gezondheid langer handhaven dan ouderen in traditionele woon- en zorgvormen. In het algemeen geldt dat -afgezien van het proces van normale veroudering- behoud van (subjectieve) gezondheid, welbevinden en kwaliteit van zorg gerealiseerd is. Substitutie in de zin van extramurale zorg aan WBO-geïndiceerde ouderen heeft plaatsgevonden; het zorggebruik -in de zin van andere organisaties of andere intensiteit van zorg bij een veranderende hulpbehoefte- is ten opzichte van traditionele woon- en zorgvormen nog niet veranderd.

LITERATUUR

- ARLING G. & W.J. McAULEY. The feasibility of public payments for family caregivers. *Gerontologist* 23 (1983) 300-6.
- BERTELS M. Kwaliteit in discussie: een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Amsterdam, SISWO/OSA, 1983.
- BIRREN J.E. & J.M. ZARIT. Concepts of health, behavior and aging. In: J.E. Birren & J. Livingston (eds.). *Cognition, stress and aging*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1985.
- BOWLBY J. *The making and breaking of affectional bonds*. London, Tavistock 1979.
- BROCKLEHURST J.C., P. MORRIS, K. ANDREWS et al. Social effects of stroke. *Soc.Sci.Med.* 15a(1981) 35-9.
- BUCQUET D. & S. CURTIS. Socio-demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning. *Soc.Sci.Med.* 23 (1986) 737-44.
- BURGER A.K.C. & G.J.P. VAN OTTERLOO. *Van Hospitium tot Zorghuizen*. 's-Gravenhage, Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging, 1983.
- CANTOR M.H. Caring for the frail elderly - impact on family, friends and neighbors. In: C. Snyder (ed.). *Financial incentives for informal caregiving - Directions from recent research*. New York, Community Council of Greater New York, 1982.
- CANTOR M.H. Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging* 1 (1979) 434-63.
- CANTOR M.H. Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *Gerontologist* 23 (1983) 597-604.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (CBS). *Bevolkingsprognose voor Nederland 1988-2050*. Den Haag, SDU/CBS, 1989.
- CENTRAAL ORGAAN SAMENWERKENDE BONDEN VAN OUDEREN IN NEDERLAND (COSBO). *Gezondheidszorg. Nota 89 3*. Utrecht, COSBO, 1989.
- CHRISTENSEN R. *Log-linear models*. New York etc., Springer, 1990.
- COOK T.D. & D.T. CAMPBELL. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago, Rand McNally College Publishing Company, 1979.
- COOLEN J.A.I. *De integratie van een voorzieningssysteem*. Lochem (etc.), *De Tijdstroom*, 1986.
- COOLEN J.A.I. & W. TOERSEN. *Patronen van zorggebruik: interimrapport bij de evaluatie van het project "geïntegreerde ouderenzorg"*. Enschede, Universiteit Twente, 1989.
- DAATLAND S.O. What are families for? Voordracht gehouden op de conferentie 'Intergenerational Relations and Equity', Dubrovnik, 1989.
- DALE VAN. *Groot woordenboek der Nederlandse taal*, 's-Gravenhage, Martinus Nijhoff, 1976.
- DIENER E. Subjective well-being. *Psychol.Bull.* 95 (1984) 542-75.

DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (Mich.), Health Administration Press, 1980.

DONO J.E., C.M. FALBE, B.L. KAIL et al. Primary groups in old age: Structure and function. *Research in aging* 1 (1979) 403-33.

FERRARO K.F. Self-ratings of health among the old and the old-old. *J.Hlt.Soc.Behav.* 21 (1980) 377-83.

FILLENBAUM G.G. The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva, WHO, 1984.

GEER J.P. VAN DER. Analyse van categorische gegevens. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1988.

GIFI A. Homals users guide. Leiden, University of Leiden, Department of Datatheory, 1980.

GOFFMAN E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York, Doubleday, 1961.

GOLDSMITH C.WIKEL J.M., T.E. DIELMAN, J.P. KIRSCHT & B.A. ISRAEL. Mechanisms of psychosocial effects on health: the role of social integration, coping style and health behavior. *Health Educ.Quart.* 15 (1988) 151-73.

GOUDRIAAN F.G.W. De mogelijkheden van substitutie in de zorg voor ouderen. Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989. (Onderzoek en perspectief 10)

GOUDRIAAN F.G.W. Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg: de mogelijkheden volgens onderzoek. Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

HESS B.B. & J.M. WARING. Changing patterns of aging and family bonds in later life. In: A. Skolnick & J.H. Skolnick (eds). *Family in transition*. Boston, Little Brown, 1980.

HOEKSMAN B.H. Verzorgingstehuis of meer zorg thuis. In E.G.J. Kuper-Carrière (red). *Kennis over ouder*. Nijmegen, NIG, 1987. (Soom-werkdocumenten nr. 14)

HOROWITZ A. Family caregiving to the frail elderly. In: C. Eisdorfer (ed.) *Annual review of gerontology and geriatrics*. New York, Springer, 1985.

HOROWITZ A. The role of families in providing long-term care to the frail and chronically ill elderly living in the community. Final report submitted to the Health Care Financing Administration. New York, The Brookdale Center on Aging at Hunter College, 1982.

HOYT D.R. & N. BABCHUK. Adult kinship networks: the selective formation with intimate ties with kin. *Social Forces* 62 (1983) 84-101.

JONG-GIERVELD J. DE & F. KAMPHUIS. The development of a Rasch-type Loneliness scale. *Appl. Psychol. Measurement*, 9(1985) 289-99.

JONG-GIERVELD J. DE & F. KAMPHUIS. Opname in een verzorgingstehuis; een oplossing voor eenzame ouderen? *T.Gerontol.Geriater.* 17 (1986) 147-56.

KLAASSEN-VAN DEN BERG JETHS A. & A. KRAAN-JETTEN (red.). *Achtergrondstudie vergrijzing: basis-analyse ten behoeve van scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000*. Utrecht, Van Arkel, 1985.

KNIPSCHIEER C.P.M. Oude mensen en hun sociale omgeving. 's-Gravenhage, Vuga, 1980.

KWEKKEBOOM M.H. Het licht onder de korenmaat: informele zorgverlening in Nederland. 's-Gravenhage, VUGA, 1990.

LEE G.R. & M. ISHII-KUNTZ. Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. Res. Aging 9 (1987) 459-82.

LEEF TIJD. Intentieverklaring kwaliteit van zorg, tekst van de conferentie 'Kwaliteit van Zorg in de Gehandicapten- en Ouderensector', 26 september 1990 te Leidschendam. Leef tijd, (1990) nr.10 Pp. 3-5.

LENKE S. & R.H. MOOS. Quality of residential settings for elderly adults. J.Gerontol. 41(1986) 268-76.

LIEBERMAN M.A., V.M. PROCK & S.S. TOBIN. Psychological effects of institutionalisation. J.Gerontol. 23 (1968) 343-53.

LOVEREN-HUYBEN C.M.S. VAN & J.A. VAN DER BOM. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg. Gedragsbeoordeling door het verzorgend personeel. T.Gerontol.Geriatr. 14 (1983) 199-206.

LOVEREN-HUYBEN C.M.S. VAN, R.M. TOONEN & J.A. VAN DER BOM. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg⁽²⁾. Gedragsbeoordeling over tweeënehalf jaar. T.Gerontol.Geriatr. 16 (1985) 135-40.

LOVEREN-HUYBEN C.M.S. VAN & J.A. VAN DER BOM. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3). Het effect van organisatieveranderingen. T.Gerontol.Geriatr. 19 (1988) 201-10.

MARKIDES K.S., D.M. TIMBERS & J.S. OSBERG. Aging and health: a longitudinal study. Arch.Gerontol.Geriatr. 3(1984) 33-49.

MARKIDES K.S. Characteristics of dropouts and prediction of mortality in a longitudinal study of older Mexican-Americans and Anglos. In: R.A. Ward & S.S. Tobin. Health in aging: Sociological issues and policy directions. New York, Springer, 1987.

MAYRING P. Subjektives Wohlbefinden im Alter: Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. Z.Gerontol. 20 (1987) 367-76.

MGZ. Verplegen met de handen op de rug. De (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg zoals ervaren door wijkverpleegkundigen. Maatsch. GezondheidsZ. 11 (1983) nr 2, pp 4-19.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. 's-Gravenhage, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986 (19 500) nrs 1-2. (1986a).

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Zorg voor Ouderen. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986b.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Ouderenbeleid; Voortgangsrapportage 1982-1988. 's-Gravenhage, Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988 (20 539). (1988a).

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Meer maatwerk in de ouderenzorg. 's-Gravenhage, WVC/DOP, 1988b.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Ouderen in tel; deelnota 3: Demonstratieprojecten ouderenzorg; Tussenrapportage. 's-Gravenhage, SDU, 1990.

MINKLER M. & C. LANGHAUSER. Assessing health differences in an elderly population: a five year follow-up. J.Am.Geriat.Soc. 36 (1988) 113-18.

MOOTZ M. Stand van zaken op het terrein van gezondheidsmeting. T.Soc.Gezondheidsz. 67 (1989) 2-4.

NAAFS J. Leven in tehuizen: een leven waard? Deventer, van Loghum Slaterus, 1982. (Cahiers Ouderdom en levensloop nr 14)

NAAFS J. Objectieve en subjectieve gezondheid van ouderen; een vergelijking van meetmethoden. In: J.J.F. Schroots, A. Bouma, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir en C.J.J. Tempelman (red.). Gezond zijn is ouder worden. Assen (etc), van Gorcum, 1989.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (VOORLOPIGE WERKGROEP CLASSIFICATIE EN CODERING). Standaardtermen voor gehandicapten. Zoetermeer, NRV, 1987.

NOELKER L.S. & S.W. POULSHOCK. The effects on families of caring for impaired elderly in residence: final report submitted to the Administration on Aging. The Margaret Blenkner Research Center for Family Studies, The Benjamin Rose Institute, Cleveland (OH), 1982.

ODO (PROJECTGROEP ONDERZOEK DEMONSTRATIEPROJECTEN OUDERENZORG). Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: het onderzoek van de projecten in de beginfase. Nijmegen, ITS, 1989.

ODO. Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: vormgeving van de projecten en voortgang van de beleidsmaatregelen in 1988 en 1989. Nijmegen, ITS, 1990.

OUSLANDER J.G. & J.C. BECK. Defining the health problems of the elderly. Ann.Rev.Publ. Health 3 (1982) 55-83.

PERENBOOM R.J.M., C.J. LAKO & E.G. SCHOUTEN. Verschillen in gezondheid en medische consumptie bij ouderen: een secundaire analyse van CBS-data naar verschillen in gezondheid en gebruik van medische en welzijnsvoorzieningen tussen ouderen ten plattelande en ouderen in stedelijke gebieden. Wageningen, Landbouw Universiteit, Vakgroep Gezondheidsleer, 1987 (rapport nummer 305).

PERENBOOM R.J.M., C.J. LAKO & E.G. SCHOUTEN. Health and medical consumption of rural and urban elderly. Compr. Gerontol. B 3 (1989) 124-8.

PERENBOOM R.J.M. & J.J.F. SCHROOTS. Substitutie Ouderenzorg Den Haag. Deel 1: Opzet van evaluatie. Leiden, NIPG/TNO, 1989.

PERENBOOM R.J.M. & J.J.F. SCHROOTS. Substitutie Ouderenzorg Den Haag. Deel 2: Deelonderzoek Bewoners I. Leiden, NIPG/TNO, 1990a.

PERENBOOM R.J.M. & J.J.F. SCHROOTS. Substitutie Ouderenzorg Den Haag. Deel 3: Procevaluatie:1984 tot en met 1988. Leiden, NIPG/TNO, 1990b.

PERENBOOM R.J.M., J.J.F. SCHROOTS & K.ZAAL. Evaluatie Experiment Zorghuis Den Haag. In: ODO (Projectgroep Onderzoek Demonstratieprojecten Ouderenzorg)(red). Onderzoek Demonstratieprojecten Ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: het onderzoek naar de projecten in de beginfase. Nijmegen, ITS, 1989, Pp. 89-129.

PERENBOOM R.J.M. & K. ZAAL. Het experiment Zorghuis te Den Haag. In: ODO (red.). De landelijke overall-eindrapportage "Substitutie in de Ouderenzorg"; analyse-schema ten behoeve van de eindrapportage in het kader van het evaluatieonderzoek "Substitutie in de Ouderenzorg". Nijmegen, ITS, 1990a, Pp 21-8.

PERENBOOM R.J.M. & K. ZAAL. Projectbiografie Experiment Zorghuis Den Haag. In ODO (red). Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: vormgeving van de projecten en voortgang van de beleidsmaatregelen in 1988 en 1989. Nijmegen, ITS, 1990b, Pp 85-93.

PROJECTGROEP. Projekt Zorghuis Dr. W. Drees: Eerste evaluatie oktober '87/februari '88. Den Haag, Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging/Stichting Thuishulp 's-Gravenhage/Haags Kruiswerk, 1988.

PROJECTGROEP. Projekt Zorghuis Dr. W. Drees: Tweede evaluatie februari '88 - december '88. Den Haag, GDVV, 1989a.

PROJECTGROEP. Resultaten meting zorgbehoefte bij ouderen woonachtig in het Zorghuis Dr. W. Drees (september 1989). Den Haag, Zorghuis Dr. W. Drees, november 1989b.

PROJECTGROEP. Projekt Zorghuis Dr. W. Drees: Derde evaluatie januari '89 - december '89. Den Haag, GDVV/STH/HK, 1990a.

PROJECTGROEP. Eindevaluatie Zorghuis Dr. W. Drees. Den Haag, Zorghuis Dr. W. Drees, 1990b.

PROJECTGROEP. Notulen Projectgroepvergaderingen mei 1987 - oktober 1990.

PROJEKTPLAN Zorghuis Dr. W. Drees. Den Haag, GDVV/STH/HK, 1987.

SCHREURS P.J.G., B. TELLEGEN & G. VAN DE WILLIGE. Gezondheid, stress en coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst. Gedrag 12(1984) 101-17.

SCHROOTS J.J.F. Current perspectives on aging, health and behavior. In: J.J.F. Schroots, J.E. Birren and A. Svanborg (eds). Health and aging: perspectives and prospects. New York (etc.), Springer (etc.), 1988 Pp. 3-24.

SCHROOTS J.J.F. Developments in the psychology of aging. Paper presented to the Psychon Congres Ontwikkelingspsychologie 'Balance of Developmental Psychology in The Netherlands'. Amsterdam, april 14, 1989.

SHANAS E. Social myth as hypothesis: The case of the family relations of older people. Gerontologist 19 (1979) 3-9.

SON, P. VAN & H.B. HAVEMAN. Gezondheidsmeting en beleid. T.Soc.Gezondheidsz. 67 (1989) 15-18.

STG (STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG). Ontwikkelingen met betrekking tot het zelfstandig wonen van ouderen. Rijswijk, STG, 1988.

SUSSMAN M.B. Relationships of adult children with their parents in the United States. In: E. Shanas & G.F. Streib (eds). Social structure and the family: Generational relations. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1965.

TEMPELMAN C.J.J. Welbevinden bij ouderen: konstruktie van een meetinstrument. Groningen, 1987. (Proefschrift R.U. Groningen).

TJADENS F.J.L. & Cl. WOLDRINGH. Informele zorg in Nederland - zelfzorgproblemen, behoefte aan zorg en praktisch-instrumentele onderlinge hulp. Nijmegen, ITS, 1989.

WARD R.A., S.R. SHERMAN & M. LAGORY. Informal networks and knowledge of services for older persons. J.Gerontol. 34 (1984) 2: 216-23.

WIMMERS M.F.H.G., H.P.J. BUIJSSEN & G.H.M. MERTENS. Welbevinden van ouderen na verhuizing: gegevens van een longitudinaal onderzoek. Ned.T.Psychol. 42 (1987) 36-44.

WITTELS I. & J. BOTWINICK. Survival in Relocation. J.Gerontol 29 (1974) 440-3.

WULP J.C. VAN DER. Verstoring en verwerking in verpleeghuizen: belevingswereld en conflicten van hen die hun verdere leven in een verpleeghuis doorbrengen. Nijkerk, Intro, 1986. (Proefschrift R.U. Utrecht).

ZAAL K. & R.J.M. PERENBOOM. Substitutie Ouderenzorg Den Haag. Deel 4: Centrale verzorging. Leiden, NIPG/TNO, 1990.

ZAAL K. & R.J.M. PERENBOOM. Substitutie Ouderenzorg Den Haag. Deel 5: Professionele en vrijwillige hulpverlening. Leiden, NIPG/TNO, 1991.

BIJLAGEN

INHOUD

pagina

Bijlage 1	Vragenlijst laatste meting deelonderzoek bewoners	129
Bijlage 2	Bijlagen bij hoofdstuk 3	149
Bijlage 3	Centrale Verzorging	185
Bijlage 4	Vragenlijsten centrale verzorging	211
Bijlage 5	Afkortingenlijst	231

BIJLAGE 1
VRAGENLIJST LAATSTE METING DEELONDERZOEK BEWONERS



respondentnummer				

EVALUATIE-ONDERZOEK
BEJAARDENZORG
- slotmeting -

Project: 1549/augustus 1990

1. Ik wil graag beginnen met enkele vragen over uw woonsituatie.

Sinds wanneer, welke maand en welk jaar, woont u in deze woning/dit tehuis? - sinds (maand), 19 . . (jaar)

2. En hoe vindt u het om in deze woning/dit tehuis te wonen: erg prettig, gaat wel, niet zo prettig, of erg onprettig?

- erg prettig	1
- gaat wel	2
- niet zo prettig	3
- erg onprettig	4
- weet niet	8

3. Als volgende onderwerp wil ik u graag wat vragen stellen over de contacten die u zoal heeft. Allereerst over uw kinderen, als u die heeft.
ENQ.: het gaat om kinderen die in leven zijn, en die niet bij de respondent in huis wonen.

3a. Hoe vaak krijgt u bezoek van uw (schoon-) kind(eren)?
ENQ.: het gaat om het totaal van de bezoeken van alle (schoon)kinderen.

- vrijwel dagelijks (minimaal 4 keer per week)	1
- wekelijks (1 à 3 maal per week)	2
- maandelijks (1 à 3 maal per maand)	3
- minder dan 1 maal per maand	4
- nooit	5

3b. En hoe vaak gaat u zelf op bezoek bij uw (schoon)kinderen?

- vrijwel dagelijks (minimaal 4 keer per week)	1
- wekelijks (1 à 3 maal per week)	2
- maandelijks (1 à 3 maal per maand)	3
- minder dan 1 maal per maand	4
- minder vaak of nooit	5

4a. Welke andere mensen die ik u nu ga noemen ziet u voor uw eigen gevoel min of meer regelmatig? Het doet er niet toe of dat bij u thuis is of elders.
ENQ.: mensen die deel uitmaken van het huishouden van de respondent en uitwonende (schoon)kinderen niet meetellen.

	vr.4a - andere contacten			vr.4b - aant.pers.	
	dagelijks (min.4x per week)	wekelijks (1 à 3x per week)	maandelijks (1 à 3x per mnd.)	minder vaak (minder dan 1x per mnd.)	meer dan versch. mensen
1. kleinkinderen	1	2	3	4	1 2
2. broers en zussen	1	2	3	4	1 2
3. andere familie van uw leeftijd	1	2	3	4	1 2
4. andere familie, niet van uw leeftijd	1	2	3	4	1 2
5. vrienden en kennissen van uw leeftijd	1	2	3	4	1 2
6. vrienden en kennissen, niet van uw leeftijd	1	2	3	4	1 2
7. burens van uw leeftijd	1	2	3	4	1 2
8. burens, niet van uw leeftijd	1	2	3	4	1 2

4b. ENQ.: per categorie vaststellen of het om 1 à 2 verschillende mensen of om meer personen gaat; invullen in bovenstaand schema.

5. Als u zich een gewone, gemiddelde week voorstelt, hoeveel mensen ziet u dan ongeveer in één week? Huisgenoten en professionele hulpverleners niet meegeteld.	- helemaal niemand (0 personen)	1
	- minder dan 2 personen	2
	- 3 à 5 personen	3
	- 6 à 10 personen	4
	- 11 of meer personen	5
	- weet niet	8

6. Nu lees ik u een serie uitspraken voor, die betrekking hebben op uzelf en uw contacten met andere mensen. De vraag is in hoeverre u het eens of oneens bent met ieder van die uitspraken. Antwoord u maar aan de hand van dit kaartje.					
ENQ.: overhandig KAART 1 ; zonodig aandringen op een eerlijk antwoord; en "er zijn geen goede of foute antwoorden"; uitspraken stuk voor stuk voorlezen en zonodig nog eens herhalen.	hele-	min	hele-		
	maal	of	maal		
	mee	mee	niet	niet	
	eens	eens	eens	eens	
1. er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	1	2	3	4	5
2. ik mis een echte goede vriend(in)	1	2	3	4	5
3. ik ervaar een leegte om me heen	1	2	3	4	5
4. er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid terug kan vallen	1	2	3	4	5
5. ik mis gezelligheid om me heen	1	2	3	4	5
6. ik vind mijn kring van vrienden en kennissen te beperkt	1	2	3	4	5
7. ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	1	2	3	4	5
8. er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	1	2	3	4	5
9. ik mis mensen om me heen	1	2	3	4	5
10. vaak voel ik me in de steek gelaten	1	2	3	4	5
11. wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	1	2	3	4	5

7. Opnieuw volgen er wat vragen, die betrekking hebben op uzelf; hoe u zich in het algemeen voelt.	
7a. Maakt u zich in het algemeen zeer veel zorgen, tamelijk veel zorgen of weinig zorgen?	- zeer veel 1 - tamelijk veel 2 - weinig 3
7b. Heeft u zelden, tamelijk vaak of zeer vaak schuldgevoelens?	- zelden 1 - tamelijk vaak 2 - zeer vaak 3
7c. Heeft u vaak, soms of zelden of nooit het gevoel dat het leven vol beloften is?	- vaak 1 - soms 2 - zelden of nooit 3
7d. En heeft u vaak, niet zo vaak of zelden of nooit momenten dat u zich gelukkig voelt?	- vaak 1 - soms 2 - zelden of nooit 3
7e. Wat zegt u van uzelf: bent u erg gauw ontmoedigd, tamelijk gauw ontmoedigd, of niet zo gauw ontmoedigd?	- erg gauw 1 - tamelijk gauw 2 - niet zo gauw 3
7f. Heeft u vaak, zelden of nooit een hekel aan uzelf?	- vaak 1 - zelden 2 - nooit 3

7g. Blij lachen - doet u dat zelden, soms of vaak?	- zelden	1
	- soms	2
	- vaak	3
7h. Voelt u zich vaak, soms of zelden of nooit angstig?	- vaak	1
	- soms	2
	- zelden of nooit	3
7i. Voelt u zich zeer vaak, tamelijk vaak of zelden neerslachtig?	- zeer vaak	1
	- tamelijk vaak	2
	- zelden	3
7j. "Plezier heb ik zeer vaak, tamelijk vaak, zelden of nooit" - wat geldt voor u?	- zeer vaak	1
	- tamelijk vaak	2
	- zelden of nooit	3

8. Wat vindt u zelf van uw gezondheid? Voelt u zich gezond, of redelijk gezond, of matig gezond, of niet gezond?	- gezond	1
	- redelijk gezond	2
	- matig gezond	3
	- niet gezond	4
	- weet niet	8

9. Ik noem u nu een aantal klachten waar mensen last van kunnen hebben. De vraag is of er ongemakken tussen zitten waar u last van heeft en zo ja, of u daarvoor onder behandeling bent.
EWQ.: alle klachten afwerken; bij twijfel ja (code 2) omcirkelen; bij wel last vragen of men daarvoor onder behandeling is.

	nee, geen last	ja, wel last	
		niet onder behandeling	wel onder behandeling
1. heeft u op een of andere manier moeite met het gebruik van de voeten, benen of heupen	1	2	3
2. mist u (een deel van) een been of (een deel van) een voet	1	2	3
3. heeft u rugklachten	1	2	3
4. heeft u op een of andere manier moeite met het gebruik van de armen of handen	1	2	3
5. mist u (een deel van) een arm of (een deel van) een hand	1	2	3
6. heeft u last van duizelingen of evenwichtsverlies	1	2	3
7. heeft u last van toevallen of aanvallen van epilepsie	1	2	3
8. heeft u moeite met zien, eventueel ook nog met bril of contactlenzen	1	2	3
9. heeft u moeite met horen, eventueel ook nog met een hoorapparaat	1	2	3
10. heeft u moeite met spreken	1	2	3
11. heeft u hartklachten	1	2	3
12. heeft u klachten over longen of ademhalingswegen	1	2	3
13. heeft u klachten wat betreft plassen of ontlasting	1	2	3

10. Bent u vanwege een aandoening, ziekte of handicap belemmerd in de dagelijkse bezigheden?	- voortdurend belemmerd	1
	- met tussenpozen belemmerd	2
	- zelden of niet belemmerd	3
	- weet niet	8

EWQ.: toon **KAART 2**

11. Ik noem u nu nog een aantal klachten. Aan u de vraag of u hier vaak, af en toe of zelden of nooit last van heeft.

ENQ.: alle klachten afwerken.

	vaak last	af en toe last	zelden of nooit last
1. hoofdpijn	1	2	3
2. gespannenheid	1	2	3
3. neerslachtigheid	1	2	3
4. vermoeidheid	1	2	3
5. prikkelbaarheid	1	2	3
6. slapeloosheid	1	2	3
7. onrustgevoelens	1	2	3
8. vergeetachtigheid	1	2	3

12. Voordat ik u wat vragen ga stellen over hulpverlening door instanties en vrijwilligers, heb ik eerst nog wat uitspraken die op uzelf betrekking hebben. Wilt u, als ik de uitspraak heb voorgelezen, zeggen of u het met die uitspraak wel of niet eens bent. Het gaat om uw eerste reactie en goede of foute antwoorden zijn er niet.

ENQ.: uitspraken rustig voorlezen.

	wel mee eens	niet mee eens	weet niet
1. ik heb het gevoel het goed met mezelf te kunnen vinden	1	2	8
2. als het er op aankomt, bekommert zich bijna niemand om je	1	2	8
3. ik verwacht nog veel van het leven	1	2	8
4. ik voel mij snel verdrietig	1	2	8
5. ik voel me prima	1	2	8
6. uiteindelijk moet je de moeilijke dingen toch alleen verwerken	1	2	8
7. ik wilde dat ik meer respect voor mezelf kon hebben	1	2	8
8. ik mankeer altijd wel wat	1	2	8
9. ik pieker veel	1	2	8
10. ik voel mezelf nog heel goed gezond	1	2	8

13. Heeft u de laatste 6 maanden voor uzelf weleens te maken gehad met:

ENQ.: mogelijkheden stuk voor stuk opletzen.

	nee	ja
1. een huisarts	1	2
2. een tandarts	1	2
3. een specialist (geen ziekenhuisopname)	1	2
4. het RIAGG/een psycholoog/psychiater	1	2
5. het maatschappelijk werk	1	2
6. een fysiotherapeut, masseur	1	2
7. een logopedist	1	2
8. een verpleeghuisarts	1	2
9. een ziekenhuisopname	1	2

14. Ik ga nu opnieuw wat uitspraken voorlezen. Wilt u mij telkens weer zeggen of u het met de uitspraak wel of niet eens bent?				
ENQ.: uitspraken rustig voorlezen.		wel mee eens	niet mee eens	weet niet
1. plannen maken is voor mij voorbij		1	2	8
2. ik ben tamelijk zeker van mijzelf		1	2	8
3. ik schaam me vaak voor mezelf		1	2	8
4. soms heb ik het idee dat je uiteindelijk toch alleen staat in de wereld		1	2	8
5. ik zit nog vol plannen		1	2	8
6. ik voel me vaak niet zo goed		1	2	8
7. vergeleken met mijn leeftijdsgenoten is mijn gezondheid uitstekend		1	2	8
8. over het geheel genomen ben ik tevreden over mezelf		1	2	8
9. ik voel me soms weleens eenzaam		1	2	8
10. echte vrienden zijn moeilijk te vinden		1	2	8

15. De volgende vragen gaan over de hulp die u eventueel krijgt van anderen.			
15a. Krijgt u voor uzelf regelmatig verpleegkundige of verzorgende hulp?	- ja, wel hulp	1	
	- nee, geen hulp	2	→ vr.21
ENQ.: indien ja bij vraag 15a.	- vanuit verpleeg-/bejaardentehuis	1	
15b. En van wie krijgt u deze hulp?	- via kruisvereniging	2	
	- van anderen (particulier)	3	
	- weet niet	8	
15c. Waarbij helpt de verpleegkundige? Is dat bij:			
ENQ.: mogelijkheden oplezen.	ja, helpt daarbij		nee, helpt daarbij niet
1. lichamelijke verzorging (wassen etc.)	1		2
2. medische verzorging (wondverzorging etc.)	1		2
3. huishoudelijk werk (koken etc.)	1		2

16a. Hoe vaak krijgt u verpleegkundige hulp voor uzelf?			
- minder dan 1 keer per week	01	- vijf keer per week	06
- één keer per week	02	- zes keer per week	07
- twee keer per week	03	- zeven keer per week	08
- drie keer per week	04	- acht keer of vaker per week	09
- vier keer per week	05	- weet niet	88
16b. En wanneer krijgt u die hulp? Is dat:			
ENQ.: mogelijkheden oplezen.		ja	nee
1. door-de-week overdag		1	2
2. door-de-week 's avonds		1	2
3. in het weekend		1	2
16c. Kunt u zeggen, zo ongeveer, hoeveel uur per week u in totaal verpleegkundige hulp krijgt?			
ENQ.: totaal aantal uren per week noteren; omrekenen indien men alleen het aantal uren per maand weet.		- uur per week	
		- weet niet	88

17. Wat vindt u over het algemeen van de kwaliteit van de verpleegkundige hulp? Dus niet of die wel of niet voldoende is, maar wel of de manier waarop u geholpen wordt goed is, wel gaat, niet zo goed of slecht is.	- goed	1
	- gaat wel	2
	- niet zo goed	3
	- slecht	4
	- weet niet	8

EMQ.: indien startcode 1, 2, 3 of 4 (eerste cijfer respondentnummer); anders door naar vraag 19a.		
18a. Kon u gemakkelijk informatie over verpleegkundige zorg krijgen?	- ja	1
	- nee	2
18b. Vindt u de wijze van aanmelding voor deze verpleegkundige zorg wel of niet duidelijk, of zegt u: het gaat wel?	- wel duidelijk	1
	- gaat wel	2
	- niet duidelijk	3
	- weet niet	8
18c. Als u helemaal zelf de hoeveelheid verpleegkundige hulp zou mogen kiezen, wat zou u dan kiezen; waarmee zou u het meest gebaat zijn? Bijvoorbeeld korter per keer, maar wel vaker dan nu, of: langer en vaker. Het gaat dus om het aantal keer zowel als de duur per keer. EMQ.: zowel in de kolom 'aantal keer' en 'duur per keer' één code omcirkelen.	<u>aantal keer</u>	
	- vaker	1
	- even vaak	2
	- minder vaak	3
	- weet niet	8
	<u>duur per keer</u>	
	- langer	1
	- even lang	2
	- korter	3
	- weet niet	8
18d. Komt de verpleegkundige hulp over het algemeen op het goede tijdstip? EMQ.: bedoeld is dus het moment op de dag.	- ja	1
	- nee	2
	- weet niet	8

19a. Wat vindt u van de gegeven verpleegkundige hulp? Is deze voldoende?	- ja, voldoende	1
	- nee, niet voldoende	2
	- weet niet	8
19b. Hoe zou u de soort verpleegkundige zorg die u geboden wordt noemen: passend, een beetje passend of niet zo passend? En met passend bedoelen we dan afgestemd op uw persoonlijke situatie?	- passend	1
	- beetje passend	2
	- niet zo passend	3
	- weet niet	8
19c. En de manier waarop de verpleegkundige met u omgaat, u tegemoet treedt: vindt u die goed, redelijk goed, niet zo goed of slecht?	- goed	1
	- redelijk goed	2
	- niet zo goed	3
	- slecht	4
	- weet niet/wisselt	8
19d. Worden de werkzaamheden wel of niet altijd, of nooit naar uw zin uitgevoerd door de verpleegkundige?	- wel altijd	1
	- niet altijd	2
	- nooit	3
	- weet niet/wisselt	8
19e. Weet u waar u met eventuele klachten over de verpleegkundige hulp of hulpverlener terecht kunt?	- ja, namelijk bij:	1
	- nee	2
19f. Denkt u dat de verpleegkundige hulp die u nu heeft permanent of tijdelijk nodig zal zijn?	- permanent nodig	1
	- tijdelijk nodig	2
	- weet niet	8

20. Wat zijn de kosten die u uiteindelijk gemiddeld <u>zelf</u> moet betalen voor verpleegkundige hulp? ENQ.: het gaat om de kosten die men geheel uit eigen zak moet betalen (dus na aftrek van event. subsidie e.d.); de bedragen kunnen worden opgegeven per week, per maand of per jaar (in hele guldens).	- f per week
	- f per maand
	- f per jaar
	- weet niet 888

ENQ.: indien startcode 1, 2, 3, 4 of 5 (eerste cijfer respondentnummer); anders door naar vraag 27a.
 21. Van verpleegkundige hulp stappen we nu over op huishoudelijke hulp.

21a. Krijgt u op dit moment <u>in uw huishouden</u> huishoudelijke hulp van een particulier of vanuit een instelling? ENQ.: het gaat dus om de respondent en zijn/haar huishouden; huishoudelijke hulp van familie/buren of van vrijwilligers niet meetellen.	- ja, wel hulp 1
	- nee, geen hulp 2 → vr.27a

ENQ.: indien ja bij vraag 21a. 21b. Van wie krijgt u deze hulp?	- vanuit verzorgingstehuis 1
	- via gezins-/bejaardenzorg 2
	- van anderen (particulier) 3
	- weet niet 8

21c. Waarbij helpt de huishoudelijke hulp? Is dat: ENQ.: mogelijkheden oplezen.		
	ja, helpt daarbij	nee, helpt daarbij niet
1. schoonmaken en poetswerk	1	2
2. het bereiden van warme maaltijden	1	2
3. boodschappen doen	1	2
4. lichamelijke verzorging (bijvoorbeeld wassen)	1	2

22a. Hoe vaak krijgt u huishoudelijke hulp? - minder dan 1 keer per week 01 - één keer per week 02 - twee keer per week 03 - drie keer per week 04 - vier keer per week 05	- vijf keer per week 06
	- zes keer per week 07
	- zeven keer per week 08
	- acht keer of vaker per week 09
	- weet niet 88

22b. En wanneer krijgt u die hulp? Is dat: ENQ.: mogelijkheden oplezen.		
	ja	nee
1. door-de-week overdag	1	2
2. door-de-week 's avonds	1	2
3. in het weekend	1	2

22c. Kunt u zeggen, zo ongeveer, hoeveel uur per week u in totaal huishoudelijke hulp krijgt? ENQ.: totaal aantal uren per week noteren; opgaven per maand omrekenen.	- per week
	- weet niet 88

23. Wat vindt u over het algemeen van de kwaliteit van de huishoudelijke hulp? Dus niet of die wel of niet voldoende is, maar wel of de manier waarop u geholpen wordt goed is, wel gaat, niet zo goed of slecht is.	- goed 1
	- gaat wel 2
	- niet zo goed 3
	- slecht 4
	- weet niet 8

<p>24a. Kon u gemakkelijk informatie over huishoudelijke hulp krijgen?</p>	<p>- ja 1 - nee 2</p>
<p>24b. Vindt u de wijze van aanmelding voor deze huishoudelijke hulp wel of niet duidelijk, of zegt u: het gaat wel?</p>	<p>- wel duidelijk 1 - gaat wel 2 - niet duidelijk 3 - weet niet 8</p>
<p>24c. Als u helemaal zelf de hoeveelheid huishoudelijke hulp zou mogen kiezen, wat zou u dan kiezen; waarmee zou u het meest gebaat zijn? Bijvoorbeeld korter per keer, maar wel vaker dan nu. Of: langer én vaker. Het gaat dus om het aantal keer zowel als de duur per keer. ENQ.: zowel in de kolom 'aantal keer' en 'duur per keer' één code omcirkelen.</p>	<p><u>aantal keer</u> - vaker 1 - even vaak 2 - minder vaak 3 - weet niet 8</p> <p><u>duur per keer</u> - langer 1 - even lang 2 - korter 3 - weet niet 8</p>
<p>24d. Komt de huishoudelijke hulp over het algemeen op het goede tijdstip? ENQ.: bedoeld is dus het moment op de dag.</p>	<p>- ja 1 - nee 2 - weet niet 8</p>
<p>25a. Wat vindt u van de gegeven huishoudelijke hulp? Is deze voldoende?</p>	<p>- ja, voldoende 1 - nee, niet voldoende 2 - weet niet 8</p>
<p>25b. Hoe zou u de soort huishoudelijke hulp zorg die u geboden wordt noemen: passend, een beetje passend of niet zo passend? En met passend bedoelen we dan afgestemd op uw persoonlijke situatie?</p>	<p>- passend 1 - beetje passend 2 - niet zo passend 3 - weet niet 8</p>
<p>25c. En de manier waarop de huishoudelijke hulp met u omgaat, u tegemoet treedt: vindt u die goed, redelijk goed, niet zo goed of slecht?</p>	<p>- goed 1 - redelijk goed 2 - niet zo goed 3 - slecht 4 - weet niet/wisselt 8</p>
<p>25d. Worden de werkzaamheden wel of niet altijd, of nooit naar uw zin uitgevoerd door de huishoudelijke hulp?</p>	<p>- wel altijd 1 - niet altijd 2 - nooit 3 - weet niet/wisselt 8</p>
<p>25e. Weet u waar u met eventuele klachten over de huishoudelijke hulp terecht kunt?</p>	<p>- ja, namelijk bij: 1 - nee 2</p>
<p>25f. Is er een bezigheid of zijn er bezigheden, waarbij u nu door de huishoudelijke hulp wordt geholpen, wat eigenlijk niet nodig is?</p>	<p>- nee 0 - ja, één enkele bezigheid 1 - ja, diverse bezigheden 2 - weet niet 8</p>

26. Wat zijn de kosten die u uiteindelijk gemiddeld <u>zelf</u> moet betalen voor huishoudelijke hulp? ENQ.: het gaat om de kosten die men geheel uit eigen zak moet betalen (dus na aftrek van event. subsidie e.d.); de bedragen kunnen worden opgegeven per week, per maand of per jaar (in hele gulden).	- f per week
	- f per maand
	- f per jaar
	- weet niet 888

ENQ.: indien respondent zowel verpleegkundige als huishoudelijke hulp ontvangt ('ja' bij vraag 15a en bij vraag 21a), deze vragen 27a + b afwerken; anders door naar vraag 28.	
27a. Zijn de hulpverleners van deze twee instellingen, dus van (wijk-)verpleging en gezinszorg, op de hoogte van elkaars aanwezigheid?	- ja 1 - nee 2 - weet niet 8
27b. Vindt er, naar u weet, overleg plaats tussen de hulpverleners van deze twee instellingen over de hulp aan u?	- ja 1 - nee 2 - weet niet 8

ENQ.: weer voor iedereen.	- goed 1
28. Als u alles overziet, wat vindt u dan in het algemeen van de kwaliteit van de professionele zorg, die u direct ontvangt? Omschrijft u die als goed, gaat wel, niet zo goed of slecht?	- gaat wel 2 - niet zo goed 3 - slecht 4 - weet niet 8

29a. Heeft u op het moment contact met vrijwilligers van het georganiseerd vrijwilligerswerk?	- ja, wel contact 1 - nee, geen contact 2 → vr.31
ENQ.: indien ja bij vraag 29a.	
29b. Waaruit bestaat het contact met de vrijwilligers? Is dit hoofdzakelijk voor de gezelligheid, voor huishoudelijke hulp, voor klusjes, voor vervoer, voor activiteiten of voor nog iets anders? ENQ.: meerdere antwoorden mogelijk.	- gezelligheidscontact 1 - huishoudelijke hulp 2 - klusjes 3 - vervoer 4 - activiteiten 5 - anders, nl.: 6

30. Wat vindt u over het algemeen van de kwaliteit van de vrijwilligershulp? Dus niet of die wel of niet voldoende is, maar wel of de manier waarop u geholpen wordt goed is, wel gaat, niet zo goed of slecht is.	- goed 1 - gaat wel 2 - niet zo goed 3 - slecht 4 - weet niet 8
--	--

31. Nu zou ik u graag iets willen vragen over huishoudelijke en dagelijkse bezigheden. Ik wil graag weten wat u zelf doet, al dan niet met moeite, welke mensen u hierbij eventueel helpen en hoe vaak.

31a. We beginnen met boodschappen doen. Uw boodschappen, kunt u die zelf zonder moeite doen, kunt u die zelf met moeite doen, kunt u die zelf met veel moeite doen, doet u die niet zelf omdat u het niet gewend bent of kunt u die niet zelf doen vanwege uw gezondheid? Op dit kaartje staan de 5 antwoordmogelijkheden die ik u net noemde en waaruit u kunt kiezen.

ENQ.: overhandig **KAART 3** ; antwoord noteren in onderstaand schema.

31b. Welke van de mensen in uw omgeving die op dit kaartje staan helpen u altijd of meestal met boodschappen doen en welke personen helpen daarbij af en toe?

ENQ.: toon respondent **KAART 4** ; meerdere antwoorden mogelijk; antwoorden noteren in onderstaand schema: a = helpt/helpen altijd of meestal
b = helpt/helpen af en toe.

	bood- schappen doen	ontbijt klaar- maken	warme maaltijd bereiden	af- wassen	bed opmaken
a-vraag; wijze waarop					
- zelf zonder moeite	1	1	1	1	1
- zelf met moeite	2	2	2	2	2
- zelf met veel moeite	3	3	3	3	3
- niet zelf, niet gewend/hoeft niet meer	4	4	4	4	4
- niet zelf vanwege gezondheid	5	5	5	5	5
b-vraag; hulpverleners					
1. partner	a b	a b	a b	a b	a b
2. andere huisgenoten	a b	a b	a b	a b	a b
3. dochter(s)	a b	a b	a b	a b	a b
4. zoon/zonen	a b	a b	a b	a b	a b
5. kleinkinderen	a b	a b	a b	a b	a b
6. andere familie	a b	a b	a b	a b	a b
7. buren	a b	a b	a b	a b	a b
8. vrienden/kennissen	a b	a b	a b	a b	a b
9. gezinszorg/alpha-hulp	a b	a b	a b	a b	a b
10. particuliere hulp	a b	a b	a b	a b	a b
11. (wijk)verpleegkundige/ ziekenverzorgende	a b	a b	a b	a b	a b
12. personeel tehuis	a b	a b	a b	a b	a b
13. vrijwilliger	a b	a b	a b	a b	a b
14. nog iemand anders	a b	a b	a b	a b	a b

31c. En welke situatie is van toepassing met betrekking tot het ontbijt klaarmaken?

ENQ.: beantwoording via **KAART 3** ; antwoord in bovenstaande tabel noteren.

31d. En van wie krijgt u daarbij meestal en van wie krijgt u daarbij af en toe hulp?

ENQ.: **KAART 4** voorleggen ; meerdere antwoorden mogelijk; antwoorden noteren in bovenstaand schema: a = helpt/helpen altijd of meestal
b = helpt/helpen af en toe.

31e. ENQ.: werk op dezelfde manier deze twee vragen af voor de bezigheden:

- warme maaltijd bereiden
- afwassen
- bed opmaken
- bed verschonen
- stof afnemen
- poetsen/stofzuigen van het huis
- grote was/strijken
- vuilnis buiten zetten

antwoorden onderbrengen in voorgaande tabel op p.10

antwoorden noteren in schema hierna.

	bed ver- schonen	stof afnemen	poetsen/ stof- zuigen	grote was/ strijken	vuilnis buiten zetten
a-vraag; wijze waarop					
- zelf zonder moeite	1	1	1	1	1
- zelf met moeite	2	2	2	2	2
- zelf met veel moeite	3	3	3	3	3
- niet zelf, niet gewend/hoeft niet meer	4	4	4	4	4
- niet zelf vanwege gezondheid	5	5	5	5	5
b-vraag; hulpverleners					
1. partner	a b	a b	a b	a b	a b
2. andere huisgenoten	a b	a b	a b	a b	a b
3. dochter(s)	a b	a b	a b	a b	a b
4. zoon/zonen	a b	a b	a b	a b	a b
5. kleinkinderen	a b	a b	a b	a b	a b
6. andere familie	a b	a b	a b	a b	a b
7. buren	a b	a b	a b	a b	a b
8. vrienden/kennissen	a b	a b	a b	a b	a b
9. gezinszorg/alpha-hulp	a b	a b	a b	a b	a b
10. particuliere hulp	a b	a b	a b	a b	a b
11. (wijk)verpleegkundige/zieken- verzorgende	a b	a b	a b	a b	a b
12. personeel tehuis	a b	a b	a b	a b	a b
13. vrijwilliger	a b	a b	a b	a b	a b
14. nog iemand anders	a b	a b	a b	a b	a b

32a. Als u al de nu genoemde huishoudelijke en dagelijkse bezigheden overziet, vindt u dan dat u de laatste 3 maanden wel of niet genoeg hulp krijgt, of gaat het net?

- genoeg hulp 1 → vr.32c
- het gaat net 2
- niet genoeg hulp 3
- geen hulp nodig 4 → vr.32c
- weet niet 8 → vr.32c

ENQ.: indien het gaat net of niet genoeg hulp bij vraag 32a.

32b. Bij welke bezigheden zou u graag meer hulp hebben? Wilt u met de hulp van dit kaartje de (maximaal 3) belangrijkste noemen?

- a. (nummer noteren)
- b. (nummer noteren)
- c. (nummer noteren)

ENQ.: **KAART 5** overhandigen.

32c. Kunt u ongeveer zeggen hoeveel uur per week u hulp krijgt van naaste familie, vrienden/kennissen of buren bij deze huishoudelijke bezigheden?

- uur per week
- weet niet 88

ENQ.: totaal aantal uren per week letterlijk noteren; opgaven per maand omrekenen.

33a. Volgens dezelfde methode van daarnet wil ik u een aantal vragen stellen betreffende de persoonlijke verzorging. De vraag is weer eerst wat u zelf kunt doen, al dan niet zonder moeite, en dan welke mensen u eventueel helpen en hoe vaak. We beginnen met gezicht en handen wassen.

ENQ.: let u goed op dat u nu **KAART 6** gebruikt om de hulpbehoefte vast te stellen (a-vraag); de hulpverleners kunt u weer vaststellen via **KAART 4**, waarbij
 a = helpt/helpten altijd of meestal,
 b = helpt/helpten af en toe.

	gezicht/ handen wassen	aan- en uit- kleden	zitten en opstaan	in en uit bed	eten en drinken
a-vraag; wijze waarop					
- zelf zonder moeite	1	1	1	1	1
- zelf met moeite	2	2	2	2	2
- zelf met veel moeite	3	3	3	3	3
- niet zelf vanwege gezondheid	4	4	4	4	4
b-vraag; hulpverleners					
1. partner	a b	a b	a b	a b	a b
2. andere huisgenoten	a b	a b	a b	a b	a b
3. dochter(s)	a b	a b	a b	a b	a b
4. zoon/zonen	a b	a b	a b	a b	a b
5. kleinkinderen	a b	a b	a b	a b	a b
6. andere familie	a b	a b	a b	a b	a b
7. burens	a b	a b	a b	a b	a b
8. vrienden/kennissen	a b	a b	a b	a b	a b
9. gezinszorg/alpha-hulp	a b	a b	a b	a b	a b
10. particuliere hulp	a b	a b	a b	a b	a b
11. (wijk)verpleegkundige/ ziekenverzorgende	a b	a b	a b	a b	a b
12. personeel tehuis	a b	a b	a b	a b	a b
13. vrijwilliger	a b	a b	a b	a b	a b
14. nog iemand anders	a b	a b	a b	a b	a b

33b. ENQ.: werk op dezelfde manier, als voor gezicht en handen wassen, deze twee vragen af voor de bezigheden:

- aan- en uitkleden
- gaan zitten en opstaan
- in en uit bed stappen
- eten en drinken
- toilet bezoek
- zich volledig wassen/baden, douchen
- zich binnenshuis verplaatsen
- zich buitenshuis verplaatsen
- trap lopen;

antwoorden onderbrengen in bovenstaande tabel

antwoorden noteren in het schema op de volgende pagina

NB: het gaat er om of de respondent het kan of zou kunnen indien niet van toepassing (sommige woningen hebben bijvoorbeeld geen trap).

(vervolg vraag 33b)	toilet bezoek	zich was- sen/baden, douchen	binnens- huis ver- plaatsen	buitens- huis ver- plaatsen	trap lopen
a-vraag; wijze waarop					
- zelf zonder moeite	1	1	1	1	1
- zelf met moeite	2	2	2	2	2
- zelf met veel moeite	3	3	3	3	3
- niet zelf wegens gezondheid	4	4	4	4	4
b-vraag; hulpverleners					
1. partner	a b	a b	a b	a b	a b
2. andere huisgenoten	a b	a b	a b	a b	a b
3. dochter(s)	a b	a b	a b	a b	a b
4. zoon/zonen	a b	a b	a b	a b	a b
5. kleinkinderen	a b	a b	a b	a b	a b
6. andere familie	a b	a b	a b	a b	a b
7. bureu	a b	a b	a b	a b	a b
8. vrienden/kennissen	a b	a b	a b	a b	a b
9. gezinszorg/alpha-hulp	a b	a b	a b	a b	a b
10. particuliere hulp	a b	a b	a b	a b	a b
11. (wijk)verpleegkundige/ ziekenverzorgende	a b	a b	a b	a b	a b
12. personeel tehuis	a b	a b	a b	a b	a b
13. vrijwilliger	a b	a b	a b	a b	a b
14. nog iemand anders	a b	a b	a b	a b	a b

33c. Als de volgende bezigheden van toepassing zijn worden dit de laatste 4 zaken waarvoor ik één en ander met u wil nagaan.

EMQ.: voor zover van toepassing op dezelfde manier als hier eerder de twee vragen afwerken voor de bezigheden:

- medicijnen innemen, spuiten van insuline etc.
 - wond verzorgen
 - voeten verzorgen, nagels knippen
 - elastische kousen aantrekken
- indien nvt in onderstaande tabel code 5 omcirkelen.

	medicijnen innemen	wond- ver- zorgen	voeten ver- zorgen	elastische kousen aantrekken
a-vraag; wijze waarop				
- zelf zonder moeite	1	1	1	1
- zelf met moeite	2	2	2	2
- zelf met veel moeite	3	3	3	3
- niet zelf wegens gezondheid	4	4	4	4
- niet van toepassing	5	5	5	5
b-vraag; hulpverleners				
1. partner	a b	a b	a b	a b
2. andere huisgenoten	a b	a b	a b	a b
3. dochter(s)	a b	a b	a b	a b
4. zoon/zonen	a b	a b	a b	a b
5. kleinkinderen	a b	a b	a b	a b
6. andere familie	a b	a b	a b	a b
7. bureu	a b	a b	a b	a b
8. vrienden/kennissen	a b	a b	a b	a b
9. gezinszorg/alpha-hulp	a b	a b	a b	a b
10. particuliere hulp	a b	a b	a b	a b
11. (wijk)verpleegkundige/ziekenverzorgende	a b	a b	a b	a b
12. personeel tehuis	a b	a b	a b	a b
13. vrijwilliger	a b	a b	a b	a b
14. nog iemand anders	a b	a b	a b	a b

<p>33d. Doet u oefeningen of bewegingen met het oog op uw lichamelijke conditie? ENQ.: invullen in navolgend schema.</p>																																			
<p>33e. Wie helpt of helpen u bij deze bezigheid? ENQ.: invullen in navolgend schema.</p>																																			
<p>a-vraag; van toepassing</p> <ul style="list-style-type: none"> - van toepassing - nvt, zou graag willen - niet van toepassing <p>b-vraag; hulpverleners</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. partner 2. andere huisgenoten 3. dochter(s) 4. zoon/zonen 5. kleinkinderen 6. andere familie 7. buren 8. vrienden/kennissen 9. gezinszorg/alpha-hulp 10. particuliere hulp 11. (wijk)verpleegkundige/ziekenverzorgende 12. personeel tehuis 13. vrijwilliger 14. nog iemand anders 	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">oefeningen/ bewegingen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td>3</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> <tr><td>a</td><td>b</td></tr> </tbody> </table>	oefeningen/ bewegingen			1		2		3	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
oefeningen/ bewegingen																																			
	1																																		
	2																																		
	3																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
a	b																																		
<p>34a. Als u al deze laatste bezigheden overziet, vindt u dan dat u de laatste 3 maanden wel of niet genoeg hulp krijgt, of gaat het net?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - genoeg hulp 1 → vr.34c - het gaat net 2 - niet genoeg hulp 3 - geen hulp nodig 4 → vr.34c - weet niet 8 → vr.34c 																																		
<p>ENQ.: indien het gaat net of niet genoeg hulp bij vraag 34a.</p> <p>34b. Bij welke bezigheden zou u graag meer hulp hebben? Wilt u met de hulp van dit kaartje de (maximaal 3) belangrijkste noemen?</p> <p>ENQ.: KAART 7 overhandigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a. (nummer noteren) - b. (nummer noteren) - c. (nummer noteren) 																																		
<p>34c. Kunt u ongeveer zeggen hoeveel uur per week u hulp krijgt van naaste familie, vrienden/kennissen of buren bij deze laatste bezigheden betreffende de persoonlijke verzorging?</p> <p>ENQ.: totaal aantal uren per week letterlijk noteren; opgaven per maand terugvoeren op weekniveau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - uur per week - weet niet 88 																																		
<p>35a. En tot besluit van dit onderwerp: is er <u>EEN</u> persoon in uw omgeving die, wat hulp in het algemeen betreft, het belangrijkste voor u is? Ik denk nu niet aan een professionele hulpverlener, maar aan iemand uit uw familie- of kennissenkring.</p> <p>ENQ.: maar één antwoord mogelijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - partner 01 → vr.36 - een dochter 02 - een zoon 03 - een kleinkind 04 - ander familielid 05 - een vriend/Kennis 06 - buren 07 - nog iemand anders 08 - nee, niemand 09 → vr.36 - nee, meer mensen zijn even belangrijk 10 → vr.36 - weet niet 88 → vr.36 																																		

ENQ.: indien één 'centrale verzorger' buiten het huishouden; anders door naar vraag 36.

35b. In het kader van dit onderzoek zouden we ook hem/haar graag enkele vragen willen stellen. Als u daar geen bezwaar tegen heeft, wilt u mijn dan opgeven hoe we hem/haar kunnen bereiken.

- Naam centrale verzorger: m / v

- Adres : Postcode :

- Plaats : Telefoonnr:.....

ENQ.: gaarne zo volledig mogelijk noteren.

35c. Weet u, zo bij benadering, de leeftijd van deze persoon?	- man van jaar - vrouw van jaar
35d. En is hij of zij gehuwd/samenwonend, weduwe/weduwenaar, gescheiden of ongehuwd?	- gehuwd of samenwonend 1 - weduwe of weduwenaar 2 - gescheiden 3 - ongehuwd (nooit gehuwd geweest) 4 - weet niet 8

36. Ik lees u nu een aantal uitspraken voor en mijn vraag aan u is, of u van iedere uitspraak wilt aangeven of u het daar mee eens bent of oneens bent.

ENQ.: uitspraken stuk voor stuk oplezen; zonedig nog eens herhalen.

	wel mee eens	niet mee eens	weet niet
1. ik heb liever hulp van een beroepskracht dan van mensen uit mijn naaste omgeving	1	2	8
2. het is normaal dat kinderen, als ze kunnen, hun ouders helpen	1	2	8
3. pas als andere mogelijkheden zijn uitgeput, zou men een beroeps-kracht mogen inschakelen	1	2	8
4. ik vind het gemakkelijker om hulp te vragen bij mensen uit mijn omgeving dan bij beroepskrachten	1	2	8
5. ik heb liever hulp van mensen uit mijn naaste omgeving dan van een beroepskracht	1	2	8
6. ik vind het niet moeilijk om, als dit nodig is, hulp te vragen	1	2	8
7. hulp vragen bij een beroepskracht vind ik gemakkelijker dan mensen uit mijn eigen omgeving	1	2	8

37. We naderen nu aardig het eind van deze enquête. Als voorlaatste onderwerp wil ik u graag nog enkele wat meer persoonlijke gegevens vragen.

37a. ENQ.: noteer zonder te vragen het geslacht van de respondent.

- vrouw 1
- man 2

37b. In welk jaar bent u geboren?

- geboortjaar:

37c. Wat is uw burgerlijke staat?
Bent u:
ENQ.: antwoordmogelijkheden oplezen.

- gehuwd of samenwonend met vaste partner 1
- weduwe/weduwenaar 2
- gescheiden 3 → vr.38
- nooit gehuwd geweest 4

ENQ.: indien partner bij vraag 37c; anders door naar vraag 38.

37d. Wat is van die andere persoon het geslacht en de leeftijd?

- vrouw 1 - leeftijd: jaar
- man 2 - leeftijd: jaar

38. Ik wil ook graag enkele vragen stellen over uw financiële situatie.

ENQ.: sonodig het belang onderstrepen en de kwestie van de vertrouwelijkheid naar voren brengen.

<p>38a. Kunt u zeggen hoe hoog het inkomen is van uzelf (en uw eventuele partner) per maand? Het gaat om het netto inkomen, zonder bijzondere extra inkomsten als vakantiegeld e.d..</p> <p>ENQ.: de AOW bedraagt:</p> <ul style="list-style-type: none"> . f 1.113 voor één persoon . f 799 per persoon voor een echtpaar waarvan beide ouder zijn dan 65 jaar (= f 1.598 samen) . f 1.591 voor een echtpaar waarvan slechts één persoon ouder is dan 65 jaar. 	- minder dan AOW	01
	- ongeveer AOW	02
	- AOW plus max. 100	03
	- AOW plus 100 à 200	04
	- AOW plus 200 à 300	05
	- AOW plus 300 à 450	06
	- AOW plus 450 à 750	07
	- AOW plus meer dan 750	08
	- weet niet	88
	- geen opgave/wil niet zeggen	99
<p>38b. Wat vindt u van uw vrij besteedbaar inkomen - is dat ruim voldoende, voldoende, net genoeg, te weinig of veel te weinig?</p>	- ruim voldoende	1
	- voldoende	2
	- net genoeg	3
	- te weinig	4
	- veel te weinig	5
- weet niet	8	

39. Dan zijn we nu echt toe aan de allerlaatste vragen. De nu eerstvolgende vraag bestaat uit een aantal situaties. Mensen reageren vaak heel verschillend als zij met problemen of onplezierige gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet, hangt sterk af van het probleem of van de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men over het algemeen wat vaker op de ene manier dan op de andere. Ik noem u nu een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. Wilt u van iedere situatie aangeven hoe vaak u in het algemeen zo reageert?

ENQ.: KAART 8 als geheugensteun tonen.	zo reageer ik in het algemeen				
	zelden of nooit	soms	vaak	zeer vaak	weet niet
1. je ergernis laten blijken	1	2	3	4	8
2. de zaken somber inzien	1	2	3	4	8
3. laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem					
4. toegeven om moeilijke situaties te vermijden	1	2	3	4	8
5. je neerleggen bij de gang van zaken	1	2	3	4	8
6. je zorgen met iemand delen	1	2	3	4	8
7. direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn	1	2	3	4	8
8. problemen als een uitdaging zien	1	2	3	4	8
9. je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan	1	2	3	4	8
10. afleiding zoeken	1	2	3	4	8
11. een probleem van alle kanten bekijken	1	2	3	4	8
12. moeilijke situaties zo veel mogelijk uit de weg gaan	1	2	3	4	8
13. verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen	1	2	3	4	8
14. doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen	1	2	3	4	8
15. piekeren over het verleden	1	2	3	4	8
16. iemand om hulp vragen	1	2	3	4	8
17. de zaken eerst op een rij zetten	1	2	3	4	8
18. je geheel en al in beslag laten nemen door problemen	1	2	3	4	8
19. aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	1	2	3	4	8
20. op de een of andere manier proberen je wat prettiger te voelen	1	2	3	4	8
21. je bedenken dat anderen het ook weleens moeilijk hebben	1	2	3	4	8
22. je bedenken dat na regen zonnenschijn komt	1	2	3	4	8
23. je gevoelens tonen	1	2	3	4	8
24. troost en begrip zoeken	1	2	3	4	8
25. laten merken dat je ergens mee zit	1	2	3	4	8
26. je niet in staat voelen om iets te doen	1	2	3	4	8

40. Tot besluit noem ik u een serie uitspraken over gezondheid en ziekte. Zou u voor elke uitspraak die ik voorlees willen aangeven in welke mate u het daar al dan niet mee eens bent. Het gaat om uw eerste reactie en de antwoordmogelijkheden staan op dit kaartje.

ENQ.: **KAART 9** voorleggen.

	beslist		enigs- zins		enigs- zins		beslist	
	mee eens	mee eens	mee eens	mee oneens	mee oneens	mee oneens	mee oneens	weet niet
1. wat ik ook doe, ziek word ik waarschijnlijk toch	1	2	3	4	5	6	8	
2. als ik ziek ben ligt het aan mezelf hoe snel ik beter word	1	2	3	4	5	6	8	
3. mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk	1	2	3	4	5	6	8	
4. als ik van een ziekte herstel heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts	1	2	3	4	5	6	8	
5. als ik me niet goed voel moet ik eigenlijk een arts raadplegen	1	2	3	4	5	6	8	
6. als ik goed voor mijzelf zorg kan ik ziektes voorkomen	1	2	3	4	5	6	8	
7. wat betreft mijn gezondheid kan ik alleen maar doen wat de dokter zegt	1	2	3	4	5	6	8	
8. als ik ziek word, dan is dat mijn eigen schuld	1	2	3	4	5	6	8	
9. artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet	1	2	3	4	5	6	8	
10. hoe snel ik van een ziekte zal genezen wordt grotendeels bepaald door geluk	1	2	3	4	5	6	8	
11. mijn gezondheid wordt op de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe	1	2	3	4	5	6	8	
12. de meeste dingen waardoor ik ziek word overkomen mij bij toeval	1	2	3	4	5	6	8	
13. artsen bepalen mijn gezondheid	1	2	3	4	5	6	8	
14. ik heb mijn gezondheid in eigen hand	1	2	3	4	5	6	8	
15. de beste manier voor mij om ziektes te voorkomen is regelmatig de huisarts te raadplegen	1	2	3	4	5	6	8	
16. of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen	1	2	3	4	5	6	8	
17. het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen	1	2	3	4	5	6	8	
18. als ik ziek word, dan word ik het toch; daar kan niemand iets aan doen	1	2	3	4	5	6	8	

41. Hiermee zijn we aan het eind gekomen van het gesprek. Tenzij u nog andere opmerkingen heeft, want dan wil ik die nu graag noteren.

42. ENQ.: na afloop nog vastleggen.

naam enquêteur/enquêtrice:

datum gesprek : (dag) (maand)

volledige tijdsduur gesprek: (minuten)

ENQ.: heeft u niet vergeten het respondentnummer over te nemen in het kader linksboven op het voorblad van deze vragenlijst?

BIJLAGE 2
BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 3

ANALYSEMETHODEN DEELONDERZOEK BEWONERS

Partiële Discriminant Analyse met behulp van Canonische Correlatie Analyse

Van zowel de overledenen (N=88) als de levenden zijn de laatst bekende gegevens vergeleken. Van de levenden zijn de gegevens van de 5^e meting gebruikt (N=217). Op dit materiaal is een partiële discriminant analyse uitgevoerd met behulp van canonische correlatie analyse (CANALS) (van de Geer, 1988). Canonische correlatie-analyse berekent de correlatie tussen twee sets van variabelen. De twee sets bestaan uit enerzijds de indeling overleden versus levend (set 1), anderzijds de variabelen: inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, welbevinden, eenzaamheid en medische consumptie (set 2) (zie voor operationalisatie pagina 155 van deze bijlage). De variabelen uit set 2 zijn als ordinale variabelen in de analyse betrokken. In enkele gevallen ontbraken gegevens op bepaalde variabelen. Deze zijn vervangen door de waarde van de meest gescoorde antwoordcategorie op die variabele. In de partiële discriminant analyse is de correlatie tussen deze twee sets gecorrigeerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (covariaten). Deze covariaten zijn als numerieke variabelen in de analyse betrokken. De gecorrigeerde canonische correlatie tussen enerzijds overleden of nog levend en anderzijds inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, welbevinden, eenzaamheid en medische consumptie bedraagt .40.

(Multiple) Analyse van Covariantie met repeated measures ((M)ANCOVA)

Mancova en Ancova baseren zich op de gemiddelde scores van variabelen en de spreiding daaromheen. Ancova betreft één afhankelijke variabele, Mancova meer. Bij de berekening van het significante verschil tussen het Zorghuis en de controlegroep op de afhankelijke variabele wordt in de Ancova en Mancova-procedure rekening gehouden met verschillen van opgegeven onafhankelijke variabelen (zogenaamde covariaten). Dit betekent dat het uiteindelijke verschil ,

tussen het Zorghuis en de controlegroep het totale effect is, minus dat deel, dat toe te schrijven is aan verschillen vanwege die covariaten.

Omdat er in de onderzoeksopzet voor bewoners sprake is van meerdere meettijdstippen, is gewerkt met een specifieke procedure, namelijk Mancova met repeated measures*. Door deze procedure is het mogelijk te bezien of de twee groepen zich door de tijd verschillend hebben ontwikkeld wat betreft de afhankelijke variabelen (het zogenaamde 'groep bij tijd' effect). De in de analyse betrokken afhankelijke variabelen zijn: inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteit en medische consumptie. Voor de operationalisatie van deze variabelen wordt verwezen naar pagina 155 van deze bijlage. De afhankelijke variabele kwaliteit van zorg is slechts door een kleine groep respondenten ingevuld (namelijk diegenen die daadwerkelijk zorg krijgen) en daarom niet in de procedure als afhankelijke variabele opgenomen. Als covariaten zijn opgenomen: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat (als dummy-variabele), inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week. Hierbij moet opgemerkt worden, dat er tussen t_4 en t_5 een wijziging is gekomen in de AOW-uitkering. Hierdoor is op t_5 de variabele inkomen anders gescoord. Voor de (M)ANCOVA-analyses zijn daarom de inkomensgegevens van t_4 gebruikt ter bepaling van de inkomens op t_5 . Op actief coping gedrag bleken te veel mensen geen antwoord te hebben gegeven. Deze variabele is derhalve niet als covariaat meegenomen.

De Mancova-analyses zijn uitgevoerd voor die respondenten die aan alle 5 de metingen hebben deelgenomen en op alle betreffende variabelen een score hadden ($N=133$).

In de Mancova-analyses over vijf metingen zijn de variabelen welbevinden en eenzaamheid niet opgenomen, omdat zij slechts op 3 tijdstippen zijn gemeten. Als controle voor de uitkomsten is een Mancova voor deze drie metingen uitgevoerd, waarin wel de variabele welbevinden is opgenomen. Aangezien de variabele eenzaamheid voornamelijk als controle op de variabele welbevinden is opgenomen, is deze niet meegenomen in de procedure.

Tenslotte zijn per meting Ancova-analyses uitgevoerd op de afhankelijke variabelen afzonderlijk, om grafisch het verloop van de gemiddelden in de tijd te kunnen weergeven (gecorrigeerd voor de covariaten).

* polinomeaal contrast

Multiple Correspondentie Analyse (MCA)

Algemeen

MCA levert een projectie op van respondenten en antwoordcategorieën van variabelen als punten in een ruimte van een aantal van te voren opgegeven dimensies (in het onderhavige geval twee dimensies). Dit wil zeggen dat in beeld wordt gebracht welke kenmerken met elkaar samenhangen c.q. welke groepen respondenten van elkaar te onderscheiden zijn. Alle respondenten die in de analyse betrokken zijn, krijgen per dimensie een score toegekend, zodanig dat enerzijds respondenten met dezelfde kenmerken zo veel mogelijk bij elkaar clusteren op de twee dimensies, anderzijds respondenten die van elkaar verschillen een zo groot mogelijke afstand tot elkaar hebben. Ditzelfde geldt voor categorieën van variabelen. Ook deze worden op bovenstaande wijze gerangschikt in dezelfde tweedimensionale ruimte.

Voor iedere meting is een afzonderlijke MCA uitgevoerd, om te bezien of de structuur van de oplossing stabiel is, dat wil zeggen of de kenmerken op de verschillende metingen op dezelfde wijze met elkaar samenhangen. Deze afzonderlijke MCA's zijn uitgevoerd met en zonder welbevinden en eenzaamheid, omdat deze variabelen slechts op drie meettijdstippen zijn meegenomen. Voor de verschillende tijdstippen bleken de discriminatiewaarden en de eigenwaarden van de oplossingen nagenoeg aan elkaar gelijk te zijn. De dimensies die onderkend kunnen worden, zijn te benoemen als enerzijds gezondheid/welbevinden, anderzijds hulpbehoefte/medische consumptie.

Vervolgens zijn de gegevens van de vijf metingen onder elkaar gezet, zodat iedere nieuwe waarneming als een nieuwe proefpersoon is opgevat (N=1434). De oplossing heeft een fit van .61. De twee dimensies hebben een eigenwaarde van respectievelijk .395 en .213. Eenzelfde structuur is aanwezig als in de afzonderlijke MCA's. De in deze analyse gevonden dimensies zijn eveneens te benoemen als enerzijds gezondheid/welbevinden, anderzijds hulpbehoefte/medische consumptie. De MCA-analyse over alle vijf de metingen gezamenlijk wordt in dit rapport 'grote oplossing' genoemd.

Analyse overledenen - levenden

Voor de analyse van overledenen en levenden is (op basis van de 'grote oplossing') de volgende werkwijze gehanteerd:

De gemiddelden van de scores van de laatst bekende meting van de overledenen, onderscheiden naar indicatie, en van de levenden zijn op de twee dimensies bepaald. Deze gemiddelden geven de plaats van de overledenen -als totale groep en per indicatie- en levenden ten tijde van de laatst bekende meting aan op de dimensies gezondheid/welbevinden en hulpbehoefte/medische consumptie. Voor de levenden is dit, zoals gesteld, de 5^e meting.

Analyse tijdstrajecten

Voor de analyse van de tijdstrajecten is de volgende werkwijze gehanteerd. Per meettijdstip zijn de gemiddelde scores van de respondenten per groep en per indicatie op de twee dimensies (gezondheid/welbevinden respectievelijk hulpbehoefte/medische consumptie) bepaald. Deze gemiddelde scores geven per tijdstip de plaats van de groepen respondenten aan op de twee dimensies. De verbanden tussen de tijdstippen geven het verloop over de tijd aan.

OPERATIONALISATIE EN VARIABELENCONSTRUCTIE

In deze bijlage worden de operationalisatie van de begrippen uit de vragen van de vraagstelling (afhankelijke variabelen), de operationalisatie van verschillende (demografische) kenmerken die voor de controle zijn gebruikt (covariaten) en de constructie van variabelen, zoals in de analyses gebruikt, weergegeven. Operationalisatie en constructie van nieuwe variabelen heeft plaatsgevonden op basis van het overleg met de diverse onderzoeksinstellingen die betrokken zijn bij de evaluatie van het landelijk demonstratieproject. De constructie van variabelen heeft voor alle meettijdstippen op dezelfde wijze plaatsgevonden. Per variabele wordt aangegeven welke vraag of vragen uit de vragenlijst (zie bijlage 1) gebruikt is of zijn.

Afhankelijke variabelen

De variabele *Inschatting van de Gezondheid* is gemeten met behulp van de standaardvraag 'Wat vindt u zelf van uw gezondheid?' (in de vragenlijst vraagnummer 8). De antwoordcategorieën zijn: gezond, redelijke gezond, matig gezond en niet gezond. Voor de analyses zijn de oorspronkelijke categorieën gehercodeerd: 1 is goed gezond, 2 is redelijk gezond en 3 is matig tot slecht gezond.

De variabele *Aantal Lichamelijke Problemen* is gevraagd met behulp van een lijst van 13 lichamelijke problemen (in de vragenlijst genummerd vraag 9.1 tot en met 9.13). Deze indeling is afkomstig van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1987). Gevraagd is of de respondenten last hebben van deze problemen en of ze ervoor onder behandeling zijn. Voor de analyses is alleen gebruik gemaakt van de dichotomisering wel last versus geen last. De verschillende lichamelijke problemen zijn op twee manieren tot één nieuwe variabele gevormd. Voor de presentatie in de frequentietabellen en in de MCA-analyse zijn 3 groepen lichamelijke problemen onderscheiden, namelijk motorische problemen (handen, voeten, rug, duizelingen), problemen met zintuigen (ogen, oren, spraak) en problemen met organen (hart, longen en incontinentieproblemen). Deze groepen zijn vervolgens gesommeerd: 1 is geen problemen, 2 is problemen op een groep, 3 is problemen op twee of drie groepen. Voor de Mancova-analyse zijn de

lichamelijke problemen waar men last van heeft opgeteld. De range van deze variabele is 0 (geen problemen) tot en met 13 (overal last van).

De variabele *Aantal Psychosomatische Klachten* is gemeten met behulp van een, door de onderzoekers samengestelde, lijst van 8 klachten (in de vragenlijst genummerd 11.1 tot en met 11.8). Gevraagd is hoe vaak men last heeft van deze klachten, vaak last, af en toe last en zelden of nooit last. Voor de analyses zijn de antwoordcategorieën gedichotomiseerd naar vaak last en af en toe/zelden of nooit last. De antwoordcategorie vaak last is opgeteld. De range is 0 (geen klachten) tot 8 (van alle 8 klachten last). Voor de Mancova-analyses is gebruik gemaakt van de oorspronkelijke range, voor de frequentieverdelingen en de MCA-analyses is de oorspronkelijke range gecategoriseerd: 1 is geen last, 2 is last van een klacht, 3 is last van twee of meer klachten.

De variabele *Hulpbehoefte* is geconstrueerd uit een lijst met Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en een lijst met Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL)*. De ADL-lijst bestaat uit de volgende verrichtingen (tussen haakjes het vraagnummer in de vragenlijst): gezicht/handen wassen (33a.1), aan- en uitkleden (33b.2), zitten en opstaan (33b.3), in en uit bed stappen (33b.4), eten en drinken (33b.5), toilet bezoek (33b.6) en zich wassen/baden of douchen (33b.7). De antwoordcategorieën voor deze verrichtingen zijn zelf zonder moeite (1), zelf met moeite (2), zelf met veel moeite (3) en niet zelf vanwege de gezondheid (4). Opgemerkt moet worden dat in deze ADL-lijst geen mobiliteitsverrichtingen zijn opgenomen. Deze zijn tot een afzonderlijk variabele gesommeerd (zie bij Mobiliteitsproblemen). De variabele Hulpbehoefte heeft dan ook geen betrekking op de mobiliteit.

De HDL-lijst bestaat uit de volgende verrichtingen: boodschappen doen (31b.1), ontbijt klaarmaken (31c.2), warme maaltijd bereiden (31e.3), afwassen (31e.4), bed verschonen (31e.6), stof afnemen (31e.7), poetsen/stofzuigen (31e.8) en de grote was doen/strijken (31e.9). De antwoordcategorieën voor de HDL-verrichtingen zijn: zelf zonder moeite (1), zelf met moeite (2), zelf met veel moeite (3), niet zelf, niet gewend/hoeft niet meer (4) en niet zelf vanwege de gezondheid (5). Omdat het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden geslachtsgebonden

* Er wordt hierbij uitgegaan dat hulpbehoefte bepaald wordt door een combinatie van ADL- en HDL-validiteit. Er is enig verschil tussen de mate van validiteit en de mate van hulpbehoefte mogelijk, maar deze lijkt, op basis van eerder onderzoek (Kwekkeboom, 1990) zeer gering.

kan zijn (zie Perenboom et al., 1987), is onderscheid gemaakt in de categorie 'niet zelf', namelijk het niet hoeven, niet gewend zijn en het niet kunnen vanwege gezondheidsproblemen.

Om tot de variabele Hulpbehoefte te komen, is een aantal bewerkingen op de ADL- en de HDL-lijst toegepast. Ten eerste is de HDL-antwoordcategorie 'niet zelf, niet gewend/hoeft niet meer' in een aantal gevallen omgecodeerd tot de antwoordcategorie 'niet zelf vanwege de gezondheid'. Deze omcodering heeft plaatsgevonden, indien de betreffende respondent aangaf voortdurend of met tussenpozen vanwege een aandoening, ziekte of handicap belemmerd te zijn in de dagelijkse bezigheden* (in de vragenlijst vraagnummer 10). De overweging hierbij is dat men, ook indien men wel aan deze werkzaamheden is gewend, deze niet zou kunnen uitvoeren door gezondheidsproblemen. Vervolgens zijn zowel voor de ADL-verrichtingen als voor de HDL-verrichtingen de antwoordcategorieën zelf met veel moeite en niet meer zelf vanwege de gezondheid gesommeerd en gehercodeerd tot de variabelen ADL-schaal en HDL-schaal (volgens Coolen, 1986). Bij de ADL-schaal zijn de antwoordcategorieën: 0 geringe problemen (geen enkele verrichting met veel moeite c.q. niet zelf), 1 matige problemen (1 of 2 verrichtingen met veel moeite c.q. niet zelf), 2 ernstige problemen (3 of 4 verrichtingen met veel moeite c.q. niet zelf) en 3 zeer ernstige problemen (5 of meer verrichtingen met veel moeite c.q. niet zelf).

Bij de HDL-schaal zijn de antwoordcategorieën: 0 geringe problemen (geen of 1 verrichting met veel moeite c.q. niet zelf), 1 matige problemen (2 of 3 verrichtingen met veel moeite c.q. niet zelf), 2 ernstige problemen (4 of 5 verrichtingen met veel moeite c.q. niet zelf) en 3 zeer ernstig (6 of meer verrichtingen met veel moeite c.q. niet zelf). Tenslotte is vanuit de HDL-schaal en de ADL-schaal de variabele Hulpbehoefte gedestilleerd op de volgende wijze:

- geringe problemen op de HDL- (0) en ADL-schaal (0): hulpbehoefte is geen;
- matige, ernstige of zeer ernstige problemen op de HDL-schaal (1, 2 of 3) en geen problemen op ADL-schaal (0): hulpbehoefte is matig;

* Opgemerkt moet worden, dat bij de derde meting de vraag naar belemmering niet is gesteld. In plaats daarvan zijn die respondenten omgecodeerd, die zowel op de eerste meting als op de tweede en vierde meting aangaven voortdurend of met tussenpozen belemmerd te zijn.

- geringe, matige, ernstige of zeer ernstige problemen op de HDL-schaal (0, 1, 2, 3) en matige problemen op de ADL-schaal (1) : hulpbehoefte is ernstig;
- geringe, matige, ernstige of zeer ernstige problemen op de HDL-schaal (0, 1, 2, 3) en ernstige of zeer ernstige problemen op de ADL-schaal (2 of 3): hulpbehoefte is zeer ernstig.

De variabele *Mobiliteitsproblemen* is geconstrueerd uit een drietal vragen naar mobiliteit, namelijk binnenshuis verplaatsen (vraagnummer 33b.8), buitenshuis verplaatsen (vraagnummer 33b.9) en traplopen (vraagnummer 33b.10). De antwoordcategorieën zijn zelf zonder moeite (1), zelf met moeite (2), zelf met veel moeite (3) en niet zelf vanwege de gezondheid (4). De antwoordcategorieën zelf met veel moeite (3) en niet zelf (4) zijn gesommeerd tot een nieuwe variabele *Mobiliteitsproblemen*, met als antwoordcategorieën 1 geringe problemen (geen handeling met veel moeite c.q. niet zelf), 2 matige problemen (1 handeling met veel moeite c.q. niet zelf), 3 ernstige problemen (2 handelingen met veel moeite c.q. niet zelf) en 4 zeer ernstige problemen (alle 3 handelingen met veel moeite c.q. niet zelf).

Het *Welbevinden* van de ouderen is gemeten met behulp van de Schaal Subjectief Welzijn Ouderen (SSWO) van Tempelman (1987). Deze schaal bestaat uit 30 items (in de vragenlijst 7a tot en met 7j, 12.1 tot en met 12.10 en 14.1 tot en met 14.10). Deze items zijn tot 5 subschalen (gezondheid, weerbaarheid, zelfwaardering, optimisme en contacten) gesommeerd, waarna deze vijf subschalen vervolgens zijn gesommeerd tot de schaal *Welbevinden van Ouderen*, met een range van 0 tot 20. De waarde 0 geeft een zeer laag welbevinden aan, de waarde 20 een zeer hoog. Ten behoeve van de Mancova zijn de oorspronkelijke waarden gehanteerd, ten behoeve van de presentatie van de frequentietabellen en de MCA-analyse zijn de oorspronkelijke waarden gecategoriseerd naar 4 nieuwe waarden: 0 tot en met 6 is laag, 7 tot en met 9 is matig, 10 tot en met 12 is redelijk en 13 tot en met 20 is hoog.

De variabele *Intensiteit van Eenzaamheid* is gemeten met behulp van de Eenzaamheidsschaal (De Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985). Deze schaal bestaat uit 11 items (in de vragenlijst vraag 6.1 tot en met 6.11). Deze items zijn gesommeerd tot de schaal *Intensiteit van Eenzaamheid* met een range van 0 (zeer hoge intensiteit van eenzaamheid) tot en met 11 (zeer lage intensiteit van eenzaamheid). Voor de presentatie van de frequentietabellen en de MCA-analyse zijn de

oorspronkelijke waarden gecategoriseerd naar 5 nieuwe waarden: 0 tot en met 2 is zeer hoge intensiteit, 3 en 4 is hoge intensiteit, 5 en 6 is matige intensiteit, 7 en 8 is lage intensiteit en 9 tot en met 11 is zeer lage intensiteit.

De variabele *Medische Consumptie* is samengesteld uit het gebruik dat men de zes maanden voorafgaand aan de meting heeft gemaakt van vijf medische voorzieningen. Deze voorzieningen zijn: huisarts (vraagnummer 13.1), tandarts (vraagnummer 13.2), specialist (poliklinisch) (vraagnummer 13.3), RIAGG/psycholoog of psychiater (vraagnummer 13.4) en ziekenhuisopname (vraagnummer 13.9). Hierop is een sommatie van de antwoordcategorie ja toegepast voor de variabele *Medische Consumptie*, met een range van 0 tot 5. In verband met het geringe aantal respondenten in de betreffende categorieën zijn vervolgens de categorieën 4 en 5 samengenomen (4 of meer).

De variabele *Professionele Zorg* is samengesteld op basis van de (vooraf bekende) indicatie en de vragen of men zorg krijgt van wijkverpleging (vraagnummer 15a/b) en huishoudelijke zorg van de gezinsverzorging (vraagnummer 21a/b). De antwoorden op deze vragen, en de indicatie hebben geleid tot de volgende antwoordcategorieën van de variabele *Professionele Zorg*:

- geen professionele zorg;
- alleen zorg van de wijkverpleging;
- alleen zorg van de gezinszorg;
- zorg van zowel de wijkverpleging als van de gezinszorg (beide);
- zorg vanuit het verzorgingshuis*;
- zorg vanuit het verpleeghuis.

De variabele *Informele Zorg* is gebaseerd op de hulp die men krijgt bij ADL- en HDL-verrichtingen. Het betreft hier dezelfde ADL- en HDL-verrichtingen als genoemd onder de variabele *Hulpbehoefte*. Gevraagd is wie zo nu en dan en wie altijd of meestal zorg bij verrichtingen geeft. De personen/instellingen die genoemd kunnen worden variëren van partner tot personeel van het verzorgingsc.q. verpleeghuis. Tot de informele zorgverleners worden hier gerekend: partner, andere huisgenoten, dochter(s), zoon of zonen, kleinkinderen, andere familie, burens en vrienden of kennissen. Criterium voor de aanwezigheid van informele

* Op basis van de opzet van het experiment komt deze categorie niet voor bij de Zorghuisbewoners.

zorg is dat minstens een van voornoemde personen meestal of altijd moet helpen bij minimaal één van voornoemde ADL- of HDL-verrichtingen*.

De variabele *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is gemeten met behulp van directe vragen naar het oordeel over de kwaliteit. Deze vragen betreffen de kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg (vraagnummer 17), de kwaliteit van de gezinszorg (vraagnummer 23) en de kwaliteit van de zorg in het algemeen (vraagnummer 28). De antwoordcategorieën voor deze vragen zijn: goed (1), gaat wel (2), niet zo goed (3) en slecht (4).

Indien de respondent alleen wijkverpleegkundige zorg krijgt, is de variabele *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* gewaardeerd conform de waardering van de wijkverpleegkundige zorg. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de gezinszorg. Indien de respondent geen extramurale, maar wel intramurale zorg krijgt, is de waardering van de kwaliteit van zorg in het algemeen als score voor *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* genomen. Indien de respondent zowel wijkverpleegkundige als gezinszorg krijgt is tot de volgende keuze gekomen:

- indien zowel bij gezinszorg als wijkverpleging het oordeel over de kwaliteit goed (1 en 1) is: *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is goed;
- indien het oordeel over de wijkverpleging goed (1) is en over de gezinszorg gaat wel (2): *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is goed;
- indien het oordeel over de wijkverpleging goed (1) is en over de gezinszorg niet zo goed (3): *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is gaat wel;
- indien het oordeel over wijkverpleging gaat wel (2) is en over de gezinszorg goed, gaat wel of niet zo goed (1, 2 of 3): *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is gaat wel;
- indien het oordeel over de wijkverpleging niet zo goed (3) is en over de gezinszorg goed (1): *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is gaat wel;
- indien het oordeel over de wijkverpleging goed (1) is en over de gezinszorg slecht (4): *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is niet zo goed;
- indien het oordeel over de wijkverpleging gaat wel (2) is en over de gezinszorg slecht (4): *Oordeel over de Kwaliteit van Zorg* is niet zo goed;

* Hierbij is een sterker criterium gehanteerd dan in de rapportage over de eerste meting (Perenboom & Schroot, 1990a en ODO, 1989), alwaar ervan is uitgegaan dat informele zorg minimaal bij één handeling af en toe moet helpen.

- indien het oordeel over de wijkverpleging niet zo goed (3) is en over de gezinszorg gaat wel of niet zo goed (2 of 3): Oordeel over de Kwaliteit van Zorg is niet zo goed;
- indien het oordeel over de wijkverpleging slecht (4) is en over de gezinszorg goed (1): Oordeel over de Kwaliteit van Zorg is niet zo goed;
- indien het oordeel over de wijkverpleging niet zo goed (3) is en over de gezinszorg slecht: Oordeel over de Kwaliteit van Zorg is slecht;
- indien het oordeel over de wijkverpleging slecht is (4) en over de gezinszorg gaat wel, niet zo goed of slecht (2, 3 of 4): Oordeel over de Kwaliteit van Zorg is slecht.

Opgemerkt moet worden dat in deze samenvoeging van kwaliteitsoordelen tot de variabele Oordeel over de Kwaliteit van Zorg de prioriteit gelegd is bij de kwaliteit van de wijkverpleging. Dit is gebaseerd op de assumptie dat handelingen aan het lichaam (zoals verricht door wijkverpleegkundigen) belangrijker voor een oudere zijn dan huishoudelijke verrichtingen. Er is in de literatuur geen informatie bekend over een mogelijke indeling, zodat bovenstaande in dit rapport gehanteerd wordt.

De variabele *Oordeel over de Mate van Zorg* is gemeten met behulp van vragen of men van oordeel is dat er voldoende wijkverpleegkundige zorg is (vraagnummer 19a) en/of voldoende gezinsverzorging (vraagnummer 25a). De categorieën zijn: voldoende (1) en niet voldoende (2). Indien slechts een van beide zorgsoorten aanwezig is, is dat oordeel overgenomen voor de variabele Oordeel over de Mate van Zorg. Indien beide zorgsoorten aanwezig zijn zijn de antwoordcategorieën als volgt bepaald: bij voldoende wijkverpleging (1) en voldoende gezinszorg is het Oordeel over de Mate van Zorg voldoende, bij onvoldoende zorg van een van beide is het Oordeel over de Mate van Zorg wisselend, bij onvoldoende zorg van beide instellingen is het Oordeel over de Mate van Zorg onvoldoende.

De *Intensiteit van Wijkverpleegkundige Zorg* is gemeten met behulp van vraag 16c, de *Intensiteit van Gezinszorg* met behulp van vraag 22c. De antwoorden zijn gedichotomiseerd naar minder dan drie uur en drie uur of meer per week.

Covariaten

Tot de covariaten behoren de volgende variabelen: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding, gemiddeld aantal bezoekers per week en actief coping gedrag.

Voor de variabele *Leeftijd* is gevraagd naar het geboortjaar van de respondent (vraagnummer 37b). De leeftijd is berekend per jaar. Voor de Mancova-analyses zijn de originele scores gebruikt. Voor de presentatie in frequentietabellen en de MCA-analyses zijn 6 categorieën geformeerd: tot 69 jaar, 70 tot en met 74 jaar, 75 tot en met 79 jaar, 80 tot en met 84 jaar, 85 tot en met 89 jaar en 90 jaar en ouder.

De variabele *Geslacht* (vraagnummer 37a) kent als antwoordcategorieën vrouw en man.

De variabele *Burgerlijke Staat* (vraagnummer 37c) kent als antwoordcategorieën: gehuwd of samenwonend met vaste partner, weduwe/weduwenaar, gescheiden en nooit gehuwd geweest. Voor de presentatie in de frequentietabellen en de MCA-analyse zijn drie groepen geformeerd: gehuwd, gehuwd geweest en altijd ongehuwd geweest. Voor de Mancova-analyses zijn twee zogenaamde dummy-variabelen gemaakt, namelijk: wel of niet gehuwd en wel of niet gehuwd geweest.

Voor de variabele *Inkomen* is gevraagd naar het netto-inkomen van de respondent in relatie tot de AOW. De hoogte van de AOW is afhankelijk van de samenstelling en leeftijdsindeling van het huishouden. Hierdoor is de variabele *Inkomen* voor een belangrijk deel gecorrigeerd voor samenstelling van het huishouden. De antwoordcategorieën zijn tot drie groepen omgevormd: AOW of minder, inkomen tussen AOW + f 1,= en AOW + f 300,= en meer dan AOW + f 300,=.

De variabele *Opleiding* is gemeten met de vraag naar de hoogst genoten opleiding die men heeft afgesloten met succes. Deze vraag is niet opgenomen in de vragenlijst voor de 5^e meting, omdat aangenomen is, dat het opleidingsniveau op de leeftijd van de respondenten niet meer veranderd. Vier categorieën zijn gemaakt: lagere opleiding, uitgebreid lagere opleiding, middelbare opleiding en hogere opleiding.

De variabele *Actief Coping Gedrag* (probleemoplossend gedrag) tenslotte, is gemeten met behulp van een verkorte versie van de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs et al., 1984)(in de vragenlijst vraagnummer 39). Deze verkorte lijst (in

overleg met de samenstellers van de UCL opgesteld) bestaat uit 26 items. Via factoranalyse zijn 6 items geselecteerd, die het Actieve coping gedrag weergeven:

- direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn;
- problemen als een uitdaging zien;
- een probleem van alle kanten bekijken;
- verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen;
- doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen en
- de zaken eerst op een rij zetten.

De UCL geeft nog meer factoren, deze verschillen echter niet tussen het Zorghuis en de controlegroep. De variabele Actief Coping Gedrag is in de analyses niet meegenomen, omdat teveel respondenten de lijst niet hebben ingevuld (teveel missings).

KENMERKEN VAN E- EN C-GROEP

Tabel 1a Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding*, inkomen* en gemiddeld aantal bezoekers per week voor de gehele onderzoekspopulatie per meettijdstip (percentages)

kenmerk	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
leeftijd					
tot en met 69 jaar	3.6	2.9	3.3	3.7	1.8
70 tot en met 74 jaar	12.4	14.5	8.9	9.4	10.1
75 tot en met 79 jaar	26.4	28.6	28.1	28.8	26.3
80 tot en met 84 jaar	28.0	28.6	29.3	32.6	29.0
85 tot en met 89 jaar	23.6	20.3	24.1	21.3	28.1
90 jaar en ouder	6.0	5.1	6.3	4.1	4.6
totaal	100(n=364)	100(n=311)	100(n=270)	100(n=267)	100(n=217)
geslacht					
vrouw	70.2	72.3	73.7	73.0	73.7
man	29.8	27.7	26.3	27.0	26.3
totaal	100(n=369)	100(n=311)	100(n=270)	100(n=267)	100(n=217)
burgerlijke staat					
gehuwd	32.6	25.1	19.7	20.7	19.4
gehuwd geweest	58.2	66.9	71.7	72.2	72.2
altijd ongehuwd	9.2	8.0	8.6	7.1	8.3
totaal	100(n=368)	100(n=311)	100(n=269)	100(n=266)	100(n=216)
opleiding					
lager	58.6	-	58.6	-	-
uitgebreid lager	17.0	-	12.4	-	-
middelbaar	19.5	-	24.1	-	-
hoger	4.9	-	4.9	-	-
totaal	100(n=365)	-	100(n=266)	-	-
inkomen					
AOW of minder	31.4	-	32.5	-	20.3
AOW + f 1,= tot en met					
AOW + f 300,=	28.2	-	38.5	-	36.9
meer dan AOW + f 301,=	40.4	-	29.0	-	42.9
totaal	100(n=369)	-	100(n=200)	-	100(n=217)
aantal bezoekers per week					
2 of minder	34.6	29.2	25.1	32.4	32.7
3 tot en met 5	36.3	44.3	40.2	31.7	33.2
6 of meer	29.1	29.1	34.7	35.9	34.1
totaal	100(n=358)	100(n=305)	100(n=259)	100(n=262)	100(n=211)

* De variabelen opleiding en inkomen zijn niet in alle metingen meegenomen

Tabel 1b Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, inkomen en gemiddeld aantal bezoekers per week voor het Zorghuis en de controlegroep per meettijdstip (percentages)

Kenmerk	Zorghuis					Controlegroep				
	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
leeftijd										
tot 69 jaar	2.5	2.7	4.8	6.9	3.3	4.1	3.0	2.4	1.8	.8
70 t/m 74	9.9	13.4	8.6	9.8	8.9	13.6	15.1	9.1	9.1	11.0
75 t/m 79	30.6	32.1	28.6	32.4	31.1	24.3	26.6	27.9	26.7	22.8
80 t/m 84	28.9	30.4	28.6	31.4	28.9	27.6	27.6	29.7	33.3	29.1
85 t/m 89	24.0	17.9	22.9	15.7	25.6	23.5	21.6	24.8	24.8	29.9
90 en ouder	4.1	3.6	6.7	3.9	2.2	7.0	6.0	6.1	4.2	6.3
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=121)	(n=112)	(n=105)	(n=102)	(n=90)	(n=243)	(n=199)	(n=165)	(n=165)	(n=127)
geslacht										
vrouw	72.1	74.1	74.3	75.5	75.6	69.2	71.4	73.3	71.5	72.4
man	27.9	25.9	25.7	24.5	24.4	30.8	28.6	26.7	28.5	27.6
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=122)	(n=112)	(n=105)	(n=102)	(n=90)	(n=247)	(n=199)	(n=165)	(n=165)	(n=127)
burgerlijke staat										
gehuwd	36.1	23.2	21.9	24.5	24.4	30.9	26.1	18.3	18.3	15.9
gehuwd geweest	50.8	65.2	66.7	64.7	63.3	61.8	67.8	75.0	76.8	78.6
altijd ongehuwd	13.1	11.6	11.4	10.8	12.2	7.3	6.0	6.7	4.9	5.6
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=122)	(n=112)	(n=105)	(n=102)	(n=90)	(n=247)	(n=199)	(n=164)	(n=164)	(n=126)
opleiding										
lager	47.1	-	49.0	-	-	64.3	-	64.8	-	-
uitgebr. lager	17.4	-	11.5	-	-	16.8	-	13.0	-	-
middelbaar	26.4	-	31.7	-	-	16.0	-	19.1	-	-
hoger	9.1	-	7.7	-	-	2.9	-	3.1	-	-
Totaal	100	0	100	0	0	100	0	100	0	0
	(n=121)	-	(n=104)	-	-	(n=244)	-	(n=162)	-	-
inkomen										
AOW of minder	23.8	-	25.7	-	17.8	35.2	-	36.2	-	22.0
AOW+1 - + 300	29.5	-	34.3	-	31.1	27.5	-	40.8	-	40.9
AOW + 301 >	46.7	-	40.0	-	51.1	37.2	-	23.1	-	37.0
Totaal	100	0	100	0	100	100	0	100	0	100
	(n=122)	-	(n=70)	-	(n=90)	(n=247)	-	(n=130)	-	(n=127)
aantal bezoekers										
2 of minder	22.0	23.9	20.0	22.5	23.9	40.8	32.1	28.3	38.8	39.0
3 t/m 5	37.3	43.1	47.0	33.3	35.2	35.8	44.9	35.8	30.6	31.7
6 of meer	40.7	33.0	33.0	44.1	40.9	23.3	23.0	35.8	30.6	29.3
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=118)	(n=109)	(n=100)	(n=102)	(n=88)	(n=240)	(n=196)	(n=159)	(n=160)	(n=123)

NON-RESPONS ANALYSE BEWONERS

Een van de problemen die bij longitudinaal onderzoek een rol speelt, zeker bij ouderen, is de non-respons in het algemeen en de non-respons door overlijden in het bijzonder. Overwogen is om, in navolging van Markides, Timbers en Osberg (1984) en Markides (1987), de overledenen in de analyses te betrekken, waarbij een vervangende score op een gezondheidsindex toegekend wordt, namelijk die score, die de slechtste gezondheid aangeeft. Hiervan is afgezien, omdat voor andere variabelen geen scores bekend zijn. Op de overledenen is wel een non-respons analyse uitgevoerd. Het hiernavolgende geeft de resultaten van deze analyse weer.

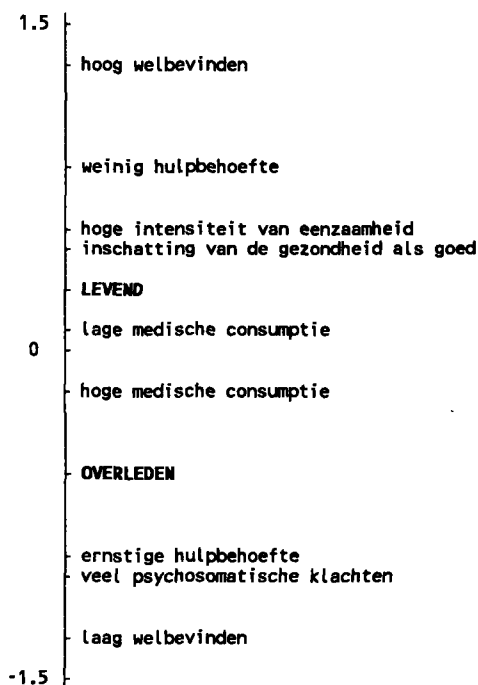
Van zowel de overledenen (N=88) als de levenden zijn de laatst bekende gegevens vergeleken. Van de levenden zijn de gegevens van de 5^e meting gebruikt (N=217). Bekeken is of er verschillen zijn tussen de overleden ouderen in het Zorghuis en in de controlegroep op de kenmerken leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleiding, inkomen en aantal bezoekers per week. Hierin zijn geen significante verschillen aangetroffen. Vervolgens is per groep bekeken in hoeverre de overledenen op bovenstaande kenmerken afwijken van degenen die aan de vijfde meting hebben meegedaan. In het Zorghuis zijn geen verschillen aangetroffen. In de controlegroep zijn relatief meer mannen overleden, meer gehuwden en meer ouderen met of een inkomen lager dan de AOW of een inkomen dat meer bedraagt dan de AOW + f 300,=, in vergelijking met degenen die aan de vijfde meting hebben meegedaan.

Vervolgens is een partiële discriminant analyse (zie pagina 149 van deze bijlage) uitgevoerd met behulp van canonische correlatie analyse (CANALS) (van de Geer, 1988) op de variabelen: inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, welbevinden, eenzaamheid en medische consumptie (zie voor operationalisatie pagina 155 van deze bijlage). Deze partiële discriminant analyse is uitgevoerd om op een eenvoudige wijze aan te geven op welke kenmerken de overleden ouderen in meer of mindere mate verschillen van de ouderen die aan de laatste meting hebben meegedaan. De ouderen die gedurende het experiment zijn overleden kenmerkten zich bij de laatst bekende meting ten opzichte van de nog levenden door een laag welbevinden, veel psychosomatische klachten, een ernstige hulpbehoefte en, in mindere mate, een hogere medische consumptie. De nog levenden onderscheiden zich

door een hoog welbevinden, en, in mindere mate, weinig hulpbehoefte, een inschatting van de gezondheid als goed, een hogere intensiteit van eenzaamheidsgevoelens en minder medische consumptie. Bovenstaande is grafisch weergegeven in figuur 1. Het verschil in afstand tussen de betreffende antwoordcategorie en de categorieën levend respectievelijk overleden geeft aan in welke mate een kenmerk discrimineert tussen de levenden en de overledenen.

Het aantal lichamelijke problemen discrimineert niet, dat wil zeggen dat er geen duidelijk onderscheid is tussen de overledenen en de levenden voor wat betreft het aantal lichamelijke problemen, zoals deze gemeten zijn.

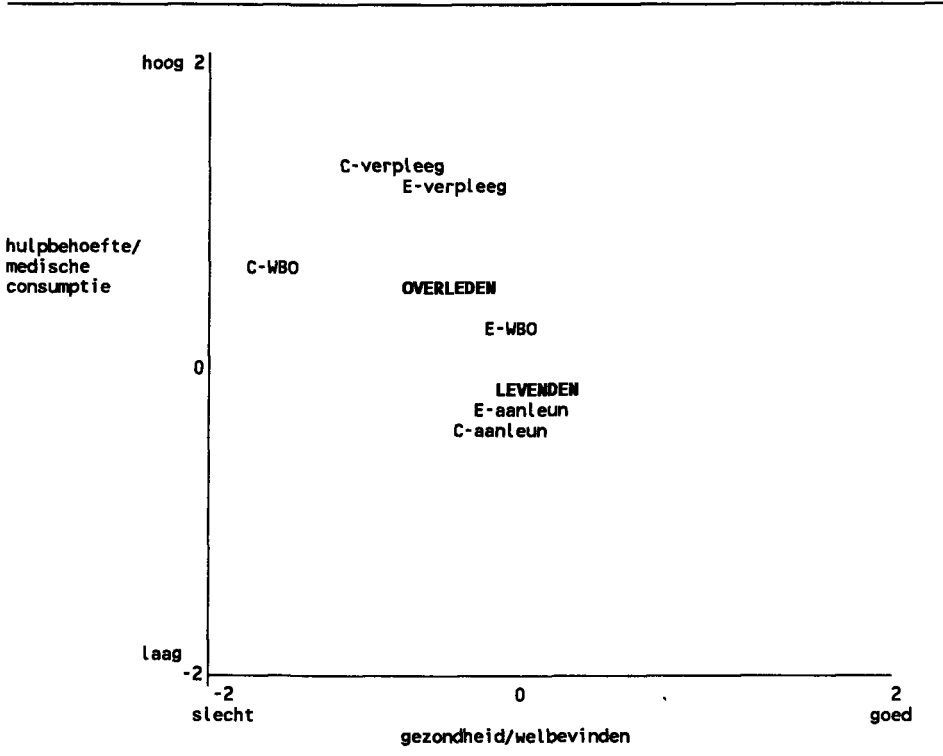
Figuur 1 Projecties van levenden en overledenen en van de belangrijkste antwoordcategorieën van discriminerende variabelen, gecorrigeerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en gemiddeld aantal bezoekers per week.



Vervolgens is op de gegevens van overledenen en levenden een MCA (zie pagina 149 van deze bijlage) uitgevoerd in twee dimensies (Gifi, 1980; van de Geer, 1988). In de MCA zijn als variabelen betrokken gezondheid, aantal lichamelijke

problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteit, welbevinden, eenzaamheid, oordeel over kwaliteit van zorg en medische consumptie. Figuur 2 is de weergave van de plaats van de overledenen -naar indicatie en als totale groep- en de levenden (als totale groep).

Figuur 2 Gemiddelde MCA scores op laatste meting van overledenen als totale groep, overledenen naar indicatie en levenden als totale groep op de dimensie gezondheid/welbevinden en de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie



Uit figuur 2 blijkt, dat de overledenen uit het Zorghuis in het algemeen een iets betere gezondheid/welbevinden en een iets lagere hulpbehoefte/medische consumptie op de laatste meting hadden in vergelijking met de overledenen uit de controlegroep. Deze verschillen tussen het Zorghuis en de controlegroep zijn het grootst bij de respondenten met een WBO-indicatie. Wat deze verschillen betreft lijkt deze MCA-oplossing sterk op de MCA-oplossing over alle respondenten, zoals beschreven is in hoofdstuk 3.3.5. Opgemerkt kan tenslotte worden dat zo-

wel in het Zorghuis als in de controlegroep de overledenen met een aanleunwoningindicatie bij de laatste meting sterk leken op de levenden bij hun laatste meting. Er was geen sprake van een sterke gezondheidsachteruitgang voorafgaande aan het overlijden.

FREQUENTIEVERDELINGEN E- EN C-GROEP

In deze bijlage worden de frequentieverdelingen van de afhankelijke variabelen, inschatting van de gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteitsproblemen en medische consumptie (aantal medische voorzieningen, waarvan men gebruik maakt), per meting beschreven. Deze beschrijving vindt plaats in tabelvorm (ongetoetst), waarna de opvallendste gegevens kort worden toegelicht. De in deze bijlage gepresenteerde tabellen geven de frequenties weer van het Zorghuis en de controlegroep over vijf, c.q. drie meettijdstippen, alsmede naar indicatie uitgesplitst. De toelichting zal plaatsvinden over de verschillen tussen het Zorghuis en de controlegroep in totaal. Waar nodig, zal nadere toelichting plaatsvinden aan de hand van de naar indicatie uitgesplitste tabellen.

Deze gegevens worden gepresenteerd om de geïnteresseerde lezer meer inzicht in de verzamelde data te geven.

Tabel 2a Inschatting van de gezondheid, aantal gebieden met lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteitsproblemen en aantal (medische) voorzieningen waarvan gebruik wordt gemaakt, voor het Zorghuis en de controlegroep, over vijf meettijdstippen (in percentages)

Kenmerk	Zorghuis					controlegroep				
	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
inschatting										
goed gezond	32.0	30.4	37.5	29.6	26.7	22.9	23.6	23.0	23.1	20.6
redelijk	40.2	33.0	30.8	40.8	30.0	41.2	34.7	32.9	32.5	1.7
matig/slecht	27.9	36.6	31.7	29.6	43.3	35.9	41.7	44.1	44.4	47.6
Totaal	100 (n=122)	100 (n=112)	100 (n=104)	100 (n=98)	100 (n=90)	100 (n=245)	100 (n=199)	100 (n=161)	100 (n=160)	100 (n=126)
Lichamelijke problemen										
geen	9.8	8.9	10.5	8.1	6.7	6.5	7.0	6.7	9.4	8.7
een	32.0	29.5	34.3	30.3	28.9	32.0	21.6	26.1	22.5	28.3
meer dan een	58.2	61.6	55.2	61.6	64.4	58.2	71.4	67.3	68.1	63.0
Totaal	100 (n=122)	100 (n=112)	100 (n=105)	100 (n=99)	100 (n=90)	100 (n=247)	100 (n=199)	100 (n=165)	100 (n=160)	100 (n=127)
psychosomatische klachten										
geen	53.3	41.1	51.4	40.4	41.1	40.5	33.2	38.2	32.5	33.1
een	25.4	23.2	25.7	33.3	32.2	21.9	24.1	24.2	23.8	29.9
meer dan een	21.3	35.7	22.9	26.3	26.7	21.3	42.7	37.6	43.8	37.0
Totaal	100 (n=122)	100 (n=112)	100 (n=105)	100 (n=99)	100 (n=90)	100 (n=247)	100 (n=199)	100 (n=165)	100 (n=160)	100 (n=127)
hulpbehoefte										
geen/gering	59.8	48.2	55.2	37.4	37.8	51.0	39.7	44.8	36.9	40.9
matig	9.8	22.3	15.2	24.2	33.3	9.8	23.6	21.8	25.0	20.5
ernstig	14.8	12.5	13.3	17.2	11.1	14.8	20.1	16.4	24.4	18.9
zeer ernstig	15.6	17.0	16.2	21.2	17.8	15.6	16.6	17.0	13.8	19.7
Totaal	100 (n=122)	100 (n=112)	100 (n=105)	100 (n=99)	100 (n=90)	100 (n=247)	100 (n=199)	100 (n=165)	100 (n=160)	100 (n=127)
mobiliteit										
gering	47.5	44.6	49.5	39.4	47.8	33.6	29.6	40.0	34.4	37.0
matig	18.9	17.9	18.1	23.2	15.6	26.3	23.1	15.8	19.4	18.1
ernstig	33.6	37.5	32.4	37.4	36.7	40.1	47.2	44.2	46.3	44.9
Totaal	100 (n=122)	100 (n=112)	100 (n=105)	100 (n=99)	100 (n=90)	100 (n=247)	100 (n=199)	100 (n=165)	100 (n=160)	100 (n=127)
aantal voorzieningen										
geen	11.5	16.1	21.9	13.1	12.2	18.6	19.6	26.7	30.0	20.5
een	46.7	41.1	29.5	36.4	30.0	36.0	43.2	37.6	33.1	43.3
twee	31.1	29.5	38.1	37.4	35.6	30.8	29.1	25.5	23.1	25.2
drie	9.8	11.6	8.6	13.1	18.9	13.8	8.0	10.3	11.9	11.0
vier of meer	0.8	1.8	1.9	0	3.3	0.8	0	0	1.9	0
Totaal	100 (n=122)	100 (n=112)	100 (n=105)	100 (n=99)	100 (n=90)	100 (n=247)	100 (n=199)	100 (n=165)	100 (n=160)	100 (n=127)

Tabel 2b Inschatting van de gezondheid, aantal gebieden met lichamelijke problemen, aantal psychosomatische problemen, hulpbehoefte, mobiliteitsproblemen en aantal (medische) voorzieningen waarvan gebruik wordt gemaakt, voor de aanleunwoninggeïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over vijf meettijdstippen (in percentages)

Kenmerk	Zorghuis					controlegroep				
	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
inschatting										
goed gezond	32.5	36.5	40.9	27.4	28.6	25.3	27.7	21.6	24.5	23.0
redelijk	41.6	33.8	30.3	41.9	25.4	41.1	36.1	36.3	36.3	33.3
matig/slecht	26.0	29.7	28.8	30.6	46.0	33.6	36.1	42.2	39.2	43.7
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=77)	(n=74)	(n=66)	(n=62)	(n=63)	(n=146)	(n=119)	(n=102)	(n=102)	(n=87)
Lichamelijke problemen										
geen	10.4	8.1	12.1	9.5	7.9	9.6	8.4	8.7	9.8	10.2
een	35.1	32.4	36.4	31.7	28.6	30.8	22.7	26.2	22.5	28.4
meer dan een	54.5	59.5	51.5	58.7	63.5	59.6	68.9	65.0	67.6	61.4
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=77)	(n=74)	(n=66)	(n=63)	(n=63)	(n=146)	(n=119)	(n=103)	(n=102)	(n=88)
psychosomatische problemen										
geen	55.8	45.9	54.5	38.1	42.9	43.8	33.6	36.9	34.3	33.0
een	22.1	20.3	22.7	36.5	31.7	20.5	23.5	25.2	22.5	31.8
meer dan een	22.1	33.8	22.7	25.4	25.4	35.6	42.9	37.9	43.1	35.2
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=77)	(n=74)	(n=66)	(n=63)	(n=63)	(n=146)	(n=119)	(n=103)	(n=102)	(n=88)
hulpbehoefte										
geen/gering	75.3	60.8	69.7	47.6	44.4	69.2	58.8	58.3	51.0	51.1
matig	11.7	23.0	15.2	27.0	38.1	17.8	30.3	28.2	31.4	23.9
ernstig	7.8	9.5	12.1	15.9	9.5	10.3	8.4	10.7	16.7	18.2
zeer ernstig	5.2	6.8	3.0	9.5	7.9	2.7	2.5	2.9	1.0	6.8
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=77)	(n=74)	(n=66)	(n=63)	(n=63)	(n=146)	(n=119)	(n=103)	(n=102)	(n=88)
mobiliteit										
gering	58.4	55.4	62.1	50.8	57.1	43.2	43.7	53.4	47.1	46.6
matig	20.8	21.6	16.7	23.8	15.9	34.9	26.1	22.3	22.5	19.3
ernstig	20.8	23.0	21.2	25.4	27.0	21.9	30.3	24.3	30.4	34.1
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=77)	(n=74)	(n=66)	(n=63)	(n=63)	(n=146)	(n=119)	(n=103)	(n=102)	(n=88)
aantal voor-zieningen										
geen	13.0	13.5	15.2	4.8	6.3	13.7	13.4	14.6	15.7	10.2
een	46.8	43.2	21.2	33.3	31.7	31.5	44.5	43.7	37.3	45.5
twee	29.9	31.1	50.0	44.4	39.7	37.7	32.8	26.2	29.4	31.8
drie	9.1	10.8	12.1	17.5	19.0	15.8	9.2	15.5	14.7	12.5
vier en meer	1.3	0	1.5	0	3.2	1.4	0	0	2.9	0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=77)	(n=74)	(n=66)	(n=63)	(n=63)	(n=146)	(n=119)	(n=103)	(n=102)	(n=88)

Tabel 2c *Inschatting van de gezondheid, aantal gebieden met lichamelijke problemen, aantal psychosomatische problemen, hulpbehoefte, mobiliteitsproblemen en aantal (medische) voorzieningen waarvan gebruik wordt gemaakt, voor de WBO-geïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over vijf meettijdstippen (in percentages)*

Kenmerk	Zorghuis					controlegroep				
	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
inschatting										
goed gezond	36.8	17.6	40.0	25.0	23.1	22.2	13.9	29.6	16.1	20.0
redelijk	52.6	33.8	33.3	56.3	46.2	46.7	38.9	22.2	29.0	20.0
matig/slecht	10.5	29.7	26.7	18.8	30.8	31.1	47.2	48.1	54.8	60.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=19)	(n=17)	(n=15)	(n=16)	(n=13)	(n=45)	(n=36)	(n=27)	(n=31)	(n=20)
lichamelijke problemen										
geen	15.8	17.6	6.7	6.3	0	2.1	5.6	0	3.2	0
een	36.8	29.4	40.0	25.0	38.5	23.4	16.7	25.0	19.4	25.0
meer dan een	47.4	52.9	53.3	68.8	61.5	74.5	77.8	75.0	77.4	75.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=19)	(n=17)	(n=15)	(n=16)	(n=13)	(n=47)	(n=36)	(n=28)	(n=31)	(n=20)
psychosomatische problemen										
geen	52.6	23.5	46.7	56.3	30.8	44.7	41.7	39.3	32.3	25.0
een	31.6	41.2	33.3	18.8	46.2	19.1	27.8	32.1	29.0	40.0
meer dan een	15.8	35.3	20.0	25.0	23.1	36.2	30.6	28.6	38.7	35.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=19)	(n=17)	(n=15)	(n=16)	(n=13)	(n=47)	(n=36)	(n=28)	(n=31)	(n=20)
hulpbehoefte										
geen/gering	57.9	35.3	53.3	31.3	38.5	40.4	22.2	35.7	19.4	30.0
matig	10.5	29.4	33.3	37.5	30.8	23.4	19.4	17.9	19.4	15.0
ernstig	26.3	23.5	6.7	25.0	15.4	31.9	38.9	28.6	45.2	25.0
zeer ernstig	5.3	11.8	6.7	6.3	15.4	4.3	19.4	17.9	16.1	30.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=19)	(n=17)	(n=15)	(n=16)	(n=13)	(n=47)	(n=36)	(n=28)	(n=31)	(n=20)
mobiliteit										
gering	52.6	41.2	60.0	31.3	38.5	36.2	16.7	28.6	16.1	25.0
matig	15.8	23.5	20.0	43.8	23.1	14.9	27.8	7.1	19.4	10.0
ernstig	31.6	35.3	20.0	25.0	38.5	48.9	55.6	64.3	64.5	65.0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=19)	(n=17)	(n=15)	(n=16)	(n=13)	(n=47)	(n=36)	(n=28)	(n=31)	(n=20)
aantal voorzieningen										
geen	5.3	23.5	26.7	18.8	30.8	12.8	19.4	28.6	35.5	20.0
een	52.6	41.2	53.3	43.8	23.1	44.7	44.4	32.1	35.5	50.0
twee	26.3	23.5	20.0	31.3	30.8	25.5	27.8	35.7	16.1	15.0
drie	15.8	11.8	0	6.3	15.4	17.0	8.3	3.6	12.9	15.0
vier en meer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=19)	(n=17)	(n=15)	(n=16)	(n=13)	(n=47)	(n=36)	(n=28)	(n=31)	(n=20)

Tabel 2d Inschatting van de gezondheid, aantal gebieden met lichamelijke problemen, aantal psychosomatische problemen, hulpbehoefte, mobiliteitsproblemen en aantal (medische) voorzieningen waarvan gebruik wordt gemaakt, voor de verpleeghuisgeïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over vijf meettijdstippen (in percentages)

Kenmerk	Zorghuis					controlegroep				
	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
inschatting										
goed gezond	26.9	19.0	26.1	36.4	21.4	16.7	20.5	21.9	21.9	10.5
redelijk	26.9	38.1	30.4	22.7	35.7	37.0	27.3	31.3	21.9	36.8
matig/slecht	46.2	42.9	43.5	40.9	42.9	46.3	52.3	46.9	56.3	52.6
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=26)	(n=21)	(n=23)	(n=22)	(n=14)	(n=54)	(n=44)	(n=32)	(n=32)	(n=19)
lichamelijke problemen										
geen	3.8	4.8	8.3	4.3	7.1	1.9	4.5	5.9	12.5	10.5
een	19.2	19.0	25.0	26.1	21.4	31.5	22.7	26.5	25.0	31.6
meer dan een	76.9	76.2	66.7	69.6	71.4	66.7	72.7	67.6	62.5	57.9
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=26)	(n=21)	(n=24)	(n=23)	(n=14)	(n=54)	(n=44)	(n=34)	(n=32)	(n=19)
psychosomatische problemen										
geen	46.2	38.1	45.8	39.1	42.9	27.8	25.0	41.2	25.0	42.1
een	30.8	19.0	29.2	34.8	46.2	27.8	22.7	14.7	21.9	10.5
meer dan een	23.1	42.9	25.0	26.1	23.1	44.4	52.3	44.1	53.1	47.4
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=26)	(n=21)	(n=24)	(n=23)	(n=14)	(n=54)	(n=44)	(n=34)	(n=32)	(n=19)
hulpbehoefte										
geen/gering	15.4	14.3	16.7	8.7	7.1	11.1	2.3	11.8	6.3	5.3
matig	3.8	14.3	4.2	4.3	14.3	3.7	9.1	5.9	9.4	10.5
ernstig	26.9	14.3	20.8	17.4	14.3	29.6	36.4	23.5	28.1	15.8
zeer ernstig	53.8	57.1	58.3	69.6	64.3	55.6	52.3	58.8	56.3	68.4
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=26)	(n=21)	(n=24)	(n=23)	(n=14)	(n=54)	(n=44)	(n=34)	(n=32)	(n=19)
mobiliteit										
gering	11.5	9.5	8.3	8.7	14.3	5.6	2.3	8.8	9.4	5.3
matig	15.4	0	20.8	4.3	7.1	13.0	11.4	2.9	9.4	21.1
ernstig	73.1	90.5	70.8	87.0	78.6	81.5	86.4	88.2	81.3	73.7
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=26)	(n=21)	(n=24)	(n=23)	(n=14)	(n=54)	(n=44)	(n=34)	(n=32)	(n=19)
aantal voorzieningen										
geen	11.5	19.0	37.5	34.8	21.4	37.0	36.4	61.8	65.6	68.4
een	42.3	33.3	37.5	39.1	28.6	40.7	38.6	23.5	21.9	26.3
twee	38.5	28.6	16.7	21.7	21.4	16.7	20.5	14.7	12.5	5.3
drie	7.7	14.3	4.2	4.3	21.4	5.6	4.5	0	0	0
vier en meer	0	4.8	4.2	0	7.1	0	0	0	0	0
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(n=26)	(n=21)	(n=24)	(n=23)	(n=14)	(n=54)	(n=44)	(n=34)	(n=32)	(n=19)

Meer ouderen in het Zorghuis zeggen zich goed gezond te voelen dan ouderen in de controlegroep (tabel 2a). Dit blijft gedurende alle metingen zo. Ook voor wat betreft het aantal psychosomatische klachten en de mobiliteit hebben meer ouderen in het Zorghuis geen problemen. Voor wat betreft het aantal lichamelijke problemen en de hulpbehoefte scoren de ouderen van de controlegroep in de laatste metingen beter. Meer ouderen in de controlegroep hebben geen medische consumptie in vergelijking met de ouderen in het Zorghuis.

Het aantal ouderen in zowel het Zorghuis als de controlegroep, dat zich goed gezond voelt neemt tussen t_1 en t_2 enigszins af, vervolgens neemt het aantal op t_3 toe, om daarna langzaam te dalen. Opvallend is de sterke stijging op t_5 van het aantal ouderen in het Zorghuis dat zich matig tot slecht gezond noemt. Eenzelfde verschijnsel van lichte afname tussen t_1 en t_2 , vervolgens een toename op t_3 en daarna een geleidelijke daling wordt teruggevonden bij het aantal ouderen dat geen lichamelijke problemen heeft, geen psychosomatische problemen en geen hulpbehoefte. Voor wat betreft de mobiliteit is er een afwijkend patroon, op t_5 is er een stijging van het aantal ouderen dat geringe problemen heeft. Het aantal ouderen in het Zorghuis, dat geen gebruik maakt van medische voorzieningen, neemt tussen t_1 en t_3 toe en daarna weer af. In de controlegroep neemt dit tussen t_1 en t_4 toe, om daarna af te nemen.

Indien bovenstaande wordt bekeken per indicatie (tabel 2b tot en met 2d), blijkt grosso modo hetzelfde patroon aanwezig. Opvallend is het grote verschil in medische consumptie tussen de verpleeghuisgeïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep in t_3 , t_4 en t_5 . Veel meer ouderen in de controlegroep maken dan geen gebruik van medische voorzieningen.

Tabel 3a Welbevinden en intensiteit van eenzaamheidsgevoelens, voor het Zorghuis en de controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>welbevinden</u>						
hoog	65.2	64.1	52.9	49.6	56.1	46.3
redelijk	14.8	31.5	19.5	23.8	32.5	20.7
matig	15.7	3.3	18.4	18.8	10.6	19.0
laag	4.3	1.1	9.2	7.9	.8	14.0
Totaal	100(n=115)	100(n=92)	100(n=87)	100(n=240)	100(n=123)	100(n=121)
<u>eenzaamheid</u>						
zeer laag	57.1	63.1	66.3	48.1	49.1	51.6
laag	22.7	13.6	11.2	20.5	20.1	15.9
matig	10.1	13.6	12.4	14.2	15.7	15.9
hoog	6.7	7.8	3.4	8.4	8.8	8.7
zeer hoog	3.4	1.9	6.7	8.8	6.3	7.9
Totaal	100(n=119)	100(n=103)	100(n=89)	100(n=239)	100(n=159)	100(n=126)

Tabel 3b Welbevinden en intensiteit van eenzaamheidsgevoelens, voor de aanleunwoningge-indiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>welbevinden</u>						
hoog	68.1	61.7	57.4	55.2	56.9	49.4
redelijk	15.3	33.3	18.0	21.0	30.6	21.2
matig	13.9	3.3	16.4	18.2	12.5	20.0
laag	2.8	1.7	8.2	5.6	0	9.4
Totaal	100(n=72)	100(n=60)	100(n=61)	100(n=143)	100(n=72)	100(n=85)
<u>eenzaamheid</u>						
zeer laag	64.9	63.1	74.2	56.0	55.4	56.8
laag	21.6	16.9	12.9	18.4	17.8	15.9
matig	5.4	12.3	8.1	12.8	12.9	13.6
hoog	6.8	6.2	1.6	7.8	9.9	6.8
zeer hoog	1.4	1.5	3.2	5.0	4.0	6.8
Totaal	100(n=74)	100(n=65)	100(n=62)	100(n=141)	100(n=101)	100(n=88)

Tabel 3c Welbevinden en intensiteit van eenzaamheidsgevoelens, voor de WBO-geïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>welbevinden</u>						
hoog	68.4	69.2	33.3	48.9	45.8	47.4
redelijk	15.8	23.1	33.3	24.4	41.7	10.5
matig	5.3	7.7	33.3	20.0	8.3	15.8
laag	10.5	0	0	6.7	4.2	26.3
Totaal	100(n=19)	100(n=13)	100(n=12)	100(n=45)	100(n=24)	100(n=19)
<u>eenzaamheid</u>						
zeer laag	36.8	66.7	38.5	41.3	46.4	36.8
laag	15.8	0	7.7	19.6	10.7	15.8
matig	15.8	20.0	30.8	15.2	21.4	26.3
hoog	15.8	6.7	7.7	8.7	10.7	10.5
zeer hoog	15.8	6.7	15.4	15.2	10.7	10.5
Totaal	100(n=19)	100(n=15)	100(n=13)	100(n=46)	100(n=28)	100(n=19)

Tabel 3d Welbevinden en intensiteit van eenzaamheidsgevoelens, voor de verpleeghuisgeïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>welbevinden</u>						
hoog	54.2	68.4	50.0	34.6	63.0	29.4
redelijk	12.5	31.6	14.3	30.8	29.6	29.4
matig	29.2	0	14.3	19.2	7.4	17.6
laag	4.2	0	21.4	15.4	0	23.5
Totaal	100(n=24)	100(n=19)	100(n=14)	100(n=52)	100(n=27)	100(n=17)
<u>eenzaamheid</u>						
zeer laag	50.0	60.9	57.1	32.7	30.0	42.1
laag	30.8	13.0	7.1	26.9	36.7	15.8
matig	19.2	13.0	14.3	17.3	20.0	15.8
hoog	0	13.0	7.1	9.6	3.3	15.8
zeer hoog	0	0	14.3	13.5	10.0	10.5
Totaal	100(n=26)	100(n=23)	100(n=14)	100(n=52)	100(n=30)	100(n=19)

De ouderen in Het Zorghuis hebben een hoger welbevinden en een lage intensiteit van eenzaamheidsgevoelens, vergeleken met de ouderen in de controlegroep (tabel 3a). Het aantal ouderen in het Zorghuis, dat een hoog welbevinden heeft, neemt over de 3 meettijdstippen enigszins af, het aantal ouderen dat een zeer lage intensiteit van eenzaamheidsgevoelens kent neemt daarentegen toe. Bij de

ouderen uit de controlegroep is op t_3 een toename te constateren van het aantal ouderen met een hoog welbevinden. Daarna neemt dit aantal weer af. Ook bij deze ouderen is over de drie metingen een toename te constateren van het aantal ouderen met een zeer lage intensiteit van eenzaamheidsgevoelens.

Uitgesplitst naar indicaties (tabel 3b tot en met 3d) is voor de aanleunwoninggeïndiceerden een nagenoeg gelijk patroon te onderkennen. Bij de WBO-geïndiceerden in het Zorghuis is er een sterke afname op t_5 te constateren van het aantal ouderen dat een hoog welbevinden heeft. Het aantal ouderen met een zeer lage intensiteit van eenzaamheid neemt tussen t_1 en t_3 sterk toe, om daarna weer sterk te dalen. Bij de verpleeghuisgeïndiceerden neemt het aantal ouderen in zowel het Zorghuis als de controlegroep dat een hoog welbevinden heeft tussen t_1 en t_3 toe, om vervolgens weer te dalen.

FREQUENTIEVERDELINGEN ZORG

Tabel 4 Geobserveerde en verwachte frequenties (tussen haakjes) van verandering van zwaarte van zorgverlenende organisatie en verandering van hulpbehoefte voor de Zorghuisbewoners en de controlegroep tussen t_1 en t_3 ($N_e=89, N_c=147$)

hulpbehoefte-->	Zorghuis			controlegroep		
	minder	gelijk	ernstiger	minder	gelijk	ernstiger
zorgvorm						
lichter	1 (.75)	3 (1.27)	0 (0)	1 (1.25)	6 (2.54)	0 (0)
gelijk	8 (9.05)	51 (49.03)	15 (18.86)	16 (14.95)	79 (80.97)	35 (31.14)
zwaarder	1 (1.51)	7 (3.77)	3 (1.27)	3 (2.49)	3 (6.23)	4 (4.36)
totaal	10	61	18	20	88	39

Tabel 5 Geobserveerde en verwachte frequenties (tussen haakjes) van verandering van zwaarte van zorgverlenende organisatie en verandering van hulpbehoefte voor de Zorghuisbewoners en de controlegroep tussen t_1 en t_5 ($N_e=75, N_c=114$)

hulpbehoefte-->	Zorghuis			controlegroep		
	minder	gelijk	ernstiger	minder	gelijk	ernstiger
zorgvorm						
lichter	0 (.40)	1 (1.98)	5 (2.78)	1 (.60)	4 (3.02)	2 (4.22)
gelijk	4 (5.16)	30 (32.54)	22 (20.24)	9 (7.84)	52 (49.46)	29 (30.76)
zwaarder	1 (.79)	7 (3.70)	5 (7.14)	1 (1.21)	3 (6.03)	13 (10.86)
totaal	5	38	32	11	59	44

Tabel 6a Aanwezigheid professionele zorg, aanwezigheid informele zorg, kwaliteitsoordeel professionele zorg, oordeel over de mate van extramurale professionele zorg, intensiteit van wijkverpleegkundige zorg en intensiteit van gezinsverzorging voor de aanleunwoninggeïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep, over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>professionele zorg</u>						
geen	45.5	31.8	28.6	42.5	37.9	40.9
wijkverpleging	3.9	0	0	2.7	2.9	0
gezinszorg	42.9	57.6	63.5	51.4	55.3	50.0
beide	7.8	10.6	7.9	3.4	3.9	9.1
verzorgingshuis	0	0	0	0	0	0
verpleeghuis	0	0	0	0	0	0
Totaal	100(n=77)	100(n=66)	100(n=63)	100(n=146)	100(n=103)	100(n=88)
<u>informele zorg</u>						
niet aanwezig	55.8	69.7	69.8	61.6	67.0	61.4
wel aanwezig	44.2	30.3	30.2	38.4	33.0	38.6
Totaal	100(n=77)	100(n=66)	100(n=63)	100(n=146)	100(n=103)	100(n=88)
<u>kwaliteitsoordeel</u>						
goed	92.9	81.5	77.8	88.1	73.1	82.7
gaat wel	4.8	13.0	20.0	8.3	16.7	9.6
niet zo goed	0	5.6	2.2	3.6	7.7	1.9
slecht	2.4	0	0	0	2.6	5.8
Totaal	100(n=42)	100(n=54)	100(n=45)	100(n=84)	100(n=78)	100(n=52)
<u>mate van zorg</u>						
voldoende	97.6	93.3	93.2	86.9	85.7	82.7
wisselend	2.4	6.7	6.8	11.9	14.3	15.4
onvoldoende	0	0	0	1.2	0	1.9
Totaal	100(n=42)	100(n=45)	100(n=44)	100(n=84)	100(n=63)	100(n=52)
<u>intensiteit wijkverpleegkundige zorg</u>						
3 uur en minder	90.0	100.0	40.0	93.3	100.0	37.5
meer dan 3 uur	10.0	0	60.0	6.7	0	62.5
Totaal	100(n=10)	100(n=7)	100(n=5)	100(n=15)	100(n=7)	100(n=8)
<u>intensiteit gezinsverzorging</u>						
3 uur en minder	65.0	26.7	64.4	32.9	16.4	18.9
meer dan 3 uur	35.0	73.3	35.6	67.1	83.6	81.1
Totaal	100(n=40)	100(n=45)	100(n=45)	100(n=85)	100(n=61)	100(n=53)

Tabel 6b Aanwezigheid professionele zorg, aanwezigheid informele zorg en kwaliteitsoordeel professionele zorg, voor de WBO-geïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>professionele zorg</u>						
geen	10.5	13.3	15.4	0	0	0
wijkverpleging	0	0	0	0	0	0
gezinszorg	73.7	80.0	69.2	0	0	0
beide	15.8	6.7	15.4	0	0	0
verzorgingshuis	0	0	0	100.0	100.0	100.0
verpleeghuis	0	0	0	0	0	0
Totaal	100(n=19)	100(n=15)	100(n=13)	100(n=47)	100(n=28)	100(n=20)
<u>informele zorg</u>						
niet aanwezig	52.6	46.7	38.5	76.6	64.3	65.0
wel aanwezig	47.4	53.3	61.5	23.4	35.7	35.0
Totaal	100(n=19)	100(n=15)	100(n=13)	100(n=47)	100(n=28)	100(n=20)
<u>kwaliteitsoordeel</u>						
goed	82.4	66.7	90.9	45.5	48.1	52.6
gaat wel	11.8	33.3	9.1	45.5	40.7	26.3
niet zo goed	5.9	0	0	9.1	7.4	15.8
slecht	0	0	0	0	3.7	5.3
Totaal	100(n=17)	100(n=12)	100(n=11)	100(n=33)	100(n=27)	100(n=19)

Tabel 6c Aanwezigheid informele zorg, voor de verpleeghuisgeïndiceerden van het Zorghuis en de controlegroep over drie meettijdstippen (percentages)

Kenmerk	Zorghuis			controlegroep		
	t ₁	t ₃	t ₅	t ₁	t ₃	t ₅
<u>informele zorg</u>						
niet aanwezig	38.5	50.0	42.9	64.8	79.4	52.6
wel aanwezig	61.5	50.0	57.1	35.2	20.6	47.4
Totaal	100(n=26)	100(n=24)	100(n=14)	100(n=54)	100(n=34)	100(n=19)

TABELLEN ANCOVA SCORES

Tabel 7 Gemiddelde scores van inschatting gezondheid, aantal lichamelijke problemen, aantal psychosomatische klachten, hulpbehoefte, mobiliteit, medische consumptie en welbevinden voor het Zorghuis en de controlegroep, per meettijdstip, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week

meting	t ₁			t ₂			t ₃			t ₄			t ₅		
	E	C	p	E	C	p	E	C	p	E	C	p	E	C	p
gezondheid	1.8	2.0	ns	1.9	2.0	ns	1.9	2.1	*	1.9	2.1	ns	2.0	2.3	ns
licham. problemen	3.6	4.1	ns	3.6	3.9	ns	3.5	4.1	*	3.8	4.1	ns	3.7	4.2	ns
psychosom. klachten	1.7	2.3	*	2.1	2.6	ns	1.9	2.2	ns	2.1	2.4	ns	2.0	2.3	ns
hulpbehoefte	1.6	1.7	ns	1.6	1.8	ns	1.7	1.9	ns	1.9	1.9	ns	2.0	2.1	ns
mobiliteit	1.7	1.8	ns	1.7	1.9	ns	1.6	1.9	ns	1.8	1.9	ns	1.8	2.1	ns
medische consumptie	2.3	2.5	ns	2.2	2.4	ns	2.5	2.2	ns	2.6	2.3	ns	2.6	2.3	*
welbevinden	14.2	12.7	*	-	-		13.3	12.8	ns	-	-		13.1	11.7	ns

ns: p = niet significant

*: p < .05

Tabel 8 Gemiddelde scores van de ouderen in het Zorghuis en de controlegroep, die zich redelijk of matig/slecht gezond voelen, over vijf meettijdstippen, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomen, opleiding en aantal bezoekers per week (N=103)

	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅
Zorghuis	2.24	2.12	1.94	1.91	2.15
controlegroep	2.36	2.23	2.49	2.35	2.50
p	n.s.	n.s.	**	**	*

n.s. = niet significant

* = p < .05

** = p < .01

TABEL HOMALS-GEMIDDELDEN

Tabel 9 Gemiddelde Homals-scores per indicatiegroep voor vijf verschillende meettijdstippen op de dimensie gezondheid/welbevinden en de dimensie hulpbehoefte/medische consumptie

<u>dimensie--></u> <u>tijdstip</u>	<u>gezondheid/welbevinden</u>	<u>hulpbehoefte/medische consumptie</u>
<u>april '1988</u>		
e-aanl	.572	-.211
e-wbo	.375	-.080
e-verpl	-.365	.602
c-aanl	.273	-.447
c-wbo	-.173	-.016
c-verpl	-.682	.934
<u>september 1988</u>		
e-aanl	.355	-.211
e-wbo	-.119	-.086
e-verpl	-.761	1.024
c-aanl	.104	-.416
c-wbo	-.455	.196
c-verpl	-.892	1.223
<u>maart 1989</u>		
e-aanl	.534	-.252
e-wbo	.464	-.095
e-verpl	-.248	.807
c-aanl	.176	-.368
c-wbo	-.253	.334
c-verpl	-.502	1.334
<u>september 1989</u>		
e-aanl	.189	-.466
e-wbo	.093	-.350
e-verpl	-.584	1.571
c-aanl	.030	.390
c-wbo	-.593	.451
c-verpl	-.720	1.616
<u>september 1990</u>		
e-aanl	.195	-.444
e-wbo	-.079	-.211
e-verpl	-.522	.661
c-aanl	.077	-.294
c-wbo	-.537	.337
c-verpl	.595	1.114

BIJLAGE 3
CENTRALE VERZORGING

1. Inleiding

In deze bijlage worden onderzoeksopzet en resultaten van de metingen bij centrale verzorgers weergegeven. De onderzoeksopzet bevat een beschrijving van de selectie van de respondenten en het veldwerk, de operationalisatie en constructie van de variabelen, de respons en een methodologische verantwoording. Vervolgens worden de resultaten van de metingen beschreven. Deze resultaten waren bedoeld om antwoord te geven op vraag 5 uit de vraagstelling (hoofdstuk 1.4):

5. "Hoe is de omvang en relatie van zorg door centrale verzorgers op de behoefte aan informele zorg van ouderen in het experiment Zorghuis Den Haag?" en hebben betrekking op de subjectieve belasting en subjectieve gezondheid van de centrale verzorger en de zorg die hij of zij verleent. Na de vijfde meting bij ouderen bleek echter dat slechts een gering aantal ouderen dezelfde centrale verzorgers noemden als zij bij de eerste meting hadden gedaan. In paragraaf 3.1 zal hier dieper op worden ingegaan. Gezien het geringe aantal centrale verzorgers dat longitudinaal gevolgd kon worden diende het analyseplan ter beantwoording van bovengenoemde vraag herzien te worden. In paragraaf 3 wordt deze herziening beschreven. Het onderzoek bij informele zorgverleners krijgt door deze herziening een meer exploratief karakter. Deze bijlage wordt afgesloten met enkele veronderstellingen die op de beschreven resultaten gebaseerd zijn.

2 Literatuur

Informele zorg is, volgens de definitie van WVC (Kwekkeboom,1990): "zorg, die, niet in het kader van een hulpverlenend beroep, gegeven wordt aan een hulpbehoevende door één of meer leden van diens directe omgeving en die geen organisatievorm door mensen van buiten die omgeving kent" (p.17).

In veel gevallen is de aanwezigheid van informele zorgverleners een voorwaarde om als hulpbehoevende oudere zelfstandig te kunnen blijven wonen. Met name in het kader van de bezuinigingen in de gezondheidszorg gaat informele zorgverlening een steeds belangrijker plaats innemen in het zorgcircuit. Aandacht voor diverse aspecten van deze vorm van zorgverlening is daarom noodzakelijk.

Uit onderzoek onder personen van 55 jaar en ouder blijkt dat het geven van informele zorg vanzelfsprekender gevonden wordt dan het ontvangen ervan (Daat-

land, 1989). 66% van de respondenten acht zichzelf of broers of zussen verantwoordelijk voor de zorg voor de betreffende oudere. Bij behoefte aan langdurige zorg en zorg bij persoonlijke verzorging geeft 72% van de ouderen echter aan voorkeur te hebben voor professionele zorg boven informele zorg.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de meeste mensen het normaal vinden, eventueel samen met anderen, de zorg voor een oudere op zich te nemen. In de meeste gevallen is er evenwel sprake van één persoon binnen het informele zorgverleningscircuit die wat betreft zorgverlening het belangrijkste is voor de betreffende oudere. Deze persoon wordt de *centrale verzorger* genoemd. Vrouwen zijn vaker centrale verzorgers dan mannen (Horowitz, 1985). Centrale verzorgers die jonger zijn dan 65 jaar (met name de 55 tot 65 jarigen) verlenen vooral zorg aan hun ouders, oudere verzorgers verlenen vooral zorg aan vrienden en burens. Mensen onder de 65 jaar verlenen vaker en intensiever informele zorg dan 65-plussers (Kwekkeboom, 1990). Dit doet vermoeden dat de 55 tot 65 jarigen vooral zorg verlenen aan de eigen (schoon)ouders die dan, over het algemeen, 80 jaar of ouder zijn.

Als de zorg voor een ouder persoon langdurig en intensief is, kan deze zorgverlening zowel een zware lichamelijke als emotionele belasting voor de centrale verzorger gaan vormen. Op den duur kan dit negatieve gevolgen hebben voor zijn of haar gezondheid. Dit probleem speelt vooral bij oudere echtgenoten of oudere kinderen van de hulpbehoevende oudere (Brocklehurst et al., 1981; Cantor, 1983). Empirische gegevens omtrent de gezondheid van centrale verzorgers blijken echter zeer schaars.

Ongeacht of men zijn of haar partner of (een van de) ouders verzorgt, kan gesteld worden dat zorgverlening in de meeste gevallen veel tijd en energie kost. Deze tijd en energie kan ook aangewend worden voor andere bezigheden. Hess en Waring (1980) achten het daarom mogelijk dat de centrale verzorger een zeker gevoel van zelfopoffering of zelfs wrok ervaart. Om zorg te kunnen geven moet de dagelijkse routine vaak ingrijpend veranderd worden (Arling & McAuling, 1983). Na een periode van gewenning is het uiteraard mogelijk dat deze werkzaamheden tot de nieuwe dagelijkse routine gaan behoren. Kwekkeboom (1990) concludeert, in overeenstemming met de resultaten van Daatlands onderzoek (1989), dat er onder familieleden een grote bereidheid bestaat een hulpbehoe-

vend familielid zelf te verzorgen. Pas als de zorgverlener of diens gezin onder de situatie dreigt te bezwijken schakelt men (meer) professionele zorg in.

Het gevoel dat de zorgverlening, in meer of mindere mate, een last wordt, kan strijdig zijn met het verlangen om een zo goed mogelijke relatie met de oudere te behouden. Volgens Bowlby's attachment-theorie (1979) is dit verlangen een sterke motivatie voor het geven van zorg. Cantor (1982) schetst een breder kader. Zij stelt dat de mate waarin zorgverleners als positief wordt beschouwd, beïnvloed wordt door zowel culturele en religieuze normen en waarden (zoals de plicht om familie te helpen), als door ervaringen uit de jeugd.

Kwekkeboom (1990) verstaat onder het *aanbod* van informele zorg: "het aantal mensen dat aangeeft (een deel van) hun tijd te besteden aan de verzorging en, eventueel, verpleging van zorgbehoevenden - met wie zij ook vòòrdat de zorgbehoefte zich voordeed in een of andere verhouding tot elkaar stonden-, vermenigvuldigd met het aantal uren dat ieder van deze zorgverleners aan deze zorg besteedt" (p. 43). In deze definitie wordt uitgegaan van verscheidene aanbieders van informele zorg.

De aard en mate van zorg die verleend wordt door een centrale verzorger lijkt enerzijds bepaald te worden door de hulpbehoefte van de betreffende oudere en anderzijds door de bereidheid en mogelijkheid van de verzorger om de gevraagde zorg te geven. Dit lijkt verband te houden met de groep waartoe men als centrale verzorger behoort. Uit onderzoek naar verschillen in structuur van de diverse groepen informele zorgverleners resulteert de volgende indeling (Cantor, 1979; Hoyt & Babchuk, 1983; Ward, Sherman & Lagory, 1984):

1. familieleden: de relatie is min of meer permanent en (onvermijdelijk) geassocieerd met een gevoel van verplichting;
2. vrienden: de relatie wordt gekarakteriseerd door vrijwillige betrokkenheid, gevoelsbanden en overeenstemming (consensus);
3. buren: de relatie wordt bovenal gekarakteriseerd door geografische nabijheid en mogelijkheden voor acute zorgverlening ('beter een goede buur dan een verre vriend').

Deze groepen bieden verschillende soorten zorg (Sussman, 1965; Dono et al, 1979; Shanas, 1979; Knipscheer, 1980). Familie lijkt dan voornamelijk langdurige zorg te verlenen, niet-familie de kortdurende of acute zorg. Hoewel vaak wordt uitgegaan van één centrale verzorger ('primary caregiver') lijkt het heel

goed mogelijk dat meer personen uit de sociale omgeving, min of meer tegelijkertijd, zorg bieden aan een oudere, namelijk op dat gebied of in die situatie waar zij het meest geschikt voor zijn. Tjadens en Woldringh (1989) hebben aangetoond dat ouderen meestal informele zorg van meer personen ontvangen: ouderen krijgen gemiddeld van 1,9 personen zorg. Het ontvangen van zorg van uitwonende informele zorgverleners is in de jaren tussen 1979 en 1987 teruggelopen. In 1979 krijgt ruim een derde van de zorgvragers zorg van deze zorgverleners. In 1987 is dit teruggelopen tot ruim een kwart (Kwekkeboom, 1990).

De omvang van de zorg die geboden wordt, houdt - volgens Noelker en Poulshock (1982) - verband met de sociaal-economische status van de centrale verzorger. Centrale verzorgers met een hoge sociaal-economische status zijn, in financieel opzicht, beter in staat de oudere van professionele zorg te voorzien. Daarmee wordt hun persoonlijke inzet relatief van minder belang. In overeenstemming hiermee vindt Kwekkeboom (1990) dat informele zorgverlening in toenemende mate een zaak wordt van mensen met een relatief lage opleiding. Daarentegen vinden Klaassen-van den Berg Jeths en Kraan-Jetten (1985) dat naarmate inkomen en opleiding van de ouderen hoger zijn men meer informele zorg ontvangt. Hoewel in dit onderzoek niets vermeld wordt over de opleiding van de betrokken zorgverleners, mag verondersteld worden dat, evenals bij de ouderen, ook de opleiding van deze personen gemiddeld wat hoger is.

Informele zorgverleners geven over het algemeen enkele uren per week zorg. In 1975 en 1980 geeft 10.9% aan in familiezorg te participeren. Gemiddeld geven zij respectievelijk 3,5 (1975) en 2,9 uur (1980) zorg per week. In 1985 is dit percentage opgelopen tot 11.6%, de gemiddelde tijdsbesteding is, na de daling in 1980, weer toegenomen tot 3,4 uur per week (Kwekkeboom, 1990). Uit onderzoek van Tjadens en Woldringh (1989) blijkt dat de zorg die verleend wordt voornamelijk van huishoudelijke aard is: 65% helpt door boodschappen te doen en 30 tot 35% helpt bij, onder andere, maaltijdbereiding en de was. Tevens blijkt dat 36% van de zorgverleners behulpzaam is bij twee tot vijf activiteiten op zowel het huishoudelijke vlak als op het vlak van de persoonlijk verzorging; 10% geeft aan bij meer dan negen activiteiten te helpen. Bijna de helft van de ondervraagden (en met name de ouderen onder hen) geven aan deze zorg langdurig (langer dan een jaar) te verlenen. Ongeveer één op de zes zorgverleners geeft aan al meer dan 5 jaar op informele basis zorg te verlenen. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs aan één persoon te zijn. Kwekkeboom (1990) concludeert hieruit

dat het niet reëel lijkt hoge verwachtingen te koesteren van activiteiten die de informele zorgverlening moeten stimuleren omdat veel mensen nu al intensief en langdurig zorg verlenen aan hulpbehoevenden.

Naast het zorgaanbod gaat Kwekkeboom (1990) ook in op het ontvangen van informele zorg. Gemiddeld één op de zes respondenten van 65 jaar of ouder geeft aan permanent zorg nodig te hebben. Bij mensen van 75 jaar en ouder geeft een kwart aan permanent zorg nodig te hebben. De grootste zorgbehoefte komt voor bij de lager opgeleide, verweduwde alleenstaanden met de laagste inkomens. Problemen hebben op een bepaald gebied wil echter nog niet noodzakelijk leiden tot een *zorgvraag* op dat gebied. Tjadens en Woldringh (1989) concluderen dat gemiddeld 14% van de ouderen (65 jaar en ouder) problemen heeft op ADL-en/of HDL-gebied en dat 13% behoefte heeft aan zorg. Mannen hebben beduidend minder ADL- en HDL-problematiek en beduidend minder behoefte aan zorg. Met name onder alleenstaande oudere mannen zou men behoefte aan zorg bij HDL-activiteiten verwachten. Het percentage behoefte aan zorg ligt zowel bij mannen als bij vrouwen iets lager ligt dan het percentage problemen met ADL- en HDL-activiteiten. Wellicht hebben ouderen soms moeite met het uitvoeren van bepaalde activiteiten, maar vinden zij het wenselijker om er moeite mee te hebben dan er zorg bij te ontvangen.

Als ouderen zorg krijgen van informele zorgverleners is deze zorg het meest effectief als zij aansluit bij de daadwerkelijk behoefte van de oudere. Als dit het geval is wordt wel van 'zorg op maat' gesproken. Het is echter ook denkbaar dat de informele zorg niet is afgestemd op de zorgvraag. Dit kan het geval zijn als de oudere meer zorg krijgt dan hij of zij nodig heeft. Anderzijds kan de informele zorg ook ondermaats zijn, dat wil zeggen dat ouderen niet alle noodzakelijke zorg krijgen. Voor de informele zorg geldt dat beide situaties kunnen optreden. Bovenmaatse zorg vanwege een mogelijk 'koesterende' houding, in de zin van "dat doe ik ook nog wel even". Ondermaatse zorg, omdat zij mogelijk geen inzicht hebben in de werkelijke behoeften van de oudere.

'Zorg op maat', zoals men in het Zorghuis tracht te leveren, wordt beschouwd als het resultaat van een goede afstemming tussen zorgvraag en -aanbod.

3 **Materiaal en methode**

Selectie van respondenten, veldwerk en operationalisatie

Tot de onderzoeksgroep behoren de centrale verzorgers van alle ouderen die aan de eerste meting bij ouderen hebben meegedaan. Het betreft centrale verzorgers van zowel bewoners van het Zorghuis als van ouderen in de controle groep. In dit rapport wordt gesproken van respectievelijk 'EZH-verzorgers' en 'niet EZH-verzorgers'. Beide groepen kunnen worden verdeeld in drie subgroepen: centrale verzorgers van ouderen met een verpleeghuisindicatie, met een WBO-indicatie of met een aanleunwoningindicatie.

De namen en adressen van centrale verzorgers zijn verkregen via de vragenlijst voor ouderen. De ouderen werden, zowel bij de eerste als bij de vijfde meting, gevraagd de naam en het adres te geven van die persoon in hun omgeving die, wat hulp in het algemeen betreft, het belangrijkste voor hen is. Er werd daarbij expliciet gevraagd naar iemand uit de familie- of kennissenkring en niet naar de samenwonende partner (indien aanwezig). Indien een oudere, bij de eerste meting, meer dan één persoon noemde, werd geen van beide personen benaderd. Er zou in dat geval immers geen sprake zijn van een *centrale* verzorger. Ook indien een oudere zijn of haar samenwonende partner als centrale verzorger aanwees, werd van benadering van deze persoon als centrale verzorger afgezien. Deze partner wordt reeds in het deelonderzoek Bewoners benaderd (zie Zaal & Perenboom, 1990). Hetzelfde gold indien een oudere, om welke reden ook, niet in staat of bereid was de benodigde personalia te verstrekken. De centrale verzorger die de oudere bij de vijfde meting noemde, werd alleen benaderd indien het dezelfde persoon betrof als bij de eerste meting. Reden hiervoor is dat de centrale verzorgers longitudinaal gevolgd worden.

In het Zorghuis heeft, bij de eerste meting, 72% van de ouderen iemand uit het sociale netwerk genoemd als centrale verzorger en in de controlegroep 75%. In tabel 1 kan worden afgelezen hoe de verdere selectie zich heeft voltrokken.

Er is gekozen voor de methode van de post-enquête. De vragenlijsten voor zowel de eerste als de tweede meting bij centrale verzorgers zijn in samenwerking met het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) te Nijmegen en de regionale onderzoeksinstituten opgesteld. De vragenlijst ging vergezeld van een toelichting en een begeleidende brief. De vragenlijsten van de eerste meting zijn verstuurd tussen juni en augustus 1988. De vragenlijsten van de tweede meting

in september 1990. Waar nodig, zijn bij beide metingen, in een latere fase herinneringsbrieven gestuurd.

Tabel 1 Selectie van respondenten

	met betrekking tot centrale verzorger					bruto onderzoeksgroep abs. % E=(A-B-C-D) E/Ax100%
	ouderen abs. A	geen cv/ meer dan één abs. B	partner abs. C	adres onbekend abs. D		
<u>EZH-verzorgers</u>	122	34	15	20	53	43
<u>niet EZH-verzorgers</u>	247	63	34	59	93	37
<u>totale steekproef</u>	369 (100)	97 (26)	49 (13)	79 (21)	146	40

De vragenlijsten van zowel de eerste als de tweede meting bevatten vragen met betrekking tot persoonskenmerken, subjectieve gezondheid en subjectieve belasting en zorgverlening. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 4. De variabelenconstructie heeft voor beide meettijdstippen op dezelfde wijze plaatsgevonden. De nummers tussen haakjes verwijzen naar de vraagnummers in de vragenlijst (bijlage 4).

De persoonskenmerken worden beschreven aan de hand van de variabelen geboortejaar (1) (omgescoord tot leeftijd), geslacht (2), relatie tot de oudere (3) (categorieën 'partner', 'overige familie' en 'overige mantelzorg'), burgerlijke staat (4), woonsituatie (alleen- of samenwonend) (5), afstand van de woning van de centrale verzorger tot de woning van de oudere (7) (categorieën 'zelfde huis', 'zelfde plaats' en 'elders') en besteedbaar inkomen (53).

De subjectieve gezondheid van de centrale verzorger wordt beschreven aan de hand van de variabelen inschatting van de gezondheid (32), somatische klachten (33a tot en met 33h) ('lopen en rug', 'zien en horen' en 'hart en longen'), zich belemmerd voelen (33i) en psychosomatische klachten (33j) (gesommeerd en gecodeerd tot de categorieën '0', '1 of 2', '3 t/m 6' en '7 of meer').

De subjectieve belasting van de centrale verzorger wordt beschreven aan de hand van vragen naar subjectieve belasting (15, 20, 23, 29), mening van de oudere over de belasting (30), de gepercipieerde gezondheid van de oudere (42), het krijgen van hulp bij ADL- resp. HDL-verzorging in het huishouden van de oudere (16 en 24) (categorieën 'huisgenoten van de oudere', 'familie', 'overige mantelzorg' en 'professionele krachten'), het idee dat men zich moet aanpassen aan

de oudere (45j), het steun respectievelijk raad krijgen van anderen (46 en 47) (categorieën 'oudere', familie', 'overige mantelzorg' en 'professionele krachten'). De zorg die centrale verzorgers aan de oudere verlenen wordt beschreven aan de hand van de variabelen aantal dagen per week (categorieën '1 of 2', '3 t/m 7' en 'wisselend'), aantal ADL- resp. HDL-verrichtingen waarbij men helpt ('1 t/m 3', '4 t/m 7' en '8 of meer') en de uren die aan deze zorgverlening besteed worden ('1 of 2', '3 t/m 10' en '11 of meer'). Met betrekking tot de afstemming van de zorg worden variabelen beschreven als de mening van de centrale verzorger of de oudere meer zelf zou kunnen doen (34a), of de oudere teveel van de centrale verzorger verwacht (34b) en of de centrale verzorger het gevoel heeft dat er misbruik van hem of haar gemaakt wordt (34i). Tevens is, met betrekking tot de afstemming van zorgverlening, gevraagd naar het contact dat de centrale verzorger heeft met wijkverpleging en gezinszorg (respectievelijk 59a en 60a) en of deze professionele zorgverleners de werkzaamheden tot tevredenheid van de centrale verzorger uitvoeren (respectievelijk 59d en 60d).

Methodologische verantwoording

De respons bij de tweede meting blijkt gering te zijn. In paragraaf 4.3.1 zal hier dieper op in worden gegaan. De geringe respons gaf aanleiding tot herziening van het analyseplan zoals dat in eerste instantie opgezet is (Perenboom & Zaal, 1990a). Het longitudinale karakter van de meting bij centrale verzorgers zou inzicht kunnen bieden in de ontwikkeling van de afstemming van zorg tussen enerzijds de zorgvraag van de ouderen en anderzijds de zorgverlening door de centrale verzorger. De analysemethode (ANCOVA) die hiervoor gebruikt kan worden levert echter bij een gering aantal respondenten geen zinvolle resultaten op. Er is daarom gekozen voor het op beschrijvende wijze weergeven van de beschikbare longitudinale gegevens.

De centrale verzorgers die wel bij de eerste meting, maar niet meer bij de laatste meting door de ouderen zijn genoemd, zijn met een korte vragenlijst (zie bijlage 4) benaderd om te achterhalen of er zich, na de eerste meting, veranderingen in de zorgverlening hebben voorgedaan. Eén persoon geeft geen hulp meer aan de betreffende oudere omdat deze is opgenomen in een intramurale instelling. De overige verzorgers verlenen allen nog steeds zorg*. De verzorgers, die niet meer

* Eén centrale verzorger is inmiddels overleden.

door de ouderen genoemd zijn, maar zelf aangeven nog wel zorg te verlenen, worden in het vervolg 'netwerkverzorgers' genoemd. Zij blijken immers nog steeds zorg te verlenen, maar zijn blijkbaar niet de enige informele zorgverlener voor de oudere. Eerder lijken zij deel uit te maken van een netwerk van tenminste twee verzorgers. De verzorgers die bij beide metingen als de belangrijkste informele zorgverlener zijn genoemd worden in dit rapport als 'centrale verzorger' aangeduid. Zij nemen, voor wat betreft zorgverlening aan de oudere, een centrale plaats in.

Om toch enig inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de informele zorgverlening aan de oudere plaatsvindt en om inzicht te krijgen in eventuele verschillen tussen verzorgers die als enige zorgverlenen aan een oudere en zij die vermoedelijk de taken (kunnen) verdelen, wordt een vergelijking gemaakt tussen centrale verzorgers en netwerkverzorgers. Deze vergelijking heeft betrekking op een beperkt aantal variabelen (subjectieve belasting, afgelost worden, subjectieve gezondheid, het verlenen van ADL- en HDL-hulp en het aantal dagen en uren dat daaraan besteed wordt) en vindt plaats op basis van gegevens uit de eerste meting bij centrale verzorgers. Door de beperkte voorbereidingstijd was het niet mogelijk aanvullende gegevens bij netwerkverzorgers te verzamelen.

4 Resultaten

4.1 Respons en non-respons

Bij de eerste meting zijn 73 centrale verzorgers (32 van bewoners van het Zorghuis, 41 van ouderen in de controlegroep) benaderd (absolute respons t_1). Bij de tweede meting zijn 18 personen opnieuw benaderbaar gebleken. De overigen zijn om diverse redenen uitgevallen (oudere is overleden, oudere niet meegedaan aan laatste meting, verhuisd, niet zelfde centrale verzorger genoemd). Bij de tweede meting zijn deze 18 centrale verzorgers benaderd. 15 centrale verzorgers hebben een bruikbare vragenlijst geretourneerd. In tabel 2 wordt de respons weergegeven.

Tabel 2 Respons

	t ₁		t ₂			
	bruto*	respons abs. %	uitval	bruto**	respons abs. %	
<u>EZH-verzorgers</u>	53	32 65	23	9	8	89
<u>niet EZH-verzorgers</u>	93	41 49	32	9	7	78
----- totaal	146	73 55	55	18	15	83

* is gelijk aan kolom E, tabel 1

** meegedaan aan zowel t₁ als t₂

Op beide metingen is een non-respons analyse uitgevoerd. De non-respons analyse van de eerste meting is gebaseerd op gegevens van de betreffende ouderen (zie ook Zaal & Perenboom, 1990).

Ouderen waarvan de centrale verzorger wel een vragenlijst heeft ingevuld (responsgroep) worden vergeleken met ouderen waarvan de centrale verzorger geen vragenlijst heeft ingevuld (non-responsgroep). De non-respons analyse van de tweede meting is voor de non-responsgroep gebaseerd op gegevens uit de eerste meting. Deze gegevens worden vergeleken met de gegevens uit de tweede meting van diegenen die daar wel aan hebben meegedaan (responsgroep). De non-respons analyse van de tweede meting zal, door een andere opzet, niet vergeleken worden met die van de eerste meting.

non-respons analyse eerste meting

In de non-respons analyse van de eerste meting (zie ook Zaal & Perenboom, 1990) zijn variabelen betrokken als persoonskenmerken, relatie tot de oudere en contact tussen ouderen en verzorger. Tussen EZH-ouderen en ouderen in de controlegroep lijkt op geen enkel punt verschil te bestaan, zij worden hier dan ook als één groep behandeld (Zaal & Perenboom, 1990). In zowel de respons- als de non-respons groep is ruim de helft van de ouderen ouder dan 80 jaar. De responsgroep bevat meer gehuwden dan de non-responsgroep. Met betrekking tot hulpbehoefte lijkt geen verschil te bestaan. Ruim de helft van de ouderen in beide groepen heeft geen tot een matige hulpbehoefte en van ruim de helft van de ouderen blijkt één van de kinderen de centrale verzorger te zijn. De overige centrale verzorgers zijn vaak andere familieleden, vrienden of burens. Met betrekking tot het hebben van sociale contacten tenslotte, lijkt geen verschil te bestaan tussen de respons- en de non-responsgroep. Is de centrale verzorger een

kind dan heeft 70% van de oudere wekelijks contact met hun kind(eren), is de centrale verzorger familie, buur of kennis dan blijkt dat de oudere hoogstens maandelijks contact heeft met anderen. Verondersteld wordt dat veel centrale verzorgers zich niet als zodanig benoemen omdat de oudere niet echt hulpbehoevend is en/of omdat de contactfrequentie tussen de oudere en de genoemde persoon laag is (Zaal & Perenboom, 1990).

non-respons analyse tweede meting

De non-respons analyse van de tweede meting bij centrale verzorgers is gebaseerd op de variabelen geslacht, relatie tot de oudere, woonsituatie, woonafstand, gezondheid, totaal en gemiddeld aantal uren hulpverlening. Er zal een uitsplitsing gemaakt worden naar EZH-verzorgers en niet EZH-verzorgers. De responsgroep omvat 15 personen (14 vrouwen en één man) en de non-responsgroep 41 personen (27 mannen en 14 vrouwen).

De meeste verzorgers (zowel in de respons- als in de non-responsgroep) zijn familie van de oudere, wonen in dezelfde plaats als de oudere en zijn samenwonend. Veruit de meeste verzorgers in beide groepen voelen zich (redelijk) gezond. Het is evenwel opvallend dat, zowel bij de EZH-verzorgers als bij de niet EZH-verzorgers de non-respons-verzorgers meer uren ADL- en HDL-hulp geven dan respons-verzorgers. Dit lijkt in strijd met de veronderstelling dat non-respons-verzorgers zichzelf wellicht minder als centrale verzorgers zien omdat zij vinden dat zij niet veel hulp verlenen.

4.2 Longitudinale meting

persoonskenmerken

De centrale verzorgers zijn, ten tijde van de tweede meting, allen tussen de 44 en de 65 jaar oud, hun gemiddelde leeftijd is 51 jaar. Ten aanzien van de burgerlijke staat hebben zich geen wijzigingen voorgedaan: vijf EZH-verzorgers zijn gehuwd of samenwonend, één is verweduwd en twee zijn ongehuwd. Zes niet EZH-verzorgers zijn gehuwd of samenwonend en één is verweduwd. Op één persoon na zijn alle centrale verzorgers vrouw. De acht EZH-verzorgers zijn alle familie van de oudere. Van de zeven niet EZH-verzorgers zijn er zes familie en één behoort tot de overige mantelzorg. Drie EZH-verzorgers wonen alleen en

vijf samen met anderen; van de niet EZH-verzorgers woont er één alleen en zes samen. De gegevens met betrekking tot de woonafstand en het besteedbaar inkomen worden weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 Woonafstand en besteedbaar inkomen voor EZH-verzorgers (EZH) en niet-EZH-verzorgers (nEZH), over twee meettijdstippen (absolute aantallen)

Kenmerk	EZH		nEZH	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
woonafstand				
zelfde huis	0	0	0	1
zelfde plaats	7	7	4	3
elders	1	1	3	3

totaal abs.	8	8	7	7
besteedbaar inkomen				
ruim voldoende	2	2	0	1
voldoende	4	4	2	3
houdt erom	0	0	3	1

totaal abs.	6	6	5	5

EZH-verzorgers wonen vaker in dezelfde plaats als de oudere dan niet EZH-verzorgers. Tevens lijken zij, over het algemeen, wat vaker tevreden met hun besteedbaar inkomen.

subjectieve gezondheid

Met betrekking tot de subjectieve gezondheid van centrale verzorgers is gevraagd naar de inschatting van hun gezondheid en naar somatische en psychosomatische klachten. Tenslotte is gevraagd of zij zich, door ziekte of handicap, belemmerd voelen in de dagelijkse bezigheden. De resultaten worden weergegeven in tabel 4.

Een paar EZH-verzorgers achten zichzelf iets minder gezond dan twee jaar geleden. Hetzelfde geldt voor niet EZH-verzorgers. Uit het aantal somatische en psychosomatische klachten komt dit verschil echter niet duidelijk naar voren. In deze gegevens hebben zich geen belangrijke wijzigingen voorgedaan. Hetzelfde geldt met betrekking tot het zich, door ziekte of handicap, belemmerd voelen.

Tabel 4 Inschatting van de gezondheid, aanwezigheid somatische en psychosomatische klachten en zich belemmerd voelen voor EZH-verzorgers (EZH) (N=8) en niet EZH-verzorgers (nEZH) (N=7), over twee meettijdstippen (absolute aantallen)

Kenmerk	EZH		nEZH	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
<u>inschatting gezondheid</u>				
gezond	6	4	3	1
redelijk gezond	1	3	4	4
matig/niet gezond	1	1	0	2
<u>somatische klachten</u>				
zien/horen	1	1	0	2
lopen/rug	3	3	6	5
hart/longen	1	2	0	0
<u>psychosomatische klachten</u>				
geen	1	1	0	2
één of twee	2	3	1	0
drie t/m zes	3	2	2	1
zeven of meer	2	2	4	4
<u>zich belemmerd voelen</u>				
voortdurend	0	1	0	0
met tussenpozen	1	1	2	3
niet of zelden	7	6	5	4

Eén EZH-verzorger gaf aan dat de zorg in sterke mate lichamelijke klachten veroorzaakt, voor drie niet EZH-verzorgers geldt dat in lichte mate. Voor de overige verzorgers geldt het niet.

belasting

Naast de mening van de centrale verzorgers met betrekking tot de belasting die het verlenen van zorg voor hen betekent is ook gevraagd naar factoren die deze belasting kunnen vergroten of verkleinen. Praktische hulp van anderen in het huishouden van de oudere en het al dan niet afgelost worden door anderen zijn dergelijke factoren. Van meer emotionele aard zijn factoren als steun, in de zin van een luisterend oor, en het ontvangen van raadgevingen. Ook de mening van de oudere over de belasting van de centrale verzorger is voor de subjectieve belasting van belang. Tabel 5 geeft een overzicht van de resultaten.

Bij de EZH-verzorgers lijkt het dat (afhankelijk van de mate van verschuiving) één of twee verzorgers de zorg wat meer belastend zijn gaan vinden, bij de niet EZH-verzorgers lijkt daarentegen het tegenovergestelde te hebben plaatsgevonden. Met betrekking tot de mening van de oudere lijkt geen verandering waar te nemen. Centrale verzorgers in beide onderzoeksgroepen lijken, als ze hulp krijgen, op ADL-gebied voornamelijk bijgestaan te worden door professionele krachten. Wat hulp op HDL-gebied betreft lijkt het dat centrale verzorgers rela-

tief meer bijgestaan worden door anderen. Centrale verzorgers van beide onderzoeksgroepen ondervinden vooral steun en raadgevingen van familie en overige mantelzorg. Ook na twee jaar blijkt dat EZH-verzorgers meer steun en raad ontvangen dan niet EZH-verzorgers.

Tabel 5 Subjectieve belasting, mening oudere over belasting, ADL-hulp van ..., HDL-hulp van ..., steun ontvangen van ... en raad krijgen van ... voor EZH-verzorgers (EZH) en niet EZH-verzorgers (nEZH), over twee meettijdstippen (absolute aantallen)

Kermerk	EZH		nEZH	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
subjectieve belasting				
niet of nauwelijks enigszins	4	3	1	3
tamelijk zwaar	3	3	6	4
-----	1	2	0	0
totaal abs.	8	8	7	7
mening oudere over belasting				
niet of nauwelijks enigszins	2	2	2	3
tamelijk/zeer zwaar	5	5	3	2
-----	0	0	1	1
totaal abs.	7	7	6	6
ADL-hulp van				
huisgenoten oudere	0	0	0	0
familie	1	0	0	2
overige mantelzorg	0	0	0	0
professionele kracht	1	3	2	1
HDL-hulp van				
huisgenoten oudere	1	3	1	1
familie	2	1	3	3
overige mantelzorg	1	2	0	0
professionele kracht	4	5	3	2
steun van				
oudere	0	1	0	0
familie	6	5	5	5
overige mantelzorg	2	3	2	1
professionele kracht	1	3	0	0
raad van				
oudere	0	0	0	0
familie	4	3	1	1
overige mantelzorg	1	2	0	1
professionele kracht	1	3	0	0

Bij de tweede meting is apart gevraagd of men het geven van ADL- en HDL-hulp en emotionele steun belastend vond. De vijf EZH-verzorgers vonden het geven van ADL-hulp niet of nauwelijks belastend, de twee niet EZH-verzorgers vonden het enigszins belastend.

Met betrekking tot de belasting die gepaard gaat met het geven van huishoudelijke hulp liggen de meningen iets uiteen. Zes EZH-verzorgers en één niet EZH-verzorger noemen het geven van deze steun niet of nauwelijks belastend, één EZH- en vier niet EZH-verzorgers vinden het enigszins belastend en één EZH-verzorger noemt het tamelijk belastend.

Met betrekking tot emotionele steun vonden zowel vier EZH- als vier niet EZH-verzorgers het geven ervan niet of nauwelijks belastend. Drie van elke groep vonden het enigszins belastend en één EZH-verzorger noemde het tamelijk belastend.

De min of meer gedwongen aanpassing van de centrale verzorger aan de oudere kan een andere factor vormen voor het zich al dan niet belast voelen. Voor één EZH-verzorger geldt dit sterk en voor twee EZH- en drie niet EZH-verzorgers geldt het een beetje. Voor de overigen geldt het niet.

Ook de - gepercipieerde - gezondheidstoestand van de oudere kan invloed hebben op de mate waarin men het geven van zorg als belastend ervaart. Indien men de verleende zorg niet in verhouding vindt staan tot de gezondheidstoestand van de oudere kan dit invloed hebben op de ervaren belasting. Vijf EZH- en zes niet EZH-verzorgers vinden de betreffende oudere redelijk gezond. Zowel één EZH- als één niet EZH-verzorger vinden de oudere matig gezond. Twee EZH-verzorgers noemen de oudere niet gezond. De gegevens geven echter geen inzicht in de combinatie belasting - gepercipieerde gezondheid, de vragen zijn slechts door enkele centrale verzorgers beantwoord.

zorgverlening

In deze paragraaf komt de zorgverlening door centrale verzorgers aan de orde. Nagegaan wordt of er zich, in de experimentele periode, wijzigingen hebben voorgedaan in de mate en aard van de zorgverlening (tabel 6).

De centrale verzorgers in beide onderzoeksgroepen geven, over het algemeen, evenveel dagen in de week hulp als in het begin van de experimentele periode. Ook met betrekking tot zowel het aantal uren HDL-hulp dat men geeft als het aantal ADL- en HDL-verrichtingen waarbij men hulp verleend is weinig verandering opgetreden.

Tabel 6 Aantal dagen hulp per week, aantal uren HDL-hulp per week, aantal ADL-hulpverrichtingen en aantal HDL-hulpverrichtingen voor EZH-verzorgers (EZH) en niet EZH-verzorgers (nEZH), over twee meettijdstippen (absolute aantallen)

Kermerk	EZH		nEZH	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
aantal dagen per week				
één of twee	1	0	2	3
drie t/m zeven	2	3	2	2
wisselend	4	4	2	1

totaal abs.	7	7	6	6
aantal uren HDL-hulp per week				
één of twee	1	1	1	1
drie t/m tien	2	3	1	1
elf of meer	1	0	0	0

totaal abs.	4	4	2	2
gemiddeld	5.3	4.2	3.9	4.8
aantal ADL-hulpverrichtingen				
geen	2	1	2	1
één t/m drie	4	5	3	5
vier t/m zeven	0	0	1	0

totaal abs.	6	6	6	6
gemiddeld	1.4	1.0	1.2	1.0
aantal HDL-hulpverrichtingen				
één t/m drie	4	4	3	3
vier t/m zeven	1	1	2	3
acht of meer	2	2	2	1

totaal abs.	7	7	7	7
gemiddeld	3.3	4.6	2.9	3.7

Het lijkt dat centrale verzorgers bij de tweede meting gemiddeld minder uren ADL-hulp geven dan centrale verzorgers bij de eerste meting. Bij de eerste meting lag het gemiddeld aantal uren verleende ADL-hulp voor EZH-verzorgers op 6.9 uur en bij de tweede meting op 1.5 uur*. Voor niet EZH-verzorgers blijkt het tegenovergestelde en zijn deze gemiddelden respectievelijk 4.3 uur en 5.5 uur.

Over wijzigingen in het aantal uren ADL-hulp dat men geeft, kan evenwel niets gezegd worden, omdat deze gegevens incompleet zijn.

Met betrekking tot het gemiddeld aantal ADL- en HDL-verrichtingen waarbij men hulp verleent lijkt een verschil zichtbaar. Ten tijde van de eerste meting gaven de EZH-verzorgers en niet EZH-verzorgers hulp bij gemiddeld meer

* Dit gemiddelde betreft twee personen.

ADL-verrichtingen dan bij de tweede meting. Het gemiddeld aantal HDL-verrichtingen waarbij men helpt is bij beide groepen toegenomen.

Met betrekking tot de afstemming van de gevraagde en de gegeven zorg is het volgende te zeggen:

Geen van de centrale verzorgers is van mening dat de oudere meer zelf zou kunnen doen. Twee EZH-verzorgers en vier niet EZH-verzorgers menen in lichte mate dat de betreffende oudere teveel hulp van hen verwacht, voor de overige verzorgers geldt dit niet. Voor twee EZH-verzorgers geldt dat zij, in meer of mindere mate, het gevoel hebben dat er misbruik van ze wordt gemaakt. Drie niet EZH-verzorgers hebben, in lichte mate, eveneens dat gevoel. Voor de overigen geldt dit niet.

Een ander aspect van afstemming is de relatie met professionele hulpverleners, zoals wijkverpleging en gezinszorg. Twee EZH-verzorgers hebben veel contact met de wijkverpleegkundige en zijn van mening dat de werkzaamheden altijd naar hun eigen zin worden uitgevoerd. De overige verzorgers hebben geen contact met de wijkverpleegkundige of de oudere krijgt geen wijkverpleegkundige zorg. Eén EZH-verzorger geeft aan af en toe contact te hebben met de gezinsverzorgende, de overigen hebben geen contact of de oudere ontvangt geen hulp van de gezinszorg. Drie EZH-verzorgers en één niet EZH-verzorger vinden dat de gezinsverzorgende de werkzaamheden niet altijd naar hun eigen zin uitvoeren. De overigen hebben hier geen mening over.

4.3 Vergelijking centrale verzorgers en netwerkverzorgers

In deze paragraaf zal een vergelijking gemaakt worden tussen centrale verzorgers en netwerkverzorgers. De vergelijking betreft gegevens uit de eerste meting met betrekking tot persoonskenmerken, belasting, gezondheid en zorgverlening.

persoonskenmerken

Hier wordt een vergelijking op een aantal kenmerken van centrale verzorgers (CV) en netwerkverzorgers (NV) weergegeven (tabel 7).

Tabel 7 Burgerlijke staat, woonsituatie en woonafstand voor EZH-verzorgers (EZH) en niet EZH-verzorgers (nEZH), uitgesplitst naar centrale verzorgers (CV) en netwerkverzorgers (NV), over de eerste meting (absolute aantallen)

Kenmerk	EZH		nEZH	
	CV	NV	CV	NV
burgerlijke staat				
gehuwd/samenwonend	5	4	6	9
verweduwd	1	0	1	1
gescheiden	0	0	0	1
ongehuwd	2	0	0	0

totaal abs.	8	4	7	11
woonsituatie				
woont alleen	3	0	1	1
woont samen	5	4	6	10

totaal abs.	8	4	7	11
woonafstand				
zelfde plaats	7	2	4	9
elders	1	2	3	2

totaal abs.	8	4	7	11

De meeste verzorgers zijn gehuwd of samenwonend en wonen in dezelfde plaats als de oudere. Tussen centrale verzorgers en netwerkverzorgers lijken zich geen opvallende verschillen voor te doen.

gezondheid

Voor wat betreft gezondheid wordt nagegaan of er verschil bestaat tussen de twee groepen in inschatting van de gezondheid (tabel 8).

Tabel 8 Inschatting van de gezondheid voor EZH-verzorgers (EZH) en niet EZH-verzorgers (nEZH), uitgesplitst naar centrale verzorgers (CV) en netwerkverzorgers (NV), over de eerste meting (absolute aantallen)

inschatting gezondheid	EZH		nEZH	
	CV	NV	CV	NV
gezond	6	3	3	4
redelijk gezond	1	1	4	5
matig/niet gezond	1	0	0	2

totaal abs.	8	4	7	11

Zowel centrale als netwerkverzorgers in beide groepen voelen zich voornamelijk (redelijk) gezond.

belasting

In deze paragraaf wordt de belasting van centrale verzorgers en netwerkverzorgers vergeleken. Aan de orde komen de subjectieve belasting en, als factor die van invloed is op subjectieve belasting, het afgelost worden door mensen uit de omgeving en/of door beroepskrachten. De gegevens worden samengevat in tabel 9.

Tabel 9 Subjectieve belasting, afgelost worden door omgeving en afgelost worden door beroepskrachten voor EZH-verzorgers (EZH) en niet EZH-verzorgers (nEZH), uitgesplitst naar centrale verzorgers (CV) en netwerkverzorgers (NV), over de eerste meting (absolute aantallen)

Kenmerk	EZH		nEZH	
	CV	NV	CV	NV
subjectieve belasting				
niet of nauwelijks enigszins belast	4	2	1	6
tamelijk zwaar	3	2	6	4
	1	0	0	1

totaal abs.	8	4	7	11
afgelost worden door omgeving				
ja	1	1	0	1
nee	2	1	1	1

totaal abs.	3	2	1	2
afgelost worden door beroepskrachten				
ja, opvang thuis	1	1	0	1
nee, oudere wil niet	0	1	3	0

totaal abs.	1	2	3	1

Bij de EZH-verzorgers doen zich nauwelijks verschillen voor tussen centrale verzorgers en netwerkverzorgers met betrekking tot subjectieve belasting en het afgelost worden. Bij de niet EZH-verzorgers lijkt het dat netwerkverzorgers zich minder vaak belast voelen dan centrale verzorgers. Er zijn geen opvallende verschillen te constateren voor wat betreft het afgelost worden.

zorgverlening

In deze laatste subparagraaf komt de zorgverlening aan de orde. Nagegaan wordt of de groepen verschillen ten aanzien van het aantal dagen per week dat zij hulp geven en het geven van ADL- en HDL-hulp (tabel 10).

Het valt op dat netwerkverzorgers (relatief, maar ook absoluut) vaker een wisselend aantal dagen per week zorg geven dan centrale verzorgers. Zowel de meeste centrale verzorgers als netwerkverzorgers helpen de oudere niet bij ADL-ver-

richtingen. In de meeste gevallen is deze hulp niet nodig. Voor wat betreft hulp bij HDL-verrichtingen helpen de centrale verzorgers van de EZH-verzorgers vaker dan de netwerkverzorgers. Voor de niet EZH-verzorgers is dit verschil niet zichtbaar. Het aantal uren dat men ADL- en/of HDL-hulp geeft levert geen verschil op tussen de groepen. De vraag is door zeer weinig verzorgers beantwoord.

Tabel 10 Aantal dagen per week, ADL-hulp en HDL-hulp voor EZH-verzorgers (EZH) en niet EZH-verzorgers (nEZH), uitgesplitst naar centrale verzorgers (CV) en netwerkverzorgers (NV), over de eerste meting (absolute aantallen)

Kenmerk	EZH		nEZH	
	CV	NV	CV	NV
aantal dagen per week				
één of twee	1	0	2	3
drie t/m zeven	2	0	2	0
wisselend	4	4	2	7

totaal abs.	7	4	6	10
ADL-hulp				
help niet, andere helpen	1	0	1	2
help niet, niet nodig	4	2	3	6
help wel	1	2	2	2

totaal abs.	6	4	6	10
HDL-hulp				
help niet	1	3	3	6
help wel	6	1	4	5

totaal abs.	7	4	7	11

5 Interpretatie en conclusies

In deze paragraaf worden de resultaten geïnterpreteerd. Getracht wordt vraag 5 uit de vraagstelling, voor een deel, te beantwoorden. Deze vraag luidt:

5. "Hoe is de omvang en relatie van zorg door centrale verzorgers op de behoefte aan informele zorg van ouderen in het experiment Zorghuis Den Haag?"

In verband met het geringe aantal centrale verzorgers kan de oorspronkelijke vraagstelling niet geheel beantwoord worden. Het is niet mogelijk gebleken om de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod te bestuderen met een gering aantal respondenten. Gekozen is voor een beschrijving van zowel de centrale verzorgers als de zogenaamde netwerkverzorgers. Vanuit deze beschrijving wordt

getracht een globaal beeld te vormen van de afstemming. Tevens worden, op basis van de resultaten en de bestudeerde literatuur enkele veronderstellingen geformuleerd.

De afgelopen twee jaar zijn bij de centrale verzorgers die longitudinaal gevolgd zijn, weinig veranderingen opgetreden met betrekking tot persoonskenmerken. Met betrekking tot de gezondheid lijkt het dat, hoewel het aantal gezondheidsklachten niet duidelijk is toegenomen, enkele EZH- en niet EZH-verzorgers zich iets minder gezond inschatten. Hoewel EZH-verzorgers, over het algemeen, over de experimentele periode iets meer steun en raad van anderen hebben gekregen, zijn enkelen van hen de zorgverlening iets meer belastend gaan vinden, in tegenstelling tot de niet EZH-verzorgers. Mogelijk leven bij deze EZH-verzorgers, net als dat bij de ouderen het geval is, toch meer traditionele opvattingen omtrent zorgverlening. Na verloop van tijd kan de zorgverlening voor hen dan toch een grotere belasting gaan vormen dan zij aanvankelijk dachten. Mogelijk hebben zij meer professionele zorg verwacht. Bij de niet EZH-verzorgers heeft deze tegenstrijdigheid in verwachtingen vermoedelijk geen rol gespeeld. Enkele niet EZH-verzorgers zijn zich juist minder belast gaan voelen. Het geven van huishoudelijke hulp wordt door niet EZH-verzorgers wat vaker belastend gevonden dan door EZH-verzorgers. Mogelijk komt dit doordat de appartementen van de ouderen in het Zorghuis alle modern zijn en wellicht wat makkelijker schoon te houden dan de kamers in de misschien wat oudere gebouwen waar de ouderen in de controlegroep wonen. Met betrekking tot de aard en de mate van de zorgverlening hebben zich in beide groepen weinig wijzigingen voorgedaan. Dit leidt tot de conclusie dat centrale verzorgers, in tegenstelling tot wat bij de opzet van het experiment gehoopt werd, in het Zorghuis niet of nauwelijks meer uren informele zorg zijn gaan geven.

Hoewel alle EZH- en niet EZH-verzorgers vinden dat de ouderen niet méér zelf kunnen dan zij nu doen, vinden enkele verzorgers (met name niet EZH-verzorgers) dat de ouderen teveel hulp van hen verwachten en/of dat er misbruik van hen gemaakt wordt. Hieruit kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de centrale verzorgers niet meer kunnen doen dan zij nu doen, hoewel sommige ouderen dat blijkbaar wel verwachten. Meer of betere professionele ondersteuning of steun van andere informele hulpverleners lijkt daarom gewenst.

In de literatuur (zie 1.3.5) wordt beschreven dat ouderen over het algemeen één centrale verzorger hebben, dat wil zeggen dat er één persoon in hun (informele) omgeving is, die met betrekking tot zorgverlening, heel belangrijk voor hen is. Echter, uit de gegevens van dit onderzoek blijkt dat veel ouderen meer uitwonnende informele verzorgers hebben die nagenoeg even belangrijk zijn. Er is veelal sprake van een verzorgers-netwerk. Mogelijk komt een verzorgers-netwerk vooral voor bij een samenwonend ouder (echt-)paar. Zij hebben wellicht niet veel intensieve hulp nodig (ze helpen elkaar zoveel mogelijk) en er zijn meer informele zorgverleners die af en toe helpen met een klusje. In het verlengde hiervan is het mogelijk dat de hulpbehoefte van de oudere een rol speelt. Uit de literatuur (zie 1.3.5) blijkt dat bij behoefte aan langdurige zorg en zorg bij persoonlijke verzorging 72% van de ouderen voorkeur heeft voor professionele zorg boven informele zorg. Is de zorgbehoefte kortdurend of minder intensief, dan mag verondersteld worden dat ouderen de voorkeur geven aan informele zorgverleners. Hieruit voortvloeiend kan verondersteld worden dat ouderen met een minder ernstige hulpbehoefte voornamelijk netwerkverzorgers hebben (zij vragen meer mensen voor diverse klusjes) en dat ouderen met een ernstiger hulpbehoefte voornamelijk centrale verzorgers hebben. In dit laatste geval is de zorg met name voor wat betreft persoonlijke verzorging (voor een groot deel) overgenomen door professionele krachten en is er nog één informele zorgverlener die de oudere helpt met huishoudelijke taken en die als contactpersoon naar de professionele zorgverleners toe fungeert. Dit stemt overeen met de bevindingen van Tjadens en Woldringh (zie 1.3.5) dat de zorg die verleend wordt voornamelijk van huishoudelijke aard is. In het kader van het substitutieonderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken of bovengenoemde veronderstelling al dan niet juist is. Op grond van de in dit onderzoek verzamelde gegevens bij ouderen en hun centrale verzorgers is dit niet goed te achterhalen. De veronderstelling wordt ondersteund door het gegeven dat deze zogenaamde netwerkverzorgers vaker een wisselend aantal dagen per week zorg verlenen aan de oudere. Daarbij lijken zij in het Zorghuis minder huishoudelijke hulp te geven dan centrale verzorgers. Vermoed wordt dat in de week waarin netwerkverzorgers minder zorg verlenen, op de andere dagen andere (informele) zorgverleners de zorg verlenen. Mogelijk is dit de verzorger die de oudere bij de vijfde meting genoemd heeft. Dit kan mede een als geringer ervaren belasting tot gevolg hebben voor de verzorgers. Netwerkverzorgers voelen zich wellicht meer gesteund bij de zorgverle-

ning en kunnen wellicht makkelijker worden afgelost. Helaas kan het beperkte aantal gegevens hierover geen uitsluitel geven. Hoewel de genoemde conclusie interessant is, is deze echter niet goed generaliseerbaar. Het aantal centrale verzorgers en netwerkverzorgers is te gering om generaliseerbare uitspraken te rechtvaardigen. Dergelijke uitspraken kunnen alleen gedaan worden op grond van gedegen onderzoek naar het informele zorgnetwerk rond ouderen.

In een dergelijk onderzoek zouden ook vrijwilligers(organisaties) betrokken kunnen worden. In het Zorghuis hebben de vrijwilligers voornamelijk een algemene taak, zoals het verzorgen van koffie in de grote zaal en het helpen met de maaltijdverstrekking. Het is daardoor niet na te gaan hoeveel en welke hulp één oudere van een vrijwilliger ontvangt. Om die reden bleek het niet haalbaar de informele zorgverlening van vrijwilligers aan de ouderen op te nemen in de productevaluatie.

BIJLAGE 4
VRAGENLIJSTEN DEELONDERZOEK CENTRALE VERZORGING



respondentnummer				

CENTRALE VERZORGERS

Project: 1550/augustus 1990

1. In welk jaar bent u geboren?	-
2. Bent u man of vrouw?	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
3. In welke relatie staat u tot mevrouw/mijnheer? U mag meerdere antwoorden geven. Bent u	<input type="checkbox"/> echtgeno(o)t(e)/partner <input type="checkbox"/> dochter <input type="checkbox"/> zoon <input type="checkbox"/> schoondochter <input type="checkbox"/> kleindochter <input type="checkbox"/> vriend(in) <input type="checkbox"/> buur <input type="checkbox"/> vrijwilliger <input type="checkbox"/> anders, nl.:
4. Wat is uw burgerlijke staat?	<input type="checkbox"/> gehuwd of samenwonend <input type="checkbox"/> weduwe of weduwnaar <input type="checkbox"/> gescheiden <input type="checkbox"/> ongehuwd (nooit gehuwd geweest)
5. Woont u op het ogenblik alleen of woont u samen met andere mensen?	<input type="checkbox"/> ik woon alleen → vraag 7 <input type="checkbox"/> ik woon samen met andere mensen
6. Wilt u aangeven met wie u samenwoont en invullen hoe oud deze mensen zijn? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.	<input type="checkbox"/> mevrouw/mijnheer: jaar <input type="checkbox"/> partner : jaar <input type="checkbox"/> dochter 1 : jaar <input type="checkbox"/> dochter 2 : jaar <input type="checkbox"/> zoon 1 : jaar <input type="checkbox"/> zoon 2 : jaar <input type="checkbox"/> zus : jaar <input type="checkbox"/> broer : jaar <input type="checkbox"/> ander familielid: jaar <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.: jr.
7. Hoe dicht woont u bij mevrouw/meneer in de buurt? plaats	<input type="checkbox"/> we wonen in hetzelfde huis <input type="checkbox"/> we wonen in dezelfde wijk <input type="checkbox"/> we wonen in een andere wijk, maar wel in dezelfde plaats <input type="checkbox"/> we wonen in een andere plaats, maar wel in dezelfde regio <input type="checkbox"/> we wonen in een andere regio
8. Bij mensen die voor andere mensen zorgen kan de zorg een meer of minder centrale plaats innemen in hun leven. Voor sommigen draait vrijwel hun hele leven om de zorg en wat daarbij komt kijken. Voor anderen bepaalt de zorg in veel mindere mate hun leven. Hoe beleeft u dit? Welke plaats neemt de zorg voor mevrouw/meneer in uw leven in?	<input type="checkbox"/> een zeer centrale plaats <input type="checkbox"/> een tamelijk centrale plaats <input type="checkbox"/> een niet zo centrale plaats

<p>9. Hoeveel dagen per week helpt u mevrouw/meneer meestal?</p>	<input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 4 dagen <input type="checkbox"/> 5 dagen <input type="checkbox"/> 6 dagen <input type="checkbox"/> alle dagen <input type="checkbox"/> dat wisselt sterk
<p>10. Vindt u het vanzelfsprekend om voor mevrouw/meneer te doen wat u nu doet?</p>	<input type="checkbox"/> ja, wat ik doe is voor mij vanzelfsprekend <input type="checkbox"/> sommige dingen wel, sommige dingen niet <input type="checkbox"/> nee, ik vind wat ik doe niet vanzelfsprekend <input type="checkbox"/> weet niet
<p>11. Vindt mevrouw/meneer wat u doet vanzelfsprekend?</p>	<input type="checkbox"/> ja, beslist <input type="checkbox"/> ja, enigszins wel <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet
<p>12. Wilt u aangeven welke werkzaamheden u heeft <u>naast</u> de zorg voor mevrouw/meneer en uw eventuele gemeenschappelijke huishouden en hoeveel uur per week u hieraan besteedt? U mag meerdere antwoorden geven.</p> <p><input type="checkbox"/> ik heb geen andere werkzaamheden <input type="checkbox"/> ik heb daarnaast eigen huishouden <input type="checkbox"/> ik heb daarnaast betaalde werkring : uur per week <input type="checkbox"/> ik ben werkzaam in familiebedrijf : uur per week <input type="checkbox"/> ik help nog iemand (of meer mensen) met het huishouden of verzorging : uur per week <input type="checkbox"/> ik doe vrijwilligerswerk : uur per week <input type="checkbox"/> ik volg een studie : uur per week <input type="checkbox"/> anders, nl.: : uur per week</p>	

NU KOMEN ER VRAGEN OVER HULP BIJ ALGEMENE DAGELIJKSE LEVENSVERRICHTINGEN.

13. Waarbij helpt u mevrouw/meneer?
 Hieronder staat een lijstje met algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wilt u aangeven of u mevrouw/meneer met deze verrichtingen helpt en hoe vaak dit gebeurt?

	ik help geregeld	ik help soms	ik help niet
a. dagelijks wassen (gezicht, handen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. gaan zitten en opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. in en uit bed stappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. eten en drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. toiletbezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. volledig wassen (baden, douchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. binnenshuis verplaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. buitenshuis verplaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. trap lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. medicijnen innemen, spuiten, verbinden etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. elastische kousen aantrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Kunt u aangeven hoeveel uur per week u mevrouw/meneer in totaal helpt met deze algemene dagelijkse levensverrichtingen?

- ik hielp hierbij niet, anderen helpen → vraag 16
 ik hielp hierbij niet, mevrouw/meneer heeft hierbij geen hulp nodig → vraag 17
 ik help wel bij één of meer verrichtingen, in totaal uur per week.

<p>15. Ervaart u het geven van deze hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen als belastend?</p>	<input type="checkbox"/> niet of nauwelijks belastend <input type="checkbox"/> enigszins belastend <input type="checkbox"/> tamelijk belastend <input type="checkbox"/> zeer belastend																												
<p>16. Zijn er mensen, buiten u zelf, die mevrouw/meneer bij deze algemene dagelijkse levensverrichtingen geregeld helpen? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</p>	<p>Geregeld helpen <u>huisgenoten</u> van mevrouw/meneer</p> <input type="checkbox"/> partner van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> andere huisgenoten van mevrouw/meneer																												
<p>17. Hieronder staan nog een paar soorten hulp. Wilt u aangeven of u mevrouw/meneer hierbij helpt? Als deze hulp niet van toepassing of niet nodig is, kunt u gewoon invullen dat u niet helpt.</p>																													
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>ik help geregeld</td> <td>ik help soms</td> <td>ik help niet</td> </tr> <tr> <td>a. voeten verzorgen, nagels knippen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. mee naar dokter of specialist gaan</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. waken</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. speciale oefeningen in verband met lichamelijke conditie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ik help geregeld	ik help soms	ik help niet	a. voeten verzorgen, nagels knippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. mee naar dokter of specialist gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. waken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. speciale oefeningen in verband met lichamelijke conditie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	ik help geregeld	ik help soms	ik help niet																										
a. voeten verzorgen, nagels knippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
b. mee naar dokter of specialist gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
c. waken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
d. speciale oefeningen in verband met lichamelijke conditie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<p>18. Als u mevrouw/meneer helpt met één of meer van bovengenoemde bezigheden, ervaart u het geven van deze hulp als belastend?</p>	<input type="checkbox"/> niet of nauwelijks belastend <input type="checkbox"/> enigszins belastend <input type="checkbox"/> tamelijk belastend <input type="checkbox"/> zeer belastend																												
<p>19. De hulp die u aan mevrouw/meneer geeft kan behalve uit tastbare hulp ook uit andere zaken bestaan. We kunnen hierbij denken aan gezelschap houden, een luisterend oor bieden en dergelijke. Wilt u van onderstaande activiteiten aangeven of u ze doet en hoe vaak dit is? Als de activiteit 'niet van toepassing is', kunt u gewoon invullen dat u deze niet doet.</p>																													
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>doe ik geregeld</td> <td>doe ik soms</td> <td>doe ik niet</td> </tr> <tr> <td>a. gezelschap houden</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. een luisterend oor bieden of raad geven</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. te logeren of op bezoek vragen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. vergezellen bij uitstapjes, winkelen e.d.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. bellen of langs gaan om te informeren of alles goed gaat</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. anders, nl.:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		doe ik geregeld	doe ik soms	doe ik niet	a. gezelschap houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. een luisterend oor bieden of raad geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. te logeren of op bezoek vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. vergezellen bij uitstapjes, winkelen e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. bellen of langs gaan om te informeren of alles goed gaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. anders, nl.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	doe ik geregeld	doe ik soms	doe ik niet																										
a. gezelschap houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
b. een luisterend oor bieden of raad geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
c. te logeren of op bezoek vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
d. vergezellen bij uitstapjes, winkelen e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
e. bellen of langs gaan om te informeren of alles goed gaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
f. anders, nl.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<p>20. Als u mevrouw/meneer helpt met één of meer van bovengenoemde activiteiten, ervaart u het geven van deze niet-tastbare hulp als belastend?</p>	<input type="checkbox"/> niet of nauwelijks belastend <input type="checkbox"/> enigszins belastend <input type="checkbox"/> tamelijk belastend <input type="checkbox"/> zeer belastend																												

21. Hieronder staat een lijstje met <u>huishoudelijke</u> bezigheden. Wilt u aangeven of u mevrouw/meneer met deze bezigheden helpt en hoe vaak dit is?			
	ik help geregeld	ik help soms	ik help niet
a. boodschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ontbijt klaarmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. warme maaltijd klaarmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. afwassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. bed opmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. bed verschonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. stof afnemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. poetsen en stofzuigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. de was doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. vuilnis buiten zetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. verzorgen van tuin/balkon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. klusjes in huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kunt u aangeven hoeveel uur per week u mevrouw/meneer helpt met deze huishoudelijke bezigheden?			
<input type="checkbox"/> ik help hierbij niet, anderen helpen → vraag 24			
<input type="checkbox"/> ik help hierbij niet, mevrouw/meneer heeft hierbij geen hulp nodig → vraag 26			
<input type="checkbox"/> ik help wel bij één of meer huishoudelijke bezigheden, in totaal uur per week			
23. Ervaart u het geven van deze huishoudelijke hulp als belastend?		<input type="checkbox"/> niet of nauwelijks belastend <input type="checkbox"/> enigszins belastend <input type="checkbox"/> tamelijk belastend <input type="checkbox"/> zeer belastend	
24. Zijn er mensen, buiten u zelf, die mevrouw/meneer bij deze huishoudelijke bezigheden <u>geregeld</u> helpen? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.		Geregeld helpen <u>huisgenoten</u> van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> partner van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> andere huisgenoten van mevrouw/meneer Geregeld helpen <u>niet-huisgenoten</u> van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> dochter(s) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> zo(o)n(en) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> kleinkind(eren) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> andere familieleden van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> buren van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> vrienden/kennissen van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> gezinsverzorgende/alpha hulp <input type="checkbox"/> particuliere hulp <input type="checkbox"/> (wijk)verpleegkundige of ziekenverzorgende <input type="checkbox"/> vrijwilliger <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.: <input type="checkbox"/> niemand helpt geregeld	
25. Zijn er mensen van wie u vindt dat ze eigenlijk <u>meer</u> hulp in het huishouden van mevrouw/meneer zouden moeten geven? Indien ja: meerdere antwoorden mogelijk.		<input type="checkbox"/> nee, ik had van niemand meer hulp verwacht <input type="checkbox"/> ja, ik had meer hulp verwacht van: <input type="checkbox"/> huisgenoten van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> dochter(s) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> zo(o)n(en) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.:	
26. Tot nu toe ging het om de hulp aan mevrouw/meneer. Bij deze vraag het om de hulp die <u>uzelf</u> krijgt. Zijn er mensen die in <u>uw eigen</u> huishouden geregeld meehelpen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.		<input type="checkbox"/> mijn partner <input type="checkbox"/> mijn thuiswonende dochter(s) <input type="checkbox"/> mijn thuiswonende zo(o)n(en) <input type="checkbox"/> mijn niet thuiswonende dochter(s) <input type="checkbox"/> mijn niet thuiswonende zo(o)n(en) <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.: <input type="checkbox"/> niemand helpt geregeld	

27. Nu volgen nog enkele activiteiten. Wilt u van deze activiteiten aangeven of u ze doet en hoe vaak dit is? Als deze hulp niet van toepassing is of niet nodig is, kunt u gewoon invullen dat u niet helpt.

	ik help geregeld	ik help soms	ik help niet
a. invullen van formulieren, aanvragen van subsidies etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. regelen en organiseren (bijv. dokter bellen, vervoer regelen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. behartigen van financiële zaken (bijv. geld halen, rekeningen betalen, huur betalen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. het aanschaffen van belangrijke spullen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Als u mevrouw/meneer helpt met één of meer van bovengenoemde activiteiten, ervaart u het geven van deze hulp als belastend?

- niet of nauwelijks belastend
 enigszins belastend
 tamelijk belastend
 zeer belastend

NU KOMEN VRAGEN OVER HOE HET VOOR U IS OM MEVROUW/MENEER TE HELPEN.

29. Sommige mensen voelen zich erg belast door de zorg voor de oudere, voor andere mensen geldt dit minder. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt u zich momenteel?

- niet of nauwelijks belast
 enigszins belast
 tamelijk zwaar belast
 zeer zwaar belast
 overbelast

30. Hoe kijkt mevrouw/meneer hier tegenaan? Mevrouw/meneer denkt dat ik

- niet of nauwelijks belast ben
 enigszins belast bent
 tamelijk zwaar belast ben
 zeer zwaar belast ben
 overbelast ben
 ik weet niet wat mevrouw/meneer denkt

31. Als mensen voor andere mensen zorgen kan dat problemen met zich meebringen. Kunt u aangeven of de volgende uitspraken voor u gelden? Geldt het sterk voor u, geldt het een beetje voor u of geldt het niet voor u?

	geldt sterk	geldt een beetje	geldt niet
a. ik vind dat ik te weinig aan mijn eigen leven toekom (contacten, ontspanning etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik krijg te weinig hulp van professionele instellingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik ben te weinig vrij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. het combineren van deze zorg en een eigen gezin en/of baan valt niet mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik vind dat mevrouw/meneer te weinig waardering laat blijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ik kom eigenlijk nooit los van deze zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ik heb veel moeite moeten doen om hulpmiddelen (zoals rolstoel, traplift) of vergoedingen te krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ik heb mevrouw/meneer verwend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. mijn gezondheid lijdt onder deze zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ik krijg te weinig hulp van familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. dit soort werk ligt me niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. door deze zorg voel ik me vaker gejaagd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. door mevrouw/meneer slaap ik vaak slecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ik kan bij deze zorg niet op mensen uit mijn omgeving rekenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. door deze zorg voel ik me erg gebonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ik vind dat ik anderen door de zorg voor mevrouw/meneer tekort doe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. ik vind mevrouw/meneer nogal lastig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. ik mis waardering van anderen voor deze zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vervolg vraag 31		geldt sterk	geldt een beetje	geldt niet
s. ik krijg conflicten thuis en/of op mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t. ik hoop niet dat dit nog jaren zo duurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. ik vind dat anderen mevrouw/meneer in de steek laten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v. ik heb heb gevoel dat ik in een isolement aan het raken ben/ geraakt ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
w. als ik had geweten dat de zorg zo lang zou duren had ik het niet gedaan of anders gedaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
x. soms denk ik dat het zo niet langer kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

32. Wat vindt u zelf van uw gezondheid? Voelt u zich:	<input type="checkbox"/> gezond <input type="checkbox"/> redelijk gezond <input type="checkbox"/> matig gezond <input type="checkbox"/> niet gezond <input type="checkbox"/> weet niet
---	--

NU KOMEN ER ENKELE LICHAAMELIJKE ONGEMAKKEN WAAR MENSEN LAST VAN KUNNEN HEBBEN.

33a. Heeft u moeite met lopen?	<input type="checkbox"/> nee, ik loop zonder moeite <input type="checkbox"/> soms loop ik met moeite <input type="checkbox"/> doorgaans loop ik met moeite <input type="checkbox"/> doorgaans loop ik met veel moeite
33b. Heeft u moeite met traplopen?	<input type="checkbox"/> nee, ik loop trap zonder moeite <input type="checkbox"/> soms loop ik trap met moeite <input type="checkbox"/> doorgaans loop ik trap met moeite <input type="checkbox"/> doorgaans loop ik trap met veel moeite
33c. Heeft u rugklachten, schouder- of nekklachten?	<input type="checkbox"/> ja, vaak <input type="checkbox"/> ja, soms <input type="checkbox"/> zelden of nooit
33d. Heeft u op een of andere manier moeite met het gebruik van de armen of handen?	<input type="checkbox"/> ja, vaak <input type="checkbox"/> ja, soms <input type="checkbox"/> zelden of nooit
33e. Heeft u moeite met zien, eventueel ook nog met bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
33f. Heeft u moeite met horen, eventueel ook nog met hoorapparaat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
33g. Heeft u hartklachten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
33h. Heeft u klachten over uw longen of ademhalingswegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
33i. Bent u vanwege een aandoening, ziekte of handicap belemmerd in de dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/> voortdurend belemmerd <input type="checkbox"/> met tussenpozen belemmerd <input type="checkbox"/> niet of zelden belemmerd

33j. Nu komen er nog enkele klachten. Heeft u hier wel eens last van?

	geldt sterk	geldt een beetje	geldt niet
a. hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. gespannenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. neerslachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. prikkelbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. onrustgevoelens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. vergeetachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. zenuwachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. gejaagdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Nu volgen nog een aantal problemen waarmee mensen bij de zorg te maken kunnen hebben. Wilt u weer aangeven of de volgende uitspraken voor u gelden? Geldt het sterk voor u, geldt het een beetje voor u of geldt het niet voor u?

	geldt sterk	geldt een beetje	geldt niet
a. ik vind dat mevrouw/meneer meer zelf zou kunnen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik vind dat mevrouw/meneer te veel (hulp) van mij verwacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik krijg door deze zorg lichamelijke klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ik voel me wel eens tekortschieten in de zorg voor mevrouw/meneer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik vind dat ik me te veel moet aanpassen aan mevrouw/meneer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ik vind dat ons contact door deze zorg slechter is geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ik heb te weinig tijd voor mevrouw/meneer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ik vind dat mevrouw/meneer niet de hulp krijgt die hij/zij nodig heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. af en toe heb ik het gevoel dat er misbruik van mij wordt gemaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. mijn zelfstandigheid komt door deze zorg in de knel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ik maak me nogal eens ongerust over mevrouw/meneer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NU KOMEN ER ENKELE VRAGEN OVER DE STEUN DIE UZELF ONDERVINDT OF NIET ONDERVINDT VAN ANDERE MENSEN.

35. Heeft u er behoefte aan om af en toe helemaal vrij te zijn van de zorg voor mevrouw/meneer?

nee
 ja

36. Bent u wel eens helemaal vrij van de zorg voor mevrouw/meneer?

nee, nooit → vraag 39
 zelden
 ja, geregeld

37. Wanneer bent u helemaal vrij van zorg voor mevrouw/meneer?
Meerdere antwoorden mogelijk.

als mevrouw/meneer met vakantie gaan
 als mevrouw/meneer tijdelijk is opgenomen in een verpleeghuis
 als ik word afgelost door andere mensen
 af en toe neem ik gewoon vrij, zonder dat ik daarvoor iets speciaals regel

38. Bent u vaak genoeg helemaal vrij van uw zorg voor mevrouw/meneer?

ja → vraag 40
 nee

39. Wat zou er in uw situatie moeten gebeuren zodat u wat vaker vrij zou kunnen zijn van zorg.																					
39a. Zouden mensen uit de eigen omgeving van mevrouw/meneer u naar uw gevoel eigenlijk vaker moeten aflossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee																				
39b. Zouden beroepskrachten u vaker moeten aflossen?	<input type="checkbox"/> ja, bij voorkeur tijdelijke opname <input type="checkbox"/> ja, bij voorkeur opvang thuis <input type="checkbox"/> nee, dit is geen oplossing omdat mevrouw/meneer geen hulp van vreemden wil																				
40. Zijn er mensen die u af en toe aflossen? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.	<input type="checkbox"/> nee, niemand lost mij af <input type="checkbox"/> ja, door huisgenoten van mevrouw/meneer Ik word afgelost door <u>niet-huisgenoten</u> : <input type="checkbox"/> dochter(s) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> zo(o)n(en) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> kleinkind(eren) van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> andere familieleden van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> buren van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> vrienden/kennissen van mevrouw/meneer <input type="checkbox"/> gezinsverzorgende/alpha hulp <input type="checkbox"/> (wijk)verpleegkundige of ziekenverzorgende <input type="checkbox"/> vrijwilliger <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.: <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.:																				
41. Veronderstel dat u door ziekte of ongeval mevrouw/meneer een tijd lang niet kunt helpen, wat moet er dan gebeuren? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.	<input type="checkbox"/> dan moet er (meer) hulp van beroepskrachten komen <input type="checkbox"/> dan moet mevrouw/meneer tijdelijk opgenomen worden <input type="checkbox"/> dan moeten andere familieleden (meer) helpen <input type="checkbox"/> anders, nl.: <input type="checkbox"/> weet ik niet																				
42. Hoe is de lichamelijke gezondheidstoestand van mevrouw/meneer momenteel?	<input type="checkbox"/> gezond <input type="checkbox"/> redelijk gezond <input type="checkbox"/> matig gezond <input type="checkbox"/> niet gezond																				
43. En hoe is de geestelijke toestand van mevrouw/meneer de laatste tijd? Is mevrouw/meneer de laatste tijd vergeetachtig, verward of depressief?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nee</th> <th>een beetje</th> <th>matig</th> <th>ernstig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- vergeetachtig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- verward</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- depressief</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		nee	een beetje	matig	ernstig	- vergeetachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- verward	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- depressief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nee	een beetje	matig	ernstig																	
- vergeetachtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
- verward	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
- depressief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
44. Indien de geestelijke toestand van mevrouw/meneer in uw ogen niet zo goed is, levert deze u dan extra belasting op?	<input type="checkbox"/> ja, veel <input type="checkbox"/> een beetje <input type="checkbox"/> nee, niet of nauwelijks <input type="checkbox"/> niet van toepassing																				

NU KOMEN ER ENKELE VRAGEN OVER HOE U OVER HET GEVEN VAN ZORG DENKT.

45. Mensen die zorgen kunnen heel verschillend denken over de zorg die ze willen geven. Sommigen vinden bijvoorbeeld dat zij mevrouw/meneer zoveel mogelijk moeten ontzien, terwijl anderen juist vinden dat mevrouw/meneer zélf zich ook moet aanpassen. Wij willen graag weten hoe u over de zorg voor mevrouw/meneer denkt. Het gaat erom wat u zelf vindt, niet om wat anderen vinden.

Wilt u voor onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre ze voor u gelden? Gelden ze sterk, gelden ze een beetje of gelden ze niet voor u?

IK VIND DAT ...

	geldt sterk	geldt 'n beetje	geldt niet	ik weet niet
a. ik deze zorg behoor te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik mevrouw/meneer niet lang alleen mag of kan laten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. als ik daar behoefte aan heb, professionele instellingen mij bij de zorg voor mevrouw/meneer moeten helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ik mevrouw/meneer moet helpen bij de persoonlijke verzorging (wassen, toiletgang etc.) als zij/hij zelf niet meer kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik voor mevrouw/meneer moet klaar staan wanneer het maar nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ik, ook als het me erg zwaar valt, voor mevrouw/meneer moet (blijven) zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. het mijn taak is om te zorgen dat mevrouw/meneer de hulp krijgt die zij/hij nodig heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ik mevrouw/meneer zoveel mogelijk moet ontzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ik de zorg zoveel mogelijk zélf moet volbrengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ik mij aan mevrouw/meneer moet aanpassen, als we beiden verschillende ideeën hebben over hoe iets gedaan moet worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ook anderen uit de naaste omgeving van mevrouw/meneer (familieleden) mee moeten helpen bij deze zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NU KOMEN ER NOG EEN PAAR VRAGEN OVER EVENTUELE STEUN DIE U KRIJGT.

46a. Zijn er mensen bij wie u terecht kunt, die naar u luisteren als u dit nodig heeft?

- nee, er is eigenlijk niemand → vr. 47a
 ja

46b. Wij welke mensen kunt u vooral terecht? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- mijn partner
 mijn dochter(s)
 mijn zo(o)n(en)
 mijn zus(sen)
 mijn broer(s)
 mijn kleinkind(eren)
 andere familie
 mevrouw/meneer zelf
 mijn bureu
 mijn vrienden/kennissen
 mijn huisarts en/of huisarts van mevr./meneer
 de (wijk)verpleegkundige/de ziekenverzorgende
 de gezinsverzorgende/alpha hulp
 personeel van tehuis
 vrijwilliger
 iemand anders, nl.:

<p>47a. Zijn er mensen die u wel eens bruikbare raad hebben gegeven in verband met de huidige zorg voor mevrouw/meneer of die handige tips hadden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nee, er is eigenlijk niemand → vr.48 <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>47b. Van welke mensen heeft u <u>vooral</u> goede raad of tips gekregen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.</p>	<p><input type="checkbox"/> mijn partner <input type="checkbox"/> mijn dochter(s) <input type="checkbox"/> mijn zo(o)n(en) <input type="checkbox"/> mijn zus(sen) <input type="checkbox"/> mijn broer(s) <input type="checkbox"/> mijn kleinkind(eren) <input type="checkbox"/> andere familie <input type="checkbox"/> mevrouw/meneer zelf <input type="checkbox"/> mijn bureu <input type="checkbox"/> mijn vrienden/kennissen <input type="checkbox"/> mijn huisarts en/of huisarts van mevr./meneer <input type="checkbox"/> de (wijk)verpleegkundige/de ziekenverzorgende <input type="checkbox"/> de gezinsverzorgende/alpha hulp <input type="checkbox"/> personeel van tehuis <input type="checkbox"/> vrijwilliger <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.:</p>
<p>48. Als we de mensen proberen in te delen in: niet eenzame mensen, matig eenzame mensen, sterk eenzame mensen en zeer sterk eenzame mensen, waar rekent u zich dan toe?</p>	<p><input type="checkbox"/> niet eenzame mensen <input type="checkbox"/> matig eenzame mensen <input type="checkbox"/> sterk eenzame mensen <input type="checkbox"/> zeer sterk eenzame mensen</p>
<p>49a. Zijn er de afgelopen 12 maanden mensen geweest die u hebben aangeraden om bij de zorg voor mevrouw/meneer gebruik te maken van de gezinszorg/bejaardenzorg of om deze zorg uit te breiden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nee, niemand → vraag 50a <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>49b. Welke mensen raadden u (meer) gezinszorg/bejaardenzorg aan? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.</p>	<p><input type="checkbox"/> mijn partner <input type="checkbox"/> mijn dochter(s) <input type="checkbox"/> mijn zo(o)n(en) <input type="checkbox"/> mijn zus(sen) <input type="checkbox"/> mijn broer(s) <input type="checkbox"/> mijn kleinkind(eren) <input type="checkbox"/> andere familie <input type="checkbox"/> mevrouw/meneer zelf <input type="checkbox"/> mijn bureu <input type="checkbox"/> mijn vrienden/kennissen <input type="checkbox"/> mijn huisarts en/of huisarts van mevr./meneer <input type="checkbox"/> de (wijk)verpleegkundige/de ziekenverzorgende <input type="checkbox"/> de gezinsverzorgende/alpha hulp <input type="checkbox"/> vanuit ziekenhuis (bijv. specialist) <input type="checkbox"/> vanuit tehuis <input type="checkbox"/> vrijwilliger <input type="checkbox"/> iemand anders, nl.:</p>
<p>50a. Zijn er de afgelopen 12 maanden mensen geweest die u hebben aangeraden om bij de zorg voor mevrouw/meneer gebruik te maken van de wijkverpleging of om de wijkverpleegkundige hulp uit te breiden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nee, niemand → vraag 51a <input type="checkbox"/> ja</p>

<p>50b. Welke mensen raadden u (meer) wijkverpleegkundige hulp aan? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> mijn partner<input type="checkbox"/> mijn dochter(s)<input type="checkbox"/> mijn zo(o)n(en)<input type="checkbox"/> mijn zus(sen)<input type="checkbox"/> mijn broer(s)<input type="checkbox"/> mijn kleinkind(eren)<input type="checkbox"/> andere familie<input type="checkbox"/> mevrouw/meneer zelf<input type="checkbox"/> mijn buren<input type="checkbox"/> mijn vrienden/kennissen<input type="checkbox"/> mijn huisarts en/of huisarts van mevr./meneer<input type="checkbox"/> de (wijk)verpleegkundige/de ziekenverzorgende<input type="checkbox"/> de gezinsverzorgende/alpha hulp<input type="checkbox"/> vanuit ziekenhuis (bijv. specialist)<input type="checkbox"/> vanuit tehuis<input type="checkbox"/> vrijwilliger<input type="checkbox"/> iemand anders, nl.:
<p>51a. Zijn er de afgelopen 12 maanden mensen geweest die u hebben aangeraden om met de zorg voor mevrouw/meneer te stoppen en haar/hem te laten opnemen in een verzorgings- of verpleeghuis? (Of eventueel samen te verhuizen naar verzorgings- of verpleeghuis)</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nee, niemand → vraag 52<input type="checkbox"/> ja
<p>51b. Welke mensen raadden u een verzorgings- of verpleeghuis voor mevrouw/meneer aan? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> mijn partner<input type="checkbox"/> mijn dochter(s)<input type="checkbox"/> mijn zo(o)n(en)<input type="checkbox"/> mijn zus(sen)<input type="checkbox"/> mijn broer(s)<input type="checkbox"/> mijn kleinkind(eren)<input type="checkbox"/> andere familie<input type="checkbox"/> mevrouw/meneer zelf<input type="checkbox"/> mijn buren<input type="checkbox"/> mijn vrienden/kennissen<input type="checkbox"/> mijn huisarts en/of huisarts van mevr./meneer<input type="checkbox"/> de (wijk)verpleegkundige/de ziekenverzorgende<input type="checkbox"/> de gezinsverzorgende/alpha hulp<input type="checkbox"/> vanuit ziekenhuis (bijv. specialist)<input type="checkbox"/> vanuit tehuis<input type="checkbox"/> vrijwilliger<input type="checkbox"/> iemand anders, nl.:
<p>51c. Welk soort tehuis adviseerde men u?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> een bejaardenhuis<input type="checkbox"/> een verpleeghuis<input type="checkbox"/> beide<input type="checkbox"/> weet niet

52. Als mensen voor andere mensen zorgen kunnen verschillende dingen meespelen. Kunt u aangeven welke zaken bij u meespelen? Spelen onderstaande zaken sterk mee, spelen deze een beetje mee of spelen deze niet mee?

	speelt sterk	speelt een beetje	speelt niet
a. ik vind het (niet meer dan) mijn plicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik doe het uit liefde en genegenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik ben de meest voor de hand liggende persoon om dit te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ik wil later geen schuldgevoelens hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik sta voor het blok, je kunt iemand niet laten creperen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ik wil geen conflict met mevrouw/meneer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ik doe het uit medelijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. het is zo gegroeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ik ben nu eenmaal een type dat gauw voor andere mensen klaarstaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. mevrouw/meneer verwacht dit van mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. andere mensen verwachten dit van mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. omdat ik het toentertijd ben gaan doen kan ik nu niet meer terug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ik put veel voldoening uit de zorg voor mevrouw/meneer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. mevrouw/meneer wil het liefste dat vooral ik er zo vaak mogelijk ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. als mevrouw/meneer zich niet zo tegen vreemden verzette of zich wat makkelijker aanpaste deed ik niet zo veel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. ik zorg voor mevrouw/meneer om haar/hem een goede tijd te bezorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NU KOMT EEN VRAAG OVER UW FINANCIËLE SITUATIE.

53. Wat vindt u van uw inkomen dat u vrij te besteden hebt? Dus na aftrek van alle lasten zoals huur, hypotheek, gas, water, electriciteit, onroerend goed belasting etc.?
Vindt u dit vrij besteedbare inkomen ...

- ruim voldoende
- voldoende
- het houdt erom
- te weinig
- veel te weinig
- weet niet

54a. Stel dat mevrouw/meneer in de toekomst permanent meer hulp nodig heeft, zou u deze hulp dan geven? Welk van de onderstaande antwoorden past het beste bij u? Wilt u één antwoord kiezen?

- ja, dat denk ik wel → vraag 55
- dat hangt er van af, welk soort hulp het is → vraag 54b
- nee, zoals het nu gaat, gaat het wel, maar meer moet het niet worden
- nee, ik vind het nu eigenlijk al te veel
- liever niet, maar ik weet niet of ik in staat ben om 'nee' te zeggen
- dat hangt er van af, of mijn eigen gezinsleden erachter staan
- anders, nl.:
- meer hulp dan nu kan mevrouw/meneer nauwelijks nodig hebben
- weet niet

54b. Welk soort hulp zou u niet willen of kunnen geven?

55. Als u zelf niet meer hulp wilt of kunt geven, wat moet er gebeuren als mevrouw/meneer permanent meer hulp nodig heeft?
Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- dan moet er (meer) hulp van beroepskrachten komen
- dan moet mevrouw/meneer opgenomen worden
- dan moeten andere familieleden (meer) helpen
- anders, nl.:
- weet ik niet

56. Heeft u vertrouwen in deze oplossingen of maakt u er zich wel eens zorgen over?	<input type="checkbox"/> ik heb er vertrouwen in <input type="checkbox"/> soms maak ik me daar wel eens zorgen over <input type="checkbox"/> ik denkt er niet aan
---	---

NU KOMEN ER EEN PAAR VRAGEN OVER HOE U ZICH DE LAATSTE TIJD VOELT. DENKT U HIERBIJ NIET ALLEEN AAN DE ZORG DIE U GEEFT. HET GAAT OVER UW STEMMING IN HET ALGEMEEN.

57a. Voelt u zich de laatste tijd onder druk staan?	<input type="checkbox"/> de laatste tijd helemaal niet <input type="checkbox"/> de laatste tijd niet meer dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd wat meer dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd veel meer dan vroeger
57b. Bent u de laatste tijd in staat plezier te hebben in uw dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/> de laatste tijd meer dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd evenveel als vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd wat minder dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd veel minder dan vroeger
57c. Bent u de laatste tijd in staat om problemen het hoofd te bieden?	<input type="checkbox"/> de laatste tijd beter dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd evengoed als vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd wat minder dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd veel minder dan vroeger
57d. Bent u de laatste tijd ongelukkig en teneergeslagen?	<input type="checkbox"/> de laatste tijd helemaal niet <input type="checkbox"/> de laatste tijd niet meer dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd wat meer dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd veel meer dan vroeger
57e. Heeft u de laatste tijd minder zelfvertrouwen?	<input type="checkbox"/> de laatste tijd meer zelfvertrouwen <input type="checkbox"/> de laatste tijd evenveel als vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd wat minder dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd veel minder dan vroeger
57f. Voelt u zich de laatste tijd, alles in beschouwing genomen, redelijk gelukkig?	<input type="checkbox"/> de laatste tijd meer dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd evenveel als vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd wat minder dan vroeger <input type="checkbox"/> de laatste tijd veel minder dan vroeger

58. Nu wil ik u een aantal uitspraken voorleggen over hulpverlening. Wilt u zeggen of u het er mee eens bent of niet of dat u er geen mening over heeft.

	mee eens	niet mee eens	geen mening
a. ik heb liever hulp van beroepskrachten dan van mensen uit mijn naaste omgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. het is normaal dat kinderen, als ze kunnen, hun ouders helpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. pas als alle andere mogelijkheden uitgeput zijn, zou men een beroepskracht mogen inschakelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. hulp vragen bij mensen uit mijn naaste omgeving vind ik gemakkelijker dan bij beroepskrachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik heb liever hulp van mensen uit mijn naaste omgeving dan van een beroepskracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ik vind het niet moeilijk, om als dat nodig is, hulp te vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. hulp vragen bij een beroepskracht vind ik gemakkelijker dan bij mensen uit mijn eigen omgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOT SLOT WILLEN WE U ENKELE VRAGEN STELLEN OVER DE HULP VAN BEROEPSKRACHTEN BIJ UW ZORG VOOR MEVROUW/MENEER. DEZE VRAGEN HOEFT U ALLEEN IN TE VULLEN ALS ER DAADWERKELIJK HULP VANUIT DE INSTELLINGEN (WIJKVERPLEGING OF GEZINSVERZORGING) GEGEVEN WORDT. WE BEGINNEN MET VRAGEN OVER DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE OF ZIEKENVERZORGENDE, VRAAG 59. DAARNA VOLGEN DE VRAGEN OVER DE GEZINSVERZORGENDE OF ALPHA HULP, VRAAG 60. ALS ER GEEN HULP IS VAN BEROEPSKRACHTEN VANUIT DE INSTELLINGEN KUNT U METEEN NAAR DE LAATSTE BLADZIJDE GAAN (VRAAG 62)

59a. Heeft u contact met de wijkverpleegkundige of ziekenverzorgende over de zorg voor mevrouw/meneer?	<input type="checkbox"/> ja, veel contact <input type="checkbox"/> ja, een beetje contact <input type="checkbox"/> nee, geen contact → vraag 59d
59b. Vindt u het contact met de wijkverpleegkundige of ziekenverzorgende prettig verlopen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> min of meer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weet niet
59c. Is de wijkverpleegkundige of ziekenverzorgende geïnteresseerd in uw mening over de zorg voor mevrouw/meneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> min of meer <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet
59d. Vindt u dat de werkzaamheden naar uw zin worden uitgevoerd door de wijkverpleegkundige of ziekenverzorgende?	<input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> soms niet <input type="checkbox"/> vaak niet <input type="checkbox"/> weet niet

NU KOMEN DEZELFDE VRAGEN MAAR DAN VOOR DE GEZINSVERZORGING.

60a. Heeft u contact met de gezinsverzorgende of alpha hulp over de zorg voor mevrouw/meneer?	<input type="checkbox"/> ja, veel contact <input type="checkbox"/> ja, een beetje contact <input type="checkbox"/> nee, geen contact → vraag 60d
60b. Vindt u het contact met de gezinsverzorgende of alpha hulp prettig verlopen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> min of meer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weet niet
60c. Is de gezinsverzorgende of alpa hulp geïnteresseerd in uw mening over de zorg voor mevrouw/meneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> min of meer <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet
60d. Vindt u dat de werkzaamheden naar uw zin worden uitgevoerd door de gezinsverzorgende of alpha hulp?	<input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> soms niet <input type="checkbox"/> vaak niet <input type="checkbox"/> weet niet

DEZE VRAAG ALLEEN INVULLEN ALS MEVROUW/MENEER ZOWEL HULP HEEFT VAN DE WIJKVERPLEGING ALS VAN DE GEZINSVERZORGING.

61a. Zijn de hulpverleners van deze twee instellingen op de hoogte van elkaars aanwezigheid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet
61b. Vindt er volgens u overleg plaats tussen de hulpverleners van deze twee instellingen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet niet

61c. Is er tussen de hulpverleners van beide instellingen en u sprake van samenwerking?

- ja, beslist
- ja
- tussen ja en nee
- nee
- beslist niet
- weet niet

62. TOT SLOT: zijn we nog iets vergeten te vragen?

Zijn er nog opmerkingen die u kwijt wil? Wij stellen het zeer op prijs als u deze hieronder wilt opschrijven.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

1. In welke relatie staat U tot mevrouw of mijnheer? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Bent u...

- O₁ echtgeno(o)t(e)/partner
- O₁ dochter
- O₁ zoon
- O₁ schoondochter
- O₁ schoonzoon
- O₁ kleindochter
- O₁ kleinzoon
- O₁ vriend(in)
- O₁ buur
- O₁ vrijwilliger
- O₁ anders, namelijk

2. Verleent U nog steeds zorg aan mevrouw of mijnheer?

- O₁ ja ----> door naar vraag 6
- O₂ nee, in het geheel niet meer ----> door naar vraag 3.

U VERLEENT GEEN ZORG AAN MEVROUW OF MIJNHEER

3. Waarom verleent u geen zorg meer? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- O₁ ik ben verhuisd
- O₁ mevrouw of mijnheer heeft geen zorg meer nodig
- O₁ mevrouw of mijnheer heeft nu vormen van zorg nodig die ik niet meer kan/kon geven
- O₁ mevrouw of mijnheer heeft nu zoveel zorg nodig, dat ik dat niet meer kan/kon geven
- O₁ ik kan/kon het niet meer met mijn gezin/werk combineren
- O₁ de relatie met mevrouw of mijnheer is/was niet meer zo goed
- O₁ mevrouw of mijnheer is opgenomen in een verzorgingshuis (bejaardenhuis) of verpleeghuis
- O₁ mijn gezondheid liet het niet meer toe
- O₁ de lichamelijke belasting werd me te groot
- O₁ de emotionele belasting werd me te groot
- O₁ iemand heeft mij aangeraden te stoppen met de zorgverlening, namelijk
- O₁ anders, namelijk

4. Hebben anderen die zorg van U overgenomen?

- O₁ ja
- O₂ nee

5a. Zo ja, hoeveel personen hebben de zorg overgenomen? personen

5b. Wie hebben de zorg overgenomen. Wilt u de belangrijkste persoon als eerste aankruisen

	1 ^e persoon	2 ^e persoon	3 ^e persoon
echtgeno(o)t(e)/partner van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
dochter van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
zoon van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
schoondochter van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
schoonzoon van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
kleindochter van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
kleinzoon van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
vriend(in) van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
buur van mevrouw of mijnheer	0 ₁	0 ₁	0 ₁
vrijwilliger	0 ₁	0 ₁	0 ₁
professionele hulpverleners/betaalde krachten	0 ₁	0 ₁	0 ₁
anders, namelijk	0 ₁	0 ₁	0 ₁

5c. Indien anderen de zorg voor mevrouw of mijnheer van U hebben overgenomen, waarom hebben die personen dat gedaan? (per persoon antwoorden, meerdere antwoorden mogelijk)

	1 ^e persoon	2 ^e persoon	3 ^e persoon
deze persoon woont dichterbij	0 ₁	0 ₁	0 ₁
deze persoon heeft meer tijd	0 ₁	0 ₁	0 ₁
deze persoon kan de zorg beter aan	0 ₁	0 ₁	0 ₁
mevrouw of mijnheer heeft deze persoon gevraagd	0 ₁	0 ₁	0 ₁
deze persoon wilde het zelf graag	0 ₁	0 ₁	0 ₁
ik heb het aan deze persoon gevraagd	0 ₁	0 ₁	0 ₁
niet van toepassing, de zorg is overgenomen door			
professionele krachten	0 ₁	0 ₁	0 ₁
anders, namelijk	0 ₁	0 ₁	0 ₁

Indien U geen hulp meer geeft aan mevrouw of mijnheer kunt U doorgaan naar vraag 8

U VERLEENT WEL ZORG AAN MEVROUW OF MIJNHEER

6. Is er iets veranderd in het zorggeven de afgelopen twee jaar?

0₁ ja

0₂ nee ----> door naar vraag 8

7a. Zo ja, wat is er veranderd?

0₁ ik ben meer hulp gaan geven

0₂ ik ben minder hulp gaan geven

0₃ ik ben andere vormen van hulp gaan geven, namelijk

7b. Waarom is dit veranderd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- O₁ mevrouw of mijnheer heeft minder hulp nodig
- O₁ mevrouw of mijnheer heeft meer hulp nodig
- O₁ mevrouw of mijnheer heeft andere vormen van hulp nodig
- O₁ mevrouw of mijnheer vroeg daar zelf om
- O₁ iemand anders helpt mij bij de hulp/wisselt mij af, namelijk
- O₁ er is meer professionele/betaalde zorg
- O₁ anderen zijn minder hulp gaan geven
- O₁ vanwege mijn gezondheid
- O₁ vanwege mijn gezin/werksituatie
- O₁ vanwege de lichamelijke belasting
- O₁ vanwege de emotionele belasting
- O₁ ik ben verhuisd
- O₁ anders, namelijk

ALGEMEEN

8. In welk jaar bent U geboren?

In

9. Wat is uw geslacht?

- O₁ vrouw
- O₂ man

10. Wat is uw burgerlijke staat?

- O₁ gehuwd of samenwonend
- O₂ gescheiden
- O₃ weduwe/weduwenaar
- O₄ nooit gehuwd geweest

WIJ BEDANKEN U HARTELIJK VOOR UW MEDEWERKING AAN ONS ONDERZOEK.

BIJLAGE 5
AFKORTINGENLJST

ADL : Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
 ANCOVA : Analyse van Covariantie
 AOW : Algemene Ouderdoms Wet
 AWBZ : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
 BVGO : Bemiddelingsbureau Verpleeghuizen 's-Gravenhage en omgeving
 CANALS : Canonische Correlatie Analyse
 CBS : Centraal Bureau voor de Statistiek
 C-groep : Controlegroep (Bewoners traditionele instellingen en aanleunwoningen)
 COSBO : Centraal Orgaan van Samenwerkende Bonden van Ouderen
 CV : Centrale verzorger
 E-groep : Experimentele groep (bewoners Zorghuis)
 EZH : Experiment Zorghuis Den Haag
 GDVV : Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging
 GG&GD : Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
 HAT : Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens
 HDL : Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
 HK : Haags Kruiswerk
 ITS : Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen
 MANCOVA : Multiple Analyse van Covariantie
 MCA : Multiple Correspondentie Analyse
 MWV : Afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid
 nEZH : Centrale verzorgers van niet in het Zorghuis wonende ouderen
 NIPG : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
 NV : Netwerkverzorger
 ODD : Onderzoeksgroep Demonstratieprojecten Ouderenzorg
 RIAGG : Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
 SSWO : Schaal Subjectief Welzijn Ouderen
 STH : Stichting Thuishulp 's-Gravenhage
 STG : Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
 WBO : Wet op de BejaardenOrden
 WHO : Wereldgezondheids Organisatie
 WVC : Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

