



Delft University of Technology

Begrippen wonen en zorg

van der Voordt, DJM

Publication date

1998

Document Version

Accepted author manuscript

Published in

Praktijkhandboek bouw en beheer

Citation (APA)

van der Voordt, DJM. (1998). Begrippen wonen en zorg. In D. J. M. van der Voordt, R. van Eck, A. Geurtsen, A. Janzen, & J. Visser (Eds.), *Praktijkhandboek bouw en beheer: Wonen met zorg voor ouderen* (pp. 13-20). Bohn Stafleu van Loghum.

Important note

To cite this publication, please use the final published version (if applicable). Please check the document version above.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download, forward or distribute the text or part of it, without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license such as Creative Commons.

Takedown policy

Please contact us and provide details if you believe this document breaches copyrights. We will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Begrippen wonen en zorg

Theo van der Voordt

1. Wonen
 - 1.1 Wonen of verblijven
 - 1.2 Opwaardering van de woonfunctie
2. Zorg
 - 2.1 Zorg op maat
 - 2.1 Doelgroepen naar zorgbehoefte
3. Wonen met zorg
4. Bouwen voor wonen met zorg

Literatuur

1. Wonen

De bekende Amerikaanse psycholoog Abraham Maslow maakte onderscheid in vijf categorieën behoeften: lichamelijke behoeften, behoefte aan veiligheid en zekerheid, behoefte aan relaties met anderen, behoefte aan erkenning en waardering, en de behoefte aan zelfverwerkelijking, het volledig ontplooiën van de eigen mogelijkheden. Voor de vervulling van deze behoeften speelt goed wonen een essentiële rol. Een woning geeft bescherming tegen weer en wind. Men heeft er zijn eigen, vertrouwde plek, alleen of met partner en kinderen, waar men eet, slaapt, vrienden of familie ontvangt, hobby's beoefent etc. Men kan er even alleen zijn om ongestoord na te denken, zomaar wat te dagdromen, of zelf gekozen muziek te beluisteren. Men vindt er de rust om nieuwe activiteiten te ontplooiën. Met de keuze van de woning en de inrichting drukt men iets van zichzelf uit. Men neemt de ruimte als het ware in bezit en drukt er zijn persoonlijke stempel op. Dit draagt bij aan een eigen identiteit. In geval van een eigen huis heeft de woning voor de bewoner ook een belangrijke economische betekenis. Wonen kent dus een groot aantal materiële en immateriële aspecten. Dit geldt niet alleen voor de woning maar evenzeer voor de woonomgeving. Ook hier zijn verschillende dimensies te onderkennen. In *De kern van het wonen op het spoor* noemt Pennartz er drie:

- 1) De utilitaire dimensie: ruimte voor woonactiviteiten, voorzieningen.
- 2) De sociale dimensie: privacy, sociale contacten, beleving van sfeer en gezelligheid.
- 3) De existentiële dimensie: zich thuis voelen.

Uit gesprekken met bewoners blijkt de beleving van zich thuis voelen bepaald te worden door de volgende factoren:

- bekend en vertrouwd zijn met de omgeving en met de mensen, weten hoe de weg te vinden en hoe te handelen;
- met plezier verblijven in de situatie of verrichten van bezigheden;
- het van jezelf zijn van dingen en zelf kunnen kiezen;
- zelf kunnen indelen van de tijd;
- vrij zijn van sociale controle, niet hoeven voldoen aan verwachtingen van anderen, zich kunnen onttrekken aan de waarnemingen van anderen;
- door anderen opgemerkt, gekend worden;

- zich door anderen gewenst voelen, tijd en moeite die anderen aan je besteden, gemeenschappelijke interesses, wederzijds vertrouwen;
- van betekenis zijn voor anderen, geholpen worden door en kunnen helpen van anderen, 'erbij horen';
- kennen van anderen en hun levensgeschiedenis, onderhouden van persoonlijke relaties, gemeenschappelijke herinneringen.

Hoewel deze factoren voornamelijk sociaal van aard zijn, speelt de gebouwde omgeving hierin een belangrijke rol. Ruimtelijke condities kunnen het gemakkelijker of moeilijker maken om activiteiten te ontplooiën, mensen te ontmoeten, en vertrouwd te raken met de omgeving.

1.1 Wonen of verblijven

Bij een toenemende zorgbehoefte kunnen verschillende woonwaarden worden aangetast. Soms worden delen van de woning onbruikbaar, bijvoorbeeld als men de steile trap niet meer op kan. Zorg aan huis betekent 'vreemden' in huis, wat zeker in het begin en ook in geval van veel verschillende hulpverleners als een inbreuk op de privacy kan worden ervaren. Bij een sterk toenemende zorgbehoefte kan de zorg het wonen gaan domineren. Dit geldt met name wanneer men vanwege een toegenomen zorgbehoefte moet verhuizen naar een zorgvoorziening. Er moeten forse concessies worden gedaan aan de oorspronkelijke leefstijl. Er worden grenzen gesteld aan de autonomie en keuzevrijheid wat betreft de inrichting van de leefomgeving, het aangaan of vermijden van contacten, en het uitoefenen van activiteiten. Wonen wordt dan veeleer verblijven.

Het onderscheid tussen wonen en verblijven geldt expliciet ten aanzien van de wijze van financieren. In geval van (zelfstandig) wonen is de financiering van wonen en zorg gescheiden, bij verblijven worden zowel het verblijf als de zorg gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het onderscheid tussen wonen en verblijven is evenwel niet altijd scherp aan te geven. In de discussienota *Huisvesting met zorg* uit 1994 hanteert de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de volgende omschrijvingen voor zelfstandig wonen versus verblijven.

Zelfstandig wonen

Langdurige huisvesting, waarbij sprake is van een geïndividualiseerde woonfunctie en een aparte overeenkomst voor het gebruik van de ruimte. Een geïndividualiseerde woonfunctie is een individuele en herkenbare wooneenheid. Dit kan een zelfstandige woonruimte (woning) zijn, maar ook niet-zelfstandige woonruimte (appartement met een woongedeelte en een af te schermen slaapgedeelte, groepswonen, HAT-eenheid), al dan niet gecombineerd met eigen keuken/kitchenette en sanitair.

Intramuraal verblijf

Langdurige huisvesting als voorwaarde voor en onlosmakelijk verbonden met zorg- en dienstverlening. In geval van kortdurend en tijdelijk intramuraal verblijf (ziekenhuisopname, revalidatie) is daarnaast nog steeds sprake van zelfstandig wonen. In geval van langdurend/permanent intramuraal verblijf is het verblijf naast voorwaarde voor zorg tevens vervangend thuismilieu.

Volgens deze definities zijn wonen verspreid in de wijk, geclusterd wonen (b.v. een rijtje seniorenwoningen), en wonen in complexen voor ouderen (al dan niet met interne of externe zorg- en dienstverlening) vormen van zelfstandig wonen. In traditionele verzorgings- en verpleeghuizen daarentegen is sprake van intramuraal verblijf, aldus de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Bij deze tweedeling kunnen de volgende kanttekeningen worden geplaatst. Het criterium 'een aparte overeenkomst' is helder en eenduidig. De begrippen 'geïndividualiseerde woonfunctie' versus 'huisvesting als voorwaarde voor en onlosmakelijk verbonden met zorg- en dienstverlening' zijn minder eenduidig. In de praktijk is eerder sprake van een glijdende schaal.

Beide begrippen sluiten elkaar niet uit. Binnen projecten voor niet-zelfstandig wonende verpleeghuisgeïndiceerde ouderen varieert de woonfunctie van niet-geïndividualiseerd (meerpersoons slaapkamers, gemeenschappelijke huiskamers), b.v. in een traditioneel verpleeghuis, tot vrij ver geïndividualiseerd (eigen woon/slaapkamer, eigen badkamer), b.v. in de satellietprojecten in de Krimpenerwaard (Breuer e.a., 1992). Omgekeerd wonen ouderen in woonzorgcomplexen zelfstandig, terwijl tegelijkertijd het geclusterd wonen voorwaarde is voor adequate zorg- en dienstverlening.

De commissie Modernisering Ouderenzorg (beter bekend als de commissie Welschen) conformeert zich aan de definitie ex art. 1623a van het Burgerlijk Wetboek: "een zelfstandige woning is een woning welke een eigen toegang heeft en welke de bewoner kan bewonen zonder daarbij afhankelijk te zijn van wezenlijke voorzieningen buiten die woning". Als criteria worden genoemd:

- geschikt voor particuliere bewoning;
- voorzien van een eigen toegangsdeur die hetzij direct vanaf de openbare weg, hetzij via een gemeenschappelijke ruimte (portiek, galerij, trappenhuis) toegang biedt tot de woonruimte;
- voorzien van een toilet en een keukeninstallatie die is bestemd voor de bereiding van complete maaltijden.

Het is onduidelijk of groepswonen volgens deze definitie zelfstandig wonen kan zijn. In combinatie met het criterium 'aparte overeenkomst voor wonen en zorg' lijkt de definitie uit het Burgerlijk Wetboek de lading goed te dekken.

1.2 Opwaardering van de woonfunctie

Hoewel de kwaliteit enorm uiteenloopt, gaat zelfstandige huisvesting in Nederland doorgaans samen met redelijk tot zeer goed wonen. In intramuraal voorzieningen wordt de woonfunctie aanzienlijk bescheidener vormgegeven. In traditionele verzorgingshuizen die nog niet gerenoveerd zijn, omvat de wooneenheid conform de vroegere Voorschriften en Wenken vaak niet veel meer dan een gecombineerde zit/slaapkamer van 15 m² inclusief een kitchenette, plus een kleine natte cel met wastafel en toilet. Soms is sprake van een aparte woonkamer van 12 m² en een slaapkamer van 6 m². Bij renovaties van verzorgingshuizen wordt de woonfunctie vaak opgewaardeerd door het samen-trekken van twee of meer oorspronkelijke appartementen. De nieuwe appartementen zijn doorgaans tussen de 20 en 30 m² groot in geval van een éénpersoons-appartement. Tweepersoons-appartementen zijn vaak ca 40 m² groot. Voorts is er meer scheiding tussen wonen en slapen en beschikken de bewoners over een eigen badkamer en een keuken of kitchenette (Breuer e.a., 1992; Van der Wel, 1994). Éénpersoons-appartementen van meer dan 40 m² komen eveneens voor. Een voorbeeld is verzorgingshuis Schutsmantel. Dit huis is in 1994/1995 gerenoveerd, met inlevering van 53 verzorgingsplaatsen. De huidige appartementen bestaan uit een aparte woon- en slaapkamer (totaal ca 44 m²) en zijn alle aangepast aan rolstoelgebruik. De opwaardering van de woonfunctie is ook terug te vinden in de huidige voorschriften voor verzorgingshuizen, die overigens per provincie kunnen verschillen. Provincie Noord-Holland gaat bijvoorbeeld uit van appartementen van 26 m² voor een éénpersoons wooneenheid en 40 m² voor een tweepersoons eenheid. Dit oppervlak is bedoeld voor een zit/slaapkamer, een pantry met aanrecht en koelkast, en een natte cel met wastafel, douche en toilet.

Figuur Nieuw Doddendaal invoegen

Nieuw Doddendaal, Nijmegen

Voorbeeld van een ombouw van een traditioneel verzorgingshuis tot een wooncentrum voor ouderen. De mogelijkheden tot verpleeghuiszorg zijn beperkt.

links: éénpersoonskamer vóór de renovatie: hal + pantry, woon/slaapkamer, toilet en berging, totaal 13,5 m²

rechts: éénpersoonsappartement ná de renovatie: hal, woonkamer met open keuken, slaapkamer, badkamer met wastafel, douche en toilet, totaal 27 m²

In nieuwe woonzorgcomplexen ('wozoco's) voor zelfstandig wonen met zorg op maat is het woonoppervlak aanzienlijk hoger dan in het doorsnee verzorgingshuis. De overheid hanteert als referentie voor een woonzorgcomplex 55 m² voor een appartement exclusief de collectieve ruimten. In de praktijk wordt 55 m² als een minimum gezien wil de woning als zelfstandige woning te verhuren zijn. Voor een aanpasbare driekamerwoning wordt een binnenwerks kernoppervlak van 58 m² als minimum genoemd (Van Berlo, 1994). Er zijn voorbeelden van driekamer-appartementen, die hier ruim boven zitten. De levensloopbestendige woningen in het Bergwegproject te Rotterdam zijn bijvoorbeeld ca 65 m² groot. Daarmee zit men bijna op het niveau van een doorsnee driekamerwoning in de sociale woningbouw.

In verpleeghuizen heeft het accent altijd sterk op behandeling gelegen en minder op de woonfunctie: géén eigen woonkamer, hooguit een eigen slaapkamer (13 m², in 1990 voor somatische patiënten opgetrokken tot 15 m²) en in veel gevallen zelfs een met anderen te delen slaapkamer (thans 9.5 m² per bed). Dit valt voor een belangrijk deel te verklaren vanuit de herkomst uit de gezondheidszorg. Niettemin is ook hier een opwaardering van de woonfunctie zichtbaar in de vorm van minder vierpersoonskamers, meer één- en tweepersoonskamers, en gedifferentieerde huiskamers voor kleine(re) groepen (Van der Voordt en Terpstra, 1995). De voorlopige Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (1996) pleit ervoor om alle verpleeghuisbewoners, als zij dat willen, een éénpersoonskamer met eigen sanitair toe te kennen. In experimenten met nieuwe combinaties van wonen en zorg voor ernstig zorgbehoevende ouderen is soms van een hoger woonniveau sprake. Zo bestaan de wooneenheden in vier woongebouwen voor verzorgingshuis- en verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in de Krimpenerwaard uit een woon/slaapkamer van 24 m² plus een badkamer van ruim 5 m². De tweepersoons-appartementen zijn hier ruim 40 m². In projecten genormaliseerd wonen voor psycho-geriatrische ouderen beschikken de bewoners doorgaans eveneens over een eigen kamer. De afmetingen zijn echter vaak érg bescheiden.

Figuur Borchleen invoegen

Eénkamerappartement in Borchleen, Schoonhoven

In dit woongebouw voor verzorging en verpleging wonen 15 verzorgingshuis- en 15 verpleeghuisgeïndiceerde ouderen door elkaar in één huis. Elke bewoner beschikt over een eigen woon/slaapkamer + kitchenette (24 m²) en een badkamer met wastafel, douche en toilet (ruim 5 m²).

2. Zorg

Zorg komt van zorgen, verzorgen, verzorgd worden. Het is een verzamelbegrip voor een groot aantal handelingen en activiteiten, variërend van licht en eenvoudig tot zwaar en complex. In de studie *Verzorgingshuizen op weg naar hun toekomst* (Naafs e.a., 1994) worden drie clusters onderscheiden:

- a. Huishoudelijke verzorging (HDL):
 - huishoudelijke verzorging van individuele ruimten (opruimen, schoonmaken, bedden opmaken en verschoneren, huisvuil scheiden, planten verzorgen);
 - huishoudelijke verzorging van gemeenschappelijke ruimten.
- b. Verzorging bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL):
 - hulp bij lichaamsverzorging (wassen, baden, mond-, nagel-, haarverzorging; hoortoestellen schoonmaken);
 - hulp bij aan/uitkleden (inclusief aan/uitdoen van protheses en steunkousen);
 - hulp bij eten en drinken; tafel dekken; eten snijden;
 - hulp bij de toiletgang; verzorging incontinentiemateriaal, urinaal, bedpan;
 - hulp bij mobiliteit (verplaatsen binnen en buiten appartement);
 - terminale zorg;
 - psycho-sociale begeleiding (therapeutisch gesprek; begeleiding na overlijden partner e.a.).
- c. Verpleging:
 - medicijnverstrekking;
 - injecties geven;
 - wond- en decubitusverzorging;
 - catheteriseren;
 - sondevoeding;
 - stimuleren van lichaamsbeweging;
 - controle van temperatuur, gewicht, bloeddruk, polsslag, bloedsuiker.

Naast deze zorgactiviteiten wordt gesproken over *dienstverlening*, waarbij de volgende activiteiten worden onderscheiden:

- aanbieden van maaltijden (individueel of collectief);
- hulp ten behoeve van de veiligheid (controle, sociale alarmering, nachtwacht, oppascentrale);
- hulp bij wassen van kleding, poetsen van schoenen e.d.;
- organisatie/begeleiding van sociaal-culturele activiteiten;
- organisatie/begeleiding van overige activiteiten (geheugentraining, ontspanningstherapie);
- facilitaire dienstverlening (winkel, bank, post, vervoer, kapper, wasserij);
- onderhoud en beheer van het gebouw;
- voorlichting (meldpunt, loket, scholing, ondersteuning).

Elders worden andere indelingen gebruikt. In de verpleeghuissector worden zeven zorgfuncties onderscheiden: reactivering, langdurige zorg, terminale zorg, observatie en diagnostiek, dagbehandeling, tijdelijke opvang inclusief intervalzorg en crisisopvang, consultatie en advies. Aan het begrip dienstverlening - elders wel 'service' genoemd - wordt eveneens verschillend inhoud gegeven. Recreatieve en culturele activiteiten worden als dienstverlening opgevat, maar ook als welzijnsfunctie of begeleidings- en preventiefunctie. Maaltijdverstrekking en activiteitenbegeleiding worden vaak tot de dienstverlening gerekend, maar ook wel tot de zorg. Soms wordt van een hotelfunctie gesproken. Een eenduidige indeling van zorgfuncties, vertaald in helder omschreven taken, is voornamelijk niet beschikbaar.

2.1 Zorg op maat

Spreeken en schrijven over ouderen leidt al gauw tot een simplificatie van de werkelijkheid. Immers, 'de' oudere bestaat niet. Er zijn grote verschillen in zorgbehoeften, mogelijkheden en beperkingen. Een gezonde oudere met een partner en een goed inkomen verschilt hemelsbreed van een vereenzaamde oudere, die rond moet komen van de AOW en niet meer in staat is voor zichzelf te zorgen. Het is belangrijk om de zorg naar aard en omvang af te stemmen op de wensen en behoeften van de cliënt. Naast de noodzaak tot kostenbeheersing is zorg op maat van groot belang voor behoud van fysiek, sociaal en psychisch welzijn. Te weinig zorg leidt tot achteruitgang in het functioneren. Te veel zorg betekent dat nog aanwezige vermogens en vaardigheden onvoldoende worden aangesproken. Dit kan eveneens leiden tot een achteruitgang in het (zelfstandig) functioneren. In de woorden van Stichting Humanitas Rotterdam: "use it or lose it". Zorg op maat vereist een verandering van een aanbodgerichte organisatie naar een vraaggerichte organisatie, gedifferentieerde zorgpakketten en op het individu toegesneden zorgplannen.

2.2 Doelgroepen naar zorgbehoefte

Binnen de gedifferentieerde vraag kunnen verschillende categorieën worden onderscheiden, van licht tot zwaar. Voor verzorgingshuizen onderscheidt de WoonZorg Federatie vijf zorgzwaartegroepen, bekend onder de naam EBIS-zorgregistratie (Siek en Wisselink, 1991):

1. behoefte aan aanvullende zorg op afroep;
2. behoefte aan aanvullende zorg op afspraak;
3. behoefte aan aanvullende zorg bij enkele ADL-activiteiten;
4. behoefte aan overnemende zorg bij een groot aantal ADL-activiteiten;
5. behoefte aan overnemende zorg bij alle ADL-activiteiten.

De zorgzwaarte wordt vastgesteld aan de hand van een tiental vragen over het (zelfstandig) kunnen verrichten van ADL-activiteiten, psychosociale problemen, en de behoefte aan instrumenteel-technische zorg.

In een rapport van het NZi uit 1995 zijn verschillende andere indelingen in doelgroepen geanalyseerd. Op basis hiervan is voor de (traditionele) verpleeghuispopulatie een indeling in acht categorieën uitgewerkt. Toegespitst op ouderen gaat het om:

1. reactivering: ouderen van wie het persoonlijk functioneren verbeterd kan worden, tot en met het opheffen van de hulpvraag (b.v. ouderen met orthopedische of reumatische aandoeningen of ouderen die recent een heupoperatie hebben ondergaan);
2. observatie en diagnostiek: ouderen met samengestelde en/of complexe hulpvragen waarvoor multidisciplinaire observatie nodig is;
3. bijzondere zorg: ouderen met een uitgebreide of specifieke behoefte aan professionele hulp, b.v. zwaar verplegingsbehoeftige en ernstig chronisch zieke ouderen, terminale patiënten, aidspatiënten, mensen in coma, Korsakow-patiënten;
4. ouderen met ernstig probleemgedrag;
5. ouderen met lichte psychogeriatrische problemen;
6. ouderen met middelzware psychogeriatrische problemen;
7. ouderen met zware psychogeriatrische problemen;
8. ouderen met chronische somatische problemen.

Het valt aan te bevelen om bij het ontwikkelen en toetsen van plannen voor woon/zorgvoorzieningen zorgvuldig rekening te houden met deze differentiatie in doelgroepen en te verwachten veranderingen in de samenstelling van de doelgroep op korte en (middel)lange termijn.

De differentiatie in zorgbehoefte is overigens niet de enige variabele waarmee men rekening moet houden bij de afstemming van vraag en aanbod aan woon/zorgvoorzieningen. Andere variabelen zijn bijvoorbeeld:

- a. wat de ouderen zelf betreft hun inkomen, leeftijd (de jonge 55-plusser tegenover de hoogbejaarde tachtiger), leefstijl, wel/geen partner, wel/geen mantelhelp, autochtoon of allochtoon;
- b. wat omgevingskenmerken betreft de vorm en inhoud van reeds aanwezige woon/zorgfaciliteiten, de 'gaten in de markt', en de architectonische en stedenbouwkundige kenmerken van de bouwlocatie.

3. Wonen met zorg

Tot voor kort werden aanspraken op zorg voornamelijk geformuleerd in termen van voorzieningen. Men wordt op grond van de zorgbehoefte geïndiceerd voor bijvoorbeeld thuiszorg, een plaats in een verzorgingshuis, of opname in een verpleeghuis. In een voorzieningengerichte benadering worden niet allen de aard, inhoud en vorm van de zorg vastgelegd, maar ook wie deze hulp verleent, waar, en onder welke voorwaarden. Sinds eind jaren tachtig is een verschuiving zichtbaar naar een functiegerichte aanpak. Dit houdt in dat datgene waaraan mensen behoefte hebben en waarop zij als verzekerde een beroep kunnen doen, beschreven wordt in termen van functies. Een functie is een verzameling van met elkaar samenhangende activiteiten, die voor de afnemer als een afgeronde dienst herkenbaar zijn en voorzien in een deel van de zorgvraag. Een functiegerichte aanpak maakt het mogelijk om de zorg en de plaats waar de zorg wordt aangeboden los te koppelen en het zorgaanbod beter af te stemmen op de vraag. In het ene geval betekent dit zorg aan huis, in een ander geval zorg in een beschermde woonomgeving of in een intramurale instelling. Een interessant onderscheid in dit verband is dat tussen haalfuncties, brengfuncties, en interne functies (Hoekstra en Van Liempd, 1995). Haalfuncties zijn functies die men buiten de woning moet halen (dagopvang, dagbehandeling). Brengfuncties zoals huishoudelijke hulp en dagelijkse lichaamsverzorging worden thuisgebracht. Van interne functies is sprake wanneer wonen, zorg en dienstverlening op dezelfde locatie zijn ondergebracht. Ruimtelijke koppeling van functies kan bijvoorbeeld nodig zijn vanwege de complexiteit of de intensiteit van de zorg (zeer complexe verpleging, 24-uurs toezicht).

Een eenduidige en algemeen geaccepteerde omschrijving van functies is (nog) niet voorhanden. Wel zijn verschillende bruikbare indelingen in omloop (zie de vorige paragraaf). Op basis hiervan kunnen woon/zorgpakketten worden samengesteld, afgestemd op de individuele behoeften en wensen van de afnemers. Een voorbeeld is de EBIS-indeling voor verzorgingshuizen. Dit 'Extern Besturings Informatie Systeem' is eind jaren tachtig ontwikkeld om de budgettering van verzorgingshuizen te kunnen baseren op prestatie-afspraken (Federatie LSB, 1988). Er worden twintig functies onderscheiden, bijvoorbeeld de interne woonfunctie, een tijdelijke verblijfsfunctie, was- en linnenverzorging, maaltijdverstrekking, vervoersfaciliteiten, alarmering. Binnen de zorgafnemers worden vier doelgroepen onderscheiden:

- bewoners van het verzorgingshuis;
- niet-bewoners die tijdelijk worden opgenomen;
- niet-bewoners die partieel gebruik maken van beschikbare faciliteiten (b.v. dagopvang);
- niet-bewoners die gebruik maken van zelfstandige woonvormen, aangevuld met dienstverlening (b.v. bewoners van aanleunwoningen).

Op basis van de onderscheiden functies zijn per doelgroep verschillende woon/zorgpakketten samengesteld, variërend van een bewoners-basispakket tot intensieve psychische zorg voor niet-bewoners die partieel van de faciliteiten gebruik maken.

Aanvankelijk zijn 14 pakketten onderscheiden. Vanwege de hanteerbaarheid is dit teruggebracht tot vijf pakketten. De kosten per pakket zijn afhankelijk van de intensiteit van de functie (bijvoorbeeld het aantal zorgminuten) en zijn gekoppeld aan de EBIS-indeling in vijf zorgzwaartecategoriën.

De functiegerichte aanpak zal zich naar verwachting de komende jaren verder uitkristalliseren. Nu al tekent zich een gevarieerd aanbod af, dat niet alleen rekening houdt met verschillen in (zorg)behoeften, maar ook met verschillen in koopkracht. Tegen bijbetaling kan men zich bijvoorbeeld verzekeren voor een meer luxe pakket. Uit landelijk marktonderzoek onder zelfstandig wonende ouderen blijkt dat de zogenaamde zorgabonnementen en dienstenabonnementen in een grote behoefte voorzien (Leidelmeijer en Van Leeuwen, 1996). Dertig procent heeft belangstelling voor maaltijdservice en bijna eenzelfde percentage (26%) is geïnteresseerd in vervoersbemiddeling. Veertien procent voelt voor zorgabonnementen waarbij men tegen een vast bedrag per maand gebruik kan maken van alarmering plus de garantie dat er zorg wordt verleend op het moment dat dit noodzakelijk wordt. De behoefte verschilt per marktsegment. De ene categorie ouderen heeft primair behoefte aan praktische service, zoals tuinonderhoud, uitlaten van dieren, of een buurtconciërge. Anderen hebben vooral behoefte aan maaltijdservice, alarmering en culturele activiteiten. Op basis van deze onderzoeksuitkomsten is door de WZF een vraagmodel ontwikkeld, waarmee onder ouderen de lokale behoefte aan extramurale producten kan worden gemeten (Rasing, 1996).

4. Bouwen voor wonen met zorg

Centraal in dit handboek staat de ruimtelijk-bouwkundige vertaling van de vraag naar wonen met zorg voor ouderen. Dit vereist allereerst een visie op wonen met zorg en vervolgens de vertaling in een concreet gebouw. In interactie met de sociaal-organisatorische context en het aanbod aan functies en activiteiten is het gebouwd van grote invloed op het gedrag en de belevingswereld van bewoners, bezoekers en personeel. In bijgaand model is deze interactie in beeld gebracht.

Schema invoegen

Relatie tussen zorgconcept en sociaal-ruimtelijke omgeving

Dit model kan een hulpmiddel zijn om discussies tijdens het plannen, ontwerpen en beheren van woon/zorgvoorzieningen te structureren. Uitgangspunt is dat de immateriële omgeving (personeel, sociale netwerken, organisatiestructuur, activiteiten) en de materiële omgeving (gebouwde omgeving, faciliteiten) middelen zijn, waarmee een organisatie haar doelstellingen kan realiseren. Ter toelichting lopen we het schema kort na.

Woon/zorgconcept

Een concept kan worden omschreven als het leidend principe van waaruit een organisatie haar taken uitoefent. Het vormt een kernachtige samenvatting, in woord en soms ook in beeld, van wat men wil en hoe men dit wil bereiken. Het gaat dus om een visie op hoofdlijnen over doelstellingen en middelen. Binnen de centrale doelstelling - lichamenlijk en geestelijk welbevinden van zorgbehoevende ouderen - kan de nadruk gelegd worden op preventie en herstel (voorkomen en behandelen van lichamenlijke functiestoornissen en psycho-sociale problemen), of op het draaglijk maken (creëren van een aangename leefsituatie). Beide doelstellingen kunnen ook nevensgeschikt zijn. Waarop men het accent legt hangt samen met de visie op de gewenste functiemix i.c. het belang van wonen, zorg en welzijn. Andere belangrijke componenten zijn de doelgroep(en) waarop de organisatie zich richt, en het belang dat men hecht aan therapeutische doelstellingen zoals zelfredzaamheid, autonomie en privacy.

Sociaal-ruimtelijke omgeving

Om wonen met zorg mogelijk te maken moet een organisatie worden opgezet. Voorts moeten activiteiten worden georganiseerd en moet een gebouwde omgeving worden ontworpen, die de organisatie en haar activiteiten ruimtelijk ondersteunt. Organisatie en gebouw dienen het ook mogelijk te maken om zelf activiteiten te ontplooiën en sociale contacten te onderhouden.

Gedrag en beleving

De belangrijkste maatstaven voor het succes van een bepaalde vorm van wonen met zorg voor ouderen zijn het gedrag en de waardering van de ouderen zelf. Hun belevingswereld wordt door het blok rechts in het schema gerepresenteerd. Eveneens van belang zijn de voorkeuren en wensen van personeel en bezoekers. Aandachtspunten zijn het gedragspatroon (wie doet wat, waar, wanneer), de wisselwerking tussen de sociaal-ruimtelijke omgeving en zorgbehoefte, voorkeuren van gebruikers en hun beleving in termen van (on)aangenaam, (on)gezellig, (on)prettig etc.

De relaties in het schema zijn wederkerig. Een gebouw voor permanente huisvesting van licht dementerende ouderen zal er anders uitzien dan een gebouw voor reactivering van somatische patiënten. Omgekeerd stelt een bepaald ontwerp grenzen aan mogelijke doelgroepen en woon/zorgdoelstellingen.

De uiteindelijke invulling van de verschillende componenten uit het schema en de relaties hiertussen worden niet alleen bepaald door visies over wat wenselijk is, maar ook en vooral door wat mogelijk is. Vrijwel altijd is sprake van beperkende randvoorwaarden zoals tijd, geld, personele en materiële middelen, vigerende wet- en regelgeving, en afstemming op andere voorzieningen.

Literatuur

Berlo, A. van (1994), *Veilig en comfortabel wonen*. Akon Serie deel 9, *Ouder worden in deze tijd*. Akontes Publishing, Knegsel.

Breuer, G.S., B. van de Donk, H. van Hoogdalem, P.P.J. Houben, D.J.M. van der Voordt (1992), *Nieuwe woonzorgvoorzieningen voor ouderen*. OSP/TU Delft, Faculteit der Bouwkunde.

Commissie Modernisering Ouderenzorg (ci Welschen) (1994), *Ouderenzorg met toekomst*. Ministerie van WVC, Rijswijk.

Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuizenorganisaties (1988), *Zorgprestaties vergoeden*. Houten.

Hoekstra, E.K, en H.M.J.A. van Liempd (1995), *Verblijven of wonen: zorg voor ouderen*. Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, Amsterdam.

Leidemeijer, K. en C. van Leeuwen (1996), *Handleiding Vraagmodel Wonen, Dienstverlening en Zorg*. RIGO, Amsterdam.

Naafs, J. e.a. (1994), *Verzorgingshuizen op weg naar hun toekomst*. IVA, Tilburg.

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995), *Aanzet tot een toetsingskader voor een verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen*. Utrecht.

Voordt, D.J.M. van der, et al (red) (1998), *Praktijkhandboek Bouw en Beheer. Wonen met zorg voor ouderen*.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994), *Huisvesting met zorg*. Zoetermeer.

Pennartz, P.J.J. (1981), *De kern van het wonen op het spoor*. Coutinho, Muiderberg.

Rasing, V.J. (1996), *Met zorg de markt op. Strategische marketing voor verzorgingshuizen*. WoonZorg Federatie, Zeist.

Sieh, M.J., en J.B. Wisselink (1991), *Zorgmeting in verzorgingstehuizen*. Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden, Houten.

Voordt, D.J.M. van der, en D. Terpstra (1995), *Verpleeghuizen: varianten en alternatieven. Gebouw en zorgconcept*. Publikatieburo Bouwkunde TU Delft.

Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1996), *Persoonlijke levenssfeer. Privacy in verpleeghuizen*. Zoetermeer.

Wel, G.W. van der e.a. (1994), *Verzorgingshuizen in beeld. De veranderende functie van intramurale voorzieningen voor ouderen*. RIGO, Amsterdam.