

SUBSTITUTIE OUDERENZORG DEN HAAG
Deel 3
PROCESEVALUATIE: 1984 tot en met 1988

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.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

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

© TNO

Januari 1990

NIPG-publikatienummer
90.015

R.J.M. Perenboom
J.J.F. Schroots

aantal pagina's : 34
aantal bijlagen : 2

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC LEIDEN

Telefoon: 071 - 17 88 88

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 15,90 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 90015.

© 1990 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 90015

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

VOORWOORD	blz. i
1. INLEIDING	1
2. HET ZORGSYSTEEM IN DEN HAAG	5
2.1 Demografische gegevens	5
2.2 Voorzieningen	6
3. EXPERIMENT ZORGHUIS DEN HAAG	9
3.1 Nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen'	9
3.2 Bouw Zorghuis	9
3.3 Demonstratieproject	10
3.4 Het Zorghuis	11
3.5 Projectplan	13
3.6 Bewoners	15
3.7 Zorgverlening	15
3.8 Financiering	16
3.9 Organisatie	17
3.10 Conclusies	18
4. HET EERSTE JAAR	20
4.1 Nieuwe ontwikkelingen	20
4.2 Problemen	23
4.3 Financiën	23
4.4 Conclusies	24
5. VISIES VAN PARTICIPANTEN	25
5.1 Betrokkenheid	25
5.2 Omschrijving van het experiment	26
5.3 Doelstellingen	26
5.4 Ervaren problemen	27
5.5 Interne veranderingen	29
5.6 Toekomst met Zorghuizen?	29
5.7 Conclusies	30
6. VOORLOPIGE CONCLUSIES	32
LITERATUUR	34

VOORWOORD

Onderhavig rapport is het derde deel van de reeks 'Substitutie Ouderenzorg Den Haag'. In deze reeks worden opzet en resultaten van de evaluatie van een experiment op het gebied van substitutie van zorg voor ouderen beschreven. Deel 1 beschrijft de opzet van het onderzoek en deel 2 de resultaten van het deelonderzoek bij de bewoners. Het voorliggende deel beschrijft de resultaten van de procesevaluatie over het eerste jaar van het experiment.

De evaluatie wordt uitgevoerd door drs. R.J.M. Perenboom (projectleider) en mevrouw drs. K. Zaal. Zij heeft een groot deel van de data-verzameling voor dit rapport verricht. De wetenschappelijke begeleiding is in handen van dr. J.J.F. Schroots.

Ten behoeve van de externe begeleiding is een begeleidingscommissie samengesteld, bestaande uit:

- drs. J.T. Poleij (WVC), voorzitter
- drs. F.G.W. Goudriaan (WVC), secretaris
- de heer N. Geerts (afdeling MWV gemeente Den Haag)
- de heer F. van Rooy (Stichting Thuishulp 's-Gravenhage), als vervanger van de heer J. Zoutberg
- mevrouw E.C.C.M. Jongmans (Coördinator Experiment Zorghuis Den Haag).

Als adviserend lid:

- mevrouw drs. T. Jansen (ITS Nijmegen)

In dit kader past een woord van dank aan mevrouw H. Knijnenburg voor de technische redactie van dit rapport.

1. INLEIDING

Om de consequenties van substitutie van zorg voor ouderen zowel ten aanzien van gezondheid en welzijn als ten aanzien van kosten en kwaliteit van zorg te onderzoeken, heeft het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) in 1987 een landelijk demonstratieproject geïnitieerd, bestaande uit zes veldexperimenten. Deze experimenten richten zich op diverse mogelijkheden van substitutie (cf. Perenboom & Schroots, 1989). Zij worden geëvalueerd door verschillende wetenschappelijke instellingen. Het Ministerie van WVC heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG/TNO) te Leiden opdracht gegeven het Experiment Zorghuis Den Haag (EZH) te evalueren.

Het EZH is officieel gestart op 1 oktober 1987. Het is gelokaliseerd in het Zorghuis Dr. W. Drees, een nieuw gebouwde voorziening voor ouderen, bestaande uit 119 HAT-appartementen (Regeling Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens) en gelegen in de wijk Segbroek, Den Haag.

Aan het EZH nemen deel de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (GDVV), de Stichting Thuishulp 's-Gravenhage (STH) en het Groene Kruis (GK) als vertegenwoordiger van het Haags Kruiswerk. Voor de opzet, begeleiding en uitvoering van het EZH is een zogenaamde Projectgroep EZH geformeerd, waarin vertegenwoordigers van alle participerende organisaties zitting hebben, alsmede vertegenwoordigers van zowel de afdeling Maatschappelijke 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).

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

Deze doelstelling wordt in het EZH gerealiseerd door de functies 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 zorgbehoefte (indicatieverandering) 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 plaatselijke bemiddelingsbureau in aanmerking voor een woning in het Zorghuis. De ouderen met een aanleunindicatie kunnen zich bij de gemeentelijke Dienst voor de Volkshuisvesting aanmelden voor een appartement, evenals de ouderen met een verzorgingshuisindicatie (WBO-indicatie). Hierbij moet opgemerkt worden, dat ouderen met een WBO-indicatie alleen bij de start van het EZH op basis van deze indicatie

in het Zorghuis zijn komen wonen. Zij zijn afkomstig uit een opgeheven verzorgingshuis. Na de start van het EZH zijn geen ouderen meer binnengekomen op grond van een WBO-indicatie.

In traditionele verpleeghuizen verblijven de patiënten doorgaans met meerdere personen (4 à 8) op één zaal. In het EZH wonen ouderen met een verpleeghuisindicatie - eventueel samen met hun partner - in een eigen appartement. De zorgverlening voor de bewoners met een verpleeghuisindicatie vindt vooralsnog plaats door een vaste staf van personeel in dienst van de GDVV (het zogenaamde 'behandelteam') en door informele zorg.

In de traditionele verzorgingshuizen wordt de zorg verleend door hulpverleners in dienst van dat verzorgingshuis en betalen de ouderen een totaal bedrag voor huisvesting, voeding en verzorging. In het EZH daarentegen worden ouderen met een WBO-indicatie, evenals de ouderen met een aanleunindicatie beschouwd als zelfstandig wonende ouderen. In principe is er geen onderscheid tussen deze twee groepen: er is geen specifiek zorgaanbod voor de ouderen met een WBO-indicatie. Zowel de ouderen in de aanleunwoningen als de ouderen met een verzorgingshuisindicatie kunnen een beroep doen op kruiswerk, gezinszorg en de informele zorg. Zij betalen een normale huur voor hun appartement (met recht op huursubsidie).

De veronderstelde kostenvermindering wil de Projectgroep EZH bereiken door

1. zoveel mogelijk gebruik te maken van zelfzorg en informele zorg, aangevuld met extramurale zorg, en
2. door re-allocatie van financiële middelen. De gelden uit de AWBZ, de WBO en de huuropbrengsten van de woningen worden besteed ten behoeve van alle bewoners, alsmede voor een op te zetten project Dagverzorging als onderdeel van de dienstverlening vanuit het Zorghuis aan ouderen in de wijk Segbroek.

De vraagstelling voor de evaluatie van het EZH luidt (cf. Perenboom & Schroots, 1989).

Wat zijn de effecten van het EZH op a) het welbevinden en de subjectieve gezondheid van de ouderen en op b) de kwaliteit en de kosten van de zorg?

Ten behoeve van deze evaluatie is een onderzoeksopzet gemaakt door Perenboom en Schroots (1989). Het evaluatie-onderzoek bestaat uit twee onderdelen: een produktevaluatie, die zich richt op het meten van de effecten van het EZH bij ouderen en hulpverleners, en een procesevaluatie, die zich richt op een beschrijving van het proces van besluitvorming en acties gedurende de looptijd van het EZH (1 oktober 1987 tot 1 oktober 1990). Dit rapport geeft de resultaten van de procesevaluatie tot en met 31 december 1988.

Het proces kan in drie fasen onderverdeeld worden:

- a. de fase tot de officiële openingsdatum van het Zorghuis, dat wil zeggen de periode waarin het EZH gestalte heeft gekregen;

- b. de looptijd van het EZH, en
- c. de afloop van de experimentele periode, waarbij conclusies over de eventuele veranderingen worden getrokken, gerelateerd aan de oorspronkelijke opzet van het experiment.

De beschrijving van het proces dient een tweeledig doel.

- a. De ervaringen die worden opgedaan met het EZH, kunnen gebruikt worden ten behoeve van implementatie van gelijksoortige faciliteiten elders in de regio of in het land.
- b. Het proces kan verklaringen opleveren voor eventuele effecten bij ouderen en hulpverleners.

In dit rapport wordt verslag gedaan van het proces vanaf de eerste ideeën, zoals verwoord in de nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen' (Burger & Van Otterloo, 1983) tot en met het eerste volle jaar van het experiment (31 december 1988). Tot dit deel van de procesevaluatie behoort tevens een korte beschrijving van de maatschappelijk context, waarin het EZH is ontstaan, dat wil zeggen het zorgsysteem voor ouderen in Den Haag bij de start van het EZH.

De vraagstelling die in dit rapport beantwoord wordt is:

- a. Hoe ziet, ten tijde van de ontwikkeling van het idee over het EZH, het zorgsysteem voor ouderen in Den Haag eruit?
- b. Hoe is het experiment tot stand gekomen?
- c. Hoe is het eerste jaar van het EZH verlopen?
- d. Hoe kijken de verschillende betrokken partijen tegen het EZH aan?

Ten behoeve van deze procesevaluatie is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Voor de beschrijving van het zorgsysteem in Den Haag zijn gegevens verzameld bij de diverse instellingen die zich richten op zorgverlening aan ouderen, zoals wijkverpleging en gezinszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Deze gegevens zijn gevonden in jaarverslagen en via enquêtering. Daarnaast is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verzameld door koepelorganisaties en door instanties als het Centraal Bureau voor de Statistiek. Voor een beschrijving van het ontwikkelingsproces van het EZH is gebruik gemaakt van de notulen van vergaderingen van de Projectgroep EZH, alsmede van gegevens verkregen door het participeren aan deze vergaderingen. Daarnaast is gebruik gemaakt van het archief van de voorzitter van de Projectgroep EZH. In dit archief bevinden zich schriftelijke stukken over discussies en vergaderingen betreffende de invulling van het concept van het Zorghuis, alsmede afschriften van besluiten van de Gemeenteraad van 's-Gravenhage, van brieven van en aan het Ministerie van WVC, etc.

Met de voorzitter van de Projectgroep EZH is een uitvoerig (open) interview gehouden over de ontwikkeling van ideeën rondom het experiment. Meerdere open gesprekken hebben plaatsgevonden met de coördinatoren van het experiment. Opgemerkt dient te worden, dat de GDVV niet rechtstreeks voor informa-

tie is te benaderen. Door deze dienst wordt doorverwezen naar de voorzitter van de Projectgroep EZH. Deze voorzitter is in dienst van de GDVV.

Tenslotte zijn (open) interviews gehouden met de organisaties die in de Projectgroep EZH vertegenwoordigd zijn, met de directie van het Zorghuis en met vertegenwoordigers van het Bemiddelingsbureau voor Verzorgingshuizen en de Indicatiecommissie Bejaardenoorden 's-Gravenhage.

Het rapport is als volgt ingedeeld. In hoofdstuk 2 komt het zorgsysteem voor ouderen in Den Haag aan de orde. Hoofdstuk 3 beschrijft hoe het EZH feitelijk tot stand is gekomen, waarna in hoofdstuk 4 het proces vanaf 1 januari 1988 tot en met 31 december 1988 wordt beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de opvattingen van de verschillende participerende organisaties ten aanzien van het EZH aan de orde gesteld. Hoofdstuk 6 tenslotte bevat een samenvatting en conclusies.

2. HET ZORGSYSTEEM IN DEN HAAG

2.1 Demografische gegevens

Voor de beschrijving van het zorgsysteem van Den Haag is onder andere gebruik gemaakt van nog niet gepubliceerd NIPG/TNO onderzoek naar het voorzieningstelsel in Den Haag (Kastelein & Staats, te publiceren). Om enerzijds zo recent mogelijke data te gebruiken, anderzijds de verschillende gegevens met elkaar te kunnen vergelijken is gebruik gemaakt van gegevens uit 1985 en/of 1986.

Den Haag is de meest vergrijsde gemeente van Nederland. In 1985 telde Den Haag (CBS, 1985; Gemeente Den Haag, 1987) ruim 84.000 personen van 65 jaar en ouder op een totale bevolking van ruim 443.000, dat wil zeggen 19%. Nederland telde als geheel ruim 1,7 miljoen bewoners van 65 jaar en ouder op een bevolking van bijna 14,5 miljoen, dat wil zeggen ruim 12%. Een nog duidelijker beeld over de vergrijzing van Den Haag wordt verkregen, als de cijfers betreffende de bevolking van 80 jaar en ouder naast elkaar gezet worden. Van de Haagse bevolking was in 1984 4.3% ouder dan 80 jaar, van de totale Nederlandse bevolking 2.6%. Van de personen van 65 jaar en ouder was 64% vrouw. Van de personen die 80 jaar en ouder zijn was het aandeel vrouwen zelfs 73%. Ingedeeld naar geslacht en leeftijd ziet de leeftijdsverdeling in Den Haag (31-12-1985) er als volgt uit (tabel 1).

Tabel 1 Bevolking van Den Haag, naar leeftijd en geslacht in percentages (31-12-1985)

leeftijd	man	vrouw	totaal
0-64 jaar	40.6	40.3	81.0
65-69 jaar	2.3	3.2	5.5
70-74 jaar	2.0	3.1	5.1
75-79 jaar	1.4	2.7	4.1
80-84 jaar	0.7	1.8	2.6
85-89 jaar	0.3	1.0	1.3
90-95 jaar	0.1	0.4	0.5
95 jaar en ouder	0.02	0.1	0.1
-----	-----	-----	-----
totaal	47.5	52.5	100.0

Bron: Standstatistiek Gemeente 's-Gravenhage, 31-12-'85

Volgens de nota 'Nieuw voor Oud' (Gemeente Den Haag, 1987) zal het aantal personen van 65 jaar en ouder in Den Haag de komende twintig jaar zowel absoluut als relatief afnemen. Het aantal personen van 80 jaar en ouder daarentegen zal voorlopig zowel absoluut als relatief blijven stijgen.

Indien gekeken wordt naar de burgerlijke staat, blijkt het merendeel van de mannen van 65 jaar en ouder gehuwd te zijn (70.8%), tegenover 32.4% van de vrouwen van 65 jaar en ouder. Een aanzienlijk percentage van de vrouwen van 65 jaar en ouder is verweduwd (46.7%).

2.2 Voorzieningen

In het nu volgende wordt ingegaan op de aanwezige voorzieningen voor ouderen in Den Haag. Deze voorzieningen kunnen onderscheiden worden in extramurale (woonvoorzieningen, flankerend beleid, gezinszorg, wijkverpleging en huisartsen) en intramurale (verzorgingshuizen, ziekenhuizen en verpleeghuizen). Ter vergelijking worden de gemiddelde cijfers voor Nederland als geheel aangegeven.

woonvoorzieningen

In 1984 telde Den Haag 3629 specifieke bejaardenwoningen, hetgeen neerkomt op ongeveer 4,2 bejaardenwoning per 100 inwoners van 65 jaar en ouder. In Nederland waren dat er ongeveer 6,2 per 100 inwoners van 65 jaar en ouder. In januari 1986 is het aantal bejaardenwoningen (inclusief in uitvoering c.q. gepland) opgelopen tot 5285 (Nieuw voor Oud, deel 2, 1987: p. 8).

flankerend beleid

Tot het flankerend beleid van de gemeente Den Haag behoren activiteiten als dagverzorging, tijdelijke opname en nachtopvang, maaltijdvoorzieningen, wijkvervoer, bejaardensociëteiten, bad- en douchevoorzieningen, alarmering, voetverzorging en bijzondere projecten gecoördineerd ouderenwerk (Nieuw voor Oud, deel 2, 1987: p. 30-32). In 1985 stond hiervoor f 2.294.000,- ter beschikking, dat wil zeggen f 2.711,- per 100 ouderen. In Nederland was gemiddeld f 2.111,- per 100 ouderen beschikbaar. Het budget dat de gemeente ter beschikking heeft, wordt aan de verschillende stadsdelen toegekend, op basis van het aantal ouderen per stadsdeel.

gezinsverzorging

In totaal verleende de Gezinszorg (inclusief alphahulp) in 1984 ruim 3 miljoen uren hulp. Recenter cijfers zijn op dit moment niet bekend. Uit NIPG/TNO onderzoek (Kastelein & Staats, te publiceren) blijkt dat in 1984 per inwoner van 65 jaar en ouder ruim 37 uur gezinszorg is verleend. In Nederland wordt gemiddeld 30 uur gezinszorg per oudere verleend. In 1988 zijn de gezinszorginstellingen in Den Haag samen gaan werken in de Stichting Thuishulp 's-Gravenhage.

wijkverpleging

De Wijkverpleging in Den Haag wordt verleend door twee autonome Kruisverenigingen, die in 1988 een samenwerkingsverband zijn aangegaan. Omgerekend naar full-time arbeidsplaatsen hebben deze Kruisverenigingen 232,5 medewerkers. Uit NIPG/TNO onderzoek (Kastelein & Staats, te publiceren) blijkt dat er in 1984 ruim 161 uitvoerende functionarissen waren, dat wil zeggen 1 functionaris per 523 inwoners van 65 jaar en ouder. Daarbij moet bedacht worden, dat de wijkverpleging zich niet alleen op ouderen richt. In Nederland is 1 functionaris per 289 ouderen aanwezig.

huisartsen

In 1985 waren in Den Haag 215 huisartsen aanwezig (LISZ/IBIS, 1985). Volgens het CBS waren er evenwel slechts 201 zelfstandig gevestigde huisartsen per 31-12-1985 (CBS, 1985). Uitgaande van dit laatste gegeven betekent dit 421 inwoners van 65 jaar en ouder per huisarts, tegenover gemiddeld 300 ouderen per huisarts in Nederland.

verzorgingshuizen

Den Haag had in 1985 41 verzorgingshuizen met in totaal 5276 plaatsen. Van deze plaatsen staan er 4986 op woonafdelingen, de overige behoren tot de ziekenboeg of verpleegafdeling (CBS, 1985). Per 100 inwoners van 65 jaar en ouder zijn dat 6,3 plaatsen. In Nederland zijn er 8,25 plaatsen per 100 ouderen. Per 1-1-1987 zijn er 46 verzorgingshuizen in Den Haag (Nieuw voor Oud, 1987) met 5693 plaatsen. De bezettingsgraad in 1985 was 92%, hetgeen neerkomt op 5,8 ouderen in een verzorgingshuis per 100 inwoners van 65 jaar en ouder.

ziekenhuizen

Den Haag telt 7 ziekenhuizen met 2723 erkende bedden. Per 100 inwoners van 65 jaar en ouder betekent dit 3,2 bedden. In Nederland zijn dit ongeveer 3 bedden. Ziekenhuizen vervullen evenwel een rol voor alle leeftijdsgroepen, zodat het werkelijk aantal beschikbare bedden voor ouderen beduidend minder zal zijn. De bezettingsgraad was 84,8%. Bij deze getallen moet bovendien bedacht worden, dat enkele ziekenhuizen een regionale functie vervullen. In totaal zijn er 5267 arbeidsplaatsen in de ziekenhuizen in Den Haag aanwezig. Een uitsplitsing naar direct bij de zorgverlening betrokkenen en het administratief personeel is niet te maken.

verpleeghuizen

Den Haag beschikt in 1985 over 20 verpleeghuizen. De beddenscapaciteit is 1497 bedden in somatische verpleeghuizen of op de somatische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen en 1517 bedden in psychogeriatrische verpleeghuizen of op de psychogeriatrische afdeling van gecombineerde verpleeghuizen. Per 100 inwoners van 65 jaar en ouder zijn dat 1,7 somatische bedden en 1,8 psychogeriatrische bedden (Nederland: 1,6 somatische bedden en 1,1 psychogeriatrische bedden). De bezettingsgraad is 100% van de somatische en de psychogeriatrische bedden te zamen (berekend over 19 verpleeghuizen). Daarnaast zijn er in Den Haag nog zogenaamde "niet erkende" bedden, waardoor meer mensen opgenomen worden dan officieel is toegestaan.

Ten behoeve van dagbehandeling zijn er 79 plaatsen in psychogeriatrische verpleeghuizen aanwezig.

De personeelssterkte in full-time arbeidsplaatsen is 2688. Een uitsplitsing naar uitvoerend en administratief/ondersteunend personeel is niet te maken.

totaal overzicht zorgsysteem

Samengevat in een tabel ziet het zorgsysteem voor ouderen in Den Haag er anno 1985 als volgt uit (tabel 2).

Tabel 2 Overzicht zorgsysteem voor ouderen Den Haag (1985)

voorziening	totaal aantal	per 100 ouderen
bejaardenwoningen	3.629 woningen	4.2
flankerend beleid	f 2.294.000,-	f 2.711,-
gezinsverzorging	3.146.755 uren hulp	3.720
wijkverpleging	161 fte uitvoerend	0.19
huisartsen	201	0.24
verzorgingshuizen	5.276 bedden	6.3
ziekenhuizen	2.723 bedden	32.4
verpleeghuizen		
- somatisch	1.497	1.7
- psychogeriatrisch	1.517	1.8

3. EXPERIMENT ZORGHUIS DEN HAAG

3.1 Nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen'

In 1983 verscheen in Den Haag de nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen' (Burger & Van Otterloo, 1983), waarin - vanuit historisch perspectief - de zorg voor bejaarden wordt bekeken. In deze nota bekritiseren de auteurs met name de uniformiteit van de zorg in bejaardenoorden. Op basis van het door Goffman (1961) geïntroduceerde begrip 'Total Institutions' wordt geconcludeerd dat deze uniforme zorg leidt tot invalidering van de ouderen. Het begrip 'Total Institutions' houdt in dat alle activiteiten op het gebied van wonen, werken en recreëren die een persoon uitvoert, binnen één en dezelfde woonomgeving plaatsvinden, in dit geval het bejaardenoord. Verder woont er in deze woonomgeving maar één soort mensen, in dit geval bejaarden. Tenslotte vinden alle activiteiten plaats op door het instituut vastgestelde tijdstippen. Door de institutionalisering en het uniforme zorgpakket wordt onvoldoende rekening gehouden met de uniciteit van ouderen. Om meer tegemoet te komen aan deze uniciteit van de oudere en om het invaliderende karakter van het zorgpakket te verminderen is meer nadruk nodig op wat de ouderen zelf nog wel kunnen. Volgens Burger en Van Otterloo dient de geboden zorg complementair, dat wil zeggen aanvullend, te zijn aan zelf- en mantelzorg. De auteurs komen tot de conclusie dat een nieuwe vorm van zorg voor ouderen ontwikkeld moet worden, een zogenaamd Zorghuis. In een Zorghuis dient complementaire zorg verleend te worden. Daarnaast dient een Zorghuis ook een kleinschalige verpleeghuisafdeling voor een beperkt aantal bedden te hebben. In dit kleinschalige verpleeghuis kan supplementaire, dat wil zeggen extra, (verpleegkundige) zorg verleend worden.

De idee van een Zorghuis heeft volgens Burger en Van Otterloo consequenties voor de bouwkundige opzet van het huis. Zo zal de mogelijkheid aanwezig moeten zijn voor bijvoorbeeld het zelf klaarmaken van (warme) maaltijden en dergelijke. Gegeven de wettelijke mogelijkheden, gaan de gedachten uit naar het alternatief van - voor bejaarden geschikte - woningen volgens de regeling Huisvesting voor Alleenstaanden en Tweepersoonshuishoudens, zogenaamde HAT-eenheden. Tevens moet de wenselijkheid van dit type woning onderzocht worden voor de ouderen die verpleegkundige zorg nodig hebben. Het verschil in huisvestingsvorm tussen een verpleeghuis en een verzorgingshuis wordt dan opgeheven.

3.2 Bouw Zorghuis

Het Zorghuis is gerealiseerd op de plaats van het voormalige verzorgingshuis Kranenburg. Binnen de gemeente Den Haag circuleerden twee plannen voor deze plaats. Eén plan behelsde het bouwen van HAT-eenheden, het andere plan (van de GDVV) ging uit van een Zorghuis. De oplossing is gevonden in een combina-

tie van beide, namelijk HAT-eenheden voor ouderen, conform de nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen'.

In de raadsvergadering van 21-4-1986 wordt zonder beraadslaging en zonder hoofdelijke stemming besloten tot de bouw van algemene ruimten bij HAT-eenheden ten behoeve van een Zorghuis (Gemeenteraad van 's-Gravenhage, 21 april 1986). Aangezien HAT-eenheden echter niet specifiek voor ouderen bestemd zijn, zijn er bij de bouw geen aanpassingen in de appartementen voor ouderen mogelijk. De enige mogelijkheid is individuele aanvraag van bewoners. Voor aanvullende centrale voorzieningen, welke evenmin vanuit de HAT-regeling betaald worden, zoals centrale ruimten en keukens is apart subsidie verleend door de gemeente Den Haag en (later) het Ministerie van WVC.

Oorspronkelijk is gedacht aan het toevoegen van een kleinschalig verpleeghuis aan het Zorghuis. 24 Appartementen worden in principe bestemd als verpleegeenheden, waar twee tot drie verpleegbehoefte ouderen kunnen verblijven (Van Otterloo et al., 1984). Bij de realisatie van het Zorghuis zijn deze verpleegeenheden omgezet in normale appartementen, waar ook verpleegbehoefte ouderen kunnen wonen.

Bedacht moet worden dat het bouwen onder de HAT-regeling naast het positieve aspect van eigen appartementen voor alle bewoners ook diverse negatieve aspecten impliceert. Het gebouw is niet aangepast aan de specifieke eisen die ouderen stellen aan hun woonomgeving. Het gebouw en de appartementen zijn over het algemeen niet erg geschikt voor rolstoelgebruikers. Tot de bouwkundige problemen behoren de liften, drempels, sponningen in de ramen op ooghoogte van rolstoelgebruikers etc. Specifieke oplossingen voor deze problemen zijn later aangebracht of moeten alsnog aangebracht worden.

Daarnaast moet opgemerkt worden, dat bij het ontwerpen van het gebouw duidelijk op twee gedachten is gehinkt. Enerzijds is het gebouw ontworpen met de idee dat ouderen zelfstandig wonen in hun eigen appartement, anderzijds dat het Zorghuis toch een soort verzorgingshuis annex verpleeghuis is, met centrale verpleegposten, zogenaamde huiskamers, algemene rolstoeltoiletten en dergelijke, zoals in een traditioneel verzorgingshuis of verpleeghuis voorkomen. In de praktijk wordt het merendeel van deze centrale of algemene ruimten gebruikt voor andere doeleinden: vergaderkamer, kantoor, opslagplaats, etc.

3.3 Demonstratieproject

In mei 1984 had de gemeente Den Haag contact met het Ministerie van WVC over het idee van een Zorghuis. In 1986 wordt een officieel verzoek bij WVC ingediend om subsidie te verkrijgen uit de 'experimenten-pot voor flankerend ouderenbeleid' ten behoeve van twee coördinatoren en een bijdrage à f 160.000,- voor eenmalige extra investeringen.

In de Uitgebreide Commissie Vergadering van de Tweede Kamer (2 februari 1987) over de nota 'Zorg voor Ouderen' wordt door alle grote partijen aange-

drongen op de start van proefprojecten om meer inzicht te krijgen in het 'zorg op maat' concept. Vijf experimenten zijn toen door de minister van WVC aangekondigd:

- 'Zorghuis Kranenburg' te Den Haag (later omgedoopt in 'Zorghuis dr. W. Drees');
- samenwerkingsproject 'De Bevelanden';
- 'Thuiszorg' te Zuid-Oost Groningen;
- 'Geïntegreerd Circuit Ouderenzorg Nieuwegein';
- 'Totaal Ouderenbeleid' te Venlo.

In een later stadium is het project 'Individuele Zorgsubsidie' te Rotterdam aan deze vijf experimenten toegevoegd.

Bij de keuze voor deze experimenten speelde mee, dat zij binnen zes maanden van start konden gaan. Voor het experiment in Den Haag betekende dit dat rond de bouwvakvakantie 1987 het Zorghuis gereed zou zijn. Uiteindelijk is begin oktober 1987 het gebouw daadwerkelijk opgeleverd, zij het dat nog enkele kleine werkzaamheden uitgevoerd moesten worden, zoals schilderwerk en dergelijke.

3.4 Het Zorghuis

Ten behoeve van de uitwerking van het EZH is door de GDVV op 23 april 1987 een bijeenkomst georganiseerd van een aantal personen uit deze dienst, waaronder de directeur van de dienst en de latere voorzitter van de op te richten Projectgroep EZH. Deze 'denktank' heeft zich bezig gehouden met de organisatorische en financiële invulling van het EZH. Hiertoe behoorden onderwerpen als aantal verpleeghuisbedden, aanleunwoningen, voorlichting, psychogeriatrische zorg, vaststelling zorgpakket en de werving van personeel. De werkzaamheden van de 'denktank' zijn verdeeld over de deelnemers. Op basis van de resultaten van deze 'denktank' heeft de latere voorzitter van de Projectgroep EZH de verdere werkzaamheden vervolgens op zich genomen.

Voor de zorgverlening door de extramurale zorginstellingen zijn contacten gelegd met het Haags Kruiswerk en de instellingen van de Gezinszorg, om te bezien hoe deze organisaties tegenover de idee van een EZH aankeken. Aangezien er van beide typen organisaties meerdere instellingen in Den Haag aanwezig zijn, is onderling afgesproken dat het Groene Kruis (GK) de wijkverpleegkundige zorg zou leveren en de (toenmalige) Katholieke Gezinszorg (KGG) de huishoudelijke zorg. Met andere instellingen op dit terrein is verder geen contact meer geweest over het EZH.

Het EZH is door met name de Indicatiecommissie Bejaardenoord en het Bemiddelingsbureau voor Verzorgingstehuizen niet positief ontvangen. Dit betreft het feit dat er voor het Zorghuis geen WBO-indicaties worden afgegeven, terwijl wel geld uit WBO-middelen wordt ontvangen. Bovendien vervullen bovengenoemde instanties hierdoor geen functie ten aanzien van het Zorghuis.

Op 8 mei 1987 is de eerste (genotuleerde) vergadering gehouden van de Projectgroep EZH in statu nascendi. De deelnemende organisaties GDVV, GK en het toenmalige KGG participeerden in deze vergadering, alsmede vertegenwoordigers van respectievelijk de afdeling MWV en het Ministerie van WVC.

Op deze eerste vergadering is afgesproken dat iedere deelnemer zelf zorg zal dragen voor de informatievoorziening naar de eigen instelling. Tevens is besproken hoe het zorgpakket op de individuele behoefte van de ouderen kan worden afgestemd. Eén alternatief dat besproken is, betreft het vragen van een eigen bijdrage voor te onderscheiden zorgactiviteiten. Als de oudere zelf bepaalde zorgactiviteiten uitvoert, hoeft deze er niet voor te betalen, of krijgt - in het geval van een verpleeghuisindicatie - zelfs geld terug ('zelf doen voor de poen'). De vertegenwoordigers van de extramurale instellingen maakten evenwel bezwaar tegen dit idee, omdat dit voor de ouderen duurder kan worden dan de traditionele zorg die deze instellingen verlenen. De Kruisvereniging vraagt voor haar werkzaamheden een lidmaatschapsgeld, de gezinszorg vraagt een bijdrage per uur gerelateerd aan het inkomen van de cliënt (retributieregeling). Op grond van dit bezwaar is besloten het voor de extramurale instellingen gebruikelijke systeem te handhaven. Tenslotte is de personele invulling van het EZH besproken, terwijl tevens een organisatieschema werd voorgelegd.

Met de instellingen die participeerden in het EZH werd afgesproken dat de doelstellingen van het experiment in een Projectplan vastgelegd zouden worden. Dit Projectplan was tevens voorwaarde van het Ministerie van WVC voor toekenning van de experimentele status. De indieningsdatum voor het Projectplan was 1 juni 1987. De voorzitter van de nieuw gevormde Projectgroep EZH heeft het concept in korte tijd tijd op papier gesteld, waarna het is aangeboden aan WVC. In latere vergaderingen van de Projectgroep EZH is dit concept verder bijgeschaafd en in september 1987 definitief vastgesteld. Afgesproken werd dat de deelnemende organisaties op basis van het Projectplan een intentieverklaring van deelname aan het experiment ondertekenen.

Naast bovengenoemde vertegenwoordigers hebben ook andere instanties, die bij het ouderenbeleid betrokken zijn, hun belangstelling getoond voor het lidmaatschap van de Projectgroep EZH, zoals de RIAGG, de Inspectie voor de Volksgezondheid, de COSBO, etc. Met name door de voorzitter van de projectgroep EZH werd een kleine slagvaardige groep evenwel belangrijker gevonden dan een grote representatieve. Een discussie is gevoerd over de vertegenwoordiging van ouderen zelf en van vrijwilligers in de projectgroep EZH. Zo heeft het Ministerie van WVC aangedrongen op het lidmaatschap van ouderen, met als argument dat de ouderen, als consument van zorg, in het experiment centraal staan (notulen 17-10-1987, 8-12-1987). Uiteindelijk is besloten een vertegenwoordiger van de COSBO voor de Projectgroep EZH uit te nodigen (notulen, 14-6-1988).

3.5 Projectplan

Het 'Projectplan' (1987) vormt de basis voor het EZH. In dit Projectplan worden in het kort de achtergronden van het EZH beschreven. Verder worden vragen gesteld bij de mogelijkheden van een Zorghuis, gegeven de huidige wet- en regelgeving, met name betreffende de financiering. In het Projectplan worden ook de doelstellingen van het EZH aangegeven, alsmede de daarvoor benodigde middelen in de vorm van personeel en financiering. Aangegeven wordt voor wie het Zorghuis bestemd is en hoe bewoners geworven worden. Een organisatieschema is toegevoegd, terwijl tenslotte wordt aangegeven welke substitutie-effecten te verwachten zijn.

De doelstellingen van het EZH, zoals omschreven in het Projectplan (1987), zijn de volgende:

- "a. het aanvullen van de zorg aan ouderen in een beschermde thuissituatie, waardoor de ouderen zelfstandig (samen) kunnen blijven wonen, met behoud van hun privacy;
- b. 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 verpleeghuissituatie aangeboden krijgt;
- c. het zorghuis vervult een functie ten aanzien van de ondersteuning van de in de wijk verblijvende ouderen;
- d. de zorg zal verleend worden door gebruikmaking van informele zorg en bestaande extra- en intramurale dienstverlenende instanties;
- e. de geboden dienstverlening zal met relatief minder middelen gerealiseerd worden dan in de traditionele dienstverlening." (p. 8)

Deze doelstellingen worden door alle participanten onderschreven. Dit blijkt zowel uit de door de directies van de betrokken instellingen ondertekende intentieverklaring, als uit de interviews met vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties (zie hoofdstuk 6). Verder kan ten aanzien van de doelstellingen het volgende worden opgemerkt:

- ad a.: De doelstellingen a en b zijn via de opzet van het EZH in principe gerealiseerd. De ouderen wonen zelfstandig in hun eigen appartement. Een afgeleide van deze doelstelling, namelijk dat ouderen bij toeneemende zorgbehoefte niet hoeven te verhuizen, is gedeeltelijk gerealiseerd. In het EZH wordt onderkend dat er uitzonderingssituaties op deze afgeleide doelstelling kunnen zijn. De eerste is, dat ouderen met een psychogeriatrisch probleem naar een traditioneel verpleeghuis moeten verhuizen, indien de mantelzorg onvoldoende is, dit wil zeggen, indien de mantelzorg geen 24-uurs toezicht kan garanderen. De tweede situatie betreft de appartementen, geschikt voor bewoning door rolstoelgebruikers. Indien de verpleegbehoefte en rolstoelgebruikende bewoner over-

lijdt, kan een eventuele gezonde partner conform de doelstelling in het huidige appartement blijven wonen. Hierdoor zijn deze appartementen echter niet beschikbaar voor nieuwe echtparen met een verpleeg- en/of rolstoelbehoeftige partner. In deze situatie wordt de overblijvende gezonde partner verzocht binnen het Zorghuis te verhuizen (notulen 12-4-1988).

- ad b.: Ten aanzien van de tweede doelstelling kan gesteld worden dat het, met name bij de eerste instroom van bewoners, voorkomt dat het oordeel over zorg 'op maat' tussen hulpverlener en bewoners verschilt. Met name de bewoners uit het voormalige verzorgingshuis Hertoginneduin hebben in het begin van het experiment meer hulp verwacht dan is aangeboden (Projectgroep EZH, 1988). In de loop van het eerste jaar zijn verwachting en aanbod meer naar elkaar toegegroeid.
- ad c.: De derde doelstelling is in de loop van het eerste jaar van het EZH in toenemende mate verwezenlijkt. Diverse activiteiten in de recreatieve sfeer zijn aanwezig, ook voor bewoners uit de wijk. Daarnaast worden tegen vergoeding maaltijden aan wijkbewoners verstrekt. In september 1988 is een project Dagverzorging gestart voor ouderen uit het stadsdeel Segbroek. In eerste instantie is Dagverzorging aangeboden aan ouderen met somatische problematiek, later is de Dagverzorging voor ouderen een psychogeriatrische problematiek gestart. Bij de start van het project Dagverzorging hebben zich problemen voorgedaan met betrekking tot het vervoer van de ouderen van en naar het Zorghuis. Er is een voorlopige oplossing getroffen tot een meer definitieve oplossing in de vorm van de wijkbus wordt goedgekeurd door de gemeente. Overigens is van de deelnemers aan de Dagverzorging voor ouderen met psychogeriatrische problematiek één persoon afkomstig uit het Zorghuis zelf.
- ad d.: De extramurale zorg in de vorm van Gezinszorg en Wijkverpleging wordt ingezet ten behoeve van zowel de ouderen met een aanleunindicatie als met een WBO-indicatie. De ouderen met een verpleeghuisindicatie krijgen zorg van intramurale zorgverleners. Deze intramurale zorgverleners geven eveneens zogenaamde noodhulp aan de overige bewoners gedurende de tijd dat de extramurale zorgverleners niet werken (tussen 23.00 uur en 7.00 uur). Op consultbasis wordt gebruik gemaakt van extramurale hulpverleners, zoals fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Voor de medische begeleiding van de ouderen met een verpleeghuisindicatie is een verpleeghuisarts (deeltijds) in dienst. De overige bewoners behouden hun eigen huisarts. Gedurende de looptijd van het EZH zal onderzocht worden in hoeverre Gezinszorg en Wijkverpleging ook zorg kunnen verlenen aan ouderen met een verpleeghuisindicatie. Overleg hierover is gaande.
- ad e.: De zorg- en andere dienstverlening in het Zorghuis worden betaald uit het budget van de AWBZ, uit de WBO-gelden die gereserveerd waren

voor het voormalige verzorgingstehuis Hertoginneduin en uit de huren voor de appartementen. Uit een mogelijk overschot zullen ook de wijk-gerichte activiteiten betaald worden. Toch heeft het Zorghuis een aparte subsidie-aanvraag gedaan in het kader van het Flankerend Beleid ten behoeve van het project Dagverzorging (notulen 14-6-1988). Nog niet duidelijk is of de gevraagde en toegekende gelden ($\pm f$ 86.000,-) ook daadwerkelijk besteed zullen worden (zie § 4.1).

3.6 Bewoners

Het Zorghuis is, volgens het Projektplan (1987), bestemd voor $\pm$ 30 ouderen met een verpleeghuisindicatie, voor $\pm$ 40 ouderen met een WBO-indicatie en voor $\pm$ 80 ouderen die op de wachtlijst voor een bejaardenwoning staan. De bewoners met een verpleeghuisindicatie komen binnen via het plaatselijke Bemiddelingsbureau, de bewoners met een WBO-indicatie of met een aanleunindicatie via de Dienst voor de Volkshuisvesting van de gemeente Den Haag.

Opgemerkt moet worden dat alleen bij de start van het EZH ouderen expliciet op basis van een WBO-indicatie zijn binnengekomen, voornamelijk bewoners van het opgeheven verzorgingstehuis Hertoginneduin. Hierna zijn geen ouderen op basis van een WBO-indicatie meer binnengekomen. De verwachting van de Projectgroep EZH is, dat bewoners met een zogenaamde aanleunindicatie vanzelf doorstromen naar het zorgniveau van een WBO-indicatie. In het Zorghuis wordt echter geen indicatie gesteld voor een verzorgingshuis, zodat het niet mogelijk is iets te zeggen over deze doorstroming.

Aangezien in het Zorghuis wel 24-uurs zorg geboden wordt, maar geen 24-uurs toezicht, wordt in het Projektplan gesteld dat plaatsing van patiënten met zware psychogeriatrische problematiek ongewenst is (p. 2). Toch zijn er wel enkele bewoners met een psychogeriatrisch probleem aanwezig in het Zorghuis. Enerzijds zijn dit bewoners die géén verpleeghuisindicatie hebben of willen, en die via de Dienst voor de Volkshuisvesting een appartement in het Zorghuis krijgen aangeboden. Anderzijds zijn dit ouderen met een verpleeghuisindicatie die een partner hebben, die de 24-uurs toezicht kan verlenen.

3.7 Zorgverlening

Voor de professionele zorgverlening wordt geen onderscheid gemaakt tussen de ouderen met een aanleunindicatie en ouderen met een WBO-indicatie. Voor de zorgverlening is derhalve voor het volgende systeem gekozen:

- a. voor de ouderen met een verpleeghuisindicatie is een vaste staf van personeel in dienst van de GDVV aanwezig (het zogenaamde 'behandelteam');
- b. aan de ouderen met een WBO-indicatie en aan de ouderen met een aanleunindicatie wordt zorg verleend door Gezinszorg en Wijkverpleging. Zoals

reeds gesteld kan voor de zorg welke noodzakelijk is op de tijden dat Gezinszorg en Kruiswerk niet werken (23.00 - 7.00 uur) door deze ouderen een beroep gedaan worden op het 'behandelteam'. Dit geldt ook in noodsituaties. De benodigde personele inzet bedraagt 5 full-time equivalenten (fte) gezinsverzorging en 0.5 fte wijkverpleging.

Indien de extramurale organisaties ook nacht en/of weekend hulp gaan verlenen, moeten ouderen ook gedurende deze tijden een beroep doen op deze extramurale instellingen. Voor noodsituaties kunnen zij een beroep blijven doen op de vaste staf van het 'behandelteam'.

De professionele verzorgers proberen op individuele basis de zelf- en mantelzorg te stimuleren. Er is geen sprake van een structurele bevordering van de zelf- en/of mantelzorg. Geconstateerd wordt dat er bij ouderen met een aanleunindicatie minder mantelzorg is dan in een "wijksituatie", maar dat de mantelzorg voor de ouderen met een verpleeghuisindicatie ruim aanwezig is.

Met de zorgverlening van Gezinszorg en Wijkverpleging aan ouderen met een WBO-indicatie worden de grenzen voor deze instellingen verlegd. Een probleem dat zich voordeed bij de zorgverlening door de extramurale organisaties is het feit, dat beide organisaties in het eerste jaar van het EZH aan interne reorganisatie onderworpen zijn geweest, in de vorm van samenwerking of fusie met andere organisaties. Dit betekende dat er regelmatig personeelwisseling optrad, ook binnen de Projectgroep EZH. Voor de continuïteit van de zorgverlening heeft dit geen consequenties gehad.

Ten behoeve van de medische en paramedische begeleiding van de bewoners met een verpleeghuisindicatie heeft de Inspectie van de Volksgezondheid als voorwaarde gesteld, dat er een binding moet zijn met een bestaand verpleeghuis (Projectplan, 1987). Deze binding is via personele unie tot stand gekomen. De arts van een bestaand verpleeghuis is verbonden aan het Zorghuis, ten behoeve van de verpleeghuisgeïndiceerde bewoners. De overige bewoners behouden hun eigen huisarts. Voor de paramedische begeleiding worden extramuraal werkende hulpverleners ingeschakeld.

3.8 Financiering

De bouwkosten van het Zorghuis à f 8.000.000,- zijn opgenomen in de kapitaaldienst van de Gemeentelijke Dienst voor de Volkshuisvesting. De kosten en inrichting van de algemene ruimten zijn met behulp van subsidie van het Ministerie van WVC en uit WBO-gelden betaald, in totaal f 2.800.000,-. De inkomsten van het Zorghuis bestaan uit:

- a. AWBZ-gelden voor 30 verpleeghuisbedden;
- b. gelden van de WBO, overgeheveld van het voormalige bejaardenoord Hertoginneduin voor 40 plaatsen;
- c. huuropbrengsten van de appartementen van de ouderen met een aanleunwoningindicatie of een WBO-indicatie.

Van deze inkomsten wordt de zorgverlening aan de ouderen betaald, behoudens de eigen bijdrage voor de gezinszorg, c.q. het lidmaatschap van een Kruisvereniging.

3.9 Organisatie

Het Zorghuis is een complexe organisatie wat betreft verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het ressorteert organisatorisch onder de GDVV. Gegeven de opzet van het EZH - een samenwerkingsproject van drie zorginstellingen - wil dit zeggen dat de GDVV verantwoordelijk is voor algemene huishoudelijke taken als het schoonhouden van de algemene ruimten, voor het onderhoud van het gebouw, voor de algemene diensten als receptie en keuken. Daarnaast is de GDVV verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de verpleeghuisgeïndiceerde ouderen. Voor de bewoners met een aanleun- of een WBO-indicatie is de GDVV in principe alleen de verhuurder en huismeester van de appartementen.

Gedurende het eerste jaar werd het Zorghuis vanuit de GDVV geleid door een zogenaamd "hoofd Zorghuis", die de tot de GDVV behorende taken beheerde en de financiële verantwoordelijkheid ten aanzien van het Zorghuis had. In juni 1988 is de functie "hoofd" omgezet in "directeur" (zie § 5.2).

Opgemerkt dient hierbij te worden dat door de organisatorische inbedding van het Zorghuis in de GDVV de schijn gewekt wordt dat het EZH een onderdeel van de GDVV is, in plaats van een experiment waarin drie verschillende zorginstellingen samenwerken. Ook de presentatie naar buiten via schriftelijke stukken als brieven en verslagen gaat nagenoeg uitsluitend onder het briefhoofd van de GDVV.

Zoals reeds eerder is vermeld, is in verband met het experimentele karakter een Projectgroep EZH ingesteld (zie § 3.4). De functie van deze Projectgroep EZH is het experiment begeleiden en adviseren.

Voor de uitvoering en de dagelijkse begeleiding van het experiment zijn twee coördinatoren (A en B) aangesteld. Coördinator A heeft als taak de samenwerking tussen de drie zorgverlenende instellingen te regelen. Coördinator B begeleidt de bewoners, met name diegenen die uit het voormalige verzorgingstehuis Hertoginneduin kwamen. Tevens draagt coördinator B zorg voor het vrijwilligerswerk en de buurtgerichte activiteiten. Tenslotte is deze coördinator ook de maatschappelijk werker voor de verpleeghuisgeïndiceerde bewoners. De coördinatoren zijn organisatorisch ingedeeld als staffunctionaris in het organisatieschema van het Zorghuis. Hiermee staan ze hiërarchisch onder de directeur. Zij worden, met subsidie van het Ministerie van WVC, via de GDVV betaald. Opgemerkt moet worden, dat de coördinatoren hierdoor snel geïdentificeerd worden met de GDVV, terwijl zij in principe een onafhankelijke positie bekleden, gegeven hun taak in het EZH. Met name coördinator A stelt dat dit een extra belasting is. Door de extramurale zorgverleners wordt coördinator A geïdentificeerd met de GDVV (notulen, 11-10-1988).

Het hoogste orgaan van het Zorghuis is het zogenaamde Platform, waarin de directeuren van de drie participerende zorgverlenende instellingen (GDVV, GK en STH) zitting hebben. De taak van dit Platform is het beleid met betrekking tot het experiment vast te stellen, alsmede oplossingen aan te dragen voor conflicten die zich mogelijk afspelen tussen de drie zorgverlenende instellingen.

Opgemerkt moet worden, dat in het begin dit platform niet optimaal functioneerde. Nadat het was ingesteld, is het voor een kennismakingsbijeenkomst bijeen geweest (notulen 11-10-1988). De tweede bijeenkomst van dit platform heeft ongeveer een jaar na deze eerste plaatsgevonden. Van de vergaderingen van het Platform worden tot op heden geen verslagen gemaakt.

Tenslotte functioneert in het Zorghuis een bewonerscommissie, zoals in de WBO is vastgelegd. Deze commissie houdt zich bezig met de vertegenwoordiging van de belangen van de bewoners.

3.10 Conclusies

Alhoewel het voor een driejarig experiment in dit stadium nog te vroeg is om definitieve conclusies te trekken, worden hieronder enkele opmerkingen benadrukt.

- Het EZH is in korte tijd ontwikkeld, met name door de voorzitter van de projectgroep EZH. Dit betekent dat de kans op bijstellingen gedurende de looptijd van het experiment erg groot is. Niet alles kan van te voren, in een kort tijdsbestek door één persoon overzien worden.
- De uitwerking van het Zorghuis-concept was grotendeels in handen van de GDVV. De overige organisaties zijn pas in een later stadium, toen de grote lijnen reeds vast lagen, bij het EZH betrokken.
- Bij het ontwerp en de bouw van het Zorghuis is op twee gedachten gehinkt. Enerzijds is het een appartementengebouw voor zelfstandig wonende ouderen, waar complementaire en supplementaire zorg aan huis wordt verleend. Anderzijds lijkt het een intramurale instelling met gemeenschappelijke ruimten, zoals die in traditionele verzorgings- en verpleeghuizen worden aangetroffen.
- De mantelzorg wordt op individuele wijze gestimuleerd. Er is geen structurele aanpak van de bevordering van zelf- en of mantelzorg.
- De mantelzorg voor de verpleeghuisgeïndiceerden is in ruime mate aanwezig; voor de aanleungeïndiceerden lijkt er minder mantelzorg in vergelijking met een normale wijksituatie.
- Organisatorisch is het Zorghuis complex, waarbij de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en functies door elkaar kunnen lopen.
- De positie van de coördinatoren is niet duidelijk. Zij zijn volgens het organisatieschema te veel ondergeschikt aan één van de participerende organisaties in het EZH.

- De organisatorische complexiteit en de ruimtelijke opzet van het Zorghuis bewerkstelligen dat het Zorghuis niet gezien wordt, zoals het is bedoeld, namelijk als een appartementengebouw waar ouderen zelfstandig wonen, maar als een intramurale instelling van de GDVV.

4. HET EERSTE JAAR

Onder het eerste jaar van het EZH wordt in dit hoofdstuk verstaan de periode van de start van het experiment (1 oktober 1987) tot en met 31 december 1988. Ten aanzien van deze periode zijn al enkele zaken beschreven in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk wordt echter uitvoeriger stilgestaan bij het eerste jaar.

4.1 Nieuwe ontwikkelingen

In het eerste jaar van het EZH zijn diverse ontwikkelingen, die in het Projektplan niet nader aangeduid zijn, geconcretiseerd of in ieder geval bediscussieerd. Hiertoe behoren:

- samenstelling Projectgroep EZH;
- avond- en nachtzorg door Gezinszorg en Wijkverpleging;
- zorgverlening aan verpleeghuisgeïndiceerden door Gezinszorg en Wijkverpleging;
- vrijwilligerswerk;
- Dagverzorging en overige wijkfaciliteiten.

samenstelling Projectgroep EZH

Zoals al gesteld in hoofdstuk 3, heeft de samenstelling van de Projectgroep EZH reeds in het begin tot discussie geleid. Het betrof hier zowel het ontbreken van een vertegenwoordiging van de bewoners zelf als van de vrijwilligers. Als argument tegen deze vertegenwoordigers wordt aangevoerd dat deze groepen te pluriform zijn om als eenheden benaderd te worden. Aangezien de meningen binnen de projectgroep uiteen liepen, is de beslissing uitgesteld en het zogenaamde Platform verzocht een standpunt hierover in te nemen (notulen 14-10-1987). In maart 1988 heeft de COSBO contact opgenomen met het Ministerie van WVC aangaande vertegenwoordiging in verschillende substitutieprojecten. Op verzoek van het ministerie is uiteindelijk door de projectgroep EZH in juni 1988 besloten een vertegenwoordiger van de COSBO uit te nodigen als lid van de projectgroep (notulen 14-6-1988).

Gedurende het eerste jaar hebben de deelnemende extramurale zorginstellingen te maken gehad met interne reorganisaties in de vorm van fusie of samenwerking. Alhoewel dat niet van invloed is geweest op de directe zorgverlening aan de ouderen, heeft dit wel storende consequenties gehad voor de samenstelling van de Projectgroep EZH. Binnen een periode van ruim 2 jaar is vanuit de gezinszorg vier maal (!) een nieuwe vertegenwoordiger afgevaardigd naar de projectgroep (notulen, 24-11-1988).

Aan het eind van het eerste jaar heeft de directeur van het Zorghuis verzocht in de Projectgroep EZH zitting te mogen hebben. Aan deze aanvraag is in de projectgroep de discussie over de toekomst van het Zorghuis na de experimentele periode gekoppeld (notulen 24-11-1988). De vraag is of het Zorghuis een in-

stituut van de GDVV wordt of een samenwerkingsverband van de drie participerende organisaties. In de discussie werd opgemerkt dat de vertegenwoordiging van de GDVV in de Projectgroep EZH hierdoor groter wordt dan van de andere organisaties. De beeldvorming van het Zorghuis als onderdeel van de GDVV wordt hierdoor versterkt. Aan het eind van de discussie bleek dat de Projectgroep EZH noch in de oververtegenwoordiging van de GDVV, noch in het feit dat de toekomstige organisatorische structuur van het Zorghuis onduidelijk is, belemmeringen ziet voor het lidmaatschap van de directeur. Deze wordt vervolgens uitgenodigd deel uit te maken van de Projectgroep EZH.

avond- en nachtzorg

Eén van de ontwikkelingen in het eerste jaar van het EZH is de gedachtenvorming over avond- en nachtzorg door Wijkverpleging en Gezinszorg. Tot het moment dat bovengenoemde instellingen zorg in deze uren gaan verstrekken, wordt de zorg verleend door de intramurale hulpverleners. De betrokken instellingen zijn van mening dat avond- en nachtzorg door Wijkverpleging en Gezinszorg voor zowel het welbevinden van de ouderen als voor de continuïteit van de zorg van belang is (notulen 8-12-1987). De avondzorg is per 1 mei 1988 door de extramurale instellingen gerealiseerd. Nachtzorg (23.00 - 7.00 uur) wordt door de extramurale instellingen als een nog onoverkomelijk organisatorisch probleem beschouwd.

zorgverlening aan verpleeghuisgeïndiceerden door Gezinszorg en Wijkverpleging

In het eerste jaar is de vraag aan de orde geweest, of het voor de extramurale instellingen mogelijk is om zorg te verlenen aan ouderen met een verpleeghuisindicatie. In ieder geval zullen de zogenaamde 'zwaardere' patiënten voorlopig nog door het 'behandelteam' verzorgd worden. Een probleem dat zich voordoet, is het verschil in intake-procedures van de twee extramurale instellingen. Voor deze substitutie is een afstemming van deze procedures noodzakelijk. Op de vraag van de Projectgroep EZH hoever men kan gaan in deze substitutie, met name in financieel opzicht, wordt door de vertegenwoordiger van het Ministerie van WVC opgemerkt dat de financiële kant, alsmede de wet- en regelgeving in eerste instantie geen belemmering moeten vormen (notulen 14-6-1988). Het experiment is bedoeld om te kijken wat mogelijk is en wat de invloed van substitutie is op het welbevinden van ouderen.

vrijwilligers

Gedurende het eerste jaar is de organisatie van het vrijwilligerswerk ter hand genomen. Het Zorghuis heeft ongeveer 70 vrijwilligers. Zij worden met name ingezet ten behoeve van algemene taken en niet direct voor hulpverlening aan individuele ouderen (enkele uitzonderingen daargelaten). De voornaamste taken voor vrijwilligers zijn: koffiebar, bezoekdame/-heer, recreatieve voorzieningen, maaltijduitgifte en helpen bij de dagverzorging voor ouderen met somatische

problematiek. Daarnaast komt het voor dat vrijwilligers meegaan als een bewoner naar een arts etc. moet.

Ten behoeve van de vrijwilligers is een informatiebrochure verschenen. Hierin worden het Zorghuisidee en het doel van en de procedure rondom het vrijwilligerswerk beschreven. Tevens is een vrijwilligersovereenkomst opgenomen. Deze overeenkomst is door de vrijwilligers echter nooit gebruikt. Uit informatie van vrijwilligers zelf blijkt dat men geen behoefte heeft aan dit soort regelgeving, ook al betreft het meer een vastlegging van afspraken en een WA-verzekering dan een contract.

Tenslotte wordt in de Projectgroep EZH gesteld dat na afloop van het experiment de begeleiding van de vrijwilligers gegarandeerd moet blijven.

dagverzorging

Aan het begrip Dagverzorging is in eerste instantie in het Zorghuis een ruime betekenis gegeven, namelijk alle activiteiten in huis, die openstaan voor bewoners van de wijk (notulen 12-1-1988). Reden hiervoor is dat de ouderen daardoor een grote keuzevrijheid hebben ten aanzien van activiteit en tijdstip, zeker in vergelijking met de dagverzorging zoals die in reguliere verzorgingshuizen wordt geboden. Met name de Wijkverpleging maakte echter bezwaar tegen een dergelijke ruime omschrijving, omdat dit in het spraakgebruik tot verwarring kan leiden. De Wijkverpleging gebruikt dit begrip volgens de definitie van het officiële Flankerend Beleid. Daarom is toch gekozen voor de traditionele omschrijving van het begrip Dagverzorging. Door deze traditionele invulling is het ook mogelijk een subsidie-aanvraag bij de gemeente in te dienen ter financiering van deze Dagverzorging. Zoals reeds eerder is vermeld, is over deze subsidieaanvraag binnen de Projectgroep EZH discussie geweest (notulen 12-4-1988, 14-6-1988). Het Projektplan (1987: p. 20) heeft bij meerdere leden van de Projectgroep EZH de suggestie gewekt dat er voor het project Dagverzorging geen aanvullende subsidie vanuit het Flankerend Beleid aangevraagd wordt. Betaling van Dagverzorging uit de AWBZ-, WBO- en huurgelden wordt gepresenteerd als één van de te verwachten substitutie-effecten. Door de voorzitter van de Projectgroep EZH wordt gesteld, dat een eventueel toegekende subsidie niet per se gebruikt zal worden. De hoogte van een eventueel toegekende subsidie geeft wel een indicatie van de mate van financiële substitutie, omdat daardoor bekend is hoeveel deze Dagverzorging normaal kost. Het probleem wordt wel onderkend dat, bij honorering van de subsidie-aanvraag, het toegekende bedrag gereserveerd blijft voor het Zorghuis. Het is dan geblokkeerd voor andere instellingen. In juni 1988 wordt meegedeeld, dat de subsidie à f 86.000,- door de gemeente is toegewezen. Besloten is de gelden te reserveren en in een later stadium te bezien of ze wel of niet noodzakelijk zijn.

4.2 Problemen

De snelle start van het Zorghuis bracht enkele problemen met zich mee. Zo was bij de eerste opname van verpleeghuisgeïndiceerde ouderen de erkenning van het Zorghuis als verpleeginrichting nog niet rond. Op 2 december 1987 verklaarde het Ministerie van WVC evenwel dat het Zorghuis een verpleeginrichting mag oprichten. Het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden te Den Haag geeft in april 1988 aan de Ziekenfondsraad het advies voor een voorlopige erkenning van het Zorghuis voor 30 AWBZ- verpleeghuisbedden (notulen 14-6-1988).

Het feit dat de bewoners met een aanleunindicatie het Zorghuis binnenkomen via de Dienst voor de Volkshuisvesting maakt het onmogelijk deze ouderen te indiceren op problemen, die wonen in het Zorghuis kunnen bemoeilijken (notulen 9-2-1988). Daardoor blijken er enkele (± 4) bewoners aanwezig te zijn met een psychogeriatrische problematiek, terwijl in het Projektplan (1987) opname van dergelijke bewoners in principe ongewenst wordt geacht.

Een ander probleem is het feit dat het 'hoofd Zorghuis' reeds in een vroeg stadium van het EZH ontslag heeft aangevraagd (notulen 10-11-1987). De functie bleek meer in te houden dan oorspronkelijk omschreven was (notulen 10-1-1988). De daarop volgende sollicitatieprocedure is nogal moeizaam verlopen. Als tijdelijke oplossing is gekozen voor het voorlopig aanblijven van het hoofd Zorghuis. De voorzitter van de Projectgroep EZH heeft in deze periode ondersteuning gegeven aan de uitvoering van de taken, met name de financiële (notulen 12-1-1988). Om de werving te vergemakkelijken, heeft de GDVV besloten de vacature om te dopen van 'hoofd Zorghuis' in 'directeur Zorghuis' (notulen 8-3-1988). Per 1-7-1988 is een nieuwe directeur in dienst getreden (notulen 14-6-1988).

Gedurende het eerste jaar zijn er problemen geweest in het 'behandelteam', die geleid hebben tot een vrij grote wisseling van personeel. Dit heeft als consequentie gehad dat er opnieuw tijd ingeruimd moest worden voor het inwerken. Door interne reorganisaties bij de extramurale instellingen zijn ook daar personeelwisselingen geweest, met dezelfde consequenties.

Tenslotte is in 1988 door twee personen die beduidend jonger dan vijfenzeftig jaar zijn, op basis van een verpleeghuisindicatie een aanvraag ingediend voor een plaats in het Zorghuis (notulen 14-6-1988). Vanuit de AWBZ-normen is er geen leeftijdsgrens te stellen aan bewoners in een verpleeghuis. Gegeven evenwel het feit dat het Zorghuis een bijzondere positie inneemt als experiment in het kader van de substitutie van zorg voor ouderen, is gesteld dat met plaatsing van 'jongeren' in ieder geval gewacht zal worden tot na de experimentele periode.

4.3 Financiën

Uit een voorlopig overzicht over het jaar 1988 blijkt dat het Zorghuis ten opzichte van de begroting/het budget een voordelig saldo van 300 duizend gulden

heeft. Dit voordelig saldo komt onder andere doordat de sociale lasten, met name de pensioenlasten, te hoog zijn geraamd.

4.4 Conclusies

- Het eerste jaar van het EZH kenmerkte zich vooral door het opzetten of bediscussiëren van nieuwe, in het Projektplan nog niet nader omschreven, activiteiten. Dit betreft met name het opzetten van een vrijwilligersorganisatie, het opzetten van de wijkfaciliteiten als dagverzorging etc. en het aanvangen met avond- en nachtzorg door de extramurale instellingen. Daarnaast is de discussie gestart over de zorgverlening door extramurale zorgverleners aan ouderen met een verpleeghuis-indicatie.
- De samenstelling van de Projectgroep EZH is met name in het begin van het eerste jaar regelmatig onderwerp van discussie geweest. Deze discussie spitste zich vooral toe op de vraag of er een vertegenwoordiging van of namens de bewoners zitting moest nemen in de projectgroep. Daarnaast is door interne reorganisatie de vertegenwoordiging van één extramurale instelling regelmatig aan wijziging onderhevig geweest. Dit leidde tot enige irritatie bij de overige leden. Tenslotte is ook de directeur van het Zorghuis toegetreden tot de projectgroep. Hiermee is evenwel de vertegenwoordiging van de GDVV groter geworden ten opzichte van de overige organisaties.
- Door de wijze van aanmelding voor het Zorghuis is het mogelijk gebleken dat toch enkele ouderen met een psychogeriatrisch probleem maar zonder verpleeghuisindicatie in het Zorghuis wonen, terwijl tot voorzichtigheid wordt gemaand in het Projektplan (1987).
- Het project Dagverzorging is, in tegenstelling tot de suggestie in het Projektplan, toch ter subsidiëring aan de Gemeente voorgelegd. Bezien wordt nog of de toegekende subsidie daadwerkelijk gebruikt zal worden.
- Over het eerste volle jaar (1988) heeft het experiment een batig saldo van 300 duizend gulden ten opzichte van het budget.

5. VISIES VAN PARTICIPANTEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van interviews met vertegenwoordigers van de participerende organisaties alsmede met enkele andere personen en organisaties besproken worden. Deze organisaties c.q. personen zijn:

- Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging (GDVV);
- Groene Kruis als onderdeel van Haags Kruiswerk (GK);
- Katholieke Gezinszorg 's-Gravenhage als onderdeel van de Stichting Thuis-hulp (KGG);
- Afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid van de Gemeente Den Haag (MWV);
- Coördinatoren van het EZH;
- Bemiddelingsbureau voor Verzorgingshuizen en de Indicatiecommissie Bejaardenoordelen 's-Gravenhage;
- Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO).

Ten behoeve van de interviews is een open vragenlijst ontwikkeld, waarin onderwerpen als betrokkenheid, interpretatie van de doelstellingen en de voor- en nadelen van een Zorghuis aan de orde komen.

5.1 Betrokkenheid

De GDVV is, als initiatiefnemer, vanaf het begin bij het EZH betrokken. De GDVV heeft met de nota 'Van Hospitium tot Zorghuizen' (Burger & Van Otterloo, 1983) het initiatief genomen tot het opzetten van het EZH. De GDVV is de organisatorische eenheid waartoe het Zorghuis behoort. Het vaste personeel van het Zorghuis is in dienst van de GDVV.

De afdeling MWV is, evenals de GDVV, vanaf het begin betrokken bij het uitwerken van de gedachten uit bovengenoemde nota. De afdeling MWV is bovendien de kredietbeheerder van de gelden die vanuit de WBO aan het Zorghuis worden verstrekt.

Het Groene Kruis is betrokken geraakt bij het EZH, nadat in de Uitgebreide Commissie Vergadering (2-2-1987) het Zorghuis genoemd is als experiment in het kader van de Substitutieprojecten. De basisidee voor het EZH lag toen al vast. Dit wordt dan ook door de Wijkverpleging als een probleem ervaren. Ook de Gezinszorg is pas in dat stadium bij het experiment betrokken geraakt. De COSBO is pas in een zeer laat stadium betrokken bij het project. Zoals reeds hiervoor is vermeld, is vanaf de beginperiode in de Projectgroep EZH discussie geweest over deelname van een vertegenwoordiging van of namens de bewoners in de projectgroep. In eerste instantie werd de vertegenwoordiging van bewoners verwezen naar een op te richten bewonerscommissie. Ongeveer een jaar na de officiële start van het experiment is - op instigatie van het Ministerie van WVC - vanuit de projectgroep EZH aan de COSBO het verzoek gericht een vertegenwoordiger af te vaardigen.

5.2 Omschrijving van het experiment

De twee extramurale zorginstellingen vinden het feit dat ouderen in het Zorghuis bij toenemende zorgbehoefte niet hoeven te verhuizen het belangrijkste onderdeel van het experiment. Door de Gezinszorg wordt toegevoegd dat hun 'klantvriendelijke' benadering centraal staat, die hopelijk ook voordeliger is. Vanuit de intramurale zorgverlening wordt benadrukt dat ouderen door de aanwezigheid van voorzieningen in het Zorghuis langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

De samenwerking tussen de intramurale en extramurale zorgverleners wordt benadrukt, waarbij de hulpverleners hopen dat er een verschuiving optreedt van intramurale naar extramurale zorgverlening. Het wordt van belang geacht dat niet de ouderen naar de hulp toekomen, maar dat de hulp naar de ouderen toekomt. Bij toenemende hulpbehoefte, 'verschuiven' de hulpverleners, in plaats dat de ouderen naar een andere instelling moeten.

Opgemerkt wordt dat het ideaal van het EZH zou moeten zijn, dat er ouderen in komen die niet vóóraf gescreend worden op zorgbehoefte en dat het zorgaanbod op de aanwezige zorgbehoefte wordt afgestemd. Op dit moment is het evenwel nog zo, dat bewoners deels op het hulpaanbod zijn afgestemd, gegeven het feit dat er expliciet plaats is voor 30 verpleeghuispatiënten. Deze moeten er dan ook - op financiële gronden - komen. Dit laatste alleen al omdat de begroting van het Zorghuis mede afgestemd is op een bijdrage van de AWBZ voor 30 patiënten.

5.3 Doelstellingen

In het verlengde van de omschrijvingen van de belangrijkste punten van het EZH liggen de doelstellingen die men hiermee verwezenlijkt wil zien. Tot de belangrijkste doelstellingen behoren

- a. het zolang mogelijk zelfstandig laten wonen van de ouderen, en
- b. het met elkaar in contact brengen van intramurale en extramurale zorgverleners.

De zorg wordt hierdoor 'humaner', merkt de vertegenwoordiger van de Gezinszorg op, ook omdat men niet gedwongen wordt gescheiden van een partner te leven. Door de extramurale instellingen wordt evenwel ook gesteld dat het Zorghuis in feite een intramurale instelling is, waar extramurale zorgverleners binnen komen.

Voor de extramurale zorginstellingen is het belangrijkste doel zorg te verlenen in een thuissituatie, aansluitend op de behoefte van de individuele oudere. Daarnaast is een belangrijk doel ervaring opdoen in de zorgverlening aan een hoger behoefteniveau. Tenslotte wordt ook de samenwerking met andere zorginstellingen genoemd, dat eventueel ook in andere situaties toegepast kan worden.

5.4 Ervaren problemen

De problemen die men aanwezig acht bij het EZH, zijn onder te verdelen in enkele groepen, te weten: de zorgverlening, de financiering en de bewoners.

Eén van de belangrijkste problemen in de beginfase in de **zorgverlening** is de onbekendheid met elkaar van de twee typen zorgverleningsinstellingen, de intramurale en de extramurale. De samenwerking moest duidelijk nog groeien. Niet iedere hulpverlener is daarvoor in het begin voldoende gemotiveerd geweest. Om samenwerking te bereiken was veel tijd en bijscholing nodig. De intramurale zorgverleners moesten bovendien leren te verplegen 'met de handen op de rug' (zorg op maat). Daarnaast moesten deze zorgverleners leren de totale verantwoordelijkheid voor de zorg van een patiënt te dragen. In traditionele verpleeghuizen heeft de hoofdverpleegkundige deze verantwoordelijkheid. De voorbeeldfunctie die aan extramurale zorgverleners was toebedacht, is in het begin niet altijd goed uit de verf gekomen.

Naast tijd en bijscholing vergt de samenwerking tussen de verschillende instellingen in verhouding erg veel overleg, zowel op uitvoerend als op beleidsniveau. Dit blijkt mede uit de aanvraag van de Wijkverpleging (november 1988) om uitbreiding van personeel ten behoeve van het EZH (van 0.5 fte naar 0.8 fte). Deze uitbreiding geldt zowel voor de uitvoerende werkzaamheden als voor het overleg. Gesteld wordt dat met name de intramurale zorg erg nadrukkelijk aanwezig is in het Zorghuis. Indien de extramurale zorg sterker in beeld gaat komen, bijvoorbeeld wanneer zij ook voor verpleeghuisgeïndiceerden gaat zorgen, kan dit problemen opleveren bij de GDVV. Opgemerkt wordt evenwel, dat een minder sterke scheiding tussen de bewoners met verschillende indicaties het bereiken van de doelstellingen zou vergemakkelijken. Hiervoor zou de extramurale zorgverlening echter voor alle bewoners beschikbaar moeten zijn, naast een vast team voor de 24-uurs zorg.

Ondanks de verwachting in het Projektplan lijkt de hulp door de mantelzorg niet in die mate als verwacht aanwezig in het Zorghuis. Door de Wijkverpleging wordt geconstateerd dat in vergelijking met de wijk er in het Zorghuis minder mantelzorg is. Door de GDVV wordt opgemerkt, dat de mantelzorg voor de verpleeghuisgeïndiceerden echter wel in ruime mate aanwezig is.

Ook wordt het een probleem genoemd dat het experiment eigenlijk een eilandsituatie vormt. De samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners is elders nog niet aanwezig.

Opgemerkt wordt tenslotte dat vrijwilligers wel incidentele hulp kunnen verlenen, maar geen continue zorg. Zij missen daarvoor de kennis van professionele hulpverleners.

Een tweede groep problemen ligt op het **financiële vlak**. Voor het leveren van zorg 'op maat' is het bestaan van gescheiden financieringsstromen (WBO en AWBZ) in één Zorghuis een probleem, ondanks het feit dat deze financiële stro-

men in één centrale kas vloeien. Zo is het, volgens de directeur van het Zorghuis nog niet goed mogelijk dat zowel de extra- als de intramurale hulpverleners zorg verlenen aan één en dezelfde cliënt.

Voor de extramurale instellingen komt daar nog bij het verschil in betalingswijze tussen de twee instellingen, namelijk het lidmaatschap van het Kruiswerk en de retributieregeling van de Gezinszorg. De Wijkverpleging is voor de ouderen goedkoper dan de Gezinszorg. De voorkeur van de ouderen gaat daarom soms uit naar zorg door de Wijkverpleging, ook voor huishoudelijke taken. Een oplossing voor dit probleem kan gevonden worden door de betalingswijze van deze twee instellingen aan elkaar gelijk te maken. Gesuggereerd wordt een lidmaatschap van de gezinszorg in te stellen, in plaats van de retributieregeling. De kosten hiervan zouden dan voor rekening van het Zorghuisbudget komen.

Tenslotte wordt genoemd dat het gebruik van met name de WBO-gelden ten behoeve van het Zorghuis bij de Indicatiecommissie en Bemiddelingsbureau Bejaardenoorden problemen oproept. De kritiek is dat het Zorghuis, behoudens bij de start, geen ouderen op basis van een WBO-indicatie opneemt en daardoor geen aanspraak kan maken op WBO-gelden.

Een derde groep problemen concentreert zich rond de **bewoners**. Genoemd wordt het probleem dat er in de toekomst geen mogelijkheid meer is om mensen op te nemen, zeker geen mensen met een verpleeghuisindicatie. De doorstroming uit de eigen bewonerspopulatie kan zo groot worden (een zogenaamd cohort-effect), dat voor nieuwkomers geen plaats meer is. Het Zorghuis kan één groot verpleeghuis worden, waar extramurale zorg wordt verleend.

Een praktisch probleem is het tekort aan rolstoelwoningen. Indien de rolstoelgebruikende partner van een echtpaar overlijdt, blijft de gezonde partner in een ruime rolstoelwoning. Deze is echter niet beschikbaar voor nieuwe bewoners met rolstoel. Hierdoor treedt stagnatie op in de opname. Dit is in de loop van het eerste jaar opgelost (zie § 3.5).

Iets dergelijks geldt in principe ook voor ouderen met een psychogeriatrische AWBZ-indicatie. Indien de gezonde partner overlijdt en er geen andere mogelijkheid voor 24-uurs toezicht is, dient de betrokken bewoner te verhuizen naar een traditioneel verpleeghuis. In het Zorghuis is namelijk geen 24-uurs toezicht door professionele zorgverleners aanwezig.

Opgemerkt wordt tenslotte dat het oordeel over zorg 'op maat' tussen professionele zorgverleners en bewoners nog wel eens verschilt. De bewoners hanteren een andere maat ten aanzien van de hoeveelheid of soort zorg die zij nodig menen te hebben dan de hulpverleners.

Tenslotte is er nog een categorie '**overige' problemen**. De formulering van de doelstellingen van het EZH in het Projektplan wordt door enkele organisaties als 'te vaag' en 'te algemeen' omschreven. De wijze waarop deze doelstellingen bereikt moeten worden, is vrij open. Enerzijds heeft dit tot voordeel dat de

doelstellingen wel gehaald zullen worden, anderzijds kan dit tot interpretatieverschillen en onduidelijkheden in bevoegdheden leiden, zo wordt gesteld.

Tot slot blijkt dat het Zorghuis bij bepaalde groepen buitenstaanders (huisartsen) overkomt als een intramuraal instituut, een soort verzorgingshuis. Dit wordt in de eerste plaats veroorzaakt door de ruimtelijke indeling (met receptie). Maar ook de zeer nadrukkelijke aanwezigheid van de GDVV in het EZH draagt hier aan bij. Het wordt teveel als een GDVV-project gezien. Hierdoor komt ook de voorbeeldfunctie van het EZH in gedrang.

5.5 Interne veranderingen

In de interviews is gevraagd welke (formele en informele) samenwerkingsverbanden aanwezig zijn bij de participerende organisaties en welke interne veranderingen zich (moeten) voordoen in verband met het EZH.

Bij de participerende instellingen zijn geen specifieke interne organisatorische veranderingen opgetreden ten gevolge van de deelname aan het EZH.

Samenwerking tussen de extramurale instellingen vond al plaats op uitvoerend niveau. In het EZH is deze samenwerking wat intensiever, onder andere door diverse overlegorganen, zowel op beleidsmatig als op uitvoerend vlak. De uitvoerenden van de Gezinszorg dragen in het EZH meer verantwoordelijkheid voor de zorg rondom de ouderen, dan degenen die niet in het EZH werken. Zij zijn bijvoorbeeld sterker betrokken bij de indicatiestelling.

In het Zorghuis wordt geen wachtlijst voor cliënten gehanteerd. Iedere aanvraag wordt direct gehonoreerd na de indicatiestelling. Met name voor de Gezinszorg geldt dat de wachtlijst voor andere cliënten langer wordt, omdat er geen personele uitbreiding heeft plaatsgevonden. Hiervoor was echter wel geld beschikbaar vanuit het Zorghuis. Dit leidt echter nog niet tot echte knelpunten. De Wijkverpleging hanteert ook elders geen wachtlijst.

Nieuw is in sommige gevallen voor de extramurale organisaties de samenwerking op uitvoerend en beleidsmatig vlak met een intramurale instelling als de GDVV. Maar dit heeft geen consequenties voor de eigen instelling. De samenwerking betreft uitsluitend het EZH. De wijkverpleging heeft al enige ervaring met samenwerking met intramurale voorzieningen als verpleeghuizen en verzorgingshuizen op het gebied van dagbehandeling c.q. dagverzorging.

5.6 Toekomst met Zorghuizen?

In het interview is gevraagd welke veranderingen men noodzakelijk acht in wet- en regelgeving om faciliteiten als het Zorghuis optimaal te laten functioneren. De geïnterviewden hebben daarnaast bij de beantwoording van deze vraag ook regelmatig andere mogelijkheden ten aanzien van substitutie en gezondheidszorg voor ouderen vermeld.

Het idee van het EZH lijkt bij de Gemeente 's-Gravenhage wel aan te slaan, gegeven het feit dat er al ontwikkelingen zijn om ook elders in de stad Zorghuizen te bouwen. Opgemerkt wordt dat het Zorghuis een centraal informatiepunt kan worden in de wijk, een soort multifunctioneel gezondheidscentrum.

De verwachting is aanwezig dat het Zorghuis een bepaalde groep ouderen zal aantrekken, namelijk echtparen en ouderen die zich in de wijk niet prettig voelen. Zij zoeken bescherming met de zekerheid dat ze niet meer hoeven te verhuizen. Deze ouderen schrijven zich vast in voor het Zorghuis om de zekerheid te hebben dat ze in de wijk kunnen blijven wonen.

Gesteld wordt dat voor toekomstige Zorghuizen de experimentele situatie zoals nu ten aanzien van de regelgeving voor het EZH geldt, de normale situatie moet worden. Voor een Zorghuis kan ook een aparte financiering en indicatiestelling ingesteld worden. De indicatiestelling zou dan een continue schaal moeten vormen voor zorg op maat. Een structurele financiële basis is noodzakelijk, en niet zoals nu op basis van jaarlijks opnieuw vast te stellen budgetten uit de WBO (Flankerend Beleid).

Gesteld wordt dat het Zorghuis zoals het er nu uit ziet te weinig recht doet aan het zelfstandig wonen van ouderen, in die zin, dat de ouderen nagenoeg alles wat zij nodig hebben in het Zorghuis zelf kunnen verkrijgen, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een winkeltje, fysiotherapie, eetzaal, etc. Er is voor de bewoners geen noodzaak om zich buiten het Zorghuis te begeven. Dit kan toch weer leiden tot ongewenste institutionalisering. In toekomstige Zorghuizen moet ruimtelijk meer voldaan worden aan een scheiding tussen wonen en andere activiteiten.

Maar ook andere mogelijkheden ten aanzien van substitutie worden genoemd. Zo wordt melding gemaakt van de mogelijkheid om niet alleen de extramurale werkers binnen een Zorghuis huis te halen, maar intramurale werkers bij de ouderen thuis in de wijk te laten werken. Hierdoor kan een beter inzicht verkregen worden in elkaars werkwijze. Verder wordt genoemd het preventief bezoeken van de ouderen thuis.

Gesteld wordt dat men ook een experiment kan starten, waarbij verpleeghuisgeïndiceerden een jaar worden verzorgd door extramurale zorgverleners. Daarvoor is wel nodig dat er één indicatiesysteem gehanteerd wordt. Nog beter ware het indien er één organisatie voor de thuiszorg is, die de zorg coördineert. Daarvoor is dan wel weer één verzekeringssysteem noodzakelijk.

5.7 Conclusies

Uit de interviews met vertegenwoordigers van de diverse betrokken organisaties kunnen enkele conclusies worden getrokken.

- De participerende organisaties zijn niet allemaal vanaf het begin betrokken geweest bij de opzet van het EZH. Dit geldt zowel voor de extramurale

zorginstellingen, maar ook voor de COSBO. Dit heeft er toe geleid dat de basisinvulling van het EZH vorm heeft gekregen zonder inbreng van bovengenoemde organisaties en dat het EZH mede daardoor sterk een project van één organisatie (GDVV) lijkt.

- Tot de belangrijkste doelen van het EZH rekenen de participanten het feit dat ouderen zelfstandig wonen en zorg aan huis krijgen, waardoor zij in principe bij stijgende zorgvraag niet hoeven te verhuizen. Daarnaast wordt genoemd het contact tussen intra-en extramurale zorgverleners.
- De problemen die ondervonden worden, hebben voor een deel te maken met de beginsituatie. De verschillende zorginstellingen zijn nog niet gewend aan samenwerking met elkaar en aan verzorging op deze wijze. Dit vergt daarom ook veel overlegtijd.
- De mantelzorg bij verpleeghuisgeïndiceerden lijkt ruimschoots aanwezig.
- De mantelzorg bij met name aanleungeïndiceerden lijkt minder aanwezig dan in de wijk. Een verklaring hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat de hulp van burens problematisch is, omdat alle bewoners ouderen zijn.
- Het bestaan van gescheiden financiële stromen (AWBZ, WBO en huur) wordt als een probleem ervaren voor bijvoorbeeld het leveren van zowel intra- als extramurale zorg aan één en dezelfde patiënt. Hiermee hangt ook samen het probleem dat men ervaart met de verschillende betalingswijzen van de zorgverlenende instellingen.
- Het gevaar bestaat dat het Zorghuis in de toekomst zal 'dichtslippen', dat wil zeggen dat bijna alle ouderen een verpleeghuisindicatie hebben en er geen instroom van buitenaf meer kan plaatsvinden.
- De doelstelling dat ouderen niet meer hoeven te verhuizen is in het eerste jaar vanwege praktische problemen (rolstoelwoningen), enigszins aangepast.
- De doelstellingen in het Projektplan worden als 'algemeen' omschreven en daardoor enerzijds makkelijk haalbaar vanwege de flexibiliteit, anderzijds multi-interpretabel door onduidelijkheid van bevoegdheden.
- Het Zorghuisconcept wordt haalbaar geacht voor de toekomst, mits er in wet- en regelgeving enige verandering mogelijk is. Zo zou de scheiding van de financiering door AWBZ en WBO opgeheven moeten worden. Het hantieren van één indicatiesysteem voor alle bewoners is een tweede wenselijkheid.
- Er leven bij betrokken instellingen ook andere gedachten over mogelijkheden van substitutie in de zorg voor ouderen. Hierbij denkt men aan de mogelijkheid om intramurale zorgverleners in te zetten in de zorgverlening aan ouderen in de wijk. Samengevat kan men dit noemen als "het Zorghuis-idee zonder Zorghuis".

6. VOORLOPIGE CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de voorlopige conclusies van de voorgaande hoofdstukken kort samengevat. Zoals reeds eerder is opgemerkt, is het nog te vroeg om in dit stadium van het EZH reeds definitieve conclusies te trekken.

startproblemen

Het EZH is in korte tijd ontwikkeld. Dit betekent dat de kans op bijstellingen gedurende de looptijd van het experiment erg groot is. Zo blijkt het bijvoorbeeld noodzakelijk om, vanwege praktische redenen, sommige doelstellingen aan te passen, zoals het intern verhuizen van partners van overleden verpleeghuisgeïndiceerden.

Daarnaast zijn niet alle participerende organisaties vanaf het begin betrokken geweest bij de opzet van het EZH. Dit geldt zowel voor de extramurale zorginstellingen, als voor de COSBO. Dit heeft er toe geleid dat de basisinvulling van het EZH vorm heeft gekregen zonder inbreng van bovengenoemde organisaties, en dat het EZH mede daardoor sterk een project van één organisatie (GDVV) lijkt.

In het begin waren de verschillende zorginstellingen nog niet gewend aan samenwerking, met name van extramurale met intramurale zorgverleners. Dit vergde daarom veel overlegtijd. Verwacht mag worden dat de samenwerking soepeler gaat verlopen en overlegtijden korter worden, naarmate men langer met elkaars werkwijze in contact komt. De personeelwisselingen door interne problemen of reorganisatie van de participerende organisaties betekenden daarnaast dat telkens opnieuw mensen ingewerkt moeten worden.

bouwkundige problemen

In bouwkundig opzicht is op twee gedachten gehinkt. Enerzijds is het Zorghuis een appartementengebouw voor zelfstandig wonende ouderen, waar complementaire en supplementaire zorg aan huis wordt verleend. Anderzijds lijkt het een intramurale instelling, met gemeenschappelijke ruimten, zoals die in traditionele verzorgings- en verpleeghuizen worden aangetroffen.

Het gebouw is niet rolstoelvriendelijk, waardoor aanpassingen noodzakelijk waren. Hiervoor is extra geld noodzakelijk is. Deze aanpassingen zijn in de loop van het eerste jaar aangebracht.

organisatie

Organisatorisch is het Zorghuis complex, waarbij de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en functies niet altijd uit elkaar te houden zijn. Met name is de positie van de coördinatoren niet volledig duidelijk. Zij zijn volgens het organisatieschema ondergeschikt aan één van de participerende organisaties (GDVV), terwijl zij zijn aangesteld om de samenwerking van de drie zorginstellingen te bevorderen.

Deze complexiteit van organisatie bewerkstelligt eens te meer dat het Zorghuis niet gezien wordt als een appartementengebouw waar ouderen zelfstandig wonen, zoals het is bedoeld, maar als een intramurale instelling.

doelstellingen

Tot de belangrijkste doelen van het EZH wordt door de participerende organisaties gerekend het feit dat ouderen zelfstandig wonen en zorg aan huis krijgen, waardoor zij in principe bij stijgende zorgvraag niet hoeven te verhuizen. Daarnaast noemen de participerende organisaties het contact tussen intra- en extramurale zorgverleners als een belangrijk voordeel van het Zorghuis.

In het Projektplan (1987) wordt de informele zorg als belangrijke vorm van zorgverlening genoemd. Toch lijkt de mantelzorg bij aanleungeïndiceerde ouderen minder aanwezig dan in de wijk. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de hulp van burens problematisch is, omdat alle bewoners ouderen zijn. Daarentegen lijkt de mantelzorg voor ouderen met een verpleeghuisindicatie ruimschoots aanwezig. De aanwezigheid van een partner zal hierin een grote rol spelen.

Het gevaar bestaat dat het Zorghuis in de toekomst zal 'dichtslippen', dat wil zeggen dat bijna alle ouderen een verpleeghuisindicatie hebben en er geen instroom van buitenaf meer kan plaatsvinden.

De doelstellingen in het Projektplan worden als 'algemeen' omschreven en daardoor enerzijds makkelijk haalbaar vanwege de flexibiliteit, anderzijds multi-interpretabel door onduidelijk van bevoegdheden.

financiën

Het bestaan van gescheiden financiële bronnen (AWBZ, WBO en huur) wordt als een probleem ervaren, ook al kan het Zorghuis deze gezamenlijk aanwenden voor alle bewoners alsmede voor de wijkfaciliteiten. Hiermee hangt ook samen het probleem dat men ervaart met de verschillende betalingswijzen van de zorgverlenende instellingen, waardoor gecombineerde intra- en extramurale zorg bij één en dezelfde cliënt nog niet goed mogelijk is.

toekomst

Het Zorghuisconcept wordt haalbaar geacht voor de toekomst, mits er in wet- en regelgeving enige verandering mogelijk is. Zo moet de scheiding van de financiering door AWBZ en WBO in ieder geval voor een Zorghuis opgeheven worden. Het hanteren van één indicatiesysteem voor alle bewoners is een tweede wenselijkheid.

Er leven bij betrokken instellingen ook andere gedachten over mogelijkheden voor substitutie in de zorg voor ouderen. Samengevat kan men dit noemen als "het Zorghuisidee zonder Zorghuis".

LITERATUUR

BURGER, A.K.C. & G.J.P. VAN OTTERLOO. Van Hospitium tot Zorghuizen. Den Haag, Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging, 1983.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Regionaal Vademecum Gezondheidstatistiek. Den Haag, CBS, 1985.

GEMEENTE DEN HAAG, Stuurgroep Integraal Ouderenbeleid. Nota Nieuw voor Oud. Deel 2: Feiten achtergronden overwegingen. Den Haag, 1987.

GEMEENTERAAD DEN HAAG. Notulen raadsvergadering 21-4-1986.

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

KASTELEIN, M. & P. STAATS. Structuur en functioneren van het regionaal stelsel van voorzieningen voor ouderen in 's-Gravenhage: Resultaten van een onderzoek naar het dagelijks functioneren van voorzieningen voor ouderen. Leiden, NIPG/TNO, te publiceren.

NOTULEN PROJECTGROEP. 1987 tot en met 1988.

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

PROJECTGROEP EZH. Projekt Zorghuis Dr. W. Drees: Eerste evaluatie oktober '87/februari '88. Den Haag, GDVV etc., 1988.

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

PROJEKTPLAN Zorghuis Dr. W. Drees. Den Haag, Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging, september 1987.

OTTERLOO, G.J.P. VAN, P.M. HOOIKAAS & A.K.C. BURGER. Zorghuis Kranenburg. Den Haag, Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging etc., 1984.