

Zorg thuis

Author(s)

Kwekkeboom, Rick

Publication date

2022

Document Version

Final published version

Published in

Lexicon nabijheid en sociaal werk

[Link to publication](#)**Citation for published version (APA):**

Kwekkeboom, R. (2022). Zorg thuis. In L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, J. Rözer, & A. Sprinkhuizen (Eds.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk* (Versie 2.0 ed., pp. 210-215). Movisie.

**General rights**

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

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact/questions>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Zorg thuis

Rick Kwekkeboom

De meeste mensen kennen ze wel: berichten dat ouderen langer thuis 'moeten' blijven wonen, terwijl ze daar geen zorg krijgen. En dat er vaker 'verwarde mensen' op straat lopen als gevolg van de ambulantisering in de ggz. Dat mensen met een verstandelijke beperking in hun appartement vereenzamen, terwijl ze liever in een instelling willen wonen.

Deze berichten lijken voorbij te gaan aan het gegeven dat in Nederland, net als in de meeste (westerse) landen, al halverwege de twintigste eeuw een begin is gemaakt met het veranderen van de langdurige zorg en ondersteuning. Deze ontwikkeling startte onder de naam 'vermaatschappelijking' in de geestelijke gezondheidszorg. In de ouderenzorg kreeg hetzelfde proces aanvankelijk de naam 'substitutie' en in de wereld van de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking sprak men van 'de-institutionalisering'. Wat de naam ook was: de veranderingen werden in gang gezet door de betrokkenen zelf, uit protest tegen de toen geldende vanzelfsprekendheid dat mensen met een zorgvraag of ondersteuningsbehoefte het best af waren in instituties. Omdat in die tijd het grootste deel van de zorg in Nederland op landelijk niveau vanuit publieke middelen werd gefinancierd, moesten de voorstanders van vermaatschappelijking, substitutie of de-institutionalisering dus met de centrale overheid in overleg.

Veranderingen in de langdurige zorg in Nederland

De 'transitie' in het sociale domein, zoals de diverse wetswijzigingen in 2015 wel worden genoemd, was de uitkomst van een proces dat al enige decennia daarvoor in gang is gezet. De Nederlandse verzorgingsstaat kwam tot ontwikkeling in de jaren vijftig van de twintigste eeuw (cf Schuyt, 2013). In die tijd werd de zorg aan mensen met beperkingen vooral verleend in instellingen of instituties (cf Goffman, 1961), waar veelal mensen met een verstandelijke beperking én mensen die te kampen hadden met chronische psychiatrische problematiek de voorzieningen deelden. Voor ouderen werden zogenoemde rusthuizen opgericht waar zij gezamenlijk van hun oude dag konden genieten (en tegelijkertijd een bijdrage konden leveren aan de vermindering van het ook toen heersende woningtekort). Ouderen en mensen met een fysieke beperking die intensieve zorg nodig hadden kregen een plaats in verpleeghuizen.

Gegeven de zorgbehoeften en de opvattingen over de in de instellingen te verlenen zorg, was het grootste deel van het daar werkzame personeel opgeleid als verpleegkundige, met mogelijkheden tot specialisaties tot Z-verpleegkundigen (voor de 'zwakzinnigenzorg') of B-verpleegkundigen (voor de psychiatrische zorg). Daarnaast waren er de INAS opgeleiden, de inrichtingsassistenten die zich aan het oriënteren waren op een vervolgopleiding en intern werden toegerust om in een inrichtingsomgeving aan de slag te gaan. Geleidelijk werd het strikt medische model met 'patiënten' losgelaten en kreeg het ontwikkelingsmodel in de gehandicaptenzorg meer voet aan de grond (Van Genneep, 1997). Voor mensen met een verstandelijke handicap of psychiatrische problemen werd gezocht naar mogelijkheden om zich, ondanks hun beperking, te ontplooiën. Als gevolg daarvan kwam in de jaren zestig binnen de opleidingen voor sociaal werk ook aandacht voor het inrichtingswerk in (o.a.) de verstandelijk gehandicaptenzorg en kwamen er de mbo- en hbo- opleidingen Inrichtingswerk, later respectievelijk SPW en SPH genoemd. In hun opleidingen ging de aandacht echter vooralsnog vooral uit naar 'groepswork' en ontwikkeling binnen de intramurale setting op instellingsterreinen (Van de Lans, 2019, p. 27 e.v.).

In diezelfde jaren zestig kwam in een groot deel van de westerse verzorgingsstaten de 'antipsychiatrie' opzetten (Trimbos, 1978). Deze beweging was deels geïnspireerd door de ervaringen met de opvang

van getraumatiseerde soldaten, die vanwege plaatsgebrek in instellingen in woningen in omliggende wijken werden opgevangen. Zij genazen sneller van hun trauma's, dankzij de combinatie van ambulantly geboden zorg met contacten met de 'gewone' bevolking (Freeman, 1999).

Het ging in de antipsychiatrie-beweging echter óók om het herzien van het beeld van de psychiatrische patiënt: niet per se het slachtoffer van een aandoening maar mogelijk ook een gemotiveerde afwijzer van de maatschappelijke orde. Daarmee kreeg het begrip vermaatschappelijking twee betekenissen. Enerzijds werd er mee bedoeld dat het professionele zorgaanbod in de maatschappij te vinden moest zijn, ook wel ambulantisering van de zorg genoemd. Anderzijds werd de betekenis verruimd en betekende vermaatschappelijking ook een oproep aan de maatschappij om ruimte te geven aan mensen met psychiatrische problematiek en hen deel te laten nemen aan de samenleving.

Het antipsychiatrische gedachtegoed met zijn pleidooi voor het sluiten of minstens afbouwen van instituties en het bevorderen van integratie in de samenleving, kreeg snel een vertaling in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit was niet verwonderlijk want de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek en die voor mensen met een verstandelijke beperking werd nog vaak vanuit een en dezelfde instelling en op dezelfde locatie geboden.

Geïnspireerd door veranderingen in onder andere de Scandinavische landen werd, zij het met vertraging, ook in Nederland het zogenoemde 'de-institutionaliseringbeleid' ingevoerd (Van de Lans, 2019). Dit hield in dat ingezet werd op het afbouwen van de grote instellingen in bosrijke omgevingen en het opzetten van kleinschaliger gezinsvervangende tehuizen (gvt's) in stedelijke wijken. Na verloop van tijd werden deze gvt's omgevormd tot kleinere complexen met (semi-) zelfstandige wooneenheden én ontstond een volledig ambulantly ondersteuningsaanbod voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarmee werd een volgende stap gezet in wat de 'paradigmaverschuiving' in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking genoemd werd (Van Genneep, 1997). Nadat het medische model in het ontwikkelingsmodel was overgegaan ging de ontwikkeling door naar het burgerschapsmodel. Daaraan was verbonden dat segregatie van mensen met een handicap in de instituten veranderde in integratie/inclusie in de samenleving:

Model	Persoon	Begeleiding	Structuren	Beleid
Medisch model	Patiënt	Verzorgen Behandelen	Instituties	Segregatie
Ontwikkelingsmodel	Mens met mogelijkheden	Ontwikkelen Trainen	Speciale voorzieningen	Normalisatie
Ondersteuningmodel/ Burgerschapsmodel	Burger	Ondersteunen	Gewone voorzieningen	Integratie/ Inclusie

Tegelijkertijd kwam ook de onderkenning dat de ondersteuning en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking een ander karakter moesten hebben dan die voor mensen met psychiatrische problematiek. De sectoren hebben zich sindsdien afzonderlijk van elkaar verder ontwikkeld. In de ouderenzorg deden zich gelijktijdig veranderingen voor in de richting van minder opnames in institutionele settingen naar (langer) zelfstandig blijven wonen. De sterkste push hiervoor kwam uit de wereld van de ouderen zelf die er steeds minder voor gingen voelen om hun eigen woning te verruilen voor een kleiner woonruimte, zolang hun ondersteuningsbehoefte beperkt was.

In navolging van de ontwikkelingen in de ouderenzorg werd ook in de ggz- en vgz-sectoren de 24 uurszorg met huisvesting voorbehouden aan de mensen met een intensieve zorgvraag. Wanneer de zorgvraag minder intensief was, kwam ambulantisering of extramuralisering in beeld. Er werd nog wel de benodigde zorg en ondersteuning 'aan huis' en daarmee veelal 'in de wijk' gegeven.

Verschuivingen naar welzijnssector – aandacht voor ondersteuning

De consequentie van het reserveren van intramurale zorg voor de mensen met een zwaardere zorgvraag was natuurlijk wel dat degenen die buiten de muren konden blijven daar dan passende ondersteuning konden krijgen. Volledige zelfredzaamheid was immers voor velen die niet (meer) in aanmerking kwamen voor 24 uurszorg ook weer niet weggelegd. Ook in de ontwikkeling van dit passende aanbod in de wijk werd het voortouw genomen in de ouderenzorg. Al in de jaren zeventig van de vorige eeuw werd voor ouderen het zogenoemde 'flankerende' bejaardenbeleid van de grond getild. Dit betekende dat gemeenten verantwoordelijk werden voor het faciliteren van ontmoetingsmogelijkheden voor zelfstandig wonende ouderen, het leveren van maaltijden en het aanbieden van passend bewegingsaanbod. Hulp bij het voeren van de huishouding werd geboden vanuit de instellingen voor gezinszorg, die aanvankelijk ook door gemeenten werden gefinancierd. Bij de invoering van de Welzijnswet eind jaren tachtig werd dit flankerende beleid omgezet in Welzijnswerk voor Ouderen en vanaf die tijd kregen de gemeenten steeds nadrukkelijker de verantwoordelijkheid voor een ondersteuningsaanbod dat ouderen, ook bij toename in de zorgvraag, in staat moest stellen zelfstandig te blijven wonen. Daarbij werd van de gemeenten ook gevraagd om zorg te dragen voor afstemming met andere sectoren zoals huisvesting en vrijetijdsbesteding.

Opeenvolgende wet- en regelgeving gaf de gemeenten vervolgens ook steeds grotere verantwoordelijkheden voor het ondersteuningsaanbod voor mensen met (verstandelijke) beperkingen of psychische problemen.¹ Voor deze groepen werd van de gemeenten min of meer hetzelfde gevraagd als voor de ouderen: bevorderen van maatschappelijke participatie door een regierol te vervullen in het realiseren van een integraal, passend voorzieningenaanbod op lokaal of regionaal niveau. Daarmee werden de lokale overheid een kernpartner in de redeneerketen achter het zorgbrede vermaatschappelijkingsproces (Koops & Kwekkeboom, 2005).

Het 'vermaatschappelijkingsvertoog' vertoont opvallende gelijkenissen met de redeneerketen van de Wmo, zoals deze in 2007 werd ingevoerd. Ook in de Wmo wordt een belangrijke rol toegekend aan de lokale overheden voor het bevorderen van sociale cohesie, waardoor maatschappelijk inzet én maatschappelijk verkeer, ook van mensen die met een beperking te kampen hebben, groter worden, wat ook leidt tot grotere zelfredzaamheid (cf Kwekkeboom & Jager-Vreugdenhil, 2009; Kwekkeboom & Wilken, 2012).

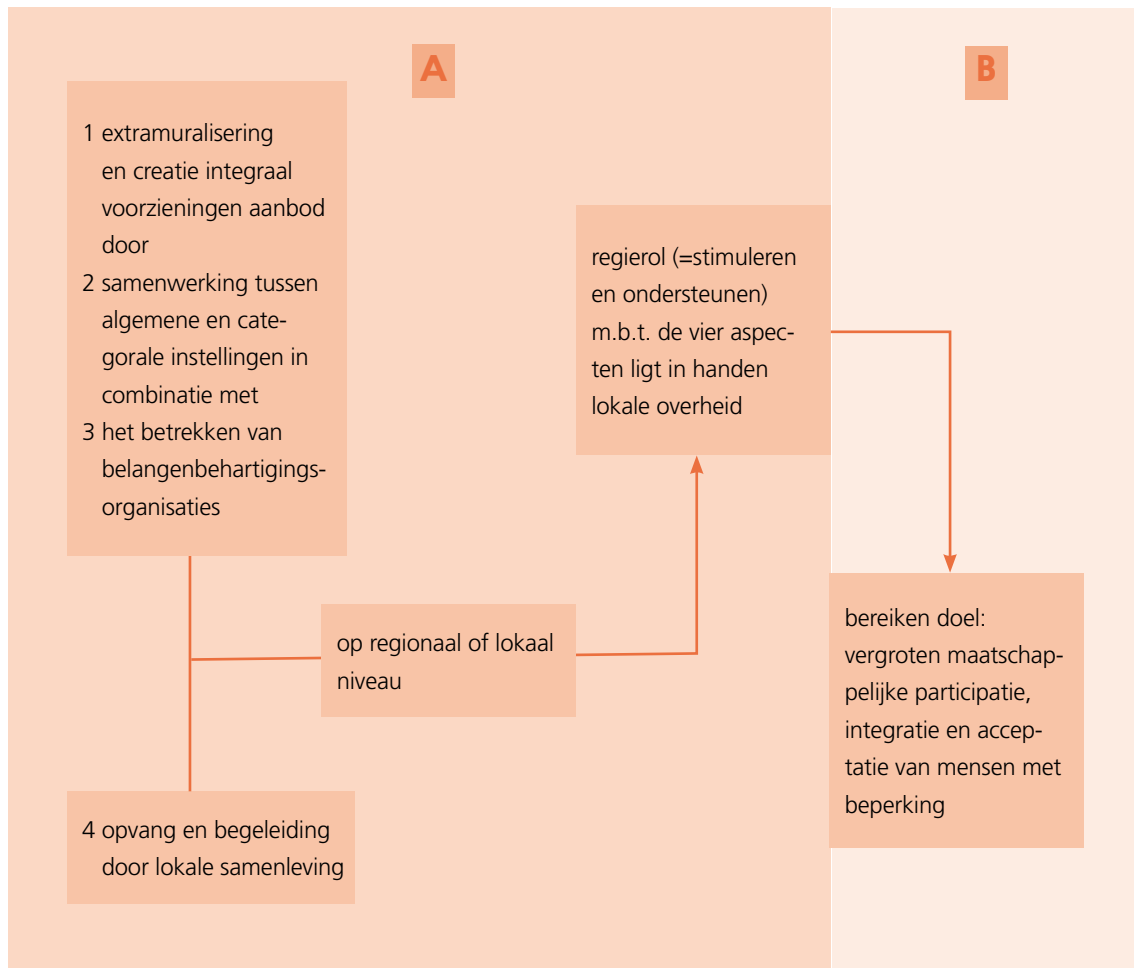
Ondanks deze overeenkomst werd de komst van de Wmo in 2007 door de eraan verbonden bezuinigingen echter niet verwelkomd door het werkveld. De overdracht van het bijbehorend voorzieningenaanbod vanuit de AWBZ-gefinancierde instellingen naar de lokale overheden verliep daarbij ook minder vlot dan de wijzigingen in wet- en regelgeving. Hierdoor waren het vaak de medewerkers van de instellingen die de benodigde 'zorg buiten de muren' moesten geven. Deze waren echter vaak niet toegerust voor het ondersteunen bij het behoud en versterken van de zelfredzaamheid en het bevorderen van maatschappelijke participatie en sociale inclusie. Tegelijkertijd werd onder de druk van 'algemeen wat kan, specifiek wat moet' het categorale Welzijnswerk voor Ouderen afgebouwd

¹ Met de herziening van de Welzijnswet in 1994 werden gemeenten niet alleen verantwoordelijk voor Welzijn Ouderen maar ook voor Welzijn Gehandicapten (Stb 1994). In hetzelfde jaar werd ook de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG, Stb 1993) ingevoerd, waarmee gemeenten verantwoordelijk werden voor wonin-gaanpassingen en vervoersaanbod voor mensen met een beperking (ongeacht aard en oorzaak).

ten gunste van een meer generiek welzijnsaanbod, waarin (zelf)ontplooiing en bevordering van kansgelijkheid centraal kwamen te staan. Ook de Sociaal Pedagogische Dienstverlening (SPD), die zich richtte op ondersteuning van zelfstandig wonende mensen met een verstandelijke beperking en hun naasten, verdween. Daarmee verdween het lokale aanbod voor opvang en ondersteuning van mensen met een langdurende (en groeiende) ondersteuningsbehoefte bij het behouden van hun sociale rollen. De behoefte aan kennis van het op basis van sociaal-agogische vaardigheden bevorderen van maatschappelijke participatie en inclusie van mensen met een ondersteuning, nam hierdoor af.

Deze ontwikkeling staat in feite haaks op de (gewenste) paradigmawisseling die het toenmalige Lectorsplatform Zorg en Welzijn bepleitte in zijn in 2008 uitgebrachte Wmo-manifest (LZW, 2008). Het Platform bepleitte erkenning en verdere ontwikkeling van sociaal-agogische vaardigheden van professionals om juist die zelfredzaamheid, het werken aan maatschappelijke participatie en sociale inclusie vorm te geven én daarbij ook de informele steunstructuur te betrekken. Het manifest heeft een belangrijke rol gespeeld bij de programmering van de Wmo-werkplaatsen, die, als voorlopers van de huidige Werkplaatsen Sociaal Domein, vanaf 2009 met behulp van het ministerie van VWS tot stand werden gebracht.

De redenering achter het vermaatschappelingsproces



Zorg Thuis – neemt Huisvesting het stokje over?

De datum waarop de Wmo uit 2007 werd gewijzigd in de Wmo 2015 viel samen met de inwerkingtreding van de Jeugdwet en de Participatiewet. Voor de uitvoering werden de gemeenten verantwoordelijk. De terreinen die onder deze wetten vallen worden sindsdien veelal aangeduid als het 'sociaal domein'. Veel gemeenten hebben, in lijn met de gedachte achter deze gelijktijdige

decentralisatie, ingezet op een zo goed mogelijk geïntegreerde beleidsontwikkeling. Dit komt ook tot uiting in de inrichting van gezamenlijke, redelijk generalistische sociale teams die veelal op wijk- of buurtniveau ondersteuning bieden aan de burgers die onder de 'sociaal domein' wetten vallen (cf Van der Zwaard, 2021). Voor de inrichting van deze teams kregen de gemeenten extra middelen toegekend, waardoor een deel van de bezuinigingen die met de diverse wetswijzigingen gepaard gingen werd verzacht. De extra middelen waren ook bedoeld als 'compensatie' voor het niet overhevelen van de wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wmo 2015, zoals gevraagd was. In combinatie met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz), ook in 2015, betekende dit voor mensen met een langdurige ondersteunings- of zorgvraag dat zij met minstens drie, maar veelal vier tot vijf, wettelijke regelingen te maken kregen.

De gescheiden financieringsstromen en uitvoeringsverantwoordelijkheden, in combinatie met de clustering binnen het 'sociale domein' versterkten de scheiding tussen 'zorg' en 'sociaal'. Dit leidde er in een groot aantal gemeenten toe dat in dezelfde buurten zowel 'zorgteams' als 'sociale wijkteams' werkzaam waren. Daarvan kwamen de medewerkers wel in hetzelfde huis over de vloer, maar de onderlinge afstemming en samenwerking kwamen vaak onvoldoende tot stand. De scheiding droeg (en draagt) er bovendien aan bij dat de samenwerking en afstemming binnen de keten intramuraal-ambulant problematisch verliep. Voor de veelal Wlz-gefinancierde aanbieders van (vooral) intramurale zorg is het logischer zich te richten op de richtlijnen van de zorgverzekeraars en intern het aanbod te optimaliseren. De door de gemeenten gefinancierde sociale wijkteams geven invulling aan beleid op het bredere sociale domein en richten zich daarbij (ook) op andere doelgroepen dan mensen met een zorgvraag. Het *inclusiedoel* van het vermaatschappelijkingsbeleid staat daarmee dus niet centraal in het gemeentelijke beleid binnen het sociale domein en (dus?) ook niet bij de sociale wijkteams.

Dit doel wordt wel centraal gesteld in de discussies rond de 'zorgzame buurt', die worden aangezwengeld door woningcorporaties. Zij zoeken hierbij nadrukkelijk de samenwerking met zorgaanbieders en buurtorganisaties (zie bijvoorbeeld [hier](#) en [hier](#)). Een opvallend leerpunt bij veel van deze initiatieven is echter dat het voor het ontstaan van 'zorgzaamheid' niet voldoende is om mensen met een zorgvraag gezamenlijke huisvesting te bieden. Het is ook zeker niet genoeg om te bevorderen dat zij, ondanks hun zorgvraag, ook daadwerkelijk in de buurt gaan participeren. Daarom doen initiatiefnemers als WoonzorgNederland of Zenzo M.V. nadrukkelijk een beroep op *community builders* en andere sociaal-agogisch opgeleide professionals zoals kwartiermakers (cf Kal, Post & Scholtens, 2012) voor zowel het vormen van een gemeenschap tussen bewoners als die tussen bewoners en buurtgenoten. Het gaat dan wel om sociale professionals die óók kennis hebben van vragen en behoeften die samenhangen met de (achtergrond) van de zorgvragen én de weg weten in de wereld van (gezondheids)zorg. En dus doemen de contouren van de 'welzijnswerker ouderen' of 'welzijnswerker gehandicaptenzorg' op binnen de huisvestingssector. Het is ook juist de huisvestingssector waar de roep om 'inclusieve buurten' nu het hardst klinkt en die nu kernpartner lijkt te worden in de lokale en landelijk actieprogramma's rond eenzaamheid.

Hiermee wordt het belang van sociaal-agogisch werk voor het kunnen realiseren van het oude 'vermaatschappelijkingsideaal' wel meteen nadrukkelijk onderschreven. Er lijkt dan ook weer een noodzaak om dit in de opleidingen sociaal werk in te bedden, zodat er weer gespecialiseerde sociaal agogen komen. Dit zal er vermoedelijk aan bij dragen dat de negatieve beeldvorming rond 'zorg thuis' kan worden bijgesteld. Het is immers niet een door de overheid bedachte manier van bezuinigen, die per definitie nadelig uitpakt voor alle betrokkenen. Het zijn veelal de mensen met een zorgvraag zelf, die graag de mogelijkheid krijgen zelfstandig te blijven wonen en zo regie over hun leven en relaties te houden. Ze willen daarbij dan wel passende ondersteuning krijgen.

Bronnen

- Freeman, H. (1999). Psychiatry in the National Health Service 1948–1998. *The British Journal of Psychiatry*, 175(1), 3-11.
- Van Gennep, A. T. G. (1997). Paradigma-verschuiving in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36.
- Goffman, E. (1961). *Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday.
- Kal, D., Post, R., & Scholtens, G. (2012). *Meedoen gaat niet vanzelf: Kwartiermaken in theorie en praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Tobi Vroegh.
- Koops, H., & Kwekkeboom, M. H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, R., & Jager-Vreugdenhil, M. (2009). De Wet maatschappelijke ondersteuning: reikwijdte, inhoud en betekenis. In R. Kwekkeboom & M. Jager-Vreugdenhil (Red.), *De praktijk van de Wmo* (pp. 13-27).
- Kwekkeboom, R., & Wilken, J. P. (2012). De dynamiek van transformatie. Slotbeschouwing. In J. P. Wilken & T. Dankers (Red.), *Supportgericht werken in de Wmo* (pp. 165-169).
- Schuyt, K. (2013). *Noden en wensen: de verzorgingsstaat gezien als een historisch fenomeen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit (Openbare les van Doorn leerstoel).
- Stb. (1993). Wet van 7 oktober 1993, houdende regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten (Wet Voorzieningen Gehandicapten) Staatsblad (1993)(585).
- Stb. (1994). Wet van 2 juni 1994, houdende regels met betrekking tot het welzijnsbeleid (Welzijnswet 1994), Staatsblad (1994)(447).
- Steyaert, J. M. C., & Kwekkeboom, R. (2010). *Op zoek naar duurzame zorg, vitale coalities tussen formele en informele zorg*. Utrecht: Movisie/Wmo-werkplaatsen.
- Trimbos, C. J. B. J. (1978). *Antipsychiatrie: een overzicht*. Van Loghum Slaterus.
- Van der Lans, J. (2019). *Niet-normaal: ontwikkelingen en dilemma's in de Nederlandse gehandicaptenzorg*. Uitgeverij de Graaff.
- Van der Zwaard (2021). *Omwillen van het fatsoen – de staat van menswaardige zorg*. Boom.