

Wonen met zorg in de jaren tachtig en negentig

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). Wonen met zorg in de jaren tachtig en negentig. 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. 33-42). 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.

Wonen met zorg in de jaren tachtig en negentig

Theo van der Voordt

1. Basivormen van wonen met zorg
 2. Verzorgingshuizen
 3. Verpleeghuizen
 4. Woontussenvoorzieningen
 5. Zelfstandig wonen met zorg aan huis
 6. Openbreking van het gesloten circuit
 7. Nieuwe combinaties van wonen met zorg
 8. Conclusies
- Literatuur

1. Basisvormen van wonen met zorg

In vroegere tijden waren het vooral de familie en de kerk die de verzorging van ouderen op zich namen. Ouderen woonden thuis of werden - samen met armen en gestoorden - opgevangen in gast- en godshuizen, hofjes en proveniershuizen. Later is de zorg voor ouderen steeds meer een taak voor de overheid geworden. Wetgeving op het gebied van huisvesting en gezondheidszorg hebben tot aanzienlijke verbeteringen geleid. In de tweede helft van deze eeuw lijkt de ordening van wonen en zorg voor ouderen zich uit te kristalliseren in vier basisvormen. Voor ouderen met een lichte zorgbehoefte is er de mogelijkheid tot zorg aan huis. Ouderen met een (zeer) ernstige zorgbehoefte kunnen terecht in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Voor wie qua zorgbehoefte tussen intra- en extramurale zorg invalt zijn er de zogenaamde tussenvoorzieningen. Daarmee is een min of meer gesloten circuit van woonzorgvoorzieningen ontstaan.

Figuur invoegen

Getrapt aanbod aan woonzorgvoorzieningen volgens een gesloten circuit

In dit artikel bespreken we het ontstaan van deze vierdeling. Tevens gaan we in op de ontwikkelingen die ertoe hebben geleid, dat dit gesloten circuit in de afgelopen decennia steeds meer is opengebroken. Daarmee is een traplozer en gedifferentieerder aanbod van woon/zorgvormen ontstaan.

2. Verzorgingshuizen

Aan het eind van de 18e eeuw ontwikkelen de gast- en godshuizen zich tot oudeliedentehuizen en pensionhuizen met een uniform verzorgingspakket. Na de oorlog krijgen de pensionhuizen een nieuwe impuls. Vanwege de woningnood worden veel ouderen in bejaardenoorden en pensions gehuisvest. Dit noodzaakt tot meer toezicht en bescherming van de bewoners. In 1963 wordt de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) van kracht, onder verantwoordelijkheid van het toenmalige Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk. Het bejaardenoord wordt hier gedefinieerd als een inrichting, waarin aan tenminste vijf bejaarden duurzame huisvesting wordt verschaft, gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging. Doel is primair het bieden van een ondersteunend woonmilieu voor ouderen, waarin zij hun leven zoveel mogelijk naar eigen inzichten, overeenkomstig hun aanwezige mogelijkheden, kunnen voortzetten. Het in de wet beschreven Uniform Verzorgingspakket moet het peil van de zorg omhoog brengen. Naast de kwaliteit van de zorg valt ook de huisvesting onder de verantwoordelijkheid van de overheid. Net als voor de woningbouw worden nu ook voor de bouw van bejaardenoorden *Voorschriften en Wenken* opgesteld voor minimale afmetingen en voorzieningen.

Doordat ook de financiering verbetert (WBO, Algemene Bijstandswet), verdubbelt het aantal plaatsen in tien jaar tijd van ruim 73.000 plaatsen in 1965 tot bijna 135.000 in 1975. Vanwege de toenemende kosten wordt in de Nota Bejaardenbeleid 1975 een grens gesteld aan het percentage ouderen dat in een bejaardenoord mag worden opgenomen: de 7%-norm. Het feitelijke percentage lag in die tijd op 9,5%. In 1985 wordt de Wet op de Bejaardenoorden gewijzigd. De 7%-norm wordt losgelaten. Tegelijkertijd wordt een budgetfinancieringssysteem als sturingsinstrument geïntroduceerd. Begin jaren negentig telde Nederland 1350 verzorgingshuizen voor ruim 135.000 plaatsen; 6,8% van alle 65-plussers was toen in een verzorgingshuis gehuisvest.

De limitering van het aantal plaatsen gaat gepaard met een strengere indicatiestelling. Naast leeftijd worden zorgbehoefte en sociale of psychische problemen (eenzaamheid, onveiligheidsgevoelens, desoriëntatie) belangrijke toelatingscriteria. Door een combinatie van strengere indicatiecriteria en toenemende mogelijkheden om zelfstandig te blijven wonen met zorg aan huis nemen de gemiddelde leeftijd en de zorgzwaarte van de instromers aanmerkelijk toe. Door de mogelijkheid tot meerzorg voor ernstig zorgbehoevende bewoners wordt overplaatsing naar een verpleeghuis vaak uitgesteld of voorkomen. Dit alles leidt ertoe, dat het bejaardenoord - inmiddels verzorgingshuis genoemd - verschuift van een woonvoorziening met zorg- en dienstverlening naar een zorgvoorziening voor zeer hulpbehoevende ouderen. Verzorging, verpleging en begeleiding komen meer en meer centraal te staan. Deze trend zet zich versterkt door in de jaren tachtig en negentig. De verschuiving van wonen naar zorg wordt onderstreept door het feit dat de verzorgingshuizen per 1 januari 1989 zijn overgegaan van Volkshuisvesting (VROM) naar Volksgezondheid (VWS, toen nog WVC).

De toegenomen zorgzwaarte is terug te vinden in de cijfers. Tussen 1986 en 1991 is het percentage bewoners dat niet lichamelijk hulpbehoevend is, gedaald van 42% naar 34% (Ministerie van WVC, 1994). In dezelfde periode stijgt het percentage zwaar zorgbehoevende ouderen tot ruim 25%. Een groot aantal van deze bewoners heeft een verpleeghuisindicatie. In de periode 1991-1993 is de toename in zorgzwaarte minder groot. Het percentage bewoners dat regelmatig aanvullende zorg nodig heeft (Ebis-categorie 2) neemt toe met 1,6%. Het percentage bewoners met aanvullende hulp bij enkele ADL-activiteiten (Ebis-categorie 3) neemt toe met 1%. In de twee zwaarste zorgcategoriën met een behoefte aan veel zorg respectievelijk totaal overnemende zorg (Ebis 4 en 5) stijgt het percentage elk met 0,5%. Het percentage bewoners dat incidenteel aanvullende zorg nodig heeft (Ebis-categorie 1) neemt daarentegen af van 51% naar 47% (Ministerie van VWS, 1995).

Behalve de verschuiving richting verpleeghuis is binnen de verzorgingshuizen ook een tegengestelde tendens waar te nemen. Verzorgingshuizen moeten concurreren met woonzorgcomplexen, die aanzienlijk beter zijn uitgerust voor de woonfunctie. Dit noopt tot een opwaardering van de woonfunctie, ruimtelijk (meer m², gescheiden woon- en slaapruijnte, eigen badkamer met wastafel, douche en toilet) en sociaal-psychologisch (meer autonomie en keuzevrijheid, grotere privacy, minder nadruk op zorg). Daarmee schuift het verzorgingshuis eerder op richting zelfstandig wonen met zorg op maat. Medio 1993 schrijft de overheid in een brief aan de Tweede Kamer, dat voor het verzorgingshuis oude stijl in de toekomst geen plaats meer is. Verzorgingshuizen dienen zich op termijn om te vormen tot óf een woonzorgcomplex, óf een intramurale instelling voor verzorging met verblijf. Qua doelgroep gaan de gedachten uit naar ouderen die de regie over hun eigen leven (gaan) verliezen, maar (nog) niet in een verpleeghuis thuishoren i.c. geen zware en complexe multidisciplinaire verpleeghuiszorg nodig hebben. Dit betekent, dat bouwkundige aanpassingen zich vooral zullen richten op aanpassing van sanitaire ruimten en verkeersruimten aan toenemend gebruik van rollend materieel (rolstoelen, tilliften). Tegelijkertijd zal ook de trend naar opwaardering van de woonfunctie (b.v. door twee kleine appartementen samen te voegen tot één volwaardiger appartement) doorzetten. Veel verzorgingshuizen hebben hun gebouw inmiddels laten doorlichten op de ruimtelijke consequenties van het opwaarderen van de woonfunctie en/of opname van verpleeghuispatiënten in bestaande verzorgingshuizen. In 1995 zijn voor dit laatstgenoemde doel toetsingskaders ontwikkeld door het College voor ziekenhuisvoorzieningen en het Nzi. Deze zijn in 1996 voor een belangrijk deel overgenomen door VWS in haar beleidstoetsingskader voor de sector verpleeghuizen.

3. Verpleeghuizen

Verzorgingshuizen zijn altijd sterk gelieerd geweest aan volkshuisvesting. Verpleeghuizen daarentegen hebben hun wortels in de gezondheidszorg. Hoewel verpleeghuizen ook open staan voor jongeren, is 90% van de patiënten ouder dan 65 jaar; 60% is zelfs ouder dan 80 jaar. In oorsprong is het verpleeghuis een verbijzondering van het algemene ziekenhuis. Tot in de jaren vijftig worden somatisch verpleegbehoefte ouderen meestal in algemene ziekenhuizen opgenomen, en psychogeriatrische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (afdeling chronische patiënten). Door de ontwikkelingen op medisch-technologisch gebied stijgen de ziekenhuiskosten in de jaren zestig enorm. Voor patiënten, waaronder veel ouderen, die verpleegkundige hulp nodig hebben maar verder nauwelijks gebruik maken van dure onderzoek- en behandelvoorzieningen, wordt gezocht naar een goedkopere oplossing. Deze wordt gevonden in de bouw van verpleeghuizen. De kiem voor deze ontwikkeling is al in de jaren veertig gelegd. In die tijd is het Ziekenfondsbesluit ingevoerd. Hierin wordt voor het algemene ziekenhuis een medisch-specialistische indicatie vereist. Patiënten die niet langer medisch-specialistische hulp nodig hadden, dreigden tussen wal en schip te raken. De kleine commerciële verpleeghuizen van die tijd - vaak grote woonhuizen met een klein aantal patiënten - waren geen goed alternatief. De kwaliteit van zorg en de leefomstandigheden waren beslist niet optimaal.

Vanwege de nadruk op verzorging en verpleging van langdurig zieken kan het zorgconcept van de eerste generatie verpleeghuizen worden getypeerd als een *verpleegmodel*. Het algemene beeld is bedverpleging op zaal, een klein dagverblijf voor wie het bed uit kan, en werkruimte voor de verplegenden. Vanwege de sterke overeenkomst met een (goedkoop) ziekenhuis wordt ook wel gesproken van een ziekenhuismodel (Nicolai, 1984).

In 1968 wordt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd. Deze wettelijke regeling voor (de financiering van) verpleeghuizen geeft een enorme impuls tot het bouwen van nieuwe verpleeghuizen. Het aantal artsen in dienstverband neemt eveneens toe. De functie van verzorging

en verpleging wordt uitgebreid met medische, paramedische en psycho-sociale zorg. Hierdoor wordt het mogelijk om naast chronische en terminale patiënten ook mensen op te nemen voor reactivering. In dit verband wordt wel gesproken van een *revalidatiemodel*, gericht op het opheffen of verminderen van lichamelijke en/of geestelijke ziekten en functiestoornissen. Uiteindelijk doel is terugplaatsing naar het eigen leef- en woonmilieu of een aangepast woonmilieu buiten het verpleeghuis, op zo kort mogelijke termijn.

Vanwege het accent op de medische zorgfunctie worden het verpleegmodel en het revalidatiemodel vaak aangeduid als *medisch model*. Toch is al vroeg onderkend dat ook aandacht nodig is voor het leefmilieu. In combinatie met de medische functies formuleert de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid begin jaren zeventig een drieledige taakstelling voor het verpleeghuis:

- behandeling, gericht op reactivering en op herstel en behoud van de activiteiten van het dagelijks leven (eten, wassen, kleden, baden, toiletgang);
- terminale zorg verlenen aan diegenen aan wie geen specialistische hulp met uitzicht op herstel geboden kan worden;
- optimaal leefmilieu verschaffen aan hen die er langdurig moeten verblijven.

Terugkeer naar de eigen woonomgeving is vaak niet meer mogelijk. Opname in een verpleeghuis betekent voor veel patiënten dat zij hier tot aan hun dood gehuisvest zijn. Daarom is van veel kanten gepleit voor een *woonmodel*, dat meer recht doet aan de woonfunctie (NZi, 1982; Nicolai, 1984). Tot in de jaren tachtig blijft de nadruk echter liggen op verpleeghuiszorg binnen de muren van de instelling.

In de loop der jaren verandert ook de doelgroep van verpleeghuizen. Lichter zorgbehoevende verpleeghuispatiënten worden meer en meer worden opgenomen in verzorgingshuizen. In combinatie met toenemende mogelijkheden tot verpleeghuiszorg aan huis leidt dit tot een verzwaring van de doelgroep. In actuele stukken (NVVz, 1992; CvZ, 1995) wordt de doelgroep thans omschreven als:

- personen die tijdelijk moeten worden opgenomen voor reactivering en revalidatie, zoals post-operatieve patiënten (b.v. na een heupoperatie), CVA-patiënten (herseneninfarct) en patiënten met orthopedische, neurologische en reumatische aandoeningen;
- somatische patiënten met een intensieve chronische zorgbehoefte, die continu op multidisciplinaire zorg zijn aangewezen (24-uurs zorg);
- psychogeriatrische patiënten met een grote hulpbehoefte en/of storend gedrag (agressie, lawaai, weglopen), die intensieve multidisciplinaire zorg behoeven, gericht op het aanbrengen van structuur in het bestaan; er kan ook sprake zijn van een combinatie van ernstige somatische en psychogeriatrische problematiek;
- bijzondere patiëntengroepen die specifieke deskundigheid en technische voorzieningen nodig hebben, zoals coma-patiënten, chronische beademingspatiënten, Korsakov-patiënten, Aidspatiënten en terminale patiënten die niet langer thuis verzorgd kunnen worden.

In meerderheid betreft dit ouderen, maar ook jongere mensen met vergelijkbare problemen behoren tot de doelgroep. In haar rapport 'Verpleeghuiszorg voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel' pleit de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (1995) er overigens voor om de zorg voor deze categorie geconcentreerd aan te bieden in een beperkt aantal verpleeghuizen.

4. Woontussenvoorzieningen

Woonzorgvormen tussen zelfstandig thuis wonen en verzorgingshuizen in worden veelal aangeduid als woontussenvoorzieningen. Een bekend voorbeeld is de serviceflat: een woonvorm met woon- en welzijnsondersteunende voorzieningen (recreatiezaal, biljart) en ondersteuning in het sociaal en technisch beheer (huismeester, alarmering). Ook de zogenaamde wooncentra en de aan- en inleunwoningen vallen hieronder.

Wooncentra bevatten net als serviceflats naast zelfstandige woningen enkele gemeenschappelijke ruimten en voorzieningen. Aanleunwoningen zijn zelfstandig te bewonen woningen in de onmiddellijke nabijheid van een verzorgingshuis of dienstencentrum of door gangen of loopbruggen hiermee verbonden. Bewoners kunnen van bepaalde diensten van het verzorgingshuis gebruik maken. Inleunwoningen zijn zelfstandig te bewonen woningen *in* een verzorgingshuis.

Serviceflats in de koopsector (vaak luxe woningen met een dienstenpakket) zijn al in de jaren vijftig in groten getale gebouwd. Hieraan lagen niet zozeer geconstateerde zorgbehoeften maar veeleer financiële overwegingen ten grondslag. Aanleunwoningen dateren uit de vroege jaren zestig, zij het dan nog op bescheiden schaal. De ontstaansgeschiedenis van wooncentra gaat terug naar begin jaren zeventig. Hieraan hebben zowel bedrijfsorganisatorische als ideële motieven ten grondslag gelegen (Van Eck en Weggemans, 1990). Door de bouwstop op verzorgingshuizen (1975) zoeken bouworganisaties naar andere mogelijkheden om hun expertise op het gebied van huisvesting en zorg voor ouderen in te zetten. Daarnaast is duidelijk dat ook bij een eventuele verhuizing veel aandacht nodig is voor zelfstandigheid en welzijn. Een woonvorm tussen een gewone woning en het verzorgingshuis, met voor ouderen goed toegankelijke woningen (zowel fysiek als financieel) en bescheiden ondersteuning, kan daartoe uitkomst bieden. Door veel aandacht te besteden aan sociale processen, een zorgvuldig toewijzingsbeleid, en samenwerking met de eerstelijns hoopt men een ideale mix van meer en minder zelfstandige ouderen te creëren. In de jaren zeventig komen ook de eerste projecten voor groepswonen van ouderen van de grond. Veel van deze projecten bevatten tussen de acht en achttien woningen. Grootschaliger vormen komen echter eveneens voor. Een voorbeeld is De Boogerd in Hoorn, een project voor 87 ouderen dat door henzelf beheerd wordt.

De wooncentra voor ouderen worden door de ouderen zelf over het algemeen positief gewaardeerd. Door de grote variatie kunnen ouderen in principe zelf kiezen, welke woon- of woonzorgvorm het meest aansluit op hun wensen en behoeften. Toch is er ook kritiek. Uit bedrijfseconomische overwegingen wordt vaak gekozen voor grote bouwstromen. De landelijke ouderenbonden wijzen erop dat huisvesting van min of meer hulpbehoevende ouderen in grootschalige woonvormen op den duur zal leiden tot grote concentraties zwaar hulpbehoevende ouderen. Dit is niet bevorderlijk voor het leefklimaat. In hun boekje *Wooncentrum voor ouderen: aspiraties en praktijk* wijzen Van Eck en Weggemans (1990) op de ambivalentie van de doelgroep. Het kan gaan om ouderen die primair een goede woning willen en weinig behoefte hebben aan extra voorzieningen. Het kan ook gaan om ouderen die vooral geïnteresseerd zijn in veel sociale contacten, ouderen die behoefte hebben aan een beschermd sociaal klimaat, of ouderen met lichamelijke handicaps die niet in een verzorgingshuis terecht kunnen. Er lijkt dus sprake van één product voor zeer uiteenlopende doelgroepen. Invulling van het takenpakket van een huismeester is niet eenvoudig. Sociale en beheerstechnische vaardigheden zijn moeilijk te verenigen in één persoon. Soms is er overlap in taken tussen de huismeester en de eerstelijnszorg. Slechts een beperkt aantal bewoners maakt regelmatig van de gemeenschappelijke voorzieningen gebruik. Voor hen is een wooncentrum een relatief dure woonvorm. Het aantal sociale contacten blijkt ten opzichte van de voorgaande woonsituatie over het algemeen fors terug te lopen. Van Eck en Weggemans pleiten er voor bij nieuwe woon/zorgconcepten zoveel mogelijk de organisatie van de zorgverlening en het voorzieningenniveau in de eigen woonomgeving als uitgangspunt te nemen.

In de jaren tachtig en negentig nemen de wooncentra een hoge vlucht. Door professionele zorgbemiddeling, aanvullende (interne) zorg, en een zorgvuldig inplaatsingsbeleid wordt aan verschillende van de genoemde kritiekpunten tegemoet gekomen. Begin jaren negentig neigt de overheid ertoe om voor de zogenaamde woonzorgcomplexen (wozoco's) aparte regelgeving in het leven te roepen. Voor de financiering van gemeenschappelijke voorzieningen wordt gedacht aan een suppletieregeling, ten koste van recht op individuele huursubsidie.

Dit beleid is inmiddels weer verlaten. Wooncentra en verwante woonzorgcombinaties worden expliciet beschouwd als vormen van zelfstandig wonen. Omdat de ondersteunende voorzieningen voornamelijk uit de huur gefinancierd moeten worden, wordt ernaar gestreefd om de zorginfrastructuur bescheiden gehouden.

5. Zelfstandig wonen met zorg aan huis

Woontussenvoorzieningen komen tegemoet aan de steeds manifester wordende wens van veel ouderen om zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Voor veel ouderen is een beschermd woonmilieu echter (nog) niet nodig. Bovendien zouden veel ouderen het liefst helemaal niet verhuizen, of hooguit naar een comfortabelere en gemakkelijker te onderhouden woning in hun eigen wijk. Om aan deze wensen tegemoet te komen en ook uit het oogpunt van kostenbeheersing hebben vele partijen zich ingezet om de mogelijkheid tot zelfstandig wonen met zorg aan huis te verbeteren. Daartoe zijn tal van maatregelen ontwikkeld. Deze zijn deels ruimtelijk-bouwkundig, deels organisatorisch, en deels financieel van aard. We geven een aantal voorbeelden, die in latere artikelen worden uitgewerkt.

Ruimtelijk-bouwkundige maatregelen

- zodanig bouwen en verbouwen van woningen dat deze gebruiksgeschikt zijn voor alle leeftijden; criteria en aanbevelingen op dit gebied zijn te vinden in het Seniorenlabel (nieuwbouw) en de Seniorscore (bestaande woningen) van de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (1995), en het nieuwe Handboek voor Toegankelijkheid (Wijk e.a., 1995);
- aanbrengen van liften in portiek- en galerijwoningen (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting, 1991);
- individuele aanpassingen via de Wet Voorzieningen Gehandicapten;
- bevordering van een ouderenvriendelijke woonomgeving, met bijzondere aandacht voor integrale toegankelijkheid (Handboek voor toegankelijkheid, 1995), sociale veiligheid (Van der Voordt en Van Wegen, 1991) en winkelvoorzieningen op loopafstand (Raaijmakers en Leene, 1992; Sluijs e.a., 1992);
- goed toegankelijk openbaar vervoer plus aanvullend aangepast vervoer;

Organisatorische maatregelen m.b.t. zorg- en dienstverlening

- ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen door zorg en diensten aan huis (traploos inzetbaar van licht tot zwaar, flexibel qua intensiteit, onmiddellijk oproepbaar en 24 uur per dag bereikbaar);
- ondersteuning van de mantelzorg door informatie, crisisinterventie, tijdelijke opvang en/of dagopvang van zorgbehoevende ouderen etc.;
- samenwerking tussen zorgaanbieders;
- coördinatie en afstemming van vraag en aanbod door zgn. zorgmakelaars zorgcoördinatoren of casemanagers;
- duidelijke en toegankelijke informatie (één loket);
- integrale indicatiestelling;
- functiegerichte aanpak i.p.v. voorzieningengerichte aanpak.

Financiële maatregelen

Tot voor kort bestonden er verschillende financiële regelingen om substitutie van intramurale zorg in het verpleeg- en verzorgingshuis naar transmurale zorg en extramurale zorg aan huis mogelijk te maken. Inmiddels zijn de gelden voor deze regelingen ondergebracht in een Zorgvernieuwingsfonds. Verzorgingshuisgelden worden onder meer ingezet voor:

- reikwijdteverbreding: ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen die geïndiceerd zijn voor een verzorgingshuis;
- flankerend beleid: ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen, die (nog) niet geïndiceerd zijn voor het verzorgingshuis.

De ondersteuning betreft verstrekking van maaltijden, kortdurende opname, dagverzorging en nacht-opvang. Extramurale zorg- en dienstverlening wordt ook wel gefinancierd uit gemeentelijke subsidies (Welzijnswet). Voorbeelden zijn voetverzorging (pedicure), beweging, bad- en douchevoorzieningen en alarmering.

Verpleeghuisgelden worden onder meer ingezet voor:

- verpleeghuisvervangende zorg thuis;
- coördinatie van vrijwillige thuiszorg (gericht op vervangende mantelzorg in de thuissituatie);
- ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen en/of ontlasting van de mantelzorg door tijdelijke zorg (dagbehandeling, nachtopvang);
- persoonsgebonden budgetten.

Voorts kunnen verpleeghuisgelden worden ingezet voor meerzorg in het verzorgingshuis (om overplaatsing naar een verpleeghuis te voorkomen of uit te stellen). Of voor een alternatief zorgpakket buiten het ziekenhuis voor verpleeghuisgeïndiceerde ouderen, die bij gebrek aan plaats in een verpleeghuis anders langer in een ziekenhuis moeten verblijven dan medisch noodzakelijk is (verkeerde bed problematiek).

6. Openbreking van het gesloten circuit

Een ordening van wonen en zorg in een klein aantal afgebakende basisvormen heeft veel nadelen. Bij een toenemende behoefte aan professionele zorg moet men noodgedwongen verhuizen naar een zwaardere voorziening. In het ergste geval vier keer: van de huidige woning naar een voor ouderen geschikte woning, vervolgens naar een tussenvoorziening, verzorgingshuis en verpleeghuis. Een trede hoger in het zorgcircuit betekent vrijwel altijd hogere kosten, minder zelfstandigheid, en beperking van de woonfunctie. De meeste mensen willen daarentegen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Nauw met zelfstandig wonen verbonden waarden zoals autonomie, keuzevrijheid, privacy, een eigen plek in een vertrouwde omgeving met waardevolle sociale contacten etc. geeft men niet graag op. Opname in een intramurale voorziening is vrijwel altijd ingegeven door het feit dat wonen thuis niet langer kan. Door verschillende partijen is daarom gezocht naar mogelijkheden om de doorstroming van een lager naar een hoger zorgcehlon te reduceren. Medio jaren zeventig stelt de overheid in haar Structuurnota Gezondheidszorg, dat substitutie tussen de verschillende voorzieningen tot op zekere hoogte mogelijk moet zijn. Daartoe zou de hulp- en zorgverlening in het eerste echelon versterkt moeten worden, en die in het tweede echelon afgeremd. Voorgesteld wordt om de voorzieningen dicht bij de cliënt te brengen door spreiding van voorzieningen, het opzetten van kleinschalige en wijkgerichte voorzieningen, en het bevorderen van thuiszorg en mantelzorg.

In latere nota's wordt nadrukkelijk gewezen op de eigen verantwoordelijkheid en de noodzaak van onderlinge hulpverlening. Professionele hulp zou hierop aanvullend moeten functioneren. In de nota Flankerend Ouderenbeleid uit 1983 wordt gepleit voor meer doelmatigheid in de dienstverlening, een betere samenhang tussen de voorzieningen onderling, en een verscherping van capaciteitsnormen en indicatiecriteria. Beoogd resultaat is een betere benutting van de taken en functies van voorzieningen voor ouderen. Het accent ligt opnieuw op het ondersteunen van het eigen initiatief van ouderen, hun directe omgeving, en vrijwilligers. Ter bevordering van het langer zelfstandig kunnen blijven wonen worden wijkfuncties van bejaardenoorden geïntroduceerd (Reikwijdtebesluit). Het is vooral in deze periode dat de zgn. tussenvoorzieningen gestalte krijgen.

Vanaf medio jaren tachtig neemt het substitutiebeleid steeds concretere vormen aan. Voor de verzorgings- en verpleeghuizen betekent dit doorgaans een verbreding van de doelgroep. Enerzijds proberen zij hun cliënten bij een toenemende zorgbehoefte toch zo lang mogelijk in huis te houden. Anderzijds richten zij zich met hun zorgaanbod op ouderen buiten hun eigen voorziening (de wijkfunctie of 'outreaching functie'), waardoor vaak voorkomen kan worden dat deze mensen moeten doorstromen naar een hoger zorgchelon. Voorts ontstaan nieuwe typen voorzieningen voor mensen met uiteenlopende zorgbehoeften. Daarmee is in de jaren tachtig en negentig een traplozer aanbod van woonzorgvoorzieningen ontstaan. De treden overlappen elkaar en bij een toenemende zorgzwaarte hoeft men niet per definitie het gehele zorgcircuit te doorlopen. Daardoor kunnen meer ouderen langer zelfstandig blijven wonen. Symbolisch is dit weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur invoegen

Traplozer aanbod aan woon/zorgvoorzieningen

7. Nieuwe combinaties van wonen met zorg

Verruiming van het zorgaanbod buiten de muren van verzorgings- en verpleeghuizen en transmurale ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen heeft vergaande gevolgen gehad. In combinatie met verbeteringen in de thuiszorg is een gedifferentieerd aanbod aan woonzorgvormen mogelijk geworden. De koppeling van zelfstandig wonen, tussenvoorzieningen, verzorgings- en verpleeghuizen aan vier specifieke doelgroepen, kan meer en meer worden losgelaten. Dit maakt het mogelijk om woonzorgcombinaties te realiseren voor een heterogene doelgroep, variërend van geen of weinig zorgbehoefte tot en met zorgbehoefte op het niveau van een verzorgingshuis- of verpleeghuisindicatie. Schematisch is dit weergegeven in onderstaand model (Van der Voordt en Terpstra, 1995).

Figuur invoegen

Woonzorgcombinaties met verschillende bandbreedten van zorg

- 1 = *geringe zorgbehoefte <-> géén- of hooguit thuiszorg-indicatie*
- 2 = *matige zorgbehoefte <-> geïndiceerd voor een tussenvoorziening*
- 3 = *ernstige zorgbehoefte <-> verzorgingshuis-geïndiceerd*
- 4 = *zeer ernstige zorgbehoefte <-> verpleeghuis-geïndiceerd*

Vrijwel alle combinaties uit het model komen in de praktijk voor, bijvoorbeeld:

- 1-2 aanleunwoningen tussen 'gewone' woningen
- 2-3 inleunwoningen in een verzorgingshuis
- 1-4 verpleeghuiszorg aan huis voor verpleeghuisgeïndiceerde ouderen (Baarn Soest; Schijndel);

- genormaliseerd wonen voor psychogeriatrische ouderen (De Mussengang, Groningen);
woonzorgcentrum voor ouderen met een indicatie voor thuiszorg respectievelijk het
verpleeghuis (Het Rondeel, Sluis)
- 1-2-3 woonplus-voorzieningen (Jan van der Ploeghuis, Rotterdam);
2-3 zorgwoningen (Jan Meertenshuis en Nancy Zeelenberg, Rotterdam); verzorgingshuizen met
aanleunwoningen;
- 3-4 groepsverzorging voor dementerende ouderen in verzorgingshuizen;
meerzorg voor somatische patiënten in een verzorgingshuis;
woongebouwen voor verzorging en verpleging (satellietproject Borchleem, Schoonhoven);
- 2-3-4 woongebouwen voor verzorging en verpleging plus aanleunwoningen (satellietproject De
Westerweeren, in Bergambacht);
- 1-2-3-4 multifunctionele woonzorgprojecten voor ouderen (Bergwegproject, Rotterdam; Heksenwiel,
Breda; De Toonladder, Almere);

figuur invoegen

Ouderenproject Heksenwiel, Breda

Voorbeeld van een geïntegreerd project, bestaande uit 157 zelfstandige ouderenwoningen (sociale huursector), een wijksteunpunt voor oudere inwoners van de Haagse Beemden, een zorgcentrum voor aanvullende meerzorg aan zelfstandig wonende bewoners en omwonenden met een indicatie voor het verzorgingshuis, een wijkgebouw met consultatiebureau en kinderdagverblijf, en een verpleeghuisdependance. Ontwerp: EGM-architecten, Dordrecht.

Figuur invoegen

De Naber, Rotterdam

Dit project voor genormaliseerd wonen van 36 dementerende ouderen is in 1995 in gebruik genomen. Het maakt deel uit van het psychogeriatrisch zorgcentrum De Hofstee. Voorts zijn 37 seniorenwoningen gerealiseerd. Ontwerp: Wytze Patijn, Rotterdam.

8. Conclusies

Wonen met zorg voor ouderen blijkt flink in beweging. Het gesloten circuit van vier basisvormen is meer en meer opengebrouwen. Wonen en zorg voor ernstig zorgbehoevende ouderen zijn niet langer automatisch ruimtelijk en financieel aan elkaar gekoppeld. De oorspronkelijke vierdeling zelfstandig thuis -> woontussenvoorziening -> verzorgingshuis -> verpleeghuis tendert naar een gedifferentieerd aanbod aan voorzieningen. Op termijn zullen de verzorgingshuizen en verpleeghuizen als aparte categorieën voorzieningen waarschijnlijk verdwijnen en omschreven worden als instellingen voor residentiële ouderenzorg en revalidatie, die ook (en bij voorkeur) semi- en extramurale zorg leveren. Het traditionele onderscheid in verzorgingshuizen en verpleeghuizen zal dan veeleer tot uiting komen in de omvang c.q. zwaarte van de geleverde zorg en de onderscheiden patiëntencategorieën. In bijgaande figuur zijn de belangrijkste combinaties van wonen en zorg in relatie tot elkaar afgebeeld (vrij naar Breuer e.a., 1992).

Figuur invoegen

Gedifferentieerd aanbod van wonen en zorg

Literatuur

Breuer, G.S. e.a. (1992), *Nieuwe woonzorgvoorzieningen voor ouderen*. Publikatieburo Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.

CCPT (1995), *Werkwijzer integraal toegankelijke en sociaal veilige omgeving*. Rijswijk.

College voor ziekenhuisvoorzieningen (1995), *Rapport van de werkgroep verbreding verpleeghuiszorg*. Utrecht.

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

Eck, R. van, en T. Weggemans (1990), *Wooncentrum voor ouderen. Aspiraties en praktijk*. Publikatieburo Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.

Ministerie van WVC (1994), *Zorg in getal*. Rijswijk.

Ministerie van VWS (1995), *Financieel Overzicht Zorg*. Rijswijk.

Ministerie van VWS (1996), *Landelijk sectoraal beleidstoetskader voor de sector verpleeghuizen*. Rijswijk.

Nationaal Ziekenhuis Instituut (1983), *Het kleine verpleeghuis. Een uitnodiging tot discussie*. Utrecht.

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

Nederlands Normalisatie Instituut (1989), *NEN 1814, Toegankelijkheid van gebouwen en buitenruimten*. Delft.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (1992), *Verpleeghuizen op de zorgmarkt*. Utrecht.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (1995), *Verpleeghuiszorg voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel*. Utrecht.

Nicolai, R. (1984), *Inleiding tot het bouwen voor de gezondheidszorg*. Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht en Faculteit Bouwkunde, TU Delft.

Raaijmakers, A., en G. Leene (red) (1992), *Woonvriendelijke zones voor ouderen verkend*. RIW/TU Delft en Vrije Universiteit Amsterdam.

Sluijs, J.F. e.a. (1992), *Ouderen en woonomgeving. Inrichtingseisen voor woonmilieus gericht op ouderen*. Ministerie van VROM, 's-Gravenhage.

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (1991), *Experimenten met liften in bestaande gebouwen. Eindadvies liftenprogramma 1988-1991*. Rotterdam.

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

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (1995), Seniorenlabel. Consumentenkeurmerk Geschikt voor alle leeftijden. Rotterdam.

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (1995), Seniorenscore en opplussen. Aanpassingen voor bestaande woningen. Rotterdam.

Voordt, D.J.M. van der, en H.B.R. van Wegen (1990), Checklist Sociaal veilig ontwerpen. Publikatieburo Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.

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

Wijk, M. e.a. (1995), Handboek voor Toegankelijkheid. Misset, Doetinchem.