

Onlangs verrichtte ondergetekende - in het kader van een doctoraalscriptie voor de studie sociologie (van verzorging en beleid) - onderzoek naar de perspectieven op het wonen van mensen vanaf 55 jaar. De uitkomst hiervan is vergeleken met de uitgangspunten van het zogenaamde "levensloopbestendig wonen".

# Vraaggerichte zorg is wijkgerichte zorg



door drs. M. Konings

Menko Konings is zorgmanager en waarnemend directeur in een zorgcentrum voor ouderen

Vandaag de dag pretendeert nagenoeg elke organisatie die zich met zorg, welzijn of wonen bezighoudt "vraaggericht" te zijn. Zo valt onder meer te vernemen uit de diverse beleidsnotities. De praktijk wijst veelal anders uit. Doorgaans is er sprake van een traditionele gerichtheid op de instandhouding van de eigen organisatie, waardoor de bestaande situatie voor mensen die zorg behoeven evenzeer in stand wordt gehouden. Ondanks alle ogenschijnlijke pogingen tot samenwerking

en verandering is de instandhouding van de intramurale instellingen, zoals de verpleeg- en verzorgingshuizen, een tastbaar bewijs hiervan. De vraag is echter: sluit deze vorm van het organiseren van de zorg aan bij de perspectieven van de doelgroep?

## Onderzoek

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek, waarvoor 24 "zelfstandig wonende" mensen vanaf 55 jaar in de gemeente Geertruidenberg zijn geïnterviewd. De aandacht in het onderzoek is vooral uitgegaan naar de betekenis die men aan het wonen toekent en de aan het wonen gerelateerde levensstijlen. In dit artikel beperk ik mij tot wat de respondenten *willen* in vergelijking met de uitgangspunten van het levensloopbestendig wonen en de hierop gebaseerde *conclusie*. Ten aanzien van het levensloopbestendig wonen ben ik uitgegaan van de definitie zoals die door de stichting Humanitas te Rotterdam wordt gehanteerd. Hierbij is er sprake van complexbouw, een mix van bewoners die wel en geen zorg behoeven, en is men niet genoodzaakt te verhuizen naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis bij een toename van de zorgbehoefte.

## Hoe levensloopbestendig willen mensen wonen?

De uitgangspunten van het levensloopbestendig wonen: zelfstandigheid, autonomie, integratie, deinstitutionalisering en het niet behoeven te verhuizen naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis, vertonen overeenkomst met de perspectieven van de respondenten. Men kent het begrip zelfstandigheid een hoge waarde toe en men kent het wonen in een instelling een negatief waardeoordeel toe. Echter, het begrip zelfstandigheid wordt heel sterk in verband gebracht met het wonen in een "losse" woning in de wijk en niet met het wonen in een speciaal complex, hoezeer de uitgangspunten die hieraan ten grondslag liggen ook overeenkomen met de waarden van de respondenten. Het levensloopbestendig wonen wordt daarom

gezien als een redelijk alternatief ingeval men naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis zou "moeten" verhuizen. Wanneer de zorg zo zou zijn georganiseerd dat ook in de wijk de zogenaamde "verpleeg- en verzorgingshuishuishouding" kan worden geboden, vervalt het levensloopbestendig wonen als alternatief.

## Kleinschaligheid en decentralisatie

Naarmate de mobiliteit van mensen afneemt wordt de bereikbaarheid van voorzieningen, zoals winkels, huisarts, apotheek en dergelijke, belangrijker. De hedendaagse drang tot het centraliseren van voorzieningen, zoals bijvoorbeeld ook bij winkelcentra en huisartsposten het geval is, heeft tot gevolg dat de meest kwetsbare "gebruikers" van deze voorzieningen, afhankelijk worden gemaakt en beknot worden in hun zelfstandigheid. Het gevolg is dat men dient te verhuizen naar een andere gecentraliseerde voorziening, bijvoorbeeld een verzorgingshuis, een verpleeghuis of een complex voor levensloopbestendige woningen. Deze problematiek komt voort uit de wijze waarop een en ander is georganiseerd. Centralisatie en standaardisatie zijn hierbij veelal, vanuit het dogma met betrekking tot efficiëntie en kwaliteit, de oorzaken van deze problematiek. Grootschalige fusies van zorgorganisaties zijn hier een voorbeeld van. Een bijkomend effect van deze fusies is dat het leidt tot het monopoliseren van de zorgverlening, hetgeen ten koste gaat van de keuzevrijheid van mensen die zorg behoeven. Decentralisatie daarentegen is een voorwaarde om een organisatie meer aan te kunnen laten sluiten bij de behoeften van de doelgroep.

## Nabijheid versus verwijdering

Bij grootschalige gecentraliseerde zorgorganisaties, maakt "nabijheid" - die nodig is voor vraaggerichte zorgverlening - ten opzichte van de doelgroep al gauw plaats voor "verwijdering". Dit ondanks alle beleidsvoornemens die het tegendeel beogen. Bij dergelijke organisaties moeten aanzienlijke inspanningen verricht worden om de behoeften van de doelgroep te achterhalen. Hiertoe dienen kostbare onderzoeken uitgevoerd te worden waarbij de behoeften van de doelgroep veelal ingeperkt wordt door voorgestructureerde vragenlijsten. Het kwaliteits- en efficiëntiedogma leidt bij dergelijke organisaties al gauw tot vergaande protocollering. Volgens de socioloog Nijhof (2000) ontstaat hierdoor homogeniteit en afsluiting door geregelde vormen van besluitvorming, hetgeen een beperking van de invloed van mensen die zorg behoeven als gevolg heeft. Ter compensatie van het bovengenoemde, worden organisatievormen bedacht om de tekorten te ondervangen. Bijvoorbeeld door speciale functionarissen

aan te stellen voor de directe zorgcontacten en de zorgcoördinatie. Dit suggereert een zekere "nabijheid". Echter deze "geregelde nabijheid", regelt tegelijkertijd een "verwijdering" van de rest van de organisatie.

### **Levensloopbestendige wijken**

Beleidsinspanningen van de gemeenten, woningbouw-, welzijns- en zorgorganisaties, zouden - indien men pretendeert vraaggericht te zijn - erop gericht dienen te zijn in nauwe samenwerking met elkaar de aandacht van de grootschalige gecentraliseerde voorziening te verplaatsen naar de wijk. Ook de lokale middenstand zou hierin betrokken moeten worden. Kleinschaligheid en decentralisatie zijn hierbij de sleutelwoorden. Allereerst dient het tekort aan geschikte woningen voor ouderen teruggedrongen te worden door bestaande (ouderen)-woningen zo aan te passen dat het mogelijk is om er met een lichamelijke of psychische "beperking" te wonen. Bij eventuele nieuwbouw dient er rekening gehouden te worden met het bouwen van voldoende aangepaste of aanpasbare woningen. Overigens blijkt het dat ouderen die in een aangepaste woning wonen veel minder gebruik maken van gesubsidieerde vormen van zorg. Daarnaast is het van belang om een omgeving te creëren die "bestendig" is tegen de aankomende "vergrijzing" en "ontgroening". Om met een beperking zelfstandig te kunnen wonen is het essentieel dat er binnen een wijk ook voldoende voorzieningen zijn zoals winkels, apotheek, huisartspost, postagentschap, enzovoort. In de kleine dorpen dreigen de schaarse voorzieningen veelal volledig te verdwijnen. Tevens dienen de beleidsinspanningen van de zorgorganisaties erop gericht te zijn, om, in samenwerking met elkaar, de zogenaamde "verzorgingshuiszorg" en "verpleeghuiszorg" te verplaatsen naar de losse woningen in de wijk, in plaats van zich te richten op het eigen gebied.

### **Integratie, welzijn en gezondheid**

Er zijn vier redenen die een verschuiving in de aandacht van de intramurale voorzieningen naar de wijk rechtvaardigen:

- Het sluit - zo blijkt uit het onderzoek - aan bij de perspectieven en ambities van ouderen.
- De bestaande en eventueel nieuw te bouwen intramurale voorzieningen kunnen qua capaciteit nooit de aankomende vergrijzing aan. Verder blijkt (volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau) dat slecht 9 % van de ouderen vanaf 65 jaar in verzorgings- of verpleeghuizen woont en bijna alle ouderen zelfstandig in gewone woningen. De huidige woningvoorraad echter is over het algemeen onvoldoende geschikt om er met lichamelijke of psychische beperkingen te wonen.
- Het belang van een verschuiving van de intramurale voorzieningen naar de wijk voor de gezondheid en het welzijn wordt ondersteund door de theorieën over integratie, het intact houden van het sociale netwerk en de directe omgeving van de sociologen Durkheim, Bloom, Nettleton en Knipscheer. Volgens Durkheim (1912), Bloom (1990) en Nettleton (1999) zijn integratie en de aanwezigheid van het sociale netwerk bepalend voor gezondheid, welzijn en de bescherming tegen en de bespoediging van herstel van ziekte. Knipscheer (2000) stelt dat het pragmatisch-cognitieve vermogen, dat cultureel gevormd wordt, tot op hoge leeftijd op een hoog niveau blijft functioneren. Dit vermogen bestaat uit kennis en informatie betreffende activiteiten van het dagelijks leven. De eigen woning en de woonomgeving maken hier deel van uit.
- Het wonen in een instelling heeft mortificatie als gevolg. Mortificatie is een negatief sociaal effect dat is verbonden aan het wonen in een instelling. De socioloog Goffman (1957) beschreef dit verschijnsel in zijn studie naar totale instituties. Mortificatie,

oftewel het systematisch teniet doen van het ego door ontzetting uit de "rollen" en het schenden van de autonomie van het handelen door de vele regels, heeft voor een bewoner van een instelling onder andere identiteitsverlies tot gevolg. Dit leidt vaak tot apathisch gedrag en het als oncontroleerbaar ervaren van de situatie. De hedendaagse zorgvisies van de zorginstellingen daarentegen normeren juist behoud van identiteit, zelfzorg en autonomie.

### **Tot slot**

Met het levensloopbestendig maken van een woonwijk, door onder meer de "verzorgingshuiszorg" en de "verpleeghuiszorg" te verplaatsen van de instellingen naar de wijk, is er sprake van een beleid dat is gebaseerd op de betekenis die mensen heden ten dage aan het begrip zelfstandigheid en aan het begrip wonen toekennen. Tevens zou dit een adequaat antwoord zijn op de aankomende vergrijzing. Om een dergelijke inspanning te realiseren is een verschuiving nodig van het populaire organisatiegerichte denken naar het wijkgerichte denken. ■