

I Verleden en heden van de thuiszorg

Bestaat Florence Nightingale nog?

Vervoort et al., 2010¹

1.1 Van armenzorg tot thuiszorg

Wat sinds een jaar of dertig thuiszorg heet, heette eerder kruiswerk en gezinsverzorging en daarvoor armenzorg. In de negentiende eeuw kregen armen bij ziekte, zwangerschap en ouderdom hulp van de kerken, van particuliere charitatieve organisaties of van de gemeentelijke overheid. ‘Verzachting van het lot’ van de armen werd beoogd. Armenzorg kwam vooral uit de hogere regionen van de samenleving: ‘De zorg voor de armen is een zedelijke, geen burgerlijke plicht, zodat de nakoming daarvan niet op den weg van den Staat ligt’, schreef de regering in 1870.

De Armenwet die in 1854 werd ingevoerd, had een politieel doel: Voorkómen dat de armen de samenleving zouden ontwrichten. Om de ‘maatschappelijke machine’ goed te kunnen laten draaien vereiste dat de strijd tegen de armoede. De wet legde het primaat in de samenleving. ‘Geen burgerlijk bestuur mag onderstand verlenen aan armen dan na zich (...) te hebben verzekerd, dat zij dien niet van kerkelijke of bijzondere instellingen van weldadigheid kunnen erlangen, en dan slechts bij volstrekte onvermijdelijkheid.’

Wat verstond men onder armenzorg en hoe keek men tegen de armen aan? Het rapport van de Maatschappij tot nut van ’t algemeen uit 1895² geeft inzicht. Doelgroepen – zoals we nu zouden zeggen – waren ‘huiszittende en schamele armen; ouden van dagen in oude mannen- en vrouwenhuizen; weezen en half-weezen in weeshuizen; zieken in ziekenhuizen; krankzinnigen in gestichten’ en ‘behoeftige kraamvrouwen’. De ondersteuning bestond uit ‘(...) uitdeeling van levensmiddelen en brandstoffen; (...) het verstrekken van rentelooze voorschotten; het verschaffen van werk’. Men kon niet zomaar een beroep doen op de armenzorg, een onderzoek ging eraan vooraf. Omdat de situatie van een persoon of gezin

kon veranderen, pleitte het rapport voor ‘voortgezet onderzoek, of met andere woorden blijvend toezicht’. Het doel van de hulp was ‘de verheffing van het gezin’. De armen moesten proberen weer zonder ondersteuning te kunnen. Men moest zijn eigen lot verbeteren. De oorzaak van armoede moest bij de mensen zélf worden gezocht. Organisatorisch betekende dit dat als armen een beroep op steun deden, ze bezocht en gecontroleerd werden door vertegenwoordigers van de hogere standen. Hoogenboom³ concludeert dat de hogere standen met armenzorg een ander doel voor ogen hadden dan de armen zelf. De armen wilden ‘hervorming en ontvoogding’, de hogere standen wilden de laagste standen de houding en omgangsvormen bijbrengen die van hen werden verwacht. Tegelijkertijd werd benadrukt dat mensen voor zichzelf moesten kúnnen of gewoon móésten zorgen.

1.2 De sociale kwestie

De druk op de overheid om zich daadwerkelijk te bekommeren om haar burgers in nood ontstond onder invloed van de ‘sociale kwestie’: de bewustwording dat armen niet veronachtzaamd, maar uit ‘menslievendheid’ of gevoel van rechtvaardigheid daadwerkelijk geholpen moesten worden. Over de oorzaken van het ontstaan van deze bewustwording zijn de meningen verdeeld. Was die het gevolg van de industrialisering, waardoor mensen wegtrokken van het platteland naar de steden en daar op elkaar gepakt een armoedig bestaan leidden waardoor de overheid zich realiseerde dat ze moest ingrijpen om opstanden te voorkomen? Zoals in Duitsland de conservatieve Duitse kanselier Otto von Bismarck, die uit overwegingen van *Realpolitik* in 1883 een wet uitvaardigde tegen de gevolgen van ziekte en ook voorzieningen op het gebied van onderwijs en bejaardenzorg tot stand bracht met als doel ‘de verzoening van de arbeiders met de burgerlijk-kapitalistische maatschappij’? Of werden de armen zélf zich bewust van hun situatie en wilden ze niet meer afhankelijk zijn van de goedwillendheid van de rijken? In plaats van ‘armenzorg’ als gunst en filantropie wilde men ‘sociale zekerheid’. Armoede was niet natuurlijk, door God gegeven, of eigen schuld als gevolg van zedeloosheid, maar maatschappelijk bepaald en onrechtvaardig en moest daarom bestreden worden en uiteindelijk opgeheven. Armoede was – zo was de groeiende opvatting – gevolg van het feit dat de macht bij een kleine groep in de samenleving lag die deze macht gebruikte om te profiteren van goedkope en gemakkelijk vervangbare arbeid. Politieke actie van in politieke partijen en vakbonden georganiseerde armen, ideologisch gemotiveerd door het socialisme, zette de veranderingen daadwerkelijk in gang. Hoe het ook zij, niet alleen groepen in de samenleving maar ook de overheid, die – deels uit zelfbehoud – via wetgeving de sociale kwestie probeerde op te lossen, kregen

oog voor de sociale gevolgen van armoede, ziekte, gebrekkige scholing, slechte huisvesting.

1.3 Armenzorg is ook gezondheidszorg

Wijkverpleging en gezinsverzorging waren onderdeel van de armenzorg. Beide ontstonden aan het einde van de negentiende eeuw. Er kwamen verenigingen van ‘aanzienlijke dames, die gesteund door vrijwillige bijdragen der gegoede ingezetenen, aan zwangere vrouwen op hare aanvraag, pakjes kleederen voor den te verwachten wereldburger uitdeelen’.⁴ De ‘bedeling’ bood hulp aan de armen in geld of in natura (voedsel, kleding, brandstof). Waarom ontstonden deze liefdadigheidsinitiatieven? Waarom was enkel financiële ondersteuning en het zorg dragen voor werk niet meer voldoende? Was het uit voorzorg, ‘niet zozeer om die mensen, maar eigenlijk om zich zelven te bewaren’?⁵ Angst dus voor een ontketende onderklasse? Dat zal meegespeeld hebben, zoals we zagen. Motieven zijn vaak mengvormen, in dit geval van eigenbelang en mededogen.

Deze particuliere, ideële organisaties gingen ook zorgen voor de medische zorg van zwangere vrouwen en zieken. De diaconieën⁶ van de protestantse kerken boden ‘via een netwerk van diaconiedokters, -heelmeesters en -vroedvrouwen (...) medische zorg’.⁷ De Rooms-katholieke Kerk organiseerde de caritas – al sinds de middeleeuwen – vanuit de kloosters. De kerken beheerden opvanghuizen voor ouderen, wezen, alleenstaande vrouwen: oudemannen- en -vrouwenhuizen, weeshuizen, gods- en gasthuizen als voorlopers van ziekenhuizen. Ook werden armen ondergebracht bij particulieren, de zogenaamde ‘housvrouwen’. Voor de kerken vloeide de filantropische of caritatieve taak⁸ voort uit religieuze opvattingen én opvattingen betreffende huwelijk en gezin als de samenleving ordenende en pacificerende instituties. De morele doelstellingen waren helder: men beoogde in te werken op ‘den morelen toestand van de arme moeder en haar kind’; van hen werd dankbaarheid verwacht ‘dat men zich haar lot zo meedoogend aantrok’. Voor niet-kerkelijk gebonden mensen vloeiden de activiteiten voort uit op het liberalisme of het socialisme gebaseerde opvattingen gericht op de verheffing of de emancipatie van het volk.

Men keek verder dan de financiële problemen die de armen hadden – waar de Armenwet van 1912 de nadruk op legde. Er werd ook gekeken naar de oorzaak van de hulpbehoefte en men ervoer de noodzaak om de methoden en vormen van de hulpverlening te differentiëren.⁹ Halverwege de negentiende eeuw ging men ook hulp bieden bij mensen thuis. Arme zieken werden thuis verpleegd door katholieke zusters en bij de protestanten door – net als de nonnen kerkelijk gewijde – diaconessen. Deze initiatieven ontwikkelden zich tot instellingen die

actief waren op het terrein van de wijkverpleging, waarbij soms ook hulp in de huishouding geboden werd in 'gezinnen waar de moeder door ziekte haar taak niet kan vervullen'. Via hulp bij bevallingen en kraamverzorging, wijkverpleging en gezinsverzorging (door 'pleegzusters' of 'wijkzusters') ondersteunde men de gezinnen van arme mensen. De wijkzusters waren wat later gezinsverzorgsters zouden gaan heten, de pleegzusters waren de latere wijkverpleegkundigen. Gezinshelpsters verleenden 'assistentie van huishoudelijke aard'. Hier zien we de driedeling die we nu ook kennen: wijkverpleging, verzorging en huishoudelijke hulp.

1.4 Ontstaan en ontwikkeling van de 'kruisbeweging'

De initiatieven in de vorm van plaatselijke verenigingen ontwikkelden zich naar meer geprofessionaliseerde en meer doelgerichte kruisverenigingen, die zich richtten op 'verpleegarbeid en het sociaal-hygiënische werk'.¹⁰ De 'kruisbeweging' ontstond als voorziening ter bestrijding van epidemische ziekten, zoals tuberculose, cholera en malaria, het zorgen voor materialen, en zij droeg zorg voor 'barakken, kribben, matrassen, dekens', het opleiden van ziekenverplegers en -verpleegsters en van desinfecteurs, en het verlenen van hulp bij zo'n epidemische ziekte. Aanleiding was de Wet op de besmettelijke ziekten uit 1872 die voorzieningen tegen besmettelijke ziekten mogelijk maakte.

De eerste kruisvereniging ontstond in Noord-Holland in 1875, in Hilversum, onder de naam het Witte Kruis, en beperkte zich tot Noord-Holland. De 'kruisbeweging' verspreidde zich over heel Nederland, onder de naam het Groene Kruis. In 1921 werd een landelijke opleiding voor wijkverpleegsters opgericht, 'met als doel deskundige wijkzorg in het kader van de ziekenzorg thuis, de tuberculosebestrijding en de kinderhygiëne'.¹¹ De organisatiestructuur ontwikkelde zich doordat de plaatselijke Groene Kruisverenigingen die in gemeenten waren opgericht, samen werden gebracht in provinciale verenigingen, die op hun beurt weer samenwerkten in een landelijk bureau.

Tussen en na de twee wereldoorlogen tot aan de jaren zestig van de vorige eeuw ontwikkelde de zorg voor gezinnen en thuiswonende ouderen zich via de lijnen van de verzuilde staat: het Groene Kruis (opgericht in 1901) vanuit een algemene levensopvatting, het Wit-Gele Kruis (opgericht in 1926¹² als R.K. Wijkverpleging) vanuit de katholieke zuil; het Oranje-Groene Kruis (vanaf 1932 als protestants christelijke wijkverpleging en sinds 1948 onder de naam Oranje-Groene Kruis functionerend) vanuit de protestantse zuil. De kruisverenigingen maakten alle onderdeel uit van de op zuilbasis georganiseerde gezondheidszorg. Het Wit-Gele Kruis bijvoorbeeld ontstond uit de Vereeniging R.K. wijkverpleging, de Vereeniging R.K. Hulp in de huishouding en de Vereeniging R.K. Kraamverzorging en werkte

samen met rooms-katholieke ziekenhuizen. Uit het Wit-Gele Kruis kwam een ziekenhuisverzekering voort, waar alleen de leden van de plaatselijke verenigingen zich bij konden verzekeren.

De lokale kruisverenigingen kregen een fysieke inbedding in de dorpen en steden via wijkgebouwen, soms met een woning erbij voor de wijkverpleegsters of een beheerder, een opslagruimte voor verpleegartikelen, een verbandkamer en een bestuurskamer. De wijkgebouwen waren de uitvalsbases voor de wijkverpleegkundigen, de gezinsverzorgsters en de gezinshelpsters. Later werden er consultatiebureaus voor zuigelingen gehuisvest. De wijkverpleegsters vergroeiën met de bevolking. 'De nuttigste burgers' werden zij genoemd.¹³

De taken die de kruisverenigingen zich toe-eigenden waren breder dan de bestrijding van en de hulp bij epidemieën en ziekenzorg thuis. Ziekenverpleging thuis was primair doel, maar daarnaast verrichtten de kruisverenigingen 'verpleging in het kraambed door bakers, kraamverzorgsters of kraamverpleegsters', gericht op de bevordering van 'de hygiëne van moeder en kind'. Doel was de bestrijding van kindersterfte. Daartoe werden consultatiebureaus voor zuigelingen opgericht. Verder werd 'huiszorg' (gezinsverzorging) geboden als de moeder in het gezin door ziekte verhinderd was om het huishouden te doen. Voorlichting werd gegeven om alcoholisme, geslachtsziekten, prostitutie en tuberculose te bestrijden. Dit was het sociaalhygiënische werk dat hiervoor al genoemd werd. Provinciale kruisverenigingen beheerden rusthuizen; een sanatorium; consultatiebureaus voor de voor- en nazorg van geestesziekten, bureaus voor opvoedingsmoeilijkheden en kleuterkoloniehuisen; een school voor maatschappelijk werk; een opleiding voor wijkverpleegster en cursussen ter opleiding van bakers. De landelijke bureaus 'bestudeerden de grote vraagstukken op het gebied van de gezondheidszorg (...) en zijn (daardoor) in staat om haar leden bij hun werk voorlichting en leiding te geven'.¹⁴

De kruisverenigingen waren particulier initiatief, zonder overheidsbijdragen. De leden van de verenigingen betaalden de kosten. In 1940 hadden de 1.300 plaatselijke kruisverenigingen ongeveer 3,2 miljoen leden – op een bevolking van negen miljoen.¹⁵ Zoals het handboek *Nederlandsch Bestuursrecht*¹⁶ uit 1934 het formuleerde: 'De leden hebben (...) offers van tijd en geld gebracht en zonder steun van de overheid, veel bereikt.' Op het gebied van het sociaalhygiënisch werk liet de overheid het 'opvoedend werk (over) aan de particuliere krachten, die zij opwekt, steunt en eenigermate leidt'.¹⁷ De dominante opvatting in de periode tussen de twee wereldoorlogen was nog steeds dat de overheid een secundaire taak had ten aanzien van zieken en ziekten. Maar de rol van de overheid in de gezondheidszorg veranderde geleidelijk van *laissez faire* naar een begin van mede dragen van de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid, ook in financieel opzicht.

Eind jaren twintig van de vorige eeuw besloot de rijksoverheid de aanpak van de tuberculose, de zuigelingen- en kindersterfte structureel te gaan subsidiëren en daarbij de kruisverenigingen aan te wijzen als centrale uitvoerders van deze zorg. De eisen die de rijksoverheid daarmee aan de besturen van de kruisverenigingen stelde, betekenden dat de overheid zich daadwerkelijk ging bemoeien met de zorg. De rijksoverheid nam de regie over de organisatie van de kraamzorg en de kinderhygiëne. De ziekenverpleging aan huis bleef in beheer van de kruisverenigingen.¹⁸ Het handboek uit 1934 concludeerde: ‘Scherpe lijnen of grenzen, zoals men die in de vorige eeuw trok, zijn nu niet meer mogelijk.’ De kruisverenigingen werden soms gesteund door gemeenten en fondsen. In 1931 werd het Preventiefonds ingesteld, waaruit kruisverenigingen in financiële moeilijkheden werden geholpen met een bijdrage in de salarissen van de wijkverpleegsters.

De Tweede Wereldoorlog veroorzaakte een verslechtering van de algemene gezondheidstoestand. Kindersterfte en besmettelijke ziekten zoals tuberculose namen weer toe. Voedselgebrek in de Hongerwinter verstoorte gezinsverbanden, huisvestingsproblemen maakten het kruiswerk problematisch. Op het – voor zover mogelijk – oplossen van deze problemen lag het accent van de activiteiten van het kruiswerk. Belangrijk oogmerk van de kruisverenigingen was zo veel mogelijk los van Duitse invloeden het werk voort te zetten. Het ‘sociaalhygiënisch werk’ werd uitgebreid met de bestrijding van geslachtsziekten.

1.5 Kruiswerk en gezinsverzorging

Aan het eind van de Tweede Wereldoorlog waren veel gezinnen ontwricht.¹⁹ Vanuit het belang dat werd gehecht aan huwelijk en gezin werd gepleit voor de invoering van zorg voor gezinnen in moeilijkheden. Instellingen voor gezinsverzorging moesten die taak gaan uitvoeren. Doel van de inzet van gezinsverzorgsters was de bevordering van ‘een goede gang van zaken in de gezinnen’ en ook ‘het geestelijke en moreele en sociale niveau van de gezinnen te verhogen’. Er kwamen twee soorten gezinsverzorgsters. Gezinsverzorgsters A werden ingezet wanneer de huisvrouw ziek of tijdelijk afwezig was en gezinsverzorgsters B als er sprake was van een sociale indicatie, dat wil zeggen ‘om de achterstand van een gezin in te halen, de sfeer te verbeteren en het verantwoordelijkheidsbesef van de huisvrouw te vergroten’. In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw raakte deze zorg op de achtergrond. In plaats van beschaving en opvoeding stonden medische vragen centraal en de langdurige zorg voor chronisch zieken en ouderen. Wijkbejaardenzorg ontstond, met bejaardenhelpsters, en gespecialiseerde gezinsverzorging voor mensen met psychosociale problemen.

Het kruiswerk veranderde toen de problemen die waren voortgevloeid uit de bezettingsperiode weer beheersbaar waren. Nieuwe taken dienden zich aan of werden



*Wijkverpleegster met een Berini bromfiets in overleg met de dokter, Castricum, 7 augustus 1952
(Nationaal Archief/Spaarnestad Photo/J.J.M. de Jong)*

gevonden en weer overgedragen aan gespecialiseerde organisaties: preventieve vaccinatie tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio. In 1957 namen de Provinciale Entadministraties dit over. De bestrijding van kindersterfte werd een taak van zuigelingen- en kleuterzorg. Groei en ontwikkeling van jonge kinderen werden gecontroleerd in de consultatiebureaus voor zuigelingen- en kleuterzorg, later Moeder- en Kindzorg genoemd en nog weer later Ouder- en Kindzorg of Consultatiebureau en tegenwoordig Jeugdgezondheidszorg. Bestaande activiteiten van het kruiswerk werden uitgebouwd en gemoderniseerd: de kraamzorg, verzorgen en verplegen van langdurig zieken thuis. Nieuwe activiteiten waren gymnastiek voor kraamvrouwen en voor ouderen; hulp bij levens- en gezinsproblemen; hulp bij de opvoeding van kinderen (Medisch Opvoedkundige Bureaus, die later opgingen in de Riaggs (Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) en daarmee onder de geestelijke gezondheidszorg vielen). Diëtisten kwamen in dienst. De tuberculosebestrijding werd in 1981 overgenomen door de basisgezondheidsdiensten. Taken die voorheen bij één organisatie lagen werden ondergebracht in gespecialiseerde organisaties. Wijkverpleegkundigen specialiseerden zich in bepaalde ziektebeelden, zoals reuma. Daar kwamen kankerbestrijding en revalidatie bij. Om de taken van de wijkverpleegkundigen te verlichten, ging de overheid vanaf 1970 de nieuwe functie van wijkziekenverzorgende financieren. De status van de wijkverpleegkundige veranderde. De historisch gegroeide 'dienende rol' paste niet meer; men ging professionele erkenning eisen. De moreel gemotiveerde zorg (en daardoor ook soms hinderlijk bevoogdend) veranderde in 'professionele dienstverlening'.²⁰ Samenhang, afstemming en taakverdeling ontstonden met andere hulpverleners in de wijk, zoals de huisartsen en het maatschappelijk werk. Wijkverpleegkunde was een eigen specialisme geworden met een eigen status. De wijkverpleegkundige was een professional geworden.

Deze verbreding van taken betekende een extra druk op de financiën van de kruiswerkorganisaties. Vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw stelde de overheid voor specifieke taken subsidie beschikbaar. Deze rijkssubsidie maakte een groei van het aantal instellingen mogelijk. De subsidiëring betrof eerst alleen de personeelskosten voor de tuberculosebestrijding. Vanaf 1952 werden ook de personeelslasten voor andere preventieve taken gesubsidieerd. In totaal vielen op dat moment 2.800 wijkverpleegsters onder deze regeling. Een andere subsidiestroom naar de kruisverenigingen was die voor de kinderhygiëne. De consultatiebureaus kregen subsidie en er was geld beschikbaar voor een overkoepelende organisatie. De kruisverenigingen konden voorts een bijdrage krijgen voor hulp aan reumapatiënten en er waren incidentele subsidies voor de bouw en inrichting van wijkcentra en ontsmettingsdiensten. De overheid subsidieerde verder de herinrichting van wijkcentra ten behoeve van vaccinatieprogramma's.

1.6 Verzekerd voor zorg: de Algemene wet bijzondere ziektekosten

Om te komen tot één wettelijke financieringsregeling voor de op dat moment nog met contributies en uiteenlopende subsidies gefinancierde kruisverenigingen werd in 1980 een 'basispakket' van zorg ten laste gebracht van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ, in werking getreden in 1968): zuigelingen- en kleuterzorg, voorlichting, wijkverpleging, uitleen van verpleegartikelen en jeugd-gezondheidszorg. Andere voorzieningen bleven apart gefinancierd, zoals de geslachtsziekten- en de tuberculosebestrijding. De kraamzorg was al eerder een verstrekking geworden op grond van de Ziekenfondswet (Zfw).

De verzorgingsstaat nam over wat vanuit de samenleving was ontstaan en droeg er zorg voor dat de activiteiten van kruiswerk en gezinszorg een wettelijke basis kregen. Kenmerk van de AWBZ was dat het een verzekering van staatswege was waar men recht op kon laten gelden. Kortom: het krijgen van zorg werd een recht in plaats van een gunst. Idealisme en gebondenheid aan een zuil werden vervangen door professionalisme.

Nieuwe taken kwamen er voor het kruiswerk bij, zoals de zorg voor terminale patiënten en mensen die na ziekenhuisopname nog nazorg thuis nodig hadden als gevolg van de kortere opnametijd in de ziekenhuizen. Samenwerking met de eerstelijnszorg,²¹ zoals huisartsen en het maatschappelijk werk, werd daardoor noodzakelijk evenals de wens om te komen tot taakafbakening en afstemming tussen kruiswerk en gezinszorg. Als gevolg van deze institutionele en inhoudelijke ontwikkelingen fuseerden in 1977 de drie landelijke kruisorganisaties. Lokaal en regionaal ontstonden thuiszorgorganisaties waarin kruiswerk, gezinsverzorging en kraamzorg samengingen en niet meer identiteitsgebonden waren. De zo ontstane organisaties werkten vanuit algemene professionele en zakelijk organisatorische uitgangspunten. Van de 1.400 lokale organisaties waren er in 1990 nog 150 over, die zich verzamelden in de koepelorganisatie ActiZ. Onder invloed van de stimulering van marktwerking in de thuiszorg zijn in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw veel meer thuiszorgbedrijven ontstaan. Volgens de Kamer van Koophandel²² waren er in april 2010 10.394 thuiszorgondernemingen: aantal starters 215 en aantal stoppers 85. Onder dit grote aantal zitten veel zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers), eenpersoonsbedrijfjes dus. In 2010 boden 1.284 zorgaanbieders 'extramurale' zorg.²³

1.7 Veranderingen in de organisatie van de thuiszorg

Onder invloed van overheidsbesluiten, de ontzuiling en de professionalisering van de zorg zelf én van de organisatie van de zorg veranderde de organisatorische vormgeving van de thuiszorg. Dat begon in 1967, toen de overheid de sub-

sidieregeling wijzigde waaruit de gezinszorginstellingen gefinancierd werden. Er werden eisen gesteld aan de minimumomvang van de instellingen, waardoor een fusiegolf ontstond. Fusies werden mogelijk doordat de verzuilde organisaties als gevolg van de ontkerkelijking naar elkaar toe groeiden. Voor de gezinszorg werd in 1974 door de overheid een uniforme methode van indicatiestelling ingevoerd. Daarin werd voor bepaalde doelgroepen het aantal uren hulp voorgeschreven. In 1989 werd de gezinszorg ondergebracht in de AWBZ in de vorm van een subsidieregeling, met als belangrijke elementen: introductie van productieafspraken via een overeenkomst over uren verzorging en uren alfahulp (voor huishoudelijke hulp); een richtlijnbedrag per uur verzorging of hulp en harmonisatie van de eigen bijdrage voor de verzorging of huishoudelijke hulp. Het kruiswerk was onderdeel van de gezondheidszorg, terwijl de gezinszorg tot dat moment werd gezien als maatschappelijk werk.²⁴ Met de invoering in de AWBZ werd de gezinszorg (inclusief de huishoudelijke hulp) een onderdeel van de gezondheidszorg.

1.8 Van districtskruisvereniging naar zorgconcern

Eind jaren tachtig van de twintigste eeuw veranderde de organisatie van de thuiszorg razendsnel. Almekinders²⁵ beschrijft hoe in de Achterhoek in vijf tot tien jaar één grote thuiszorgorganisatie ontstond. In het hele land vond op ongeveer gelijke wijze deze ontwikkeling plaats. In 1999 werd uit één districtskruisvereniging (wijkverpleging) en drie instellingen voor maatschappelijke dienstverlening (gezinszorg) de Zorggroep Oost-Gelderland gevormd. De districtskruisvereniging bood ziekenverzorging en wijkverpleging bij mensen thuis, jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus) en diëtetiek.²⁶ Nagenoeg elke stad of dorp had, aldus Almekinders, een eigen vestiging waar een hoofdwijkverpleegkundige leiding gaf aan wijkverpleegsters en wijkziekenverzorgsters. De wijkverpleegsters verpleegden 's ochtends ouderen en chronisch zieken, 's middags hielden zij spreekuur op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters en boden zij opvoedingsondersteuning. De wijkverpleegkundige stelde de indicatie: met welke problemen men als gevolg van een ziekte kampte en welke verpleegkundige handelingen verricht moesten gaan worden. Omdat de financiering plaatsvond via een *lumpsum* (vast bedrag), werd de zorg georganiseerd vanuit de mogelijkheden die het budget de organisatie bood.

De instellingen voor maatschappelijke dienstverlening hadden twee poten: gezinszorg en maatschappelijk werk. Gezinszorg bestond uit huishoudelijke hulp en verzorging van ouderen en chronisch zieken. De leiding aan en de planning van de werkzaamheden was in handen van een leidster gezinsverzorging. De gezinszorg kreeg subsidie, waarvan de omvang jaarlijks werd vastgesteld. Net als de wijkverpleegsters stelden de gezinszorginstellingen zelf de indicatie.

Halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw stimuleerde de landelijke overheid de totstandkoming van fusies tussen districtskruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. Doel was te bezuinigen op de totale kosten die werden uitgegeven aan verzorging en verpleging. De fusie die Almekinders beschrijft, leidde tot een ingrijpende organisatorische verandering, gekenmerkt door het opsplitsen van taken en soms samenvoeging van taken in aparte afdelingen. De wijkverpleegkundige, die ook 's avonds en in het weekend zorg ging verlenen, was niet langer aanspreekpunt in een dorp of buurt. Die taak werd overgenomen door een *callcenter*. De indicatie voor wijkverpleging werd samengevoegd met die voor gezinszorg en ondergebracht in een aparte afdeling. Jeugdgezondheidszorg en wijkverpleging werden gesplitst en in afzonderlijke afdelingen ondergebracht. Ze werden ervaren als twee aparte disciplines (respectievelijk preventie en curatieve zorg) die niet met elkaar strookten. Wijkverpleging en verzorging vormden samen een eigen afdeling en de huishoudelijke hulp werd in een aparte afdeling ondergebracht.

In 2000 sloten twee zorgorganisaties zich aan, waarna de ZorgGroep Oost-Nederland ontstond. Kenmerkend voor de nieuwe organisatie was de functionele opsplitsing tussen wijkverpleging en verzorging, huishoudelijke hulp, diëtetiek, algemeen maatschappelijk werk, kinderopvang, kraamzorg, een callcenter en een cursusbureau (met cursussen voor klanten) én dat de samenstellende delen hun eigen identiteit probeerden te behouden. In de nieuwe organisatie zaten ook verzorgingshuizen en in 2001 trad een verpleeghuis toe. In datzelfde jaar werden een failliete kraamzorg- en thuiszorgorganisatie overgenomen. Er ontstond een zorgconcern met de naam Sensire, met (in 2005) een omzet van 160 miljoen euro en zo'n 7700 medewerkers (3600 fte's) en 48.000 klanten.²⁷

De geschiedenis van deze zorginstelling gaat uiteraard nog verder dan de periode die Almekinders heeft beschreven: na een mislukte landelijke fusie en ontbinding van de gefuseerde organisatie is Sensire nu weer een zelfstandige instelling.

Het hiervoor geschetste beeld is exemplarisch voor de ingrijpende ontwikkelingen in wat tegenwoordig de thuiszorg heet. Verspreid over heel Nederland was sprake van een dergelijke concentratie van instellingen en de functionele opsplitsing in afdelingen. Niet alleen de invloed van de rijksoverheid speelde daarbij een belangrijke rol maar ook organisatiethoretische ideeën over de voordelen van schaalgrootte. De opvatting was dat daardoor financieel voordeel kon worden bereikt. Ook was de aanname dat in één organisatie samenhang, afstemming en samenwerking van de verschillende zorgvormen beter mogelijk zouden worden; allemaal ten gunste van de klant – hoewel de afdelingsstructuur en de wens de eigen identiteit te behouden de tegenkrachten vormden. De landelijke discussie sinds de jaren negentig van de vorige eeuw over de invoering van marktwerking bevorderde de fusietendens.²⁸ Voor een goede onderhandelingspositie ten

opzichte van de financier (het zorgkantoor) achtte men grootschaligheid nodig. Men zocht ‘marktmacht’.

Als gevolg van de grootschaligheid kwam in de loop van de tijd steeds sterker de nadruk te liggen op beheersbaarheid, wat zich uitte (en nog steeds uit) in de organisatorische en bedrijfseconomische vormgeving van de thuiszorginstellingen. Hoe dat concreet uitpakt komt verderop in dit boek ter sprake.

1.9 Gebruik van thuiszorg begin eenentwintigste eeuw

Wie maken gebruik van thuiszorg in de jaren na de eeuwwisseling, of om het in commerciële termen te formuleren: wat is de markt van de thuiszorg?

Iets meer dan twintig procent van de 65-plussers maakt er gebruik van. In Nederland zijn 2,3 miljoen mensen ouder dan 65 jaar (op een bevolking van 16,3 miljoen), dat wil zeggen veertien procent van de bevolking. In totaal maakten in 2007 bijna een half miljoen mensen gebruik van thuiszorg, vooral mensen met lage inkomens – meer dan mensen met een hoger inkomen. Van de vrouwelijke vijftigplussers uit de laagste inkomensklasse maakte in 2004-2006 28 procent gebruik van thuiszorg, van de oudere vrouwen uit de hoogste inkomensklasse vier procent; bij de mannen van vijftig jaar en ouder waren die percentages respectievelijk veertien en twee.²⁹

Hoe zit het met leeftijd van de gebruikers van thuiszorg? 63 procent van de gebruikers was ouder dan 65 jaar. Zes van de tien tachtigplussers gebruikte in 2006 thuiszorg of zorg in een verzorgings- of verpleeghuis. Het gebruik van thuiszorg (of intramurale³⁰) zorg is hoger bij alleenstaanden en bij vrouwen dan bij dan bij tachtigplussers uit meerpersoonshuishoudens en mannen. Vrouwen wonen vaker in een eenpersoonshuishouden en leven langer dan mannen. Hun laatste levensjaren leven zij vaker met fysieke beperkingen, waardoor ze zorg nodig hebben. Gewrichtsslijtage is de belangrijkste aandoening. Tachtigplussers van buitenlandse, niet-westerse herkomst kregen in 2006 minder zorg dan westerse allochtone tachtigplussers. In 2006 was één procent van de tachtigplussers van buitenlandse herkomst. Turkse en Marokkaanse ouderen ontvingen de minste zorg. De informele zorg is groot onder deze bevolkingsgroepen.

Er is een verschuiving zichtbaar van zorg in verzorgings- en verpleeghuizen naar thuiszorg. Meer mensen blijven thuis wonen. Verzorgingshuizen krimpen. De behoefte aan thuiszorg steeg en ook het aantal mensen dat thuiszorg krijgt.³¹ In de loop der jaren is de groep die thuiszorg gebruikt (huishoudelijke hulp en verzorging en verpleging) gestegen van 274.948 cliënten in 1997 naar 496.555 cliënten in 2007.

In 1998 bedroeg het aantal uren huishoudelijke zorg, verzorging en verpleging 59.939.000. In 2006 was dit gestegen naar 93.265.254 uren, waarvan 50,4

miljoen uren huishoudelijke hulp (zonder het persoonsgebonden budget, het PGB).³² Het gemiddelde aantal uren thuiszorg per cliënt is 3,7 uur.

Hoe ziet naar verwachting de toekomstige vraag eruit in vergelijking met die van nu? Het aantal uren verpleging steeg tussen 2000 en 2006 met honderd procent; het aantal uren verzorging met zeventig procent en het aantal uren huishoudelijke verzorging met zesenvijftig procent. Dat zijn grote groeicijfers,³³ die samenhangen met een vergrijzende bevolking.³⁴ Het percentage 65-plussers zal stijgen naar bijna 24 procent van de bevolking in 2038, dat zijn vier miljoen mensen. Als van hen twintig procent thuiszorg zou krijgen, gaat het om achthonderd-duizend mensen. Onderzocht is de verwachte groei in de vraag naar thuiszorg. Tussen 2006 en 2030 zal het aantal 65-plussers met 63 procent groeien. De vraag naar thuiszorg zal toenemen met 32 procent, maar het *feitelijke gebruik* zal met 25 procent groeien. De verwachting is dat de ouderen van morgen – ook de verweduwd vrouwen – gezonder en welvarender zullen zijn dan de generaties vóór hen. Zij zullen minder snel van publieke zorg gebruikmaken en meer zelf willen regelen en kunnen betalen.³⁵

De demografische verwachting is dat na 2040 de trend zal ombuigen en het percentage ouderen snel zal dalen.

1.10 Groeiende overheidsbemoeienis

Kruiswerk en gezinsverzorging waren laagdrempelig, men kon er zonder verwijfsbriefje of officiële indicatie terecht met allerlei klachten. De wijkverpleegkundige of de leidster gezinszorg stelde vast wat er moest gebeuren. De overheid bemoeide zich daar niet mee. In de jaren zeventig van de vorige eeuw was ongeveer tachtig procent van de bevolking lid van een kruisvereniging. De groeiende verzorgingsstaat nam de werkzaamheden op het gebied van verzorging en verpleging, die in de samenleving ontstaan waren, in zich op. Dat autonome proces werd mede gevoed door kritiek op de versnippering en de soms gebrekkige managementkwaliteiten van de leiding van de bureaus en verenigingen. Vanaf 1974, toen de Structuurnota Gezondheidszorg werd uitgebracht, werd de rol van de overheid in de gezondheidszorg versterkt, ook als gevolg van de wens de kosten van de zorg in de hand te houden. De ‘geleide ontwikkeling’ van de gezondheidszorg stond in deze nota centraal. Via een uitgebreid planningssysteem moest de overheid ‘reguleren wie in de zorgsector welke diensten zou gaan leveren, op welke plaats, in welke omvang en tegen welke prijs’.³⁶ De overheid diende de voorzieningen in de gezondheidszorg beleidsmatig te ordenen en binnen regio’s op elkaar af te stemmen. In de nota werd gepleit voor de invoering van drie beheersingsinstrumenten: een volksverzekering tegen ziektekosten (waarin de aanspraken werden vastgelegd en de financiering), een Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG; daarin zou het aanbod aan voorzieningen kunnen wor-

den gepland) en een Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg; waarmee de prijzen en tarieven beheerst konden worden). Centrale bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheidszorg kwamen in de plaats van zelfregulering en ‘ongeplande historische veranderingsprocessen’ en ‘de daarmee verbonden “wild- en scheefgroei”’, aldus de nota.

Van Elteren en anderen³⁶ constateren dat de nota tot eind jaren tachtig het beleid voor de gezondheidszorg bepaalde. De afstand tussen overheid en instellingen werd vergroot. Consensus en compromis stonden niet meer centraal in de onderlinge verhoudingen tussen de instellingen zelf en tussen de instellingen en de overheid, maar belangenbehartiging en strategisch gedrag. ‘Relaties verzuren en het veld gaat de problemen die ervaren worden steeds meer op de stoep van de overheid neerleggen. Mede in reactie daarop trekt de overheid steeds meer bevoegdheden naar zich toe, maar blijkt ondanks verregaande bestuurlijke bevoegdheden niet goed in staat om adequate oplossingen voor de problemen te ontwikkelen,’³⁷ somberen ze.

Concreet betekende de toenemende overheidsinvloed dat de indicatiestellingen vanaf eind jaren negentig niet meer door de instellingen zelf gedaan mochten worden. Er werden zo’n tachtig regionale indicatieorganen (RIO’s) opgericht die ‘integraal, gestructureerd, objectief en onafhankelijk’ moesten gaan vaststellen op welke zorg iemand aanspraak kon maken krachtens de AWBZ. Met integraal werd bedoeld dat ook ‘met omgevingsfactoren’ (bijvoorbeeld de woning waarin men woont) rekening gehouden moest worden. Met gestructureerd dat ‘de indicatiestelling (...) volgens een uniforme procedure en op basis van eenduidige criteria’ plaats diende te vinden. Objectief betekende dat de rechten werden vastgesteld los van ‘het subjectieve belang (mogelijk overvragen) van de hulpvrager’. En ‘onafhankelijk’ betekende dat los van de ‘vooral bedrijfsgebonden en financiële belangen van zorgaanbieders, financiers/zorgverzekeraars’³⁸ moest worden geïndiceerd. In 2005 werden de tachtig onder verantwoordelijkheid van gemeenten vallende indicatieorganen in één landelijke organisatie gebracht, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Daardoor ontstond de mogelijkheid voor de overheid om de indicatiestelling verder te objectiveren (op basis van de International Classification of Functions³⁹) en te uniformeren. Doordat deze landelijke organisatie een taakorganisatie van de landelijke overheid was en is, kan de overheid via deze organisatie de rechten van zorgvragers in omvang en mate sturen. Concreet betekent dit dat als het beroep op de AWBZ te omvangrijk is, het CIZ de opdracht krijgt om minder mensen minder uren zorg toe te kennen. De drempel die toegang geeft tot de AWBZ wordt via indicatiestelling verhoogd en de rechten worden beperkt.

1.11 Marktwerving in de zorgsector

En 'op de achtergrond kantelt ondertussen de tijdgeest'. Eind jaren tachtig van de vorige eeuw komt het neoliberalisme op, met een ingrijpende herwaardering van het marktdenken. Het rapport van de commissie-Dekker (1987) speelt hierop in. De commissie wil gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing invoeren. Zorgverzekeraars en instellingen moeten met elkaar gaan concurreren om klanten. 'Zorgvernieuwing' moet zorgen voor meer verscheidenheid naar plaats waar de zorg verleend wordt, de manier waarop de zorg gerealiseerd wordt en de vorm waarin ze verleend wordt. 'Vraagsturing' moet de zorg op de individuele wensen van de patiënten en cliënten afstemmen. Achterliggende veronderstelling is dat door de introductie van marktwerving de zorg doelmatiger zal worden: een betere prijs-kwaliteitverhouding zal zorgen voor kostenvermindering. En de zorginstellingen zullen door de concurrentiedwang meer rekening gaan houden met hun 'klanten' in een geïndividualiseerde samenleving. 'Ontvoogding' heette dat: niet de zorginstelling bepaalt wat goed is maar de gebruiker, de klant van de instelling.

Marktwerving veronderstelt een andere manier van kijken naar de zorg, namelijk vanuit het economisch belang van de zorg in plaats van vanuit de caritasgedachte.⁴⁰ Zorginstellingen worden gezien als normale bedrijven die op rendement gericht zijn. Ze moeten ervoor zorgen elk jaar geld over te houden. Ondernemerschap staat centraal. De kern van marktwerving in de thuiszorg is concurrentie tussen de thuiszorginstellingen om de klant, waardoor ze beter zouden functioneren: goedkopere zorg leveren van een betere kwaliteit en met meer aandacht voor de mensen aan wie ze zorg leveren. De invoering van de onafhankelijke indicatie, dus los van instellingen, zoals hiervoor beschreven, maakte het voor klanten mogelijk te kiezen, waardoor de instellingen gedwongen werden met elkaar te gaan concurreren. Om de concurrentie verder te bevorderen, werden nieuwe thuiszorginstellingen toegelaten. Verzorgingshuizen werden gestimuleerd om in hun omgeving thuiszorg te gaan bieden, in het bijzonder aan de bewoners in de aanleunwoningen die uiteraard ook verouderden en meer hulpbehoevend werden.

In de praktijk pakte de beleidsvrijheid wat anders uit. Zoals Breedveld constateert, hebben de instellingen deze vrijheid vooral gebruikt 'om zelf via strategische keuzes vorm te geven aan de structuur en ordening van de branche'.⁴¹ We zagen het eerder: schaalvergroting vond in de jaren negentig plaats door fusies tussen kruiswerk- en gezinsverzorgingsinstellingen en vervolgens, sinds het midden van de jaren negentig, door fusies van deze thuiszorginstellingen met verzorgings- en verpleeghuizen, soms een ziekenhuis, een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg of voor geestelijke gezondheidszorg. Grote fusieconcerns ontstonden, zoals Sensire in het oosten van Nederland, later opgegaan in het nog grotere concern Meavita en weer later, na de deconfiture van Meavita, opnieuw zelfstan-

dig. En Espria (van Noord-Holland tot Groningen om het IJsselmeer heen) met kraamzorg, kinderopvang, jeugdgezondheidszorg, thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen, geestelijke gezondheidszorg, in een personele unie met woningcorporatie Woonzorg Nederland, met verzorgingshuizen, aanleunwoningen en seniorencomplexen. Of de Rivas Groep in Gorcum met een ziekenhuis, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en maatschappelijke dienstverlening. Doel van de fusies was vooral de concurrentie te verminderen en als machtsfactor te kunnen onderhandelen met de financier. *Economies of power* heet dat in jargon. Naast de bestaande, uit de traditionele kruiswerk- en gezinszorginstellingen door fusies voortgekomen grote thuiszorginstellingen ontstonden commerciële thuiszorgbureaus. We zagen al dat er meer dan tienduizend thuiszorgbedrijven (vooral eenpersoonsbedrijfjes) zijn. In 2008 bedroeg het totale thuiszorgbudget 2,9 miljard euro AWBZ-thuiszorg en één miljard euro Wmo-thuiszorg (Wet maatschappelijke ondersteuning). Het aantal medewerkers in de thuiszorg, zowel in de uitvoering als in de ondersteuning, bedraagt circa 184.000. Een snel opkomende thuiszorgorganisatie bleek Buurtzorg, met een opvallende groeipotentie. In enkele jaren groeide de omzet daarvan van één miljoen in 2007 naar veertig miljoen in 2009, een groei van 3.683 procent zoals *Het Financieel Dagblad* zijn lezers voorrekenende (3 november 2010). In 2010 groeide Buurtzorg verder door naar tachtig miljoen euro omzet. In 2011 probeert een Amerikaanse thuiszorgorganisatie, Home Instead Senior Care, in Nederland voet aan de grond te krijgen met een franchiseorganisatie. Met 'zorg op maat, persoonlijke aandacht en een buurtgerichte aanpak' wil deze organisatie zich onderscheiden.⁴²

De veranderingen in de thuiszorg weerspiegelen de veranderingen in de samenleving. De zorg wordt gemoderniseerd: gerationaliseerd en geobjectiveerd. Zorginstellingen worden zorgbedrijven, maar ze staan sterk onder invloed van de overheid. Of iemand zorg kan krijgen en dus klant kan worden van een thuiszorgorganisatie, wordt bepaald door een indicatieorgaan. Het CIZ⁴³ bepaalt welke zorg iemand kan krijgen en hoeveel tijd de verzorgende mag besteden aan deze zorg. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ)⁴⁴ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beschrijven elke handeling limitatief en voor elke handeling worden een hoeveelheid tijd en een prijs vastgesteld. In 1999 werd de productregistratie ingevoerd om 'uniform en betrouwbaar' de 'contacttijd per thuiszorgproduct' te registreren, afgerond op maximaal vijf minuten.⁴⁵ Zorg moet zo een helder gedefinieerd 'product' worden, over de prijs waarvan door de zorginstelling met zijn financier onderhandeld kan worden. Niet de specifieke situatie van de cliënt wordt beoordeeld, maar de objectieve, voor iedereen geldende gevolgen van medische problemen voor het zelfstandig kunnen functioneren. Niet de wijkverpleegkundige doet de intake en stelt vast wat er moet gebeuren, niet de klant zelf bepaalt wat hij nodig acht gezien zijn problemen, dat doet een overheidsinstelling.

Deze aanpak brengt een objectivering met zich mee van de beroepen in de thuiszorg, constateert Van der Boom in haar proefschrift.⁴⁶ Het beroep van wijkverpleegkundige met een welomschreven eigen domein verandert in een functie die bepaald wordt door protocollen en standaarden. Ze is van mening dat er sprake is van *deprofessionalisering* van het beroep van wijkverpleegkundige. Zelfstandig op basis van de eigen kennis en kunde inschatten wat iemand nodig heeft, is niet mogelijk. Dat doet het indicatieorgaan. Zelfstandig op basis van de eigen professionaliteit uitvoeren van de benodigde handelingen wordt beperkt doordat de handelingen strak omschreven zijn in protocollen en procedures en ook de tijd die voor elke handeling nodig is, is door derden is vastgesteld. Van der Boom stelt: *‘During the last several decades, the leeway for home nurses in daily practice and the freedom to make independent decisions based on professional expertise, skills and experience have become more limited by an increasing use of guidelines and standardised protocols in nursing.’*

De zorg is gebureaucratiseerd, vindt zij. Tegelijkertijd constateert ze dat mantelzorg (de zorg van familie en vrienden voor iemand) een professie wordt. Er zijn cursussen voor mantelzorgers. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ingevoerd in 2008, bepaalt dat ‘mantelzorgondersteuning’ een wettelijke taak van gemeenten is. ‘Gespecialiseerde mantelzorg’ ontstaat, waarbij de familie een aandeel heeft in en onderdeel uitmaakt van de behandeling van een ziekte, zoals schizofrenie en psychoses of van chronische ziekten. De kritiek van Van der Boom dat in de AWBZ het werk van de wijkverpleegkundige is versmald tot enkel verpleegtechnische handelingen is in een advies⁴⁷ van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) overgenomen, overigens zonder haar te vermelden. Men adviseert een terugkeer naar de wijkverpleegkundige functie. Eigentijds geformuleerd: er is behoefte aan een ‘generalistisch werkende zorgverlener in de wijk, additioneel aan de huisarts’. Het generalistische zit erin dat de verpleegkundige alle zorghandelingen verricht: van eenvoudige verzorging tot specialistisch verpleegkundige handelingen. En die zorg zou niet meer vanuit de AWBZ maar vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd moeten worden. Men kan zich dan verzekeren voor ‘verpleging/verzorging in de eigen omgeving’. Voor de zorginstellingen is de wijkverpleegkundige óók gewoon een productiefactor, die gedisciplineerd een bijdrage moet leveren aan de winst.

1.12 ‘Industrialisering’ van de thuiszorg

Adviezen zijn van papier. Voorlopig blijft de kritiek van Van der Boom overeind. De organisatie van de thuiszorg is niet gebaseerd op zorgconcepten, maar op industriële concepten, aldus Grypdonck.⁴⁸ Niet de expert met zijn professionele achtergrond staat centraal, maar diens instrumenten en de mogelijkheid om

zorghandelingen te tellen, te rubriceren en om te zetten in statistieken. *If you can't measure it, you can't manage it*, aldus Kaplan en Norton, de bedenkers van de Balanced Scorecard.⁴⁹ Zorghandelingen moeten daarom beschreven worden als 'producten': wat (de handeling) doet wie (met welke opleiding) en hoeveel tijd is daarvoor beschikbaar. De zorgorganisatie moet voor een slimme logistiek zorgen opdat voldaan kan worden aan de producteisen.

Wat deze ontwikkelingen betekenen voor de organisatie van de thuiszorg bespreken we in hoofdstuk 3. We zullen daar zien dat in de thuiszorg het taylorisme centraal is komen te staan, dat organisatiemodellen uit het bedrijfsleven zijn overgenomen en dat de overheid allerlei drukmiddelen ('programma's') heeft ingevoerd om de output van de thuiszorginstellingen (concreet bij mensen geleverde zorg) kwalitatief te verbeteren en goedkoper te maken. De instellingen moeten een efficiënte bedrijfsvoering combineren met de professionele behandeling van de problemen van de cliënt én persoonlijke support én belangstelling in de vorm van aandacht, begrip, troost en empathie. Dat wil zeggen aan de ene kant efficiency, met de nadruk op het financiële resultaat van de organisatie én de benadrukking van de kennis en de vaardigheden van de professional én de inzet van technische hulpmiddelen in de zorg en van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de bedrijfsvoering, en aan de andere kant de fysieke en emotionele steun.⁵⁰ Maar we lopen vooruit.

1.13 De AWBZ ter discussie

Onder invloed van de economische recessie is door de landelijke overheid een beweging in gang gezet naar opschoning van de AWBZ. De rechten waarop men krachtens deze wet aanspraak kan maken, worden verminderd. Indicaties worden verscherpt, waardoor alleen mensen met zware lichamelijke of geestelijke problemen in aanmerking komen voor zorg gefinancierd via de AWBZ. Eigen bijdragen werden uitgebreid en verhoogd. In 2008 werd de huishoudelijke hulp uit de AWBZ overgebracht naar de nieuwe, door de gemeenten uit te voeren Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Huishoudelijke hulp was niet langer een wettelijk recht. De gemeenten hebben 'compensatieplicht': de Wmo moet bevorderen dat burgers zelfstandig kunnen blijven wonen en leven ondanks beperkingen die men heeft. Via aanbesteding moeten zorginstellingen bieden op kavels. Een markt voor de levering van huishoudelijke hulp is gecreëerd. Uit gebrek aan ervaring en angst om buiten de boot te vallen deed een aantal thuiszorgorganisaties bidingen onder de kostprijs waardoor ze in de financiële problemen kwamen. Andere thuiszorginstellingen, zoals Icare in Meppel, zagen de bui hangen en stootten de huishoudelijke hulp af aan een schoonmaakbedrijf.

Vanuit het standpunt van de landelijke overheid is de Wmo een succes: het lukt de gemeenten om honderden miljoenen te bezuinigen op de huishoudelijke hulp.

In 2009 werd de AWBZ verder opgeschoond door bepaalde zorg (zoals begeleiding) niet meer subsidiabel te stellen. De oorspronkelijke doelstelling van de AWBZ werd benadrukt. Alleen mensen met langdurige zware problemen die grote kosten met zich meebrengen kunnen nog gebruikmaken van de AWBZ, zoals zeer oude gehandicapte mensen, dementerenden, zwaar lichamelijk gehandicapten, ernstig verstandelijk gehandicapten, ernstig psychiatrisch gestoorde. De kosten van mensen die weer gezond kunnen worden vallen onder de zorgverzekering. Mensen die voor zichzelf kunnen zorgen of zich met een beetje hulp van mantelzorg kunnen redden, kunnen geen beroep meer doen op de AWBZ. Sommige verpleegkundige handelingen die voorheen via de AWBZ werden gefinancierd, zijn bij de Zorgverzekeringswet ondergebracht en door de ziekenhuizen, die deze zorg eerst door thuiszorgmedewerkers liet uitvoeren, naar zich toegetrokken. In 2011 kwam het persoonsgebonden budget onder vuur te liggen. Veel te veel mensen maken er onterecht gebruik van, vindt de overheid. Van de 130.000 mensen die nu een PGB hebben zouden er maar 13.000 over mogen blijven. Dat zijn mensen die een indicatie voor opname in een intramurale instelling hebben. Als 117.000 mensen geen recht meer hebben op een PGB levert dat rekenkundig 1,4 miljard euro minder uitgaven op.⁵¹

1.14 Een strak geregleerde zorgmarkt

De thuiszorg wordt als een ‘industrie’ op een markt behandeld. Er is wel verschil tussen een commerciële markt en de thuiszorgmarkt; tussen commerciële bedrijven en zorginstellingen – ook al noemen instellingen zich onderneming. We zullen daar verderop in dit boek op terugkomen. Op de thuiszorgmarkt moeten ook politieke doeleinden worden gerealiseerd: betaalbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid. Dat betekent een grote mate van overheidsregulering en de dominante aanwezigheid van regulerende en controlerende bestuursorganen om de markt van de thuiszorg zodanig te laten functioneren dat deze politieke doeleinden gerealiseerd kunnen worden. Alle stappen in de gang van een burger door een zorginstelling worden gereguleerd en gecontroleerd. De reguleringen en controles zijn gebaseerd op uitgebreide wet- en regelgeving.

De zorg moet verricht worden volgens richtlijnen en gestandaardiseerde protocollen. Deze regels dienen door de instelling te worden gehandhaafd op straffe van korting op zijn budget. De overheid wil exact weten welke handelingen verricht worden voor de subsidies en of de handelingen verricht worden conform de indicatie van de cliënt en conform de procedures. Wetten stellen regels inzake de kwaliteit en de inspraak van cliënten. Transparantie is het codewoord.

Door de strakke inperking van de zorginstellingen is management – beheren en beheersen – noodzakelijk dominant in de thuiszorg. Dat er ondanks de intensieve overheidscontrole toch nog sprake is van allerlei excessen is eigenlijk verbazingwekkend.

1.15 Samenvatting: een sterk veranderende institutionele context

Grofweg kan de geschiedenis van het kruiswerk, de gezinsverzorging en de huishoudelijke hulp verdeeld worden over zes periodes (zie tabel 1.1). In de tijd vóór 1875 bestond zorg enkel uit armenzorg. Van 1875 tot het begin van de twintigste eeuw bestond zorg uit ziekenverzorging. Van het begin van de twintigste eeuw tot en met de Tweede Wereldoorlog werd de zorg uitgebouwd naar zorg voor ook de sociale gevolgen van ziekte of zwangerschap. De periode vanaf de Tweede Wereldoorlog kenmerkte zich door professionalisering, differentiatie en een toenemende overheidsinvloed. En vanaf 1990 tot net na de eeuwwisseling werd geleidelijk aan marktwerking in de zorgsector ingevoerd, met als kenmerken deprofessionalisering en industrialisering van de thuiszorg. Vanaf het begin van de eenentwintigste eeuw zoeken thuiszorginstellingen naar de mogelijkheid om de uitvoerende medewerkers weer wat meer vrijheid te laten.

De beschrijving van de ontwikkelingen in de thuiszorg toont drie ontwikkelingen.

De eerste ontwikkeling laat zien dat qua takenpakket de zorg bij mensen thuis niet zo erg veranderd is. Ziekenverzorging en ziekenverpleging thuis staan centraal. Er is minder aandacht voor besmettelijke ziekten – tuberculose is geen volksziekte meer – en meer aandacht voor psychogeriatrische problemen en chronisch zieken. Wel is de kijk op de zorg voor mensen ingrijpend veranderd. De zorg is niet gericht op verheffing van het volk. De moraliserende aanpak en de vanuit angst voor het gepeupel gemotiveerde zorg zijn losgelaten. Er is wel een andere moraal voor teruggekomen: mensen willen/moeten zo lang mogelijk thuis blijven wonen en daar verzorgd worden.

De zorg wordt nog steeds vooral door mensen met lage inkomens gebruikt. De overheid gaat er evenwel van uit dat zij goed in staat zijn voor zichzelf op te komen, ‘ontvoogding’ heet dat in een overheidsnota. ‘Vraagsturing’ en ‘cliënt centraal’ zijn de codewoorden. Ze verwoorden de kenmerken van de middenklasse, zoals ‘een hogere mate van zeggenschap, zelfredzaamheid en sociaaleconomische zelfstandigheid. Een geringe afhankelijkheid van toeslagen en verzorgingsstaatarrangementen en een zekere keuzevrijheid op economische markten (...)’.⁵² De gebruiker van de zorg moet dus een belangrijke bepalende rol hebben in de zorg, dat is de nieuwe optie. De onderliggende opvattingen dat zorg mensen helpt hun eigen leven te leiden en dat zij zo veel mogelijk voor zichzelf moeten zorgen zijn sinds de negentiende eeuw niet veranderd, evenmin als het idee dat de over-

Tabel 1.1 Overzicht van de relatie van ontwikkelingen in de sociale zekerheid en de zorg

periode	kenschets periode	kernthema	politiek/maatschappelijke doelen	sociale wetgeving (significante wetten)	kenmerken zorg
< 1850	particuliere en kerkelijke liefdadigheid	armenzorg is verantwoordelijkheid van de samenleving	verzachting lot van de armen	geen	- financiële hulp en/of in goederen - hulp is gunst en schept verplichtingen
1850-1890	liefdadigheid en stedelijke sociale politiek	idem; minimale verantwoordelijkheid van de staat	idem + verheffing van het gezin; eigen lot verbeteren; controle en disciplineren	1854 Armenwet 1872 Wet op de besmettelijke ziekten	- verpleging en bestrijding epidemische ziekten - 1875 eerste kruiswerkorganisatie
1890-1930	sociale kwestie; groei staatstussenkomst	armenzorg is ook geneeskundige armenzorg	groepen onder sociale zekerheid brengen: ouderen, zieken, kinderen, weduwen en wezen, invaliden	1901/1921 Ongevalwet 1913 Ziektewet 1913 Invaliditeitswet 1919 Ouderdomswet	kruiswerkorganisaties vanuit alle denominaties (katholiek, protestants, algemeen)
1930-1950		armenzorg en ziekenzorg zijn óók verantwoordelijkheid van de staat	sociale zekerheid vastleggen in wetgeving	1939 Kinderbijslagwet 1941 Ziekenfondsbe-sluit 1947 Noodwet Ouderdomsvoorziening 1949 Werkloosheidswet	kruiswerk breidt zich uit naar: - ziekenverpleging - kraamzorg - huiszorg (= gezinsverzorging)