

WONEN, WELZIJN EN ZORG: de lange weg van scheiden naar combineren.

Het artikel is gepubliceerd in Tijdschrift voor de Volkshuisvesting

Utrecht, april 2002.

Peter Jansen, senior beleidsadviseur Aedes & medewerker Kenniscentrum Wonen-Zorg.

Jeroen Singelenberg, hoofd Kenniscentrum Wonen-Zorg & senior beleidsmedewerker Arcares.

Veel wordt gesproken over de afbouw van verzorgings- en verpleeghuizen. Scheiden van wonen en zorg en terug naar het gewone wonen is het motto. Maar het is een misverstand dat ouderdom en opname in een verzorgings- of verpleeghuis onlosmakelijk aan elkaar zijn verbonden. Het overgrote deel van de ouderen woont in gewone woningen, al of niet ondersteund door mantelzorg of (thuis)zorgverleners. Hoe is en wordt op deze ontwikkelingen ingespeeld in de volkshuisvesting en de zorg- en welzijnssector?

In 1987 was Nederland met 10% van 65 plussers in verpleeg- en verzorgingshuizen het meest 'intramurale' zorgland van Europa. Dat is sterk veranderd. Sindsdien zijn er, als we ons beperken tot de ouderensector, honderden woonzorgcomplexen en tientallen kleinschalige groepswoningen ontstaan, zijn er nieuwe extramurale zorg- en dienstenpakketten gekomen, zijn er tienduizenden levensloopbestendige woningen gebouwd en duizenden bestaande woningen opgeplust. Tegelijkertijd is de capaciteit van verzorgingshuizen met tienduizenden eenheden afgenomen. Anno 2002 lijkt het proces van ontbinding van het gehele 'intramurale product' in een stroomversnelling te komen.

De volkshuisvesting

De opmars van het woonzorgcomplex.

Bij de eerste woonzorgcomplexen lag het initiatief bij de verzorgingshuizen, die in het kader van het substitutiebeleid van WVC intramurale zorg mochten vervangen door (lichtere) extramurale zorg. Kenmerkend was de scheiding van wonen en zorg. De woningen werden gerealiseerd binnen de kaders van de volkshuisvesting en de bewoner betaalde rechtstreeks huur aan de woningcorporatie. De zorg had de status van "extramurale zorg" wat meer was dan alleen thuiszorg, en ook meer dan hetgeen tot dan toe in aanleunwoningen werd geboden. In veel woonzorgcomplexen werd verzorgingshuisvervangende zorg geboden, dat wil zeggen niet-planbare 24 uren zorg; in sommige zelfs verpleeghuisvervangende zorg.

Gestreefd werd naar een "magic mix": niet alle bewoners moesten zorg-geïndiceerd zijn en voor de vitale ouderen was het wonen er aantrekkelijk door de 'zorggarantie'.

Woningcorporaties raakten geïnspireerd door dit concept, omdat het een antwoord gaf op de behoeften van hun ouder wordende huurders: zelfstandig wonen, met de geruststellende gedachte dat er zorg en dienstverlening in de buurt is voor als het nodig is. Tussen woningcorporaties en verzorgingshuizen worden dan ook steeds meer afspraken gemaakt over dergelijke extramurale zorgverlening, ook in bestaande woningen rond het verzorgingshuis.

De diverse woonzorgcomplexen die vanaf die tijd worden gebouwd, worden op de markt gezet als wooncomplexen, maar kenmerken zich vaak door een bijzondere architectuur, met een uitstraling van 'beschut wonen', rond een atrium of wintertuin.

In de grotere complexen worden allerlei welzijnsvoorzieningen voor ouderen opgenomen, waardoor ze volgens critici weer te veel een intramurale sfeer gaan ademen. Deze voorzieningen worden echter tevens gebruikt door ouderen uit de omliggende wijk, waardoor een "open wijkvoorziening" ontstaat. Het grootschalige Bergwegcomplex in Rotterdam (1993) is hiervan het schoolvoorbeeld.

Politiek van remmen naar gasgeven

In 1992 zijn inmiddels 134 woonzorgcomplexen met in totaal 6.351 woningen gebouwd, als staatssecretaris Heerma aan de noodrem trekt. Woningcorporaties zouden meebetalen aan zorginfrastructuur, ouderen met intramurale indicaties gingen gebruik maken van huursubsidie: het substitutiebeleid van WVC zou leiden tot een sluipende afwenteling van kosten op de VROM-begroting. Terwijl de orderingsdiscussie woedt, zakt twee jaar lang de productie van woonzorgcomplexen in. Pas als in 1994 de commissie-Welschen het verlossende woord heeft gesproken, trekt de productie weer aan. De inmiddels verzelfstandigde woningcorporaties mogen voor eigen rekening en risico verder investeren in woonzorgcomplexen. Opmerkelijk is dat een aantal jaren

later zij in de Nota Wonen van VROM (2000) zelfs de verplichting opgelegd krijgen om prestaties te leveren in het tussengebied wonen/zorg (het zogenaamde zesde prestatieveld).

De volgende staatssecretaris van VROM, Tommel, heft een groot obstakel op: hij verruimt in juli 1997 de huursubsidieregeling. De zogenaamde aftoppingsgrens (waarboven het huursubsidiepercentage daalt) wordt verhoogd speciaal voor ouderen en gehandicapten, met als argument de hogere huren in woonzorgcomplexen. Daarnaast komt er in 1998 een huursubsidieregeling voor groepswonen voor ouderen en gehandicapten met 24 uur zorg en begeleiding. Met actieve steun van de provincies en grote steden die de extramurale inzet van WBO-middelen (wet Bejaardenoorden) stimuleren ontstaat een hausse in de bouw van woonzorgcomplexen. De productie bereikt in de jaren 1995-1998 een hoogtepunt met een gemiddelde van 5000 woningen per jaar. Opvallend is dat vrijwel de gehele productie gerealiseerd werd door woningcorporaties.

Het knelpunt van de zorginfrastructuur

Vanaf 1998 lopen echter opnieuw de productiecijfers terug. Dit heeft weinig te maken met vraaguitval; want de belangstelling onder ouderen is nog steeds zeer groot.

In een onderzoek dat in het jaar 2000 werd verricht onder 16 recent gebouwde woonzorgcomplexen kwam een financieringsprobleem aan het licht dat zich toespitst op de zogenaamde zorginfrastructuur:

- Ruimten voor zorgverlening en zorgpersoneel
- Gemeenschappelijke ruimten met een welzijnsfunctie
- Aangepaste verkeersruimten in het gebouw
- Technische infrastructuur in de woningen in verband met zorgverlening

Het punt was dat -nadat in 1998 de Wet op de Bejaardenoorden werd ingetrokken- de bijdragen weg vielen die provincies en grote steden tot dan toe hadden gegeven voor de zorginfrastructuur in woonzorgcomplexen. De zorgkantoren rekenden de gebouwde infrastructuur bij extramurale zorg niet tot de verantwoordelijkheid van de AWBZ; en de gemeenten op hun beurt situeerden de infrastructuur buiten de zorgplicht van de WVG. De woningcorporaties, al geconfronteerd met onrendabele toppen op enkel de bouw van de sociale huurwoningen zelf die opliepen tot 30% van de stichtingskosten, aarzelden om verder te investeren in woonzorgcomplexen met de daarbij behorende extra onrendabele top voor de aanvullende zorginfrastructuur en welzijnsvoorzieningen.

Men had kunnen kiezen voor versobering, maar de tijdgeest rond de millennium-wisseling vroeg juist om meer comfort, meer kwaliteit, meer voorzieningen, meer vierkante meters. Het gevolg was dus dat de productie terugviel.

De zorgsector

Verzorgingshuizen zonder muren

Vanaf het einde van de jaren '80 gingen verzorgingshuizen allengs buiten hun muren opereren. Aanvankelijk ging het nog alleen om een wijkfunctie in de vorm van welzijnsdiensten. Reeds in 1990 bood 80% van de verzorgingshuizen deze diensten aan. Vanaf 1987 wordt de reikwijdte van de WBO verder verbreed tot het bieden van niet alleen welzijn maar ook zorg aan geïndiceerden die buiten het verzorgingshuis wonen (extramurale verzorgingshuishouding). In 2002 mogen verzorgings- en verpleeghuizen zelfs thuiszorg in de wijk leveren.

Het verzorgingshuis, als middelste voorziening in de zorg voor ouderen, werd echter in een pijnlijke spagaat gedreven. Met het ene been wilde het de wijk in, extramurale zorg en dienstenpakketten leveren, participeren in woonzorgcomplexen; het andere been trok echter richting verpleeghuis, met de verlokkingen van de AWBZ-erkenning. Tegenover een lange reeks van bezuinigingsoperaties in de WBO stond in diezelfde periode een volumegroei en automatische prijscompensatie voor de verpleeghuizen. Het verzorgingshuis werd tevens die kant opgeduwd door het met de jaren zwaarder worden van de eigen tehuisbevolking, waarvan een groeiende minderheid feitelijk geïndiceerd was voor het verpleeghuis. Zo ontstonden de afdelingen voor verplaatste verpleeghuishouding, met name in de sector psychogeriatric. Tezelfdertijd voltrok zich een ontwikkeling waarbij het verzorgingshuis steeds meer werd gemeden door ouderen met een hoger inkomen of eigen vermogen, die immers de oplopende pensioenprijs zelf moesten betalen. Het verzorgingshuis werd steeds meer een typische voorziening voor ouderen met alleen of bijna alleen een AOW-inkomen.

Verzorgingshuishouding werd in 2000, na 10 jaar discussie, uiteindelijk van de welzijnskolom (WBO) naar de zorgkolom (AWBZ) gedirigeerd, waar zich ook reeds de verpleeghuizen bevonden. Wie verwacht

had dat de koers nu duidelijk was, kent de praktijk nog niet, want op een aantal plaatsen ging de vernieuwing van de ouderenzorg juist nog een stap verder. Hierbij werd ook de verpleeghuiszorg betrokken in de nieuwe ontwikkelingen rond scheiden van wonen en zorg.

Wonen in een verpleeghuis

Terwijl het verzorgingshuis kromp, groeide het verpleeghuis door. Tussen 1990 en 1997 nam de psychogeriatrische capaciteit met 9% toe en groeide het personeelsbestand met 11%, onder druk van de groeiende wachtlijsten. De somatische afdelingen bleven in capaciteit ongeveer gelijk. Ook in de verpleeghuiswereld stond een klein gezelschap van early innovators op, maar de verbreiding van de nieuwe modellen binnen de sector bleef tot voor kort uiterst bescheiden: Het Anton Pieckhofje in Haarlem en De Landrijt in Eindhoven waren de voortrekkers van het kleinschalig groepswonen. Het verpleeghuis Daelhoven (Soest) liet zien dat het tot op zekere hoogte mogelijk is om verpleeghuiszorg in de woning thuis te leveren. Aanvullend hierop werden ook kleinschalige groepswoningen tezamen met gewone woningen gerealiseerd (project De Wiekslag).

Vanaf het einde van de jaren '90 werken krachtige externe ontwikkelingen in op het verpleeghuis, waardoor ook daar een tendens naar extramuralisering ontstaat:

- De privacynorm: de in 1996 ingevoerde eis dat zo spoedig mogelijk een einde dient te komen aan het fenomeen van de 4- en 6- beds kamers leidt tot een golf van verbouwingsplannen en de noodzaak om kleinschalige dependances op te zetten;
- De wachtlijstgelden: na de processen die wachtlijstkandidaten in 1999 voerden tegen zorgkantoren en overheid, werden de zorgaanpakken van AWBZ-geïndiceerden opnieuw hard gemaakt door de rechter; hierop stelde het kabinet "volumegelden" beschikbaar om de capaciteit uit te breiden: voor de verpleeghuizen ging het om 10% extra capaciteit. Ook dit leidde tot een hausse van extramurale bouwinitiatieven, gegeven de lange tijd die staat voor de bouw van nieuwe verpleeghuizen.

Thuiszorg

De thuiszorg levert al sinds jaar en dag huishoudelijke hulp, begeleiding, advies, instructie en voorlichting, verzorging en verpleging en dieetadvisering bij alle inwoners die een indicatie vanuit de AWBZ hebben. In de praktijk blijkt dat als mensen én zelf de regie over het eigen leven kunnen uitoefenen én geen (bijna) 24-uurs toezicht nodig hebben, de benodigde hulp en zorg, in samenwerking met de mantelzorg, voldoende is om het leven thuis vorm te geven. Thuiszorg is de afgelopen decennia steeds meer teruggeschroefd naar verzorgende functies. De thuiszorg is een door de AWBZ gefinancierde instelling, waarvoor op basis van productieafspraken met het zorgkantoor het budget wordt bepaald. De 'stopwatchzorg' noodzaakte hen tot het opgeven van preventieve activiteiten en zorgcoördinatie. Na afgebroken pogingen tot meer marktwerking met meer commercieel gerichte thuiszorg is in de laatste jaren steeds duidelijker geworden dat de strikte regels vanuit de overheid een beperkende en belemmerende factor zijn in samenwerking met regionale partners. Het recente advies van de Raad voor de Gezondheid gaat waarschijnlijk weer meer ruimte voor een commerciële aanpak geven, gecombineerd met een grotere mogelijkheden tot vraagsturing vanuit de klant.

Een ander probleem rond wonen en zorg is dat thuiszorgorganisatie geen eigen vermogen bezitten om experimenten op het terrein van wonen en zorg uit te voeren. De nieuwe subsidieregeling rond woonzorginfrastructuur, die 15 oktober 2001 gepubliceerd is, opent wat dat betreft perspectieven: in samenwerking met woningcorporaties en welzijnsorganisaties kunnen nu ook bestaande woningbouwcomplexen worden voorzien van op de bewoner af gestemde zorg in aangepaste woningen.

Het welzijnswerk

Eigenlijk gaat het bij het langer zelfstandig wonen van ouderen eerst om welzijn, dan om zorg: de regie van het eigen leven in handen houden, zinvolle contacten en dagbesteding en zelf kunnen kiezen uit diensten waar gebruik van gemaakt wordt. Gebleken is dat waar dit goed geregeld is, de zorgvraag afneemt. Tegelijk blijkt in de praktijk dat het welzijnswerk voor ouderen onder druk staat. Een jaar of twintig geleden is welzijn gedecentraliseerd naar gemeenten. Daarmee verviel de landelijke coördinatie en facilitering, die er voor de zorg wel is. Weliswaar bestaat een Welzijnswet die voorschrijft dat gemeenten het welzijnsbeleid moeten regelen maar hieraan ontbreekt een financiële paragraaf. De financiële middelen zijn ongeoormd opgenomen in het Gemeentefonds. In de politieke afwegingen zijn welzijnsaspecten van ouderen toch niet de zwaarst wegende politieke factor. De stichtingen Welzijn Ouderen, opgezet om dat hele gebied te coördineren, beperkten zich bij gebrek

aan politiek draagvlak voor deze taak tot concrete dienstverlening als maaltijdbezorging, alarmering, klussendienst, vervoer en dagbesteding.

Bij een van de eerste volledig geextramuraliseerde verzorgingshuizen, de Wielborgh in Dordrecht, werd schrijnend zichtbaar datbij intramurale zorg welzijn geïntegreerd is in het pakket, en voor extramuraal zorgbehoevenden geen welzijn uit het AWBZ-budget geboden mocht worden, de gemeente hier niet in voorzien kon. VWS heeft in 2001 een voorlopige budgetregeling getroffen voor extramurale plaatsen, om tijd te winnen om het probleem fundamenteel op te lossen. Dat dit laatste lastig is, blijkt wel uit de verlenging van de voorlopige regeling over 2002.

Het lijkt erop dat er een omgekeerde beweging plaatsvindt: in plaats van 'eerst welzijn, dan zorg' lijkt het erop dat we vooral de zorg hebben geregeld en nu pas gaan nadenken over welzijn. Er moet dus nu een inhaalslag gemaakt worden, en daar wordt onder andere over nagedacht in het traject van de Dienstenwet, die door VWS voorbereid wordt. De hamvraag is: kun er een basispakket omschreven worden van welzijnsvoorzieningen waar burgers op kunnen terugvallen en dat vanuit gemeenten (WVG en Welzijnswet) wordt gefinancierd. Het gaat daarbij naast woningaanpassing en diensten, vooral om regieondersteuning/ouderenadviesing. Gemeenten realiseren zich in toenemende mate dat de rol die zij hebben als regisseur van integraal ouderenbeleid ook inhoudt dat er een basispakket van welzijnsvoorzieningen moet zijn.

Opmaat voor de toekomst: wonen, zorg en welzijn slaan handen ineen

Opvallend is dat de politieke discussies over scheiden van wonen en zorg in de jaren '90 niet geleid hebben tot toenadering tussen ministeries of brancheorganisaties. Dat gebeurde pas daarna. In reactie op de ingezakte productie van woonzorgcomplexen deed Aedes vereniging van woningcorporaties samen met Arcares, brancheorganisatie voor verzorging en verpleging in augustus 2000 het aanbod aan de staatssecretarissen van VROM en VWS om de corporaties en (zorg)instellingen te faciliteren in het bouwen van meer woonzorgwoningen, op voorwaarde dat belangrijke knelpunten opgeheven werden. De LVT (thuiszorg) en VOG (welzijnswerk, nu MOgroep geheten) steunden dit plan, dat leidde tot de Project!mpuls voor wonen met zorg en welzijn. De ambitie werd geformuleerd om de eerstvolgende jaren te komen tot een productie van 6000 nieuwe zorgwoningen en 60.000 bestaande geschikte woningen per jaar. Uit deze cijfers blijkt dat men terdege beseft dat de toenemende vergrijzing niet bijgebeend kon worden met alleen nieuwbouw. De hoofdmoot van de maatschappelijke verandering moet binnen de bestaande woningvoorraad opgevangen worden.

Woonzorginfrastructuur

Een van de belangrijkste knelpunten die opgelost moesten worden, was de hiervoor al genoemde woonzorginfrastructuur. Op dit punt raken wonen en zorg elkaar concreet. Aedes en Arcares trokken in de belangenbehartiging in deze problematiek zo nauw samen op, dat dit tot een strategische alliantie leidde. Uiteindelijk komen de ministeries van VROM en VWS –die voor het eerst gezamenlijk optreden met de Woonzorgstimuleringsregeling (WZSR gestart in 2000)- met een tegemoetkoming. Oktober 2001 wordt de WZSR aangevuld met een subsidieregeling voor zorginfrastructuur van ten hoogste f 15.000 per woning. Hoewel dit bedrag slechts de helft van de extra kosten dekt, is het aantal aanvragen overweldigend: de ruim 400 aanvragen belopen een subsidiebedrag van f 200 miljoen, terwijl er slechts f 30 miljoen beschikbaar is.

Voor AWBZ-instellingen (dus verzorgings- en verpleeghuizen) werd onder dezelfde voorwaarden een aparte weg geopend: via de WZV. Hier waren de ontwikkelingen minder stormachtig, waarschijnlijk vooral vanwege het feit dat de subsidie slechts de helft van de kosten dekte, en zorginstellingen niet zo over het eigen vermogen kunnen beschikken als woningcorporaties.

De strategische alliantie heeft ook geleid tot het oprichten van het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg.

Ontschoot dienstencentrum in een woonzorgzone

Al met al kan gesteld worden dat voor het product "geschikte woningen met mogelijkheid van zorg- en dienstverlening" grote animo is. Cruciaal is de samenwerking tussen woningcorporaties en zorgaanbieders als verzorgingshuis, verpleeghuis en thuiszorg. Tegelijk is echter aan de orde dat dit zo lang mogelijk zelfstandig wonen niet mag leiden tot "verpietering achter de eigen geraniums": welzijn en dienstverlening zijn onontbeerlijke elementen in het concept. Het woonzorgcomplex is hierin niet meer de doelstelling: doel is hele wijken of zelfs hele dorpen en steden "levensloopbestendig" ofwel "zorgvriendelijk" te maken.

Woningcorporaties als initiatiefvolle, sociaal ondernemers zoeken een partnerschap met zorginstellingen, waarbij zij aanbieden om de vastgoedfunctie geheel over te nemen. In enkele gevallen (Leeuwarden, Tilburg) wordt zelfs een fusie of holding nagestreefd tussen een woningcorporatie en een zorginstelling om een eenduidige regie te verkrijgen, hetgeen wettelijk vooralsnog door Remkes niet toegestaan wordt. De noodzaak van de inbreng van kapitaal en expertise uit de corporaties voor woonzorgprojecten is evident. Door verkoop van woningen in het middensegment van de woningmarkt kunnen corporaties de middelen genereren die moeten worden ingezet voor -deels onrendabele- investeringen in woonzorgprojecten. Hiermee wordt het maatschappelijk bestaansrecht van woningcorporaties opnieuw bewezen.

Zijn al deze ontwikkelingen nu voldoende om de vergrijzing bij te houden?

Het woningbehoefte onderzoek van VROM constateerde in 1998 al een groot tekort aan voor ouderen geschikte en traploos toegankelijke woningen. Cijfers over de actuele situatie zijn helaas niet voorhanden, vooral door het ontbreken van een helder etiket "geschikte woning voor ouderen". Maar uit een enquête onder woningcorporaties in 2001 in het kader van de ProjectImpuls voor wonen met zorg en welzijn (een gezamenlijke ambitie van Aedes, Arcares, LVT en Mogroep) blijkt dat vrijwel de gehele nieuwbouwproductie van woningcorporaties gericht is op voor ouderen geschikte woningen, waar de nodige zorg in geleverd kan worden. In de sociale huursector sorteert men dus redelijk voor op de toekomst. Meer dan 60% van hun huurders zijn dan ook mensen van boven de 55 jaar, waarvan een derde deel lichamelijke beperkingen heeft.

Maar de maatschappelijke opgave is veel groter. Opvallend is dat andere verhuurders dan woningcorporaties nauwelijks op deze markt inschieten. Vrijwel alle woonzorgcomplexen zijn door woningcorporaties gebouwd! Verwachten de anderen te kunnen meeliften op de investeringen in wonen met zorg gedaan door woningcorporaties?

Maar nieuwbouw alleen is onvoldoende. Hoeveel er ook nieuw gebouwd wordt: het overgrote deel van de ouderen zal niet in die nieuwbouwwoningen terecht kunnen, maar is aangewezen op reeds nu bestaande woningen, zowel in de huur- als koopsector. Uit de recente evaluatie van het experiment Opplussen van de SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting) blijkt daar het grote dilemma: veel huurders willen wel graag t.z.t. in een opgepluste woning wonen, maar willen niet meewerken aan plannen om hún woning op te plussen. En in de eigen woningsector is het aanpassen van de woning meestal pas aan de orde als er handicaps zijn opgetreden -en de bewoner liefst wil verkopen. Bovendien zijn eengezinshuizen minder goed aanpasbaar dan flats en bungalows.

Bundeling van krachten in woonzorgzones

Het aanbod aan levensloopbestendige woningen zal voorlopig dus wel structureel achterblijven bij de groeiende vraag, ondanks alle inspanningen. Hiermee blijft het ideaal van volledige keuzevrijheid bij scheiding van wonen en zorg (alle zorg leverbaar ongeacht waar je ook woont) voorlopig een utopie. Maar ook al was inderdaad de helft van alle woningen levensloopbestendig, dan nog zou de intensievere (24 uren-) zorg niet overal geleverd kunnen worden: vanwege kosten en vanwege tekort aan personeel. De TV-kabel, de pizzakoerier: allemaal hebben zij min of meer te maken met operationele afstanden.

Dit gegeven wijst in de richting van zonering: binnen woonzorgzones kan ook de intensievere zorg doelmatig aan huis geleverd worden. Dat hiermee in laatste instantie een zekere verhuisdwang blijft bestaan wordt door de meeste ouderen niet als een bezwaar ervaren, zo blijkt ook in andere landen.

Verhuizen naar een woonzorgzone of woonzorgcomplex is toch nog heel wat anders dan verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis. Het ideaal om zelfstandig te blijven wonen en de regie voor het eigen leven in handen te houden kan ingevuld worden. Hiermee is de keuzevrijheid flink vergroot, ook al is het ideaal van volledige vrije vestiging, los van zorgzwaarte, voorlopig niet binnen bereik.

Aan gemeenten, zorgaanbieders en corporaties de taak om woonzorgzones aan te wijzen en in te vullen met gerichte investeringen.