



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Thuis best: over het Nederlandse ideaal van zorg met behoud van zelfstandigheid

Bos, D.; Wekker, F.; Duyvendak, J.W.

Published in:

De affectieve burger: hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bos, D., Wekker, F., & Duyvendak, J. W. (2013). Thuis best: over het Nederlandse ideaal van zorg met behoud van zelfstandigheid. In T. Kampen, I. Verhoeven, & L. Verplanke (Eds.), *De affectieve burger: hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid* (pp. 133-153). (Tijdschrift voor sociale vraagstukken. Jaarboek; Vol. 2013). Amsterdam: Van Genneep.

General rights

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

Disclaimer/Complaints regulations

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

Thuis Best

Over het Nederlandse ideaal van zorg met behoud van zelfstandigheid

David Bos, Fenneke Wekker en Jan Willem Duyvendak.

In recente sociaalwetenschappelijke literatuur wordt de invoering van de Wmo vooral beschreven als een proces van de-professionalisering en ontstatelijking, oftewel: als een nieuw – maar eigenlijk oeroud – antwoord op de vraag door *wie* zorg geleverd zal worden, *wie* erop zal toezien, en *wie* ervoor zal betalen. Volgens zo'n analyse komt de Wmo voort uit het sinds de jaren tachtig vertrouwde discours dat 'deskundigen' of 'beroepskrachten' taken, functies maar ook voorrechten zouden hebben overgenomen van 'leken', en dat de verantwoordelijkheid voor, en zeggenschap over de zorg daardoor verschoven zou zijn van de hulpbehoevenden zelf, hun familie, buurtschap, beroeps- en geloofsverbanden naar de (centrale) overheid.

In dit artikel betogen we dat de invoering van de Wmo niet alleen gefaciliteerd is door kritiek op professionele zorg, maar ook door een discours over de vraag *waar* mensen met een aandoening of beperking het best op hun plaats zouden zijn. Vandaag de dag staat dat als een paal boven water: thuis. Daar, 'in hun vertrouwde omgeving', die zich volgens de Wmo uitstrekt tot buiten de voordeur, zouden mensen hun zelfstandigheid kunnen bewaren, zonder zorg te kort te hoeven komen – het beste van twee werelden. Zoals we zullen laten zien, is dit ideaal van 'zorg-zelfstandigheid' niet van vandaag of gisteren. Het werd ook beleden in de eerste decennia na de oorlog, terwijl de intramurale zorg toen expandeerde. Dat komt, zo zullen we aantonen, doordat in de loop van de tijd niet alleen 'zorg', maar ook 'thuis' en 'zelfstandigheid' een andere betekenis kregen, culminerend in de populariteit van 'thuis-zorg' in de Wmo.

<KOPJE>Zieken thuis

Dat thuis best is voor zorgbehoevende mensen, stond eeuwenlang buiten kijf, want de alternatieven waren onaantrekkelijk. Gasthuizen waren opbergplaatsen voor armen, net als de oudeliedenhuizen en de vele andere 'intramurale centra ter detentie en behandeling van invalide en ziekelijke behoeftigen' (De Swaan 1989, p. 56) die de Republiek rijk was. Hun

bewoners kregen een bed, voedsel en kleding, maar droegen daarmee ook het stigma van de bedeling, en het juk van een gestichtsregime (Verhagen 1972). ‘Huiszittende armen’ alias ‘huiszitten’, die discreet werden bedeed, waren daarom beter af; net als de schaarse zieken die zich thuisverpleging konden veroorloven.

Dit veranderde toen in de negentiende eeuw de gasthuizen zich, in nauwe samenhang met de professionalisering van artsen, ontwikkelden tot ziekenhuizen: centra voor verpleging, behandeling en diagnostiek. In Nederland werd deze ontwikkeling versneld door het Ziekenfondsbesluit van 1941. Dankzij de verplichte ziektekostenverzekering kreeg het overgrote deel van de Nederlanders toegang tot gezondheidszorg. Daardoor nam niet alleen het aantal huisartsconsulten, maar ook het aantal klinische opnames per duizend inwoners snel toe (Jaspers 1985, p. 115).

In de eerste jaren na de oorlog trachtte de rijksoverheid deze expansie van de intramurale gezondheidszorg af te remmen, door slechts mondjesmaat toestemming te verlenen voor het bouwen of uitbreiden van ziekenhuizen. Maar na de val van het vierde kabinet-Drees, in 1958, werd de vrije hand gegeven aan het particulier initiatief en de bouwconcerns. In 1970 waren er bijna anderhalf keer zoveel ziekenhuisbedden per duizend inwoners als dertig jaar tevoren (Juffermans 1982, p. 223).

Deze expansie lijkt in tegenspraak met onze stelling dat Nederlanders voorkeur hebben voor ‘thuis’. Maar tot de jaren zeventig draaiden debatten over de gezondheidszorg – die sterk verzuild was – niet zozeer om de tegenstelling ‘thuis’ versus ‘instelling’ of ‘ambulant’ versus ‘intramuraal’, als wel om het machtsevenwicht tussen overheidsregie en particulier initiatief. Wie opgenomen werd in een ziekenhuis, was weliswaar niet thuis, maar vaak toch in eigen kring – zeker als hij of zij van het houtje was: in 1950 was 45% van alle ziekenhuizen katholiek en 17% protestants (Juffermans 1982, p. 170). Als een belangrijke maatstaf van goede zorg gold toentertijd dat ze uitging van passende levensbeschouwelijke beginselen. Zelfs als mensen opgenomen werden, bleven ze dan ‘thuis’.

Naast verzuilde ziekenhuisverenigingen waren er dito kruisverenigingen, die zieken en zwakken in staat stelden om letterlijk thuis te blijven – vooral door middel van diensten die nu ‘thuiszorg’ heten, maar die toen werden aangeduid als wijkverpleging, door een wijkzuster alias wijkverpleegster of -verpleegkundige (Huige 2011). ‘De wijk’ gold toen niet als subject van informele zorg – zoals in hedendaagse beschouwingen over maatschappelijke ondersteuning – maar veeleer als object of althans werkterrein van professionals. Wijkverpleging behelsde professionele zorg *aan huis* – een middenweg tussen het opnemen van de patiënt en het omgekeerde: het in huis opnemen van een verpleegster. Dat laatste

konden (en kunnen) slechts weinig Nederlandse burgers zich financieel veroorloven, en zelfs dan deden (en doen) ze het niet graag, vanwege de inbreuk op hun privéleven. Ook voor de verpleegster of verzorgster was het inwonen bij een zieke een zware opgave, want ze moest zich schikken naar huiselijke verhoudingen en gebruiken. Rond het midden van de twintigste eeuw leefde echter de overtuiging dat zo'n zorgarrangement althans in één geval het beste was: bij bevalling en kraam.

<KOPJE> Thuis bevallen

Tot ver in de negentiende eeuw was het overal ter wereld de gewoonte dat vrouwen thuis bevielen, met hulp van burens, een baker of vroedvrouw. Dat veranderde door de professionalisering van artsen en de daarmee samenhangende ontwikkeling van gasthuizen tot ziekenhuizen. Deze twee processen voltrokken zich, zoals gezegd, ook in Nederland maar ze leidden hier niet meteen tot een massale verplaatsing van bevallingen van thuis naar ziekenhuis, noch tot verdringing van vroedvrouwen door artsen (Kateman & Herschderfer 2005).

Ook in Nederland werden leken er evenwel uit gewerkt. Om onbekwame burens en 'wilde bakkers' buiten de deur te houden drongen huis- en vrouwenartsen rond 1900 aan op het opleiden van bakkers of kraamverzorgsters. Hier en daar kwam zo'n opleiding tot stand, maar pas na de oorlog ontstonden de zogeheten kraamcentra (Van Teijlingen 1996). Deze boden liefst 'interne kraamzorg', waarbij kraamverzorgsters zo'n anderhalve week bij een gezin inwoonden. Net als inwonende verpleegsters kregen ze daarbij veel te incasseren, maar weinig betaald, terwijl deze vorm van kraamhulp toch duur was. Vandaar dat ook interne kraamzorg in de loop van de tijd werd verdrongen door 'wijkkraamzorg', waarbij een beroepskracht twee keer per etmaal langskwam om moeder en kind te wassen en te verzorgen (Huige 2011, pp. 215-227).

Terwijl het Ziekenfondsbesluit van 1941 leidde tot een verschuiving naar klinische, specialistische zorg, versterkte het juist de positie van vroedvrouwen. Dezen kregen namelijk een monopolie op 'normale bevallingen'. Alleen als er geen vroedvrouw voorhanden was, mocht de huisarts erbij worden gehaald, en ziekenhuisopname werd alleen vergoed als er sprake was van complicaties (Abraham-Van der Mark 1996b). Tot de introductie van de *short-stay* ziekenhuisbevalling, in 1965, bleven de meeste Nederlandse vrouwen gedurende het hele kraamproces thuis (Van Daalen 1996, p. 78). In de loop der jaren werden de

verzekeringsvoorwaarden soepeler en bevielen allengs meer vrouwen in het ziekenhuis, maar begin jaren negentig deed een derde van de kraamvrouwen dat nog altijd thuis. Gelijk hadden ze, vond de redacteur van een in die tijd verschenen bundel:

When a woman gives birth at home, the doctor or midwife is her guest: the woman must remain in control of her environment and be the center. An unfamiliar setting, such as the hospital, diminishes the woman's autonomy and self-confidence. She becomes a patient and is required to adjust to the rules of the institution. [...] Contrary to the image of the passive woman, whose clinical delivery is managed by a team of professionals, the practice of home delivery is based on the model of an active woman who retains control of her body and her baby. The woman in childbirth is the main actor... (Abraham-Van der Mark 1996a, p. 1-2)

In deze lofzang op de thuisbevalling wordt het verschil tussen thuis en een ziekenhuis retorisch gelijkgesteld aan een hele reeks andere tegenstellingen: 'vertrouwd' versus 'vreemd', 'zelfbeschikking' en 'zelfvertrouwen' versus 'aanpassing' en 'machteloosheid', 'actief' versus 'passief', 'mens' versus 'patiënt', 'faciliteren' versus 'intervenieren', 'normaal' versus 'medisch', 'sociaal' versus 'klinisch', 'natuur' versus 'techniek', 'leek' versus 'professional'. Veel van deze binaire opposities komen we niet alleen tegen in het discours over zwangerschap, bevalling en kraam, maar ook in dat over allerlei andere onderdelen van de zorg en maatschappelijke ondersteuning. Pregnante voorbeelden daarvan zijn te vinden in de psychiatrie en de ouderenzorg.

<KOPJE> Ver heen in de psychiatrie

De kritiek op de 'gestichten' waarin mensen met een psychiatrische aandoening (of verstandelijke beperking) werden 'opgesloten' is al zo oud als de psychiatrie (Bartlett & Wright 1999; Suzuki 1999) maar in de jaren zestig en zeventig kreeg ze vleugels. Vanaf Michel Foucaults *Folie et déraison* (1961) en Erving Goffmans *Asylums* (1961) verscheen de ene na de andere kritische beschouwing over de functie van psychiatrische inrichtingen. Deze dienden niet genezing van patiënten, maar enkel de maatschappelijke orde, door het onderdrukken van afwijkende manieren van denken, voelen en doen (Porter 1998).

Hoewel de kritische psychiatrie in Nederland veel gehoor vond, leidde ze hier niet – zoals in Italië, de Verenigde Staten en Groot-Brittannië (Torrey 1997; Barham 1998; Payne 1999) – tot het opdoeken van de vermaledijde gestichten. Tot op heden is de psychiatrie hier te lande veel minder gedeïstitutioniseerd oftewel ‘ontbed’ dan die in veel andere Westerse landen (Blok 2004; Van Hoof e.a. 2012; vgl. Davis 2012). De Nederlandse term ‘hospitalisering’ betekent dan ook net iets anders dan het Franse of Engelse *hospitalisation*: niet zozeer opname in een ziekenhuis of inrichting als wel het passieve, afhankelijke gedrag waartoe dat op den duur kan leiden.¹ Dat was er vooral mis met de inrichtingen en ‘het medische model’, vonden veel Nederlandse aanhangers van de kritische psychiatrie rond 1970. ‘Het sociale model’ dat ze bepleitten, behelsde niet zozeer terugkeer naar ‘de samenleving’ en naar informele of althans ambulante zorg, maar juist naar een intensievere vorm van klinische behandeling – met minder restricties, minder pillen (laat staan ‘shocken’) maar meer, veel meer praten (Blok 2004, p. 35). Terwijl in deze jaren de grondslag werd gelegd voor een ongekend ruim, gevarieerd en toegankelijk aanbod van ambulante GGZ (Van der Grinten 1987), bleef zo ook de kritische psychiatrie aanvankelijk sterk intramuraal. Voor een deel kwam dat doordat de ambulante GGZ grotendeels bedoeld was voor mensen met lichte ‘levensmoeilijkheden’; voor een ander deel doordat ook intramuraal het aantal therapeuten toenam. Kenmerkend voor ‘het sociale model’ was niet zozeer het verwerpen van professionele, intramurale zorg, als wel het verwelkomen van niet-medische therapieën, gericht op het bevorderen van openheid, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid (vgl. Tonkens 2010).

De indringende socio- en psychotherapeutische benadering die de voortrekkers van de kritische psychiatrie voorstonden, was niet gespeend van paternalisme:

Zowel cliënten als hun ouders moesten ‘veranderen’ in mensen die opener waren over hun gevoelens, die zelf besloten wat ze wilden met hun leven en relaties, en die anderen niet tot slachtoffer maakten van hun eigen problemen die ze niet onder ogen durfden te zien. De nieuwe burger was een open en eerlijk, solidair en tolerant, maar vooral zelfstandig en verantwoordelijk mens. (Blok 2004, p. 165)

¹ Het *Woordenboek der Nederlandsche Taal* (<http://gtb.inl.nl>, geraadpleegd op 17 februari 2013) noemt als betekenis van ‘hospitaliseeren’ weliswaar alleen ‘opnemen in een ziekenhuis’, maar zoals uit de spelling blijkt, stamt dit lemma van voor 1948.

In de loop van de jaren zeventig radicaliseerde de kritische psychiatrie in Nederland tot een echte tegenbeweging, die aandrong op het sluiten van inrichtingen (Blok 2004, p. 167). ‘Cliënten’ alias ‘gekkens’ moesten niet worden ‘opgeborgen’, maar dienden te worden erkend als autonome, verantwoordelijke burgers, die mochten wonen waar ze wilden – desgewenst gewoon in een huis, in een doodgewone buurt (Verplanke & Duyvendak 2010, Newman & Tonkens 2011).

Ook dit radicale geluid vond enig gehoor. In 1983 koos de Tweede Kamer voor een moratorium op het bouwen van nieuwe psychiatrische ziekenhuizen, en in 1987 begon de ontmanteling van Santpoort, Amsterdams gesticht in de duinen (Vijselaar 1997). Waar de bewoners bleven, is niet in één woord te zeggen. Sommigen verhuisden naar kleinere intramurale voorzieningen, anderen kregen onderdak in een vorm van beschermd, beschut of begeleid wonen, en weer anderen gingen ‘zelfstandig wonen’. En van elk van deze groepen belandde na enige tijd een klein, maar opvallend deel op straat, of in het gevang (Schnabel 1995). Hoewel dat hier te lande veel minder voorkwam dan in de Verenigde Staten (Butts 1979; French 1987), weerklonk vanaf de jaren negentig hier en daar de kritiek dat het sluiten van psychiatrische ziekenhuizen een vergissing was geweest:

Uit de aard van hun psychiatrische stoornis zijn veel ernstig zieke mensen niet in staat heropening van instellingen als het voormalige Santpoort te eisen, hoewel dat hen ongetwijfeld goed zou doen. (Bakker 2002, p. 1029; zie ook Van Eijk-Osterholt 1984; vgl. Heerma van Voss 2007)

Anderen antwoordden dat ‘ontbedding’ maar het halve werk was: het kwam aan op ‘vermaatschappelijking’ (Kwekkeboom 2004), ‘rehabilitatie’ en ‘re-integratie’. De rijksoverheid stemde daarmee in; cliënten moesten in staat worden gesteld om ‘geheel of gedeeltelijk zelfstandig in de samenleving te wonen en bezigheden of werk te vinden’ (Wennink e.a. 2001, p. 923). Zij die niet geheel op eigen benen konden staan, zouden in staat moeten worden gesteld om een ‘normaal’ leven te leiden, ‘in de wijk’ – ingebed in een ‘maatschappelijk steunsysteem’ (Van Weeghel & Dröes 1999).

De wijken waarin mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening belandden, bleken echter lang niet zo verwelkomend en huiselijk te zijn als beleidsmakers hadden gehoopt (Plochg 2006; Paes 2008; Boon e.a., 2004). Veel van de betrokkenen bleken niet in staat een sociaal netwerk op te bouwen of te onderhouden, en raakten geïsoleerd ‘onder de mensen’ (Verplanke & Duyvendak 2010).

<KOPJE> Oud, uit en thuis

Ook in de ouderenzorg voltrok zich vanaf 1975 een verschuiving van intramuraal naar extramuraal, ‘zelfstandig’ wonen – liefst ‘in de wijk’. Het aandeel van bewoners van bejaardenoorden in het totaal aantal 65+’ers daalde van 9,1% in 1975 naar 8,4% in 1980, en 6,7% in 1990 (CBS 1994, p. 14). In de jaren daarna zette die daling verder door: terwijl Nederland vergrijsde, verminderde tussen 1995 en 2012 zelfs het absolute aantal bewoners van verzorging- en verpleeghuizen met een kwart.²

Deze drastische deinstitutionalisering is des te opmerkelijker daar *voor* 1975 het zojuist genoemde aandeel juist snel was gestegen: van 3,7% in 1950 naar 5,5% in 1960, 8,0% in 1970 en vervolgens dus 9,1% in 1975 (CBS 1994, p. 14). In 1969 waren er in Nederland 546 verzorgingstehuizen, met ca. 101 000 plaatsen (vgl. Mol & Van Lieshout 1989, p. 32). Ongeveer tweederde van die ‘bedden’ was na de oorlog gebouwd, in allengs hoger tempo:

Tabel 1. Aantal nieuwe ‘bedden’ voor bejaarden, 1945-1968 (bron: VROM 1970)

	Aantal nieuwe bedden	waarvan in verzorgingstehuizen	waarvan in bejaardenwoningen
1946-49	678	128	550
1950-54	14 360	6 849	7 511
1955-59	34 237	14 231	20 006
1960-64	44 428	19 366	25 062
1965-68 (vier jaar)	63 602	22 847	40 755

Ondertussen ontbrak het niet aan waarschuwingen dat dit een heilloze weg was. Uit een grootscheepse enquête onder ouderen bleek al in 1958 dat de meesten van hen niet taalden naar opname (Diederich 1958; vgl. Deen 2004). Ook werd er toen al op gewezen dat verzorgingstehuizen kostbaar waren. Waarom werden er dan toch zoveel gebouwd? Een mogelijke verklaring hiervoor, die tot op heden veel gehoor vindt, is dat bejaardenhuizen ‘door de overheid gepropageerd [waren], om woningen vrij te maken voor jonge gezinnen’

² Van 156 482 naar 120 393 (bron: CBS, Statline, tabel ‘Huishoudens; grootte, samenstelling, positie in het huishouden’, gewijzigd op 16 oktober 2012; geraadpleegd op 17 februari 2013. Uit dezelfde tabel blijkt dat het aantal bewoners van inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten in deze jaren slonk met meer dan een derde (van 29 672 naar 18 873).

(De Wolf 1977, p. 251). Die verklaring klinkt plausibel, want tot lang na de oorlog heerste er in Nederland woningnood. Bejaarden ervoeren de gevolgen daarvan: nog in 1960 woonde een op de tien bij anderen in, en hadden twee op de tien zelf inwoners (**Nota Bejaardenbeleid 1970*, p. 14; zie ook Wiggers 1993, p. 42). Als zij verhuisden naar een bejaardenoord, kregen jongere generaties inderdaad meer ruimte. Maar moedigde de overheid dat nu bewust aan? Daarvoor hebben we geen aanwijzingen gevonden – eerder voor het tegendeel.

Het was pas in de vroege jaren zestig dat de rijksoverheid direct betrokken raakte bij de intramurale ouderenzorg, en haar bemoeienis was aanvankelijk niet gericht op het vermeerderen van ‘bedden’, maar op het verbeteren ervan. Zo presenteerde de minister van Maatschappelijk Werk, Marga Klompé, in 1962 een *Wet op de bejaardenoorden*. De aanleiding was berichtgeving over wantoestanden in commerciële rusthuizen en pensions, met name het ontbreken aan privacy en zelfstandigheid:

Eigen bezittingen kunnen zelden worden meegebracht, daar hiervoor de ruimte ontbreekt, tenzij men een kamer heeft gehuurd. Personen, die niet zelf kunnen betalen, hebben vrijwel geen eigen bezittingen om zich heen. Vaak zijn deze verkocht door de betalende instantie. In sommige gevallen is er zelfs niet eens plaats om een portret neer te zetten.(TK 1961-1962, 6621, Wet op de bejaardenoorden, Memorie van Toelichting, p. 2)

Ondanks de ernst van de wantoestanden stelde de rijksoverheid zich terughoudend op. De wet, die in 1964 van kracht zou worden, droeg aan de provincies slechts op, toezicht te houden op bejaardenoorden (Van Overbeek 1983, p. 13). Ze zouden vooral moeten letten op ‘de vrijheid van de bejaarden, hun leven naar eigen inzicht in te richten’ (art. 7 lid 2.a).

Klompé benadrukte dat haar voorkeur niet uitging naar bejaardenoorden (alias verzorgingstehuizen) maar naar extramurale alternatieven als ‘gezinsverzorging en gezinshulp’, ‘het open bejaardenwerk’ (maaltijdservice, huisbezoek, buurtactiviteiten e.d.) en het bouwen van zelfstandige bejaardenwoningen. Vooral dat laatste zou op grotere schaal moeten gebeuren: ‘Het is immers van belang, dat de bejaarde zich zolang mogelijk in eigen woning kan handhaven.’³

³ Wat bejaardenoorden verder een onaantrekkelijke beleidsoptie maakte was ‘...de omstandigheid dat het reeds thans moeilijk is, en waarschijnlijk steeds moeilijker zal worden, voldoende personeel voor bejaardenoorden te verkrijgen.’(MvT, p. 1)

Zoals tabel 1 laat zien, werden er al in de jaren vijftig en zestig naast verzorgingstehuizen inderdaad ook veel bejaardenwoningen gebouwd. Een groot deel daarvan (35% van de plaatsen) werd gerealiseerd in opdracht van gemeentebesturen; een aanmerkelijk kleiner deel (24%) in opdracht van een katholieke, hervormde of gereformeerde stichting. Voor de verzorgingstehuizen geldt interessant genoeg het omgekeerde: de opdracht daartoe was meestal (59% van het bedrag) gegeven door confessionele stichtingen, en slechts voor een klein deel (14%) door een gemeentebestuur.⁴ De expansie van de verzorgingstehuizen tussen 1950 en 1975 lijkt dus een gevolg van de geldingsdrang van verzuilde organisaties.⁵ De overheid joeg deze aan, door bouwsubsidie te verlenen, maar zelf beoogde ze geen intramuralisering.

Dat gold wel voor de genoemde organisaties, het particulier initiatief. ‘Voor vele bejaarden zijn de tehuizen een ware uitkomst,’ juichte de hervormde psychiater J.H. Plokker (1958, p. 85) in zijn bijdrage aan de bundel *Bejaardenwerk, een taak van de Kerk*. Volgens een van de andere auteurs was het ‘uit sociaalpsychologische overwegingen’ weliswaar onwenselijk om bejaarden ‘functioneel gescheiden van andere bevolkingsgroepen’ te huisvesten, maar het ‘organisch verband’ tussen oud en jong moest niet worden gezocht in de traditionele grootfamilie:

Men treft nog wel een enkele maal de gedachte aan, in het bijzonder ten plattelande, dat het christelijk ideaal is: verzorging van de ouders door de kinderen. Het is een ideaal, dat in de praktijk slechts zelden zal worden verwezenlijkt. Men bedenke dan, dat in één woning tezamen wonen: grootouders, ouders en kinderen, hetgeen in meerdere of mindere mate wrijvingen en beperkingen, vooral voor de oudste en jongste groep, zal opleveren. Dit betekent voor elk van hen minder vrijheid, geen volledig open levenswijze en een beknootten van de zelfstandigheid. (Kiers 1958, p. 93)

Wat deze auteur voorhad met ouderen, is moeilijk te zeggen. Enerzijds noemde hij het van groot belang ‘...dat hun zelfstandigheid en dus het verblijf in zelfstandige woningen zo lang mogelijk zal blijven gewaarborgd.’ (Kiers 1958, p. 94) Anderzijds echter gaf hij gedetailleerde richtlijnen voor het bouwen en inrichten van verzorgingstehuizen:

⁴ VROM 1970, p. 5; onze berekening. Een groot deel van de bejaardenwoningen (40,6%) en verzorgingstehuizen (27,2) werd gebouwd in opdracht van ‘overige instellingen’. Daarbij moet wellicht worden gedacht aan de Nederlandse Centrale voor Huisvesting van Bejaarden.

⁵ Deze rivaliteit liet ook in de ziekenhuiswezen haar sporen na (Juffermans 1982).

Het toilet voor een alleenwonende of een echtpaar is gewenst op sociaal-hygiënische gronden. De breedte der gangen, waarbij aan één zijde vertrekken liggen, ware op 1,50 m te stellen. (Kiers 1958, p. 98)

Zelfstandigheid hing voor deze auteur kennelijk niet zozeer af van de vraag *waar* ouderen woonden – thuis of tehuis – als wel van de vormgeving daarvan. Daarbij kwam het niet alleen aan op veiligheid en comfort, maar ook van de mogelijkheid om medebewoners te vermijden. Anders gezegd: zelfstandigheid werd in deze jaren niet primair beschouwd als het vermogen om voor zichzelf te zorgen – zonder een beroep te doen op professionele zorg – maar veeleer als de vrijheid om te leven zonder bevoogding of bemoeienis van andere burgers. Zelfstandigheid was dus niet zozeer een eigenschap van bepaalde mensen als wel van de arrangementen waarin ze leefden; de ruimte die deze hun boden om hun eigen gang te gaan. In de vooroorlogse ‘oudeliedenhuisen’ had die ruimte volstrekt ontbroken, en ook in veel commerciële rusthuizen en pensions bleek ze ver te zoeken (Schneider 1955; vgl. Van Velde 1953). Aan de wantoestanden die daar heersten – vrijheidsberoving, verwaarlozing, intimidatie, fysiek geweld – wijdde het Vara-televisieprogramma *De Ombudsman* in de nazomer van 1970 enkele spraakmakende uitzendingen.⁶ Deze publieke verontwaardiging dwong de rijksoverheid om mee te werken aan het verder uitbreiden of althans vernieuwen van de verzorgingstehuizen zonder winstoogmerk – terwijl ze eigenlijk meer heil zag in extramurale woonvormen.

<KOPJE> De lasten van de ouderdom

Intensivering van de intramurale bejaardenzorg werd ook bepleit door sommige deskundigen. In 1969 promoveerde F.J.M. Tonino op een sociaal-geneeskundig onderzoek onder vierhonderd bejaarden, die haast allemaal ‘thuis’ woonden. Bij meer dan een kwart van hen constateerde hij dat er behoefte was aan een andere vorm van huisvesting: een bejaardenwoning of serviceflat (19,9%), een verzorgingstehuis (6,8%) of een verpleegtehuis (1,2%). Vaak bleken deze bejaarden echter niet bereid te verhuizen; ze vertoonden ‘weerstand’ (Tonino 1969, p. 148). Onder ‘behoefte’ verstond de promovendus namelijk niet

⁶ <http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2010-2011/Een-huis-voor-bejaarden.html>, geraadpleegd op maandag 18 februari.

de wens van de betrokkene, maar een objectieve noodzaak, die onder meer kon blijken uit ‘maatschappelijk onvermogen’. Vandaar zijn eerste twee stellingen:

- I. Bij bejaarden is er een grote discrepantie tussen de objectieve behoeften zowel op medisch als op maatschappelijk gebied en de mate waarin hierin wordt voorzien.
- II. Een goede bejaardenzorg dient te beginnen met een gerichte opsporing van de latente behoeften der bejaarden.

Tonino’s derde stelling brengt ons op een ander verschijnsel dat inzichtelijk kan maken waarom de residentiële bejaardenzorg in de jaren zestig en begin zeventig zo snel groeide:

- III. Iedere bejaarde, die alléén uitkering ingevolge de Algemene Ouderdoms Wet heeft, kan momenteel bijstand aanvragen en verkrijgen.

Die mogelijkheid was toen kennelijk nog niet genoegzaam bekend.

De slechte naam van traditionele, vooroorlogse ‘oudeliedenhuizen’ had niet alleen te maken met de manier waarop ze waren ingericht en werden bestierd, maar ook met die wijze waarop ze werden gefinancierd. Vaak gebeurde dat door een burgerlijk of kerkelijk armbestuur, dat echter – krachtens de Armenwet van 1912 – beslag kon leggen op de schaarse bezittingen van de ‘verpleegde’ en bovendien de verpleegkosten kon verhalen op de kinderen. Dit ‘verhaalsrecht’ was het meest gehate onderdeel van de Armenwet; ‘een bron van misère in familieverhoudingen, een loden last op nog jonge groeiende gezinnen’ (D. Heroma-Meilink, geciteerd in Mostert 2011, p. 304; zie ook Van der Valk 1987, p. 202).

Omdat het vervangen van de Armenwet door een Bijstandswet veel tijd vergde, stelde minister Klompé al in 1958 voor om het ‘verhaalsrecht’ te beperken. Haar wetsvoorstel kwam hierop neer dat de overheid de onderhoudsplicht zou overnemen van de meerderjarige kinderen. Sommige van Klompé’s collega-bewindslieden deinsden terug voor de kosten, en anderen voorspelden dat dit zou leiden tot verzwakking van de band tussen ouders en kinderen, maar premier De Quay merkte op dat die band juist schade ondervond van het verhaalsrecht (Bos e.a. 2007, p. 122). Dat vond ook de directeur van Amsterdamse sociale dienst, vertelde Klompé later. Enige tijd nadat het wetsvoorstel was aangenomen zou hij tegen haar hebben gezegd:

Die wet die u heeft gemaakt, die heeft een geweldige invloed op de geestelijke volksgezondheid. Want wat is er gebeurd nu die druk op de kinderen om voor ouders te moeten betalen is weggevallen? Er is weer openheid in het gezin gekomen. Ze helpen ouders weer. Er komt een menselijke verhouding terug die eigenlijk weg was. (Mostert 2011, p. 306)

Ook de Bijstandswet, die Klompé enkele jaren later aangenomen kreeg, ging ervan uit dat ouders en meerderjarige kinderen – zelfs als ze bij elkaar in een huis woonden – geen verantwoordelijkheid droegen voor elkaars levensonderhoud. Dat was niet omdat de overheid de gezinsleden enkel als individuen beschouwde, maar juist omdat ze de affectieve band tussen gezinsleden wilde vrijwaren van de verziekende invloed van materiële afhankelijkheid.⁷ ‘Niet meer het huishouden, maar het (kern)gezin werd centraal gesteld’ (Van der Valk 1986, p. 204).

De Bijstandswet van 1965 – die het verhaalsrecht definitief afschafte – maakte het mogelijk dat ‘er’ gezorgd zou worden voor ouderen, zonder dat pijnlijk duidelijk werd wie daarvoor betaalde (vgl. De Swaan 1982, p. 43). De omgang tussen ouders en hun meerderjarige kinderen kon voortaan in het teken staan van vrijwilligheid, niet langer belast door materiële verplichtingen. En omdat dat nu kon, ‘moest’ het ook al gauw. Waar onvermogene bejaarden vroeger de gang naar het oudeliedenhuis zo lang mogelijk hadden uitgesteld om hun verwanten niet te bezwaren, noemden ze dat nu vaak als het motief om juist wel te verhuizen: ‘We willen onze kinderen niet tot last zijn.’⁸

<KOPJE> Integreren en participeren van huis uit

In de loop van de jaren zeventig sloeg, zoals gezegd, de intramuralisering van de ouderenzorg om in haar tegendeel. De *Nota bejaardenbeleid 1970* (p. 16) benadrukte ‘...dat tot nu toe een te geringe aandacht is geschonken aan de zelfstandige bejaarden.’ Het nieuwe beleid zou moeten uitgaan van ‘het grondbeginsel van optimale integratie in de samenleving en vermijding van isolement’ (p. 16). De nota pleitte daarom voor meer bejaardenwoningen,

⁷ Hiermee markeerde Klompé het verschil tussen de ABW en de sociale verzekeringen, die ressorteerden onder het Ministerie van Sociale Zaken, en die uitgingen van de individuele, mannelijke werknemer (Van der Valk 1986, p. 203).

⁸ <http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2010-2011/Een-huis-voor-bejaarden.html> , geraadpleegd op 18 februari 2013.

‘gezinshelpsters’ en verpleeghuizen, maar minder verzorgingstehuizen. Dat laatste voornemen werd hard gemaakt in de *Nota bejaardenbeleid 1975*. Deze kondigde aan dat voortaan alleen vergunning zou worden gegeven voor het bouwen van een verzorgingstehuis in regio’s waar voor minder dan 7% van de bejaarden een bed was. Het nadeel van bejaardenhuizen zou vooral zijn dat ze niet tegemoet kwamen aan de voorkeur van ouderen:

Bejaarden zijn duidelijk nog minder 'verhuisgeneigd' dan de andere leeftijdsgroepen. [...] Kleiner wonen houdt voor velen in een afscheid van huisdieren en hobbies, verzamelingen en geliefde meubelstukken. Bovendien kan daardoor de ouderlijke woning minder goed functioneren als het ouderlijk huis. De buurt verlaten veroorzaakt het losgemaakt worden uit een weefsel van connecties, functieverlies, het verloren gaan van veel gezelligheid. Het vooruitzicht opgeborgen te worden in identieke woondoosjes in een milieu van bejaarde lotgenoten trekt vele bejaarden niet aan. Het moet daarom als een belangrijk onderdeel van het huisvestingsbeleid voor bejaarden beschouwd worden, de normaal wonende bejaarden te helpen, het zelfstandig wonen desgewenst zo lang mogelijk voort te zetten. (*Nota bejaardenbeleid 1975*, pp. 75-76)

We presenteren dit lange citaat omdat het duidt op een betekenisverschuiving. Waar men in de jaren vijftig onder ‘zelfstandig wonen’ vooral had verstaan dat bewoners anderen uit de weg konden gaan, werd het nu juist opgevat als het vermogen om relaties te onderhouden. ‘Thuis’ was niet zozeer een privéruimte als wel een gelegenheid voor sociaal verkeer, en dus voor maatschappelijk functioneren; voor ‘participatie’ oftewel ‘integratie’. Niet alleen de eigen woning maar ook de straat, buurt of wijk was ‘vertrouwd’, dus in zekere zin ‘thuis’, en verdiende het daarom zo lang mogelijk te worden vastgehouden. Bejaarden moesten dus thuis blijven, maar liefst wel de deur uit – gewapend met de nieuwe Pas65.

Al de eerste Nota had gesteld ‘...dat het tot de beleidstaken van de overheid behoort de ouder wordende mens de gelegenheid te bieden te blijven deelnemen in de maatschappelijke ontwikkeling.’ Ouderen zouden moeten bijblijven, bijvoorbeeld door ‘bijscholing of herscholing’ – vooral met het oog op ‘het ludieke, creatieve en recreatieve’ (Nota 1970, p. 16). Kortom: ‘Zorg zal moeten worden gedragen voor een optimale integratie der bejaarden in de Nederlandse samenleving.’ (Nota 1970, p. 34) In de tweede Nota (1975, p. 6) kwam dit voorop te staan: ‘Het beleid is erop gericht integratie in de samenleving te bevorderen.’ Het uitvoerigste hoofdstuk (39 van de 200 pagina’s) was dan ook dat over

integratie: 'het deelhebben aan intermenselijke contacten en aan het culturele leven van de betrokken samenleving.'(Nota 1975, p. 101) De auteurs stelden vast

...dat bejaarden een grote achterstand hebben in het sociaal-cultureel meedoen en kunnen meedoen. Waarschijnlijk meer dan andere zogenaamde kansarme groepen.(Nota 1975, p. 127)

Het bevorderen van integratie (alias participatie) was echter slechts ten dele een overheidstaak: 'Het is de mentaliteit van onze samenleving, inclusief die van de bejaarden zelf, die wijziging behoeft.'(Nota 1975, p. 117) Er moest 'actief' worden gewerkt aan het verruimen van 'de mogelijkheden van de oudere mens om desgewenst op enigerlei wijze actief te blijven en nieuwe tussenmenselijke relaties aan te gaan'(Nota 1975, p. 115). Dat ging gemakkelijker zolang bejaarden nog 'zelfstandig' oftewel 'normaal' woonden, omdat zij dan nog deel uitmaakten van een 'natuurlijke' sociale omgeving. Bewoners van bejaardenoorden waren daarvan afgesneden; zij leefden in een 'geïsoleerd collectief', terwijl ze eigenlijk behoefte hadden aan 'een gedifferentieerder scala van tussenmenselijke contacten' (Nota 1975, p. 122; vgl. NFB 1978, p. 19).

In 1977 trad een 'Besluit Opneming in bejaardenoorden' in werking. Het bepaalde dat ouderen voortaan alleen opgenomen mochten worden als een indicatiecommissie had vastgesteld dat ze niet meer zelfstandig konden wonen (Van Overbeek 1983, p. 18). Dat moment zou de overheid kunnen uitstellen door het verbeteren van extramuraal en informele hulpverlening. Zoals we eerder al zagen, daalde na 1976 inderdaad het percentage 'opgenomen' bejaarden. Wilde dat zeggen dat het beleid succesvol was? Bejaarden zeiden weliswaar dat ze 'zo lang mogelijk zelfstandig' wilden blijven wonen, maar daaraan verbonden ze zekere voorwaarden, zo stelde de auteur van een beleidsevaluatie:

Op de eerste plaats behoeven ook bejaarden die zelfstandig wonen zekerheid. Zekerheid dat er hulp geboden kan/zal worden wanneer daar behoefte aan is [...]. Op de tweede plaats moet het zelfstandig wonen inhouden dat er sprake is van een zekere mate van onafhankelijkheid. Als het zelfstandig wonen ertoe leidt dat men volledig afhankelijk wordt van dagelijkse hulp van anderen, dan geeft men toch weer de voorkeur aan opname in een bejaardenoord.(Van Overbeek 1983, p. 78)

Zelfstandigheid was volgens deze auteur dus iets anders dan onafhankelijkheid. Daarom bood informele hulpverlening niet altijd soelaas – zeker niet als er tegelijkertijd werd bezuinigd op professionele hulp. Tegen die verschuiving was veel geprotesteerd, vooral door vrouwenorganisaties: ‘Men is van mening dat de bezuinigingen op de extramurale hulp worden afgewenteld op vrouwen.’ (Van Overbeek 1983, p. 82)

<KOPJE> Thuis in de Wmo

Ondanks de kritiek van vrouwenorganisaties, hulpverleners en vele anderen heeft de overheid sinds de jaren tachtig deze verschuiving van intramurale naar ambulante, en van professionele naar informele zorg doorgezet. Daarvan zijn vele voorbeelden te geven, maar we beperken ons tot het voorlopige einde. ‘De invoering van de Wmo in 2007 kan worden gezien als een volgende stap in de koers die sinds de jaren tachtig is ingezet,’ schrijft Marja Jager-Vreugdenhil (2012, p. 23) ‘...naar meer marktwerking en vraagsturing, decentralisering, meer vermaatschappelijking, en een steeds groter beroep op de “zorgzame samenleving” als alternatief voor professionele zorg.’

Nadrukkelijker dan eerdere wetten wijst de Wmo ‘thuis’ aan als dé plaats voor langdurige zorg. Tot voor kort werden ook instellingen geacht goede zorg te kunnen verlenen, mits bewoners zich er thuis konden voelen en aanspraak konden maken op enige privacy en zelfstandigheid. Nu echter wordt verondersteld dat ook aan die laatste voorwaarden alleen in de woning van de betrokkene zelf kan worden voldaan. In plaats van instellingen te bouwen en beheren moet de (plaatselijke) overheid er dus voor zorgen dat de zorgbehoevende burger...

...a. een huishouden [kan] voeren; b. zich [kan] verplaatsen in en om de woning; c. zich lokaal [kan] verplaatsen per vervoermiddel; d. medemensen [kan] ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan [kan] gaan.(Wmo, art. 4.1)

Uit de laatste twee punten van dit wetsartikel spreekt de enigszins paradoxale gedachte van de Wmo dat mensen zelfstandig moeten kunnen blijven wonen, maar dat ze daartoe dienen te beschikken over een (informeel) sociaal netwerk (vgl. Verhoeven, Verplanke & Kampen, in deze bundel). Hoe is deze paradox te begrijpen? In de voorgaande, historische paragrafen is gebleken dat zelfstandigheid of zelfstandig wonen op meer dan een manier kan worden

opgevat. Dat blijkt ook hier het geval. Enerzijds gaat het over ‘thuis’ als burcht van onafhankelijkheid, anderzijds echter over ‘thuis’ als middelpunt van een *caring community* – een gemeenschap van burgers die zich over elkaar ontfermen. Deze spanning wordt opgelost door ‘thuis’ ruimer op te vatten dan de eigen huishouding of woning. Volgens de samenstellers van de SCP-studie *Op weg met de Wmo* wilde de overheid door middel van deze wet burgers aansporen tot gedrag in een bepaald domein:

...ten eerste verbetering van de levensomstandigheden in de kleine wereld van gezin, sociaal netwerk, buurt, lotgenoten en anderszins aan elkaar verbonden burgers en ten tweede tot ondersteuning van de kwetsbaren in die kleine wereld.(Timmermans, Gilsing & De Klerk 2010, p. 30)

In het beleidsdiscours over de Wmo wordt deze ‘kleine wereld’ opgerekt tot een sfeer die niet alleen familieleden, vrienden en bekenden omvat, maar ook de buurt, lotgenoten en onbekende vrijwilligers. Terwijl de privésfeer volgens het liberale ideaal losstaat van de *civil society* wordt ze zo gekoppeld aan de wijk, vrijwilligersorganisaties, kerken, bedrijven en verenigingen (Jager-Vreugdenhil 2012). De ‘kleine wereld’ van de Wmo is een communitaristisch ‘thuis’, dat hulpbehoevenden in staat stelt om zich vrij te bewegen. Kortom: een actieve en zorgende gemeenschap maakt dat burgers zelfstandig kunnen zijn.

<KOPJE> Een moreel offensief

De manier waarop de overheid verantwoordelijkheden toebedeelt aan partners, vrijwilligers en buurtbewoners komt niet vanzelfsprekend overeen met de verwachtingen van Nederlandse burgers. Uit hedendaagse representaties in films, reclames en liedjes spreekt veeleer het ideaal, verwoord door Marga Klompé en haar tijdgenoten, dat mensen naar elkaar omzien omdat ze om elkaar geven – niet omdat ze elkaar moeten ondersteunen of zelfs onderhouden. Dit diepgewortelde, historisch gegroeide thuisideaal kan danig verstoord raken als er – in en om het huis – druk moet worden gezorgd door of voor familieleden, burens en minder bekenden. Welk nieuw verhaal vertellen bewindslieden en beleidsmakers nu dan over ‘goede zorg’, en hoe rijmen ze dat met het Nederlandse ideaal van ‘een goed thuis’?

De retoriek waarvan de overheid zich inzake de Wmo bedient, is er een van ‘normaliteit’ en ‘gebruikelijkheid’. Zo benadrukt ze ‘...dat door de verplaatsing van de

verantwoordelijkheid en de uitvoering burgers/cliënten meer eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun eigen situatie en er meer maatwerk geleverd kan worden: de burger/cliënt centraal.’ (TransitieBureau 2012, p. 7)

Dat de overheid tot voor kort verantwoordelijk was voor langdurige zorg wordt nu, in retrospectief, *ge-framed* als een afwijking van de normale manier van doen. Haar zorg zou ten koste zijn gegaan van de ‘gebruikelijke zorg’ van burgers voor elkaar. Burgers zouden door de genereuze verzorgingsstaat zijn verleerd om in ‘warme solidariteit’ voor elkaar te zorgen (Jager-Vreugdenhil 2012, Schuyt 1991). Dit vermeende gebrek aan zorgzaamheid wordt tegenwoordig vaak vereenzelvigd met gebrek aan zelfstandigheid. Vooral wat dat betreft zien we een discursieve omkering. Toen Nederlandse politici een verzorgingsstaat opbouwden, een halve eeuw geleden, deden ze dat naar eigen zeggen om volwassen, maar hulpbehoevende burgers minder afhankelijk te maken van medeburgers – huisgenoten inclusief. Vandaag de dag daarentegen moeten burgers niet meer onafhankelijk worden van medeburgers maar juist van de overheid: ze moeten leren om (samen!) op eigen benen te staan (vgl. Tonkens 2011). Die radicale verschuiving wordt gemaskeerd door een discours waarin de liberale opvatting van ‘thuis’ – als de plaats waar de burger gevrijwaard is van bevoogding of bemoeizucht – geruisloos wordt verknoopt met de communitaristische opvatting van ‘thuis’: als de plaats waar, en van waaruit burgers van nature zorg verlenen.

<KOPJE> Conclusie

De Wmo maakt deel uit van een naoorlogs Nederlands discours over ‘zelfstandigheid’ en ‘goede zorg’. Die twee idealen gaan niet gemakkelijk samen, maar ze treffen elkaar ‘thuis’. Dat was, zoals we zagen, niet altijd hetzelfde als de locatie achter een eigen voordeur. In verzuimd Nederland konden langdurig zorgafhankelijke mensen ook thuis zijn, of zich althans thuis *voelen*, in een tehuis – mits dat was afgestemd op hun behoeften en gezindheid. Vandaag de dag daarentegen wordt thuis opgevat als een sfeer en een locatie die per definitie onderscheiden zijn van intramurale zorginstellingen. ‘Zelfstandig wonen’, een ideaal dat al in de jaren vijftig hoog in het vaandel stond, wordt nu niet meer opgevat als het gevrijwaard zijn van bevoogding maar als het afzien van een beroep op de overheid. Voor ‘gebruikelijke zorg’ moeten burgers voortaan aankloppen bij medeburgers – desnoods een heel stel deuren verderop – en die moeten dan ook thuis geven. Dat is de gewoonste zaak van de wereld, suggereert de overheid, maar het vergt een drastische mentaliteitsverandering. Het gaat hier immers niet alleen over de verhouding tussen staat en markt, tussen deskundigen en leken, of

tussen overheid en burgers, maar ook over de verhoudingen van burgers onderling. Die luisteren nauw – vooral thuis.

<KOPJE> Bibliografie

- Abraham-Van der Mark, Eva (1996a). Introduction to the Dutch System of Home Birth and Midwifery. In: idem (Ed.), *Successful Home Birth and Midwifery: The Dutch Model*. Amsterdam: Spinhuis, pp. 1-18.
- Abraham-Van der Mark, Eva (1996b). Dutch Midwifery, Past and Present: An Overview. In: idem (Ed.), *Successful Home Birth and Midwifery: The Dutch Model*. Amsterdam: Spinhuis, pp. 141-160.
- Barham, Peter (1998). From the Asylum to the Community: The Mental Patient in postwar Britain. In: Marijke Gijswijt-Hofstra & Roy Porter (Eds.), *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in Postwar Britain and the Netherlands*. Amsterdam / Atlanta, GA: Rodopi, pp. 221-240.
- Bakker, Bram (2002). Crisis in Amsterdam [antwoord op Jan Rübzaam], in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (11), pp. 1027-1030
- Bartlett, Peter, & David Wright (1999). Community care and its antecedents. In: Peter Bartlett & David Wright (Eds.), *Outside the Walls of the Asylum: The History of Care in the Community, 1750-2000*. London / New Brunswick, NJ: Athlone, pp. 1-18.
- Boon, Sjaak, Annet Nugter en Anton Dijker (2004). Stigmatisering in de wijk. Cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische patiënte, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59 (12), pp. 1006-1014
- Bos, Anne, e.a. (2007). *Regeren zonder rood: Het kabinet-De Quay, 1959-1963* [Parlementaire geschiedenis van Nederland na 1945, deel 7]. Amsterdam: Boom.
- CBS (1994). *Bewoners van bejaardenoorden: Ontwikkelingen in de periode 1966-1992*. Voorburg / Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Daalen, Rineke van (1999). Family Change and Continuity in the Netherlands: Birth and Childbed in Text and Art. In: Eva Abraham-Van der Mark (Ed.), *Successful Home Birth and Midwifery: The Dutch Model*. Amsterdam: Spinhuis, pp. 77-94.
- Davis, Lisa, e.a. (2012). Deinstitutionalization? Where Have All the People Gone? *Current Psychiatry Reports*, 14 (3), 259-269

- Diederich, J. (1958). Levensomstandigheden van bejaarden in kleinere en middelgrote gemeenten in Nederland. 's-Gravenhage: Nationale Commissie voor de Oudeliezenzorg
- Eijk-Osterholt, Corrie van (1984). Vooruitgang onder dwang. Een episode uit de vernieuwing van de psychiatrische inrichting, in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 39, 657-666.
- Grinten, T.E.D. van der (1987). De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, Een historisch beleidsonderzoek, Baarn: Ambo.
- Ham, Cor van den (1989). *Planning onder druk: Een onderzoek naar de inhoud en totstandkoming van de provinciale en grootstedelijke plannen voor de bejaardenoorden*. Delft: Publikatieburo Bouwkunde.
- Heerma van Voss, A.J. (2007). Vermaatschappelijkingsdwang, in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62 (2), pp. 90-92
- Heuvel, Wim van den, e.a. (1997). Policy towards the elderly: Twenty-five years of Dutch experience, in: *Journal of Aging Studies*, 11 (3), 251-258
- Holstein, James A. (1990). De scribing Home Care: Discourse and Image in Involuntary Commitment Proceedings. In: Jaber F. Gubrium & Andrea Sankar (Eds.), *The Home Care Experience: Ethnography and Policy*. Newbury Park / London: Sage, pp. 209-226.
- Hoof, Frank van Maaik van Vugt, Aafje Knispel & Hans Kroon (2012). Bedden tellen: Afbouw van de intramurale GGZ, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 67 (6), pp. 298-309.
- Huig, Jan J.C. (2011). *Van kruiswerk tot thuiszorg: De moeizame strijd voor erkenning van een boeiende maar complexe werksoort, 1946-1990*. Bunnik: Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk.
- Ingleby, David (1998). The View from the North Sea. In: Marijke Gijswijt-Hofstra & Roy Porter (Eds.), *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in Postwar Britain and the Netherlands*. Amsterdam / Atlanta, GA: Rodopi, pp. 295-314.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Jaspers, J.B. (1985). *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland, 1865-1980*, Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.

- Kateman H, Herschderfer K. *Current practice in Europe and Australia. A descriptive study.*
Den Haag: MCP/ICM, 2005
- Kiers, G.F.E. (1958). Verzorgings- of pensiontehuis en/of afzonderlijke woningen. In:
Contactcie. Bejaardenzorg, *Bejaardenwerk, een taak van de Kerk.* 's-Gravenhage:
Boekencentrum, pp. 91-100.
- Kooij, Cora van der (1987). *Van oude mensen vroeger en nu : over de geschiedenis van de
ouderdom en de zorg voor oude mensen.* Deventer: Van Loghum Slaterus
- Kwekkeboom, Rick (2004). De waarde van vermaatschappelijking, in: *Maandblad
Geestelijke volksgezondheid, 59, 500-508.*
- LHBB (1973). *Bouwen voor bejaarden.* Utrecht: Landelijke Hervormde Bouwstichting voor
Bejaarden.
- Mast, F.A.C. de, P.W.M. Remmerswaal en J.M.A. Munnichs (1972). *Atlas van de ouder
wordende Nederlandse bevolking.* Nijmegen / Deventer: Gerontologisch Centrum /
Van Loghum Slaterus.
- Mens, Noor, & Cor Wagenaar (2009). *De architectuur van de ouderenhuisvesting: Bouwen
voor wonen en zorg.* Rotterdam: Nederlands Architectuur-instituut.
- Mol, Annemarie, & Peter van Lieshout (1989). *Ziek is het woord niet: Medicalisering,
normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke
gezondheidszorg, 1945-1985.* Nijmegen: SUN.
- NFB (1978). *De algemene beleidsontwikkeling in het tijdperk van twee nota's
bejaardenbeleid. Bij wijze van Jaarverslag [...] over de periode 1973 t/m 1977.* Z. pl.:
Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid.
- Overbeek, Riki van (1983). *Het Besluit opnemning in bejaardenoorden gëvalueerd.* 's-
Gravenhage: Nimawo.
- Plokker, H.J. (1958). De bejaarde als bewoner van een tehuis. In: Contactcie. Bejaardenzorg,
Bejaardenwerk, een taak van de Kerk. 's-Gravenhage: Boekencentrum, pp. 85-90.
- Poel, H.J. van de, e.a. (1970). *Nota bejaardenbeleid 1970.* 's-Gravenhage: Tweede Kamer der
Staten-Generaal.
- Porter, Roy (1998). Anti-Psychiatry and the Family: Taking the Long View. In: Marijke
Gijswijt-Hofstra & Roy Porter (Eds.), *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care
in Postwar Britain and the Netherlands.* Amsterdam / Atlanta, GA: Rodopi, pp. 257-
281.
- Schnabel, Paul (1995). *De weerbarstige geestesziekte: Naar een nieuwe sociologie van de
geestelijke gezondheidszorg.* Nijmegen: SUN.

- Schneider, J.Th.R. (1955). *De verpleging van chronisch zieke bejaarden*. Z.pl.: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Schuylt, C.J.M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden / Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Suzuki, Akihito (1999). Enclosing and disclosing lunatics within the family walls: Domestic psychiatric regime and the public sphere in early nineteenth-century England. In: Peter Bartlett & David Wright (Eds.), *Outside the Walls of the Asylum: The History of Care in the Community, 1750-2000*. London / New Brunswick, NJ: Athlone, pp. 115-301.
- Swaan, Abram. de (1982 [1976]). De mens is de mens een zorg; over de verstatelijking van verzorgingsarrangementen. In: idem, *De mens is de mens een zorg: Opstellen 1971-1981*. Amsterdam: Meulenhoff, pp. 31-50
- Teijlingen, Edwin R. (1996). Maternity Home-Care Assistant: A Unique Occupation. In: Eva Abraham-Van der Mark (Ed.), *Successful Home Birth and Midwifery: The Dutch Model*. Amsterdam: Spinhuis, pp. 161-171.
- Timmermans, Joost, Rob Gilsing & Mirjam de Klerk (2010). Het evaluatieonderzoek naar de Wet maatschappelijke ondersteuning. In: M. de Klerk, R. Gilsing & J. Timmermans (eds.) (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tonino, F.J.M. (1969). *Bejaarden thuis: Een sociaal-geneeskundig onderzoek van 400 bejaarden te Breda*. Academisch proefschrift K.U. Nijmegen.
- Tonkens, E. (2011). 'The embrace of responsibility: Citizenship and the governance of long term care in the Netherlands'. In: J. Newman & E. Tonkens (Eds.), *Participation, Responsibility and Choice: Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*. Amsterdam: AUP, pp. 45-65
- Torrey, E. Fuller (1997). *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Health Crisis*. New York: Riley.
- Transitiebureau (2012). *Decentralisatie betekent transitie en transformatie. Nieuwe verantwoordelijkheden, rollen en opgaven in maatschappelijke ondersteuning*. 's-Gravenhage: TransitieBureau Begeleiding in de Wmo (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Vereniging van Nederlandse Gemeenten).
- Velde, Jacoba van (1953). *De grote zaal*. Amsterdam: Querido.
- Verhagen, C.M. (1972). *Van tuchteling tot bewoner*. Amsterdam: Stadsdrukkerij.

- Verplanke, L. & Duyvendak, J.W. (2011). *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: AUP.
- Vijselaar, Joost, Frank van Hoof & Ineke Kok (2009). Van lappendeken naar regionale integratie: Trends in organisatie en beleid in de GGZ, 1970-2000, in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (4), pp. 223 - 238
- Vijselaar, Joost (red.) (1997). *Gesticht in de duinen: de geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord- Holland van 1849 tot 1994*. Hilversum: Verloren.
- VROM (1970). *De huisvesting van bejaarden in Nederland*. 's-Gravenhage: Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, Afd. Voorlichting
- VROM-Raad (1997). *Interim-advies Scheiding wonen en zorg*. Den Haag: Raad voor de volkshuisvesting, de ruimtelijke ordening en het milieubeheer.
- Weeghel, Jaap van, & Jos Dröes (1999). Problemen in perspectief: Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 150-162.
- Welshman, John (1999). Rhetoric and reality: Community care in England and Wales, 1948-1974. n: Peter Bartlett & David Wright (Eds.), *Outside the Walls of the Asylum: The History of Care in the Community, 1750-2000*. London / New Brunswick, NJ: Athlone, pp. 204-226.
- Wennink, H.J., G. de Wilde, J. van Weeghel en Dr. H. Kroon (2001). Kanttekeningen bij vermaatschappelijking, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, pp. 917-932.
- Wentholt, R. (1964). *Bejaarden thuis. Het open bejaardenwerk als integraal onderdeel van een sociaal beleid voor de bejaarden*. Den Haag: Ministerie van Maatschappelijk Werk.
- Wiggers, Hinke, Annemarie de Wildt & Willem van der Ham (1993). *Tijd van leven: Ouder worden in Nederland, vroeger en nu*. Amsterdam: Amsterdams Historisch Museum.
- Wolf, H.C. de (1977). 58 miljoen Nederlanders en hun bejaarden. In: A.F. Manning & M. de Vroede (Eds.), *58 miljoen Nederlanders*. Amsterdam: Amsterdam Boek, pp. 225-252.