



**Voor betrokken
ondernemers.**

PERSBERICHT

Kleinschalige woonzorgvormen belangrijk onderdeel WOZO-beweging

Houten, 01 maart 2023

Op 4 juli 2022 presenteerde minister Helder het Programma WOZO¹. Met elkaar maken we de beweging om de zorg toekomstbestendig te houden. Uitgangspunt hierbij is: *“Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan.”* Eén van de concrete uitwerkingen van dit programma is dat er de komende jaren geen extra verpleeghuisplekken worden gerealiseerd. Ouderen blijven immers langer thuis wonen. Daarvoor moeten er wel passende woningen worden gerealiseerd². Terwijl er op landelijk niveau nog veel discussie plaats vindt over hoe deze woningen er precies uit moeten zien en waar ze gerealiseerd moeten worden, zien wij in het land al veel mooie initiatieven ontstaan die aansluiten bij de lokale behoeften van ouderen op het gebied van wonen en zorg. Dit maakt ook dat deze initiatieven niet altijd aansluiten bij wat we gewend zijn, of wat past binnen de huidige regelgeving. We willen en moeten immers anders.

Dit roept soms vragen op en brengt uitdagingen met zich mee. Wij roepen het ministerie van VWS, en alle andere landelijke partijen, op om hiervoor open te staan. En gezamenlijk te zoeken naar oplossingen, want al deze initiatieven dragen bij aan de beweging die we samen te maken hebben om ook in de toekomst goede zorg voor ouderen te kunnen blijven garanderen.

Thuis als het kan...

Vanuit een veranderende behoefte in de samenleving, maar ook om vanuit de overheid de zorgkosten te beheersen, blijven mensen steeds langer thuis wonen. Ook als er zorg nodig is. Hierbij zal nadrukkelijk voldoende plek moeten blijven voor de doelgroep die dat nodig heeft om complexe, multidisciplinaire zorg te ontvangen in het verpleeghuis. Want niet iedereen kan tot het einde van zijn leven zelfstandig thuis wonen. Deze beweging, die door doelbewust beleid van de overheid is ontstaan, zorgt ervoor dat het zorglandschap verandert, en de zorgsector zich aanpast aan de nieuwe vraag van mensen die zorg nodig hebben. Mensen blijven zo lang mogelijk thuis met zorg die nodig is. En in die thuissituatie kan er ook steeds meer georganiseerd worden. Maar wanneer mensen ouder en meer afhankelijk van intensieve zorg worden, kan het zijn dat ‘echt thuis’ niet meer passend is. Omdat de woning te groot of niet geschikt is, de zorg moeilijk te organiseren is, of eenzaamheid en veiligheid een vraagstuk worden. Vanuit die behoefte ontstaan op steeds meer plekken kleinschalige woonzorginitiatieven, die ingebed zijn in de lokale gemeenschap en deze mensen een nieuw thuis bieden, waarbij zij ondersteuning blijven ontvangen van het eigen sociale netwerk en vaak ook de eigen huisarts, in de vertrouwde omgeving. Vaak ontvangen deze mensen zorg vanuit een Wlz-indicatie, in de vorm van een VPT (Volledig Pakket Thuis). Ondanks dat deze mensen feitelijk ‘thuis’ wonen, is er 24/7 gekwalificeerd personeel aanwezig, ook in de nacht.

¹ [Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen](#)

² [In totaal 290.000 woningen geschikt voor ouderen in 2030, waarvan 80.000 in geclusterde woonvormen](#)

Wat als het niet kan?

Vanuit critici horen we geluiden dat mensen kiezen voor deze woonvormen wanneer ze een relatief eenvoudige zorgvraag hebben, maar wanneer de zorgvraag complex wordt, ze alsnog moeten verhuizen naar een regulier verpleeghuis. Bijvoorbeeld omdat er onvoldoende expertise in huis zou zijn bij geclusterde woonvormen. Dit heeft echter niet als reden dat er onvoldoende gekwalificeerd personeel in huis is, maar omdat het ook in een geclusterd 'thuis' soms niet meer kan. Zo hebben alle aanbieders van Wlz-zorg te maken met de Wet zorg en dwang. Deze wet stelt zware eisen aan gedwongen zorgverlening, zoals het op slot doen van deuren. Elke zorgaanbieder, ook kleinschalige, heeft zijn grenzen in vrijwillige zorg en hanteert zogenoemde exclusiecriteria. Die vooraf altijd bekend zijn. Dit kan betekenen dat een geclusterde woonvorm niet in elk situatie een geschikte plek is, net zoals een regulier verpleeghuis niet voor iedereen een geschikte plek is. Hierbij is het belangrijk dat de kleinschalige woonvormen niet worden gezien als concurrent van de 'traditionele verpleeghuizen' maar juist als aanvulling op het reguliere aanbod. Op deze manier blijven de verpleeghuizen toegankelijk voor de cliënten met een complexe zorgvraag die niet in een thuissituatie kan worden opgevangen. Dit zorgt niet voor een tweedeling maar juist voor passende zorg, op de juiste plek, voor iedereen.

De basis op orde

Iedereen in Nederland heeft recht op goede, medische basiszorg. In eerste instantie wordt die geleverd door de eerstelijns: de huisarts. Aangezien de bewoner van een geclusterde woonvorm feitelijk thuis woont, is de huisarts verantwoordelijk voor het leveren van de algemene medische zorg. Punt van kritiek is regelmatig dat de zorg voor deze ouderen vaak te complex is en daarmee niet binnen de expertise van de huisarts zou vallen. Huisartsen stellen dat zij hierdoor overmatig belast worden met taken die een eerste verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie zouden zijn.

In onze ogen is de inrichting van de medische basiszorg in de kleinschalige woonzorg een driehoeks-samenwerking tussen woonzorg – huisarts – specialist ouderengeneeskunde (SO). De poortwachter is de huisarts, zoals dat ook geldt voor de medisch specialist in het ziekenhuis. Maar in de kleinschalige woonzorgvormen doen (goed gekwalificeerde) medewerkers een eerste triage. Hierdoor worden nog vollere wachtkamers bij huisartsen juist voorkomen. Deze driehoeksverhouding is echter uitsluitend in balans wanneer eenieder zijn verantwoordelijkheid neemt/kan nemen. Dit betekent dat deze verantwoordelijkheden en de daarbij behorende taken helder afgebakend moeten zijn.

De oplossing wordt volgens ons niet gevonden in een uitbreiding van taken voor de SO, of door de SO als hoofdbehandelaar aan te stellen. Laat de huisarts de medische regie houden en bekrachtig de SO in de specialistenrol, zodat de huisarts ondersteund wordt en zijn rol en verantwoordelijkheid kan nemen in de medische basiszorg. De zorgaanbieder speelt hierin een onlosmakelijke rol door de verantwoordelijkheid in de kwaliteit van zorg op de locatie te borgen en in een zorgvuldige afweging en voorbereiding van de medische vragen aan de huisarts en/of SO. De inrichting van een professionele (centrale) triagedienst is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder waarmee oneigenlijke medische vragen kunnen worden afgevangen. Daarnaast kan de inzet van verpleegkundig specialisten de huisarts en/of SO ondersteunen en ontlasten. Dit is een uitdaging waar partijen in gezamenlijkheid een oplossing voor moeten zoeken. Helderheid over taken, verantwoordelijkheden en financiering is randvoorwaardelijk.

Commerciële winst

We horen geluiden dat private aanbieders miljoenen verdienen aan het leveren van (extramurale) Wlz-zorg in dergelijke kleinschalige woonvormen³. Dit is aantoonbaar onjuist. Er wordt inderdaad geld verdiend met vastgoed (of verloren), maar dat staat los van de zorg voor cliënten. Ook dit is een direct gevolg van het overheidsbeleid om wonen en zorg te scheiden. Ook reguliere zorginstellingen, huisartsen, apotheken, scholen etc. huren vastgoed bij ontwikkelaars. Dit maakt het juist mogelijk dat iedere partij kan doen waar hij goed in is, en zorggeld daadwerkelijk besteed wordt aan zorg.

Laten we niet bang zijn voor nieuwe partijen op de zorgmarkt, maar juist kijken hoe we elkaar kunnen versterken om de zorg toekomstbestendig te houden.

³ [Tot hoever reikt de zorg in het verpleeghuis light? - NRC](#)

Niet voor publicatie:

Zorgthuisnl: Hans Buijning (bestuurder en woordvoerder) 06-54657505

Vereniging SPOT: Andrea Reidsma (bestuurslid en woordvoerder woonzorg) 06-83208957