

## Vermaatschappelijking in de zorg



# Vermaatschappelijking in de zorg

Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten

H. Koops

M.H. Kwekkeboom



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, augustus 2005

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2005

SCP-publicatie 2005/5

Zet- en binnenwerk: Mantext, Moerkapelle

Omslagillustratie: Peter van Hugten, Amsterdam

Omslagontwerp: Bureau Stijlorg, Utrecht

ISBN 90-377-0214-7

NUR 740

*Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.*

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Tel. (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

# Inhoud

Voorwoord	I
1 Inleiding	3
2 Vermaatschappelijking in de zorg – de (beleids)context van het onderzoek	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Het denken over vermaatschappelijking	7
2.3 Vermaatschappelijking in de praktijk	11
2.4 De Wet maatschappelijke ondersteuning	14
Noten	18
3 Vraagstelling, opzet en uitvoering van het onderzoek	19
3.1 Centrale vraagstelling	19
3.2 Opzet en uitvoering	20
Noten	24
4 Uitkomsten van de casus	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Casus 1 – de gemeente Schagen	25
4.3 Casus 2 – de gemeente Heerenveen	29
4.4 Casus 3 – de gemeente Bergen op Zoom	34
4.5 Casus 4 – de gemeente Enschede	40
4.6 Casus 5 – de gemeente Utrecht	44
5 Conclusies en aanbevelingen	51
5.1 Inleiding	51
5.2 De stand van zaken en de vooruitzichten	51
5.3 De toekomst van de vermaatschappelijking in de zorg	56
Summary	63
Bijlagen	67
Bijlage A Lijst van vraagpunten	67
Bijlage B Lijst van afkortingen	69
Bijlage C Bijlagen C1-C5 zijn te vinden op internet: <a href="http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702147.shtml">www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702147.shtml</a>	
Literatuur	71
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	74



# Voorwoord

Het is nog niet zo heel lang geleden dat het gebruikelijk was om mensen die te kampen hadden met een langdurige fysieke of cognitieve beperking te huisvesten in grootschalige instituten buiten de stad. In deze voorzieningen waren zij verzekerd van 24-uurszorg, opvang en begeleiding en de nodig geachte ‘rust en regelmaat’.

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn steeds meer vraagtekens gezet bij deze gang van zaken. Bij zowel de ‘bewoners’ van de instituten als het behandelend en verzorgend personeel groeide de overtuiging dat het beter en dus wenselijk was dat mensen met beperkingen niet werden opgenomen. Ze zouden in staat moeten worden gesteld een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Sindsdien heeft het beleid rond mensen met beperkingen in toenemende mate in het teken gestaan van de zogenoemde extramuralisering en de daaruit voortvloeiende noodzaak om een passend aanbod buiten de instituten te creëren.

Het geheel van veranderingen die noodzakelijk zijn om het mogelijk te maken dat mensen met beperkingen zelfstandig kunnen wonen en aan de samenleving deel kunnen nemen wordt ook wel ‘vermaatschappelijking’ genoemd. Het feit dat de ‘vermaatschappelijking’ anno 2005 nog steeds een van de speerpunten van het beleid vormt, wijst erop dat het een veranderingsproces van lange adem is.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau doet al geruime tijd onderzoek naar de vermaatschappelijking in de zorg voor mensen met beperkingen. Het SCP probeert zicht te krijgen op de factoren die de voortgang van het proces beïnvloeden. Het voorliggende rapport past in deze onderzoeksreeks en doet verslag van een kleinschalig onderzoek naar de stand van zaken in vijf gemeenten. Daarin is onder meer nagegaan welke knelpunten zich bij het realiseren van de vermaatschappelijking voordoen en wat nu juist de realisatie heeft bevorderd.

In de periode dat het onderzoek werd uitgevoerd werd de komst van een nieuwe wet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), aangekondigd. De WMO moet onder meer bevorderen dat de lokale overheid in samenwerking met instellingen en organisaties voorzieningen creëert die mensen met beperkingen in staat stellen hun zelfstandigheid te behouden en deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. De bevindingen in dit rapport kunnen bijdragen aan meer inzicht in de voorwaarden waaronder dit doel dichterbij gebracht kan worden.

Het onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden als de diverse vertegenwoordigers van lokale overheden, instellingen en cliëntenorganisaties niet bereid waren geweest om vragenlijsten in te vullen en vraaggesprekken te voeren. Wij zijn de respondenten dan ook erg dankbaar voor de opmerkelijk grote bereidwilligheid tot medewerking.

Prof.dr. Paul Schnabel,  
Directeur SCP





# 1 Inleiding

Het behoud of het herstel van een zelfstandige leefsituatie (extramuralisatie) vormt al decennialang een van de constanten in het Nederlandse beleid rond mensen met langdurige beperkingen. Tegelijkertijd wordt er in het beleid al decennialang gestreefd naar decentralisatie van de verantwoordelijkheden voor zorgverlening naar de lokale overheid. Daarnaast is het de opzet om het historisch gegroeide onderscheid in typen zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke-gezondheidszorg) zover mogelijk op te heffen en te komen tot een gezamenlijk aanbod waarvan iedereen, ongeacht aard en oorzaak van de beperking, gebruik kan maken. Voor deze verandering wordt veelal de term ‘deategorialisatie’ gehanteerd.

Het uiteindelijke doel van deze veranderingen is te komen tot een op lokaal niveau samenhangend en integraal voorzieningenaanbod. Dit zou mensen met beperkingen in staat moeten stellen om zo goed mogelijk deel te nemen aan alle aspecten van de samenleving. Dit betekent niet alleen dat zij ook buiten de muren van de intramurale voorzieningen verzekerd zijn van adequate zorg, maar ook dat zij toegang hebben tot de algemene voorzieningen op bijvoorbeeld de terreinen wonen, vervoer, onderwijs en werk of dagbesteding.

In het begin van de eenentwintigste eeuw is het naast de ‘gemoderniseerde’ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vooral de (voorgenomen) Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die het wettelijk kader moet vormen voor de totstandbrenging van dit integrale en samenhangende voorzieningenaanbod. Waar de AWBZ het raamwerk blijft waarbinnen het beleid rond de specifieke zorgvoorzieningen op vooral het nationale niveau wordt vastgesteld, zou met de WMO een stelsel gecreëerd moeten worden waarin met name de lokale overheid de verantwoordelijkheid krijgt voor de afstemming van het aanbod op de terreinen zorg, wonen, werk en welzijn op elkaar en op de door de lokale context bepaalde behoeften van de zorgvragers zelf.

In beide wetten wordt een belangrijke rol toegekend aan de sociale omgeving in het bieden van de nodige hulp en begeleiding, en in het vergroten van de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen.

Voor het geheel van de nagestreefde veranderingen – de extramuralisatie en deategorialisatie van de zorg, de totstandkoming van een lokaal en integraal voorzieningenaanbod op tenminste de terreinen zorg, wonen, werk en welzijn en de bijdrage van de samenleving aan de opvang en ondersteuning van mensen met beperkingen – wordt steeds vaker de term ‘vermaatschappelijking’ gebruikt. Dit is een samenvattende term geworden voor een aantal onderling samenhangende veronderstellingen over wijzigingen in beleid en voorzieningenaanbod die er, indien gerealiseerd, toe zouden leiden dat de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen groter zou worden.

Onderzoek naar belemmeringen en knelpunten voor het realiseren van een integraal (lokaal) beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met langdurige beperkingen vormt al meer dan tien jaar een constante in het werkprogramma van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De voorgenomen invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning maakt de kennis hierover extra actueel.

Na afzonderlijke rapportages over onderzoek naar de ontwikkelingen in het beleid en voorzieningenaanbod rond ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten komt daarom in het voorliggende rapport de gang van zaken in beleid en voorzieningenaanbod voor ‘alle’ mensen met langdurige beperkingen aan de orde. Daarmee wordt aangesloten bij één van de veranderingen die met de ‘vermaatschappelijking van de zorg’ (het opheffen van het onderscheid naar doelgroepen) zou moeten worden bereikt. Een belangrijk aandachtspunt in het onderzoek is daarom of en in hoeverre de decategorialisatie van het voorzieningenaanbod inderdaad is doorgevoerd. Voor de andere in het vermaatschappelijkingsbeleid nagestreefde veranderingen – of veronderstellingen in de redenatie – is eveneens nagegaan of en, zo ja, in welke mate zij inmiddels zijn gerealiseerd.

Daarnaast is geïnventariseerd welke knelpunten zich bij het verwezenlijken van de gewenste ontwikkelingen voordoen en welke succesfactoren realisatie wel mogelijk maken. In aanvulling daarop zijn tevens de toekomstverwachtingen van de bij het vermaatschappelijkingsbeleid betrokken partijen zelf geïnventariseerd.

Het doel van het onderzoek is in de eerste instantie het verzamelen van kennis over de voortgang van de vermaatschappelijking in de zorg. Op basis daarvan kunnen aanbevelingen gedaan worden voor de beleidsvoering rond mensen met beperkingen. Gezien de betekenis van de Wet maatschappelijke ondersteuning voor juist dit beleid, zouden deze aanbevelingen ook van belang kunnen zijn voor de verdere ontwikkeling van deze wet<sup>1</sup>.

Voor de opzet van het onderzoek is gekozen voor het uitvoeren van casestudies, zoals ook in de eerder uitgevoerde onderzoeken is gedaan. Net als in het onderzoek naar het beleid en voorzieningenaanbod voor respectievelijk ouderen en gehandicapten, en psychiatrische patiënten zijn in dit onderzoek op een beperkt aantal locaties in Nederland vraaggesprekken gehouden met vertegenwoordigers van plaatselijke of regionale instellingen en organisaties die betrokken zijn bij beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen.

De keuze voor een casestudy geeft al aan dat met het onderzoek niet beoogd werd een uitputtende beschrijving te geven van de stand van zaken in de vermaatschappelijking in de zorg in Nederland. De ambities van het project zijn beperkt tot het vergaren van landelijk bruikbare informatie over de voortgang in de cluster van veranderingen die momenteel in het Nederlandse zorgbeleid worden nagestreefd (op basis van een aantal gevalbeschrijvingen). Door deze informatie te relateren aan de uitkomsten van eerder onderzoek kan worden nagegaan of de gewenste ontwikkelingen zich inderdaad voordoen en wat daarbij (structureel) beperkende en bevorderende factoren zijn.

Wat de uitkomsten van het onderzoek betekenen voor de vermaatschappelijking in de zorg en (in het verlengde daarvan) voor de invoering van de wmo komt aan de orde in het laatste hoofdstuk van dit rapport.

Eerst zal in hoofdstuk 2 eerst nader worden ingegaan op de beleidscontext van het onderzoek; in het bijzonder op de ideevorming rond de vermaatschappelijking in de zorg. Het zijn immers vooral de veronderstellingen die de weerslag vormen van deze ideevorming die in het onderzoek zijn getoetst.

Dit komt ook tot uiting in de in hoofdstuk 3 geformuleerde centrale probleemstelling en de daaruit af te leiden onderzoeksvragen. Hier worden tevens de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven.

Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. In de beschrijvingen wordt steeds hetzelfde stramien gevolgd, waarbinnen per onderzoeksthema verslag gedaan van de uitkomsten van de vraaggesprekken. De thema's, die rechtstreeks zijn af te leiden uit de onderzoeksvragen (zie hoofdstuk 3) zijn:

- beleid;
- voorzieningenaanbod;
- samenwerking en netwerkvorming;
- betrokkenheid van zorgvragers;
- aard en betekenis van de informele steunstructuur;
- de rol van de lokale overheid;
- knelpunten en succesfactoren;
- verwachtingen voor de toekomst.

In het vijfde en afsluitende hoofdstuk worden zoals gezegd conclusies getrokken over en aanbevelingen gedaan voor het te voeren beleid rond mensen met beperkingen. Daarvoor worden de uitkomsten uit de vijf casus met elkaar vergeleken en wordt aan de hand daarvan nagegaan of en in hoeverre de veronderstellingen achter het vermaatschappelijkingsbeleid in de beleidspraktijk zijn terug te vinden en wat op basis hiervan kan worden gezegd over de realiteitswaarde van de redeneerketen die aan dit beleid ten grondslag ligt.

De samenvatting die in hoofdstuk 4 wordt gegeven, is gebaseerd op de meer uitgebreide beschrijvingen van de afzonderlijke onderzoekscasus. Ook deze beschrijvingen kennen een vast stramien. Nadat eerst een korte beschrijving wordt gegeven van de onderzoeksgemeente en de onderzochte instellingen zijn geïntroduceerd, worden dezelfde thema's als uit hoofdstuk 4 opnieuw, maar dan uitgebreider en met meer details behandeld. Elke casusbeschrijving wordt afgesloten met een korte beschouwing over de eventuele lokaaltypische dan wel algemene kenmerken van het vermaatschappelijkingsproces in de betrokken gemeente. De vijf beschrijvingen zijn terug te vinden op de website van het Sociaal en Cultureel Planbureau ([www.scp.nl](http://www.scp.nl)).

## Noot

- 1 Hierbij moet overigens onmiddellijk worden aangetekend dat het niet de bedoeling van het onderzoek is geweest om na te gaan of de vermaatschappelijking is 'geslaagd' in die zin dat tevens is nagegaan of zij inderdaad heeft bevorderd dat de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen is toegenomen. Dit onderzoek heeft zich uitsluitend en alleen gericht op het vermaatschappelijkingsproces zelf.

## 2 *Vermaatschappelijking in de zorg – de (beleids)context van het onderzoek*

### 2.1 *Inleiding*

Het onderzoek waarover in dit rapport verslag wordt gedaan heeft een sterk beleidsgericht karakter gehad, zo kan uit het inleidende hoofdstuk al worden afgeleid. Enerzijds is nagegaan in hoeverre veranderingen die in het beleid zijn nagestreefd inderdaad zijn gerealiseerd. Anderzijds is onderzocht welke succesfactoren en knelpunten zich bij het doorvoeren van de veranderingen hebben voorgedaan, zodat daarmee ook de slaagkansen van het gevoerde beleid in kaart kunnen worden gebracht.

Voor een goed begrip van de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd en van de onderzoeksvragen waarop een antwoord is gezocht, lijkt inzicht in het gevoerde beleid en in de uitgangspunten waarop dit beleid gebaseerd is noodzakelijk. Daarom zal voorafgaand aan het eigenlijke onderzoeksverslag, in dit hoofdstuk eerst nader worden ingegaan op het in Nederland gevoerde beleid rond mensen met (langdurige) beperkingen. Voor de veranderingen die met dit beleid worden nagestreefd, wordt in toenemende mate de term ‘vermaatschappelijking’ gehanteerd. In de tweede paragraaf wordt beschreven hoe het denken rond ‘vermaatschappelijking’ zich sinds de introductie van het begrip heeft ontwikkeld en op welke veronderstellingen de ideevorming rond vermaatschappelijking berust.<sup>1</sup> Vervolgens zal in de derde paragraaf aan de hand van eerder onderzoek (o.a. uitgevoerd door het SCP) worden nagegaan of en in hoeverre deze veronderstellingen tot nu toe in de praktijk konden worden bevestigd. De Wet maatschappelijke ondersteuning heeft als doel het vermaatschappelijkingproces te bevorderen. Daarom zal in de slotparagraaf nader worden ingegaan op de voorgenomen vormgeving van de wmo.<sup>2</sup>

### 2.2 *Het denken over vermaatschappelijking*

Een belangrijk deel van de veranderingprocessen in de zorg zijn al geruime tijd geleden in gang gezet. Zo werd al in de jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen met de zogenoemde extramuralisering; het buiten de muren van de instellingen verlenen van zorg aan onder andere ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten. Deze extramuralisatie was enerzijds een reactie op veranderingen in de opvattingen over de beste zorg voor mensen met langdurige beperkingen en op de veranderende vraag van de gebruikers. Anderzijds maakte ze ook onderdeel uit van het door de rijksoverheid gevoerde beleid om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen.

Het tempo waarin het extramuraliseringsproces verliep, was per doelgroep verschillend, maar er was nauwelijks tot geen verschil van mening bij de diverse betrok-

ken partijen, dat extramuralisering in het algemeen bij zou dragen aan een grotere maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Daarom werd er in zowel de ouderen-, de gehandicapten- als in de geestelijke-gezondheidszorg naar gestreefd om zoveel mogelijk intramurale capaciteit om te zetten in voorzieningen voor zelfstandige huisvesting met extramurale zorg en behandeling waar nodig.

Na verloop van tijd groeide het inzicht dat voor deelname aan de samenleving meer nodig was dan alleen een zelfstandige woonruimte en dat alleen extramuralisering niet voldoende was voor maatschappelijke integratie. Tegelijkertijd werd duidelijk dat met het verlaten van de intramurale instelling de zorgvrager niet meer 'verzekerd' was van een integraal voorzieningenaanbod. Waar binnen de muren het aanbod aan zorg, behandeling, begeleiding, dienstverlening, huisvesting en dagbesteding in een pakket en dus min of meer in onderlinge samenhang kon worden aangeboden, wordt met de tendens tot extramuralisering deze samenhang doorbroken. In het beleid en voorzieningenaanbod kwam daarom steeds meer aandacht voor het ook buiten de muren van de instellingen ontwikkelen van arrangementen op andere levensterreinen dan alleen zorg en wonen. Als gevolg hiervan moest er meer aandacht komen voor de afstemming van zowel het aanbod aan voorzieningen op elkaar, als op de behoefte van de individuele zorgvrager.

Dit bracht aanvankelijk met zich mee dat de zorginstellingen veelal op experimentele basis zelf nieuw aanbod gingen ontwikkelen. De binnen de muren geboden verzorging en behandeling werden door het personeel van de instellingen zelf nu ook bij de hulpvragers thuis aangeboden. De zorginstellingen bouwden in eigen beheer zelfstandige wooneenheden of appartementen en richtten de instellingen zelf centra voor dagbesteding of beschutte werkgelegenheid in waar relevant.

De ervaring hiermee was echter dat het 'zorgkarakter' van deze nieuwe voorzieningen de maatschappelijke integratie van de gebruikers ervan toch verhinderde. En dus gingen er stemmen op dat mensen met beperkingen meer en gemakkelijker gebruik zouden moeten kunnen maken van de algemene voorzieningen. Concreet betekende dit dat er voor zorgvragen een beroep gedaan moest worden op huisarts en de algemene thuiszorg, dat men voor woonruimte terecht moest kunnen bij een woningcorporatie en dat mensen met beperkingen toegang moesten krijgen tot de reguliere arbeidsmarkt. Alleen wanneer en zolang het algemene aanbod ontoereikend of niet passend was, zouden er specifieke voorzieningen geboden moeten worden. Daarbij moest er wel voor worden gewaakt dat al het aanbod goed op elkaar aansloot en geen hiaten of overlap vertoonde. Om er zeker van te zijn dat het aanbod ook aansloot op de behoeften van de zorgvragers zelf en inderdaad bijdroeg aan hun maatschappelijke participatie, zouden ook de belangenbehartigingsorganisaties een stem moeten hebben in de besluitvorming.

Daarmee werd de ontwikkeling van een integraal, samenhangend voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen de verantwoordelijkheid van een gevarieerd samengesteld gezelschap van instellingen en organisaties op diverse terreinen, met uiteenlopende deskundigheden en mogelijkheden. De diverse bi- en multilaterale

samenwerkingsverbanden tussen de instellingen zouden bijdragen aan de ontwikkeling van een netwerk waarbinnen de werkzaamheden voor de diverse groepen kwetsbare mensen optimaal op elkaar worden afgestemd. Om de afstand tussen de aanbieders van de voorzieningen en de gebruikers ervan zo klein mogelijk te houden, zou de samenwerking en netwerkvorming vooral op lokaal niveau gestalte moeten krijgen. Vervolgens zou het aan de lokale overheid zijn om erop toe te zien dat de instellingen inderdaad met elkaar samenwerken en hun aanbod afstemmen op de lokale behoefte en daarin zo nodig een regierol in te vervullen.

Deze redenering over het te ontwikkelen zorgbeleid en voorzieningenaanbod is niet alleen terug te vinden in de diverse nota's van de overheid over het te voeren beleid rond mensen met beperkingen (TK 2001/2002; TK 2002/2003a). Ook in het wetenschappelijke debat en in de diverse adviezen over het te ontwikkelen beleid en voorzieningenaanbod wordt ervan uitgegaan dat de diverse instellingen en organisaties onder regie van de lokale overheid samen moeten werken aan een integraal aanbod, dat mensen met beperkingen in staat stelt aan de samenleving deel te nemen (Van Vliet en Plempers 2002; Kal 2002; RMO 2001; CTVGG 2002; RVZ 2002).

De maatschappelijke integratie en participatie van mensen met beperkingen wordt echter niet als de exclusieve verantwoordelijkheid van de professionele aanbieders van zorg- en dienstverlening gezien. In de discussies over de vermaatschappelijking wordt door velen hierin een belangrijke rol toegekend aan de samenleving – de maatschappij – zelf. Deze rol kan op verschillende manieren worden ingevuld, bijvoorbeeld door actieve deelname aan vrijwilligerswerk ten behoeve van mensen met beperkingen of juist door deze mensen de mogelijkheid te bieden betaald of onbetaald werk te verrichten. Daarnaast wordt van de leden van de samenleving verwacht dat zij, waar en wanneer nodig, steun en opvang bieden en zo het beroep op professionele dienstverleners voorkomen of verminderen. Dit laatste gaat met name op voor de familieleden en vrienden van de mensen met beperkingen. De door hen te verlenen informele of mantelzorg krijgt meer en meer het karakter van de eerst voorliggende voorziening, waarbij pas een beroep gedaan wordt op professionele zorg als er geen of niet genoeg mantelzorg gegeven kan worden (TK 2003/2004).

Daar waar de informele zorg- en steunarrangementen onvoldoende zijn, heeft de lokale overheid de taak de ontwikkeling daarvan te stimuleren, bijvoorbeeld door het vrijwilligerswerk te stimuleren en ondersteuning voor mantelzorgers te organiseren. Verder heeft de lokale overheid de taak om erop toe te zien dat de informele zorg- en steunarrangementen aansluiten op en samenhang bieden met het aanbod van de professionele zorg- en dienstverleners (Duyvendak en Van der Graaf 1999).

Ruim twintig jaar geleden werd alleen extramuralisering als voldoende beschouwd voor de maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Nu wordt onder het kopje 'vermaatschappelijking in de zorg' een heel conglomeraat aan veranderingen in de zorg en in de samenleving bij elkaar gebracht. Al deze veranderingen samen worden noodzakelijk geacht voor een volwaardige deelname. Het con-

glomeraat komt min of meer voort uit de redeneerketen, die zich in de loop der tijd in het denken rond de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen heeft ontwikkeld. Deze redeneerketen bestaat uit de volgende (onderling samenhangende) veronderstellingen:

- 1 Door het omzetten van intramurale aanbod in extramurale arrangementen op ten minste de terreinen zorg, welzijn, wonen en werk wordt de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen vergroot.
- 2 Door deze extramurale arrangementen door categorale en algemene instellingen op deze terreinen samen vorm te geven, worden de maatschappelijke integratie en acceptatie bevorderd.
- 3 Door ook belangenbehartigingsorganisaties van mensen met beperkingen bij de vormgeving van de arrangementen te betrekken, zullen deze beter aansluiten bij de behoefte van betrokkenen zelf.
- 4 De benodigde samenhang en afstemming kunnen het best op decentraal (lokaal of regionaal) niveau worden gerealiseerd, omdat zo de afstanden tussen de aanbieders onderling en tussen hen en de gebruikers zo kort mogelijk worden gehouden.
- 5 Om samenhang en afstemming op regionaal of lokaal niveau te stimuleren kan de regie over de totstandkoming van een integraal voorzieningenaanbod het beste in handen worden gelegd van de lokale overheid.
- 6 Door ook (leden van) de lokale samenleving zelf als informele steunstructuur bij opvang en begeleiding van mensen met beperkingen te betrekken, wordt hun maatschappelijke integratie vergroot.
- 7 De lokale overheid is het best in staat om de informele arrangementen in en door de samenleving te stimuleren en te ondersteunen.
- 8 De lokale overheid is het best in staat om er op toe te zien dat formele en informele arrangementen op elkaar en op de specifieke behoeften van de betrokkenen aansluiten en dus ook daarin een regierol te vervullen.

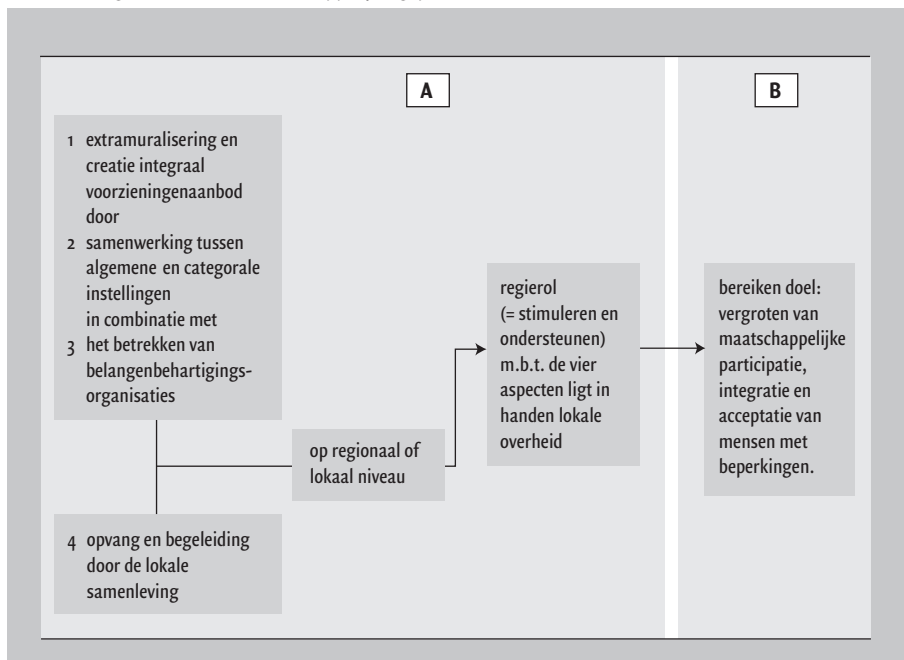
De redenering staat in figuur 2.1 schematisch weergegeven.

De onder A weergegeven veranderingen worden overigens niet alleen ingegeven door het streven naar een grotere participatie, integratie en acceptatie van mensen met beperkingen. Hiervoor is er al op gewezen dat van de twintig jaar geleden ingezette extramuralisering ook verwacht werd dat zij een bijdrage zou leveren aan een beheersing van de kosten in de langdurige zorg. Ook nu wordt met het (onder de noemer 'vermaatschappelijking') doorvoeren van het conglomeraat van veranderingen gestreefd naar een kostenvermindering. Vooral van een groter aandeel van de informele steunstructuur in het totale voorzieningenaanbod wordt al langere tijd gehoopt dat deze een beroep op de formele zorgvoorzieningen zal verminderen (WVC 1986; Balkenende 1987).



Figuur 2.1

De redenering achter het vermaatschappelijkingsproces



### 2.3 Vermaatschappelijking in de praktijk

De in paragraaf 2.2 weergegeven redenering wordt in een hoog aantal adviezen en aanbevelingen over te nemen maatregelen op het zorgterrein teruggevonden. De gedachtegang erachter lijkt in toenemende mate het overheidsbeleid op het terrein van de zorg te bepalen. In nota's over het te voeren ouderen-, gehandicapten- en geestelijke-gezondheidszorgbeleid wordt de vermaatschappelijking als een van de belangrijkste beleidsvoornemens betiteld. Ook worden maatregelen aangekondigd die – passend in het redeneerschema – de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen moet vergroten (zie bv. TK 2000/2001b; TK 2001/2002e of TK 2003/2004b). Ook voor een deel van de veranderingen die in het kader van de modernisering van de AWBZ zijn of zullen worden genomen wordt naar de veronderstellingen uit de redeneerketen verwezen (TK 1998/1999b e.v.).

In de nota's wordt echter ook melding gemaakt van het feit dat er nog heel wat hobbels genomen moeten worden voordat het gestelde doel bereikt kan worden. Een blik op de geschiedenis van het zorgbeleid in de afgelopen twintig jaar leert verder dat in de jaren tachtig en negentig vanuit dezelfde uitgangspunten dezelfde veranderingen werden nagestreefd (TK 1983/1984, TK 1992/1993, TK 1994/1995a, TK 1994/1995b). Alleen al het feit dat de hiervoor genoemde ontwikkelingen al geruime tijd het zorgbeleid domineren, wijst erop dat de gewenste veranderingen slechts moeizaam tot stand gebracht kunnen worden.

Uit eerder door het SCP uitgevoerd onderzoek onder vertegenwoordigers van financiers, aanbieders en (organisaties van) gebruikers (de zogenoemde beleidsactoren) is als eerste naar voren gekomen dat het centrale uitgangspunt van het beleid – het vergroten van de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen – volop wordt gesteund (Van der Pennen et al. 1995; Kwekkeboom 1997; Kwekkeboom 2001). Ook het streven naar het behoud of herstel van een zelfstandig bestaan en het daarvoor creëren van extramurale voorzieningen wordt met instemming begroet. Wel worden er kanttekeningen geplaatst bij de haalbaarheid hiervan voor mensen met ernstige beperkingen. Dat samenwerking en afstemming wenselijk zouden zijn, wordt ook door de meerderheid onderschreven, maar de verschillen tussen de aanbieders van voorzieningen op de diverse levensterreinen (zorg, maatschappelijke dienstverlening, wonen) blijken te groot te zijn om werkelijk tot een integraal, samenhangend aanbod te kunnen komen. De zo gewenste netwerkontwikkeling komt niet tot stand en de samenwerking lijkt zich te beperken tot bilaterale contacten rond tijdelijke projecten of voorzieningen. Samenwerking komt daarbij het meest voor tussen instellingen en organisaties die of dezelfde financieringsgrondslag hebben of zich richten op dezelfde doelgroep. Dit betekent dat op lokaal niveau de door de lokale overheid gesubsidieerde instellingen voor welzijnswerk en maatschappelijke dienstverlening eerder en meer met elkaar samenwerken dan met de AWBZ-gefinancierde zorgaanbieders. Deze zoeken op hun beurt de samenwerking het liefst met collega-instellingen die voor dezelfde doelgroep werken, wat eerder leidt tot regionale of bovenregionale samenwerkingsverbanden dan tot coalitievorming op lokaal niveau.

Dat de lokale overheid een regierol zou moeten spelen bij het totstandkomen van meer onderlinge samenwerking en afstemming, is voor de betrokken partijen – waaronder de lokale overheden zelf – niet vanzelfsprekend. De op basis van de AWBZ gefinancierde zorgaanbieders wijzen erop dat de lokale overheid door het ontbreken van een financieringsrelatie geen zeggenschap over hen heeft. Voor (een deel van) hen zou het meer voor de hand liggen als het zorgkantoor (als verdeler van de AWBZ-gelden) de regierol zou vervullen. En omdat ook woningcorporaties geen financiële banden met de lokale overheden hebben, kon bij hen evenmin een onverdeelde steun voor een regierol van de lokale overheid gevonden worden. Een belangrijk deel van de voor mensen met beperkingen relevante instellingen en organisaties is bovendien niet op lokaal, maar op regionaal niveau georganiseerd. Deze regionale instellingen hebben daarom te maken met verschillende lokale overheden die wellicht elk andere opvattingen over het te ontwikkelen voorzieningenaanbod hebben. Ook al staat bij elke instelling en organisatie de invloed van de (zorg)gebruiker hoog in het vaandel, in de praktijk blijkt van een structurele betrokkenheid van cliënten en of hun organisaties bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod nauwelijks tot geen sprake te zijn (Van der Pennen et al. 1995; Kwekkeboom 1997; Kwekkeboom 2001).

De beperkte samenwerking en afstemming tussen de diverse instellingen, alsmede de geringe invloed van de (aanstaande) gebruikers van het voorzieningenaanbod en

de tekortschietende mogelijkheden voor de lokale overheid om de regie te voeren, worden ook door anderen aangetroffen (vgl. Kodden en Meijer 1995; Dercksen en Van 't Hoff 1996; Muntendam 2000; Vulto, Boelens en Schreuder 2001; Vulto 2000, TK 2002/2003b). Ook in de diverse adviezen over de toekomst van het zorgbeleid worden zij als hinderpalen voor het te bereiken ideaal erkend, maar toch eerder als 'startproblemen' dan als structurele obstakels gezien (RMO 2001; TVGG 2002; CTVGG 2002; RVZ 2002; RMO 2003; RVZ 2003). Door de betrokken partijen te stimuleren toch meer (structureel) met elkaar samen te werken en, op onderdelen, wet- en regelgeving aan te passen zouden volgens deze adviezen de gewenste veranderingen alsnog gerealiseerd kunnen worden. Om dit te bewijzen wordt verwezen naar succesvolle (lokale) initiatieven in binnen- en buitenland.

Een belangrijker struikelblok voor de maatschappelijke integratie van mensen met beperkingen lijkt in deze adviezen de samenleving zelf te zijn. Ouderen, lichamelijke gehandicapten, maar vooral mensen met een verstandelijke handicap en chronisch psychiatrische problemen worden uitgesloten, geïsoleerd en in het ernstigste geval aan hun lot overgelaten. Dit wordt in eerste instantie geweten aan de onbekendheid met deze mensen. De opname in intramurale voorzieningen in bos- en heiderijke gebieden heeft tot gevolg gehad dat de 'gewone samenleving' niet de kans heeft gekregen kennis te maken met deze mensen en dus onvoldoende heeft geleerd hoe met deze mensen om te gaan en hen als gelijkwaardig te zien en te behandelen. Door woonvoorzieningen in wijken te creëren wordt de samenleving in staat gesteld kennis te maken met mensen met beperkingen. Hierdoor neemt de afweer af en de betrokkenheid toe, zodat de samenleving zorgzamer wordt (TVGG 2002; RVZ 2002; RMO 2003). Ook hier wordt een belangrijke rol toegedicht aan de lokale overheid: voorzover de zorgzame samenleving niet spontaan ontstaat, dient zij de ontwikkeling daarvan actief te stimuleren, door bijvoorbeeld vrijwilligersinitiatieven op dit gebied te ondersteunen. De adviezen sluiten hiermee aan op de al langer spelende discussie over het volwaardig burgerschap van mensen met beperkingen (zie bv. Plemper en Van Vliet 2002; Kal 2002).

Of een nadere kennismaking met mensen met beperkingen voldoende is om zorgzaamheid te ontwikkelen is echter nog maar de vraag. Bevolkingsonderzoek leert dat de bereidheid om mensen met psychische problemen als collega of buur te accepteren aan voorwaarden gebonden is (Kwekkeboom 2001). Onderzoek onder buurtgenoten van voorzieningen voor verstandelijke gehandicapten laat zien dat de nadere kennismaking eerder leidt tot een negatievere houding dan tot een positieve (Overkamp 2000). Psychiatrische patiënten klagen dat zij regelmatig onheus bejegend worden door buurtbewoners, potentiële werkgevers en toevallige passanten (Van Haaster et al. 1997; Van Hoof et al. 2004) Bewoners van een kleinschalige woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten geven te kennen zich niet door het pestgedrag van de plaatselijke jeugd niet veilig te voelen (Kooger en Swinkels 2003).

De sociale netwerken van mensen met beperkingen zijn veelal kleiner dan die van mensen zonder beperkingen (Kwekkeboom 2001; De Klerk 2002) en pogingen om deze door vrijwilligerswerk als maatjesprojecten uit te breiden, hebben maar gedeel-

telijk succes omdat het moeilijk blijkt de vrijwilligers langdurig aan de projecten te binden (Glissenaar en Rijn 1999). Ook de meer algemene vrijwilligersorganisaties in de zorg en de zorgorganisaties zelf hebben problemen met het ‘vasthouden’ van hun vrijwilligers en vrezen dat het moeilijker wordt om in de toekomst de huidige omvang van het vrijwilligersbestand te handhaven (Scholten 2004).

Al met al lijken er voldoende redenen te bestaan om vraagtekens te zetten bij de aannames waarop de redeneerketen van het vermaatschappelijkingsbeleid in de zorg is gebaseerd. In de praktijk blijken de voorwaarden voor de realisatie ervan immers niet vervuld te worden. Toch blijft de redeneerketen de ontwikkelingen in het beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen in hoge mate bepalen. Zo lijkt ook de nieuw in te voeren Wet maatschappelijke ondersteuning voor een belangrijk deel te leunen op dezelfde reeks van veronderstellingen. Gezien het belang van de WMO voor de toekomst van de vermaatschappelijking zal in de volgende paragraaf nader op de (voorgenomen) inhoud van de wet worden ingegaan.

#### 2.4 De Wet maatschappelijke ondersteuning

Uit de paragraaf 2.2 gegeven beschrijving komt naar voren dat ‘vermaatschappelijking in de zorg’ al geruime tijd opgeld doet in de diverse nota’s over het te voeren (overheids)beleid. Van een redelijk perifeer thema heeft de vermaatschappelijking zich in de afgelopen twintig jaar ontwikkeld tot centraal aandachtspunt. Dit is aanleiding voor het doorvoeren van veranderingen op het zorgterrein, maar ook op andere terreinen. Zo zijn bijvoorbeeld ook in het huisvestingsbeleid maatregelen genomen die het (langer) zelfstandig wonen van mensen met beperkingen mogelijk moet maken en is in het arbeidsmarktbeleid meer aandacht gekomen voor hun (re)integratie.

In het voorjaar van 2004 presenteerden de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een brief aan de Tweede Kamer de ‘contouren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning’ welke tot doel heeft ‘iedereen – oud en jong, gehandicapt en niet-gehandicapt, autochtoon en allochtoon, met en zonder problemen – volwaardig aan de samenleving (te laten) deelnemen’ (TK 2003/2004a). Daartoe zouden de huidige Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten (wvG) in hun geheel moeten opgaan in de nieuwe WMO. Ook moeten enkele regelingen die nu onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen hierin worden opgenomen. De uitvoering van de wet wordt in handen gelegd van de lokale overheden, die in principe vrij zijn in de manier waarop zij aan deze taak invulling geven. Wel zullen in de WMO, zo viel in de brief te lezen, zogenoemde prestatievelden worden vastgelegd, zodat duidelijk is waarvoor de gemeente verantwoordelijk is en waarop zij dus kan worden aangesproken.

De aankondiging van de nieuwe wet heeft voor veel commotie gezorgd in met name de sectoren zorg en welzijn. In een periode waarin ook nadrukkelijk op de uitgaven

voor deze sectoren wordt bezuinigd, werd de introductie van de wmo al snel geïnterpreteerd als een bezuinigingsmaatregel. Twijfels over de financiering van de taken van de lokale overheden is voor de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) aanleiding geweest het overleg over de wmo tijdelijk op te schorten. De overgang van voorzieningen van de AWBZ (die individuele zorgvragers een recht op verstrekking biedt) naar de wmo (die het primaat legt bij collectieve voorzieningen waarop geen rechten kunnen worden uitgeoefend) riep bij met name de diverse gebruikersorganisaties veel protest op. Ook de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de zorggebruiker zelf, diens sociale netwerk en vervolgens de samenleving als geheel is bij velen in verkeerde aarde gevallen.

De toch vooral negatieve reacties op de 'Contourennota' vonden hun weerklank in een kritisch overleg met de Tweede Kamer, die hiervoor 366 vragen had opgesteld (TK 2004/2005). Het commentaar van de diverse belanghebbende partijen, het publieke en het kamerdebat hebben ertoe geleid dat de in de 'Contourennota' geschetste wet op een aantal essentiële onderdelen is aangepast.

Zo is het aantal prestatievelden dat in de wmo wordt beschreven groter geworden. In dat opzicht is de reikwijdte van de wet dus toegenomen. Ook is het tijdstip van invoering met minstens een half jaar opgeschoven. In het kamerdebat waren er namelijk nogal wat bedenkingen over het tempo waarin het kabinet de veranderingen wilde doorvoeren. In het verlengde hiervan is tevens tegemoetgekomen aan een ander bezwaar: ten aanzien van een aantal voorzieningen die mensen met beperkingen moeten helpen bij het behouden van hun zelfstandigheid of bij hun deelname aan de samenleving, zal de lokale overheid een 'zorgplicht' krijgen. Deze zorgplicht zou moeten worden vastgelegd in een Algemene maatregel van Bestuur, waarmee deze eenvoudig aan veranderende maatschappelijke omstandigheden kan worden aangepast.

De wijzigingen laten de belangrijkste uitgangspunten voor de wmo overigens onaangetast. Een van deze uitgangspunten is dat de lokale overheid er verantwoordelijk voor is dat al haar burgers deel kunnen nemen aan de samenleving. Daarvoor moet zij beleid ontwikkelen op nader omschreven aspecten – prestatievelden – van wat dan maatschappelijke ondersteuning wordt genoemd. Ook staat vast dat de lokale overheid expliciet de taak krijgt de deelname aan het maatschappelijk verkeer door mensen met beperkingen of problemen te bevorderen en daartoe zo nodig voorzieningen voor te leveren. Om welke voorzieningen het dan gaat, is nog niet definitief vastgelegd, maar het zal in ieder geval de voorzieningen die nu onder de Welzijnswet vallen betreffen. Daarnaast zullen ook de mobiliteits- en vervoersvoorzieningen die nu in het kader van de wvg tot de verantwoordelijkheid van de lokale overheden vallen, in de wmo worden opgenomen en wordt de huishoudelijke zorg vanuit de AWBZ (inclusief de daaraan verbonden middelen) overgeheveld naar de wmo. Voor het mobiliteits-, vervoers- en huishoudelijke hulpaanbod zal de lokale overheid een zorgplicht krijgen, welke zal worden vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (TK 2004/2005b).

Het is niet de bedoeling dat de lokale overheden het benodigde voorzieningaanbod zelf gaan leveren. De Contourennota en de concept-wetsteksten benadrukken dat de voorkeur gegeven wordt aan de uitbesteding van de activiteiten door de gemeente aan derden. Bovendien zal voor een deel van de mensen met beperkingen of problemen het door de lokale overheid gefinancierde aanbod niet voldoende zijn. Zij zullen een beroep moeten doen op voorzieningen die door andere partijen worden geboden en/of gefinancierd. In de wmo wordt het de taak van de lokale overheid er op toe te zien dat al deze partijen hun voorzieningen onderling afstemmen, zodat op lokaal niveau een samenhangend, op de behoeften van de afnemers afgestemd aanbod gaat ontstaan. Dus ook in de wmo wordt de lokale overheid zeer nadrukkelijk een regiefunctie toegedacht.

Een minstens zo centraal uitgangspunt in de wmo is echter ook dat de mensen zelf meer verantwoordelijkheid krijgen voor het compenseren en oplossen van beperkingen en problemen die hen in hun deelname aan de samenleving hinderen. Dat betekent ook dat mensen eerst een beroep doen op de leden van hun sociale netwerk als ze niet (meer) in staat zijn hun problemen geheel zelf op te lossen.<sup>3</sup> Mocht een dergelijk beroep niet mogelijk zijn, dan moet men zich kunnen wenden tot het (georganiseerde) vrijwilligerswerk in de directe omgeving. Er zou pas gebruikgemaakt moeten worden van het collectief gefinancierde voorzieningaanbod als alle andere mogelijkheden uitgeput of onbereikbaar zijn. Dit betekent dat bij de indicatie voor de collectief gefinancierde voorzieningen, ook die welke door de lokale overheid worden gefinancierd, eerst bekeken moet worden of er geen andere mogelijkheden zijn. Om deze mogelijkheden te optimaliseren, heeft de lokale overheid in de wmo wel de taak om mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen. Deze ondersteuning van de informele steunstructuur is ook een van de prestatievelden, die in het wetsontwerp zijn opgenomen. Om de lokale overheid hiertoe in staat te stellen, zullen de middelen uit de huidige subsidieregelingen binnen de AWBZ worden overgeheveld naar het Gemeentefonds.

In de Contourennota en in het wetsvoorstel krijgt de lokale overheid zeer nadrukkelijk de taak om haar beleid in het kader van de wmo in nauwe samenspraak met de belangenbehartigers van de diverse groepen gebruikers op te stellen. Zij wordt dan ook opgeroepen de lokale belangenbehartigingsorganisaties dusdanig toe te rusten en te ondersteunen dat zij ook inderdaad in staat zijn om het beleid te beoordelen en waar nodig bij te stellen.

De term 'vermaatschappelijking' wordt in de Contourennota noch in de wetsteksten van de wmo gebruikt, maar de nieuwe wet lijkt volledig te steunen op de hiervoor beschreven veronderstellingen achter het vermaatschappelijkingsbeleid. Het doel is immers om de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van onder meer mensen met beperkingen te bevorderen. Dit zou moeten worden bereikt door de lokale overheid verantwoordelijk te maken voor voorzieningen voor gehandicapten, ouderen en chronisch psychiatrische patiënten en voor voorzieningen voor vrijwilli-

gerswerk en mantelzorg alsmede voor het door het uitoefenen van een regierol bereiken van samenwerking en afstemming tussen andere instellingen en organisaties, waaronder de cliëntvertegenwoordigingen.

Met de WMO lijkt tevens te worden teruggegrepen op het gedachtegoed achter de 'zorgzame samenleving', zoals deze eind jaren tachtig van de vorige eeuw werd gepropageerd (Balkenende 1987).

## Noten

- 1 De ontwikkelingen in het Nederlandse zorgbeleid en voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen c.q. de vermaatschappelijking in de zorg zijn al eerder en dan uitgebreider beschreven. Voor een meer gedetailleerd overzicht van de diverse veranderingen die zich in de loop der jaren hebben voorgedaan wordt verwezen naar o.m. de SCP-rapporten *Naar draagkracht* en *Zo gewoon mogelijk* (Kwekkeboom, 1999 resp. Kwekkeboom, 2001).
- 2 De inhoud van deze slotparagraaf is gebaseerd op de tijdens het begin 2005 openbare informatie over de WMO. Gezien de voortgaande discussie over de wet kon de weergave van inhoud en reikwijdte niet definitief zijn.
- 3 Dit is overigens niet nieuw. Ook nu wordt bij de indicatie voor AWBZ-verstrekingen er van uitgegaan dat het sociale netwerk een bijdrage levert aan de ondersteuning en zorgverlening (LVIO, 2003).



## 3 Vraagstelling, opzet en uitvoering van het onderzoek

### 3.1 Centrale vraagstelling

Aan de ontwikkelingen in het beleid voor mensen met langdurige beperkingen ligt een uit meerdere veronderstellingen bestaande redeneerketen rond het vermaatschappelijkingsproces ten grondslag (zie ook §2.2). Deze redeneerketen beschrijft een conglomeraat aan gewenste veranderingen en ontwikkelingen, die er in onderlinge samenhang aan bij zouden moeten dragen dat het gewenste doel wordt bereikt: een zo groot mogelijke maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen.

In de daaropvolgende paragraaf is aan de hand van onder andere uitkomsten van onderzoek betoogd dat getwijfeld kan worden aan de mate waarin in de praktijk voldaan wordt aan de voorwaarden die het vermaatschappelijkingsproces zouden moeten doen slagen. Desondanks wordt – zo blijkt onder meer uit de inrichting van de nieuw in te voeren WMO – voortgebouwd op dezelfde uitgangspunten.

Een en ander is aanleiding om (opnieuw) onderzoek te doen naar de stand van zaken in de vermaatschappelijking in de zorg en na te gaan welke veronderstellingen uit de redeneerketen bevestigd worden en welke niet en wat dit dan kan betekenen voor het gehele vermaatschappelijkingsproces. Dat betekent dat gevraagd moet worden naar:

- het huidige aanbod aan extramurale voorzieningen voor zorg, wonen, werk en welzijn voor mensen met beperkingen;
  - de samenwerking tussen algemene en categorale instellingen op met name het lokale niveau;
  - de mate waarin gebruikers of hun belangenbehartigingsorganisaties betrokken worden bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod;
  - de bijdrage van de informele steunstructuur aan de opvang en begeleiding; en
  - de rol van de lokale overheid in het bevorderen van de samenhang en afstemming.
- Tevens moet gevraagd worden naar de ervaren knelpunten bij het realiseren van de gewenste veranderingen en naar omstandigheden die er juist aan hebben bijgedragen dat de wijzigingen wel konden worden doorgevoerd. Een vraag naar de verwachtingen voor de toekomst is in feite een vraag naar de hardnekkigheid van de knelpunten. Daarnaast kan zij inzicht verschaffen in de duurzaamheid van de oplossingen en veranderingen.

Omdat het vermaatschappelijkingsproces zich op het lokale niveau zou moeten voltrekken, dient het onderzoek in eerste instantie ook op dit lokale niveau plaats te vinden.

Een en ander leidt tot de volgende (driedelige) formulering van de centrale vraagstelling voor het onderzoek:

- In hoeverre worden op lokaal niveau de veronderstellingen achter het proces van vermaatschappelijking van de zorg bevestigd?

- Welke knelpunten en successen worden ervaren bij de realisatie van dit proces en wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?
- Wat betekenen de uitkomsten van het onderzoek voor de toekomst van het vermaatschappelijkingsproces?

Het feit dat de WMO in belangrijke mate gebaseerd is op de redeneerketen achter het vermaatschappelijkingsproces brengt met zich mee dat het antwoord op de laatste onderzoeksvraag ook van belang kan zijn voor de verdere implementatie van de WMO.

### 3.2 Opzet en uitvoering

In de inleiding werd al aangegeven dat voor de beantwoording van de centrale vraagstelling gekozen is voor een kwalitatief meervoudig casusonderzoek, waarbij per casus verschillende ‘eenheden’ in het onderzoek werden betrokken, een zogenoemd *embedded multiple-case design* (Yin 1994). De casus werden gevormd door vijf gemeenten in Nederland, de ‘onderzoekseenheden’ waren vertegenwoordigers van plaatselijk relevante instellingen en organisaties.

Er is gebruikgemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode; een open vraaggesprek, omdat dit het meest effectief werd geacht voor het kunnen onderzoeken van sociale constructen als ervaringen en verwachtingen van respondenten zelf (Wester 1987; Roovers 2004).

Er is gekozen voor de benadering via een casusonderzoek met verschillende onderzoekseenheden omdat werd verwacht dat de ervaringen en verwachtingen beïnvloed zouden worden door de omgeving; de lokale omstandigheden en daarmee ook door de ervaringen en verwachtingen van anderen in dezelfde lokale omgeving.

De bevindingen uit een enkelvoudig casusonderzoek hebben in principe geen externe validiteit, omdat ze gebonden zijn aan een lokaal bepaalde context. Zij bezitten niet de empirische generaliseerbaarheid zoals die is gerelateerd aan een statistische representativiteit van een steekproef ten behoeve van kwantitatief onderzoek. De uitkomsten zijn echter wel theoretisch generaliseerbaar; het is mogelijk de gevonden ervaringen en verwachtingen te extrapoleren naar vergelijkbare situaties of casus (Yin 1994). Door het onderzoek op verschillende locaties uit te voeren – dat wil zeggen een *multiple-case design* te kiezen – is geprobeerd de invloed van de lokale omstandigheden beter zichtbaar te maken en zo de externe validiteit te vergroten. De methode van het meervoudige casusonderzoek leent zich juist door het zoeken naar contextgebonden informatie in vergelijkbare situaties zeer goed voor het verzamelen van theoretisch of analytisch generaliseerbare data (Sim 1998, Roovers 2004).

Met het onderzoek is dus niet beoogd om algemeen geldende, statisch verifieerbare uitspraken te doen over de stand van zaken van de vermaatschappelijking in de zorg in heel Nederland.<sup>1</sup> Bedoeling was om als aanvulling op en actualisatie van eerder uitgevoerd onderzoek, in enkele gemeenten landelijk bruikbare informatie over te vergaren. Deze informatie kan worden gebruikt om een bijdrage te leveren aan de discussie over het te voeren beleid en de daaraan ten grondslag liggende veronderstellingen.

Het onderzoek is uitgevoerd in vijf gemeenten in Nederland: Schagen, Heerenveen, Bergen op Zoom, Enschede en Utrecht. Bij de keuze van de onderzoeksgemeenten moest een afweging gemaakt worden. In de theorie van het casusonderzoek wordt gepleit voor overeenkomst tussen de casus om daarmee de theoretische generaliseerbaarheid van de resultaten zo groot mogelijk te laten zijn. Het doel landelijk bruikbare informatie te vergaren vereist daarentegen een zo groot mogelijke variëteit om vooral de invloed van de lokale context te kunnen achterhalen. In de afweging heeft het streven naar bruikbaarheid het gewonnen van de theoretische zuiverheid. Daarom is bij de selectie van de onderzoeksgemeenten gezocht naar een zeker mate van variatie in gemeentegrootte, stedelijkheidsgraad en spreiding over het land.<sup>2</sup> Deze keuze heeft tot gevolg dat de uitkomsten van een casus niet zonder meer van toepassing mogen worden geacht op alle gemeenten van dezelfde grootte, met dezelfde stedelijkheidsgraad, in dezelfde streek, enzovoort. Er kan echter wel met enige zekerheid verondersteld worden dat de resultaten een zekere geldingskracht hebben en dat dus de kans dat zich in vergelijkbare gemeenten vergelijkbare situaties en ontwikkelingen voordoen redelijk groot is. Uit de onderlinge vergelijking van de resultaten van de diverse casus kan vervolgens de invloed van de lokale context worden afgeleid.

Bij de selectie van de gemeenten is er ook bewust voor gekozen het onderzoek niet uit te voeren in gemeenten waar al eerder onderzoek werd gedaan naar de ontwikkelingen in het ouderen-, gehandicapten- of geestelijke gezondheidsbeleid (Kwekkeboom 1997; Kwekkeboom 1999). De bedoeling van het onderzoek was immers niet om de ontwikkelingen in beleid en voorzieningenaanbod in een of meer specifieke gemeenten te volgen en in kaart te brengen.

In de onderzoeksgemeenten zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de diverse instellingen en organisaties die (idealiter) bij het proces van vermaatschappelijking in de zorg betrokken zijn. In theorie had het daarbij kunnen gaan om een zeer groot aantal gesprekken; volgens de redeneerketen zijn bij de nodig geachte veranderingen immers veel partijen betrokken. Om pragmatische redenen is er echter vanaf het begin af aan voor gekozen om niet al deze partijen in het onderzoek op te nemen. In plaats daarvan is per gemeente volstaan met interviews met vertegenwoordigers van de volgende 'typen' actoren: lokale overheid, categorale zorgaanbieders voor respectievelijk de doelgroep ouderen, psychiatrisch patiënten en verstandelijk gehandicapten en de algemene thuiszorg, maatschappelijke dienstverlening (i.c. Algemeen maatschappelijk werk), woningcorporaties, instellingen voor arbeidsvoorziening, belangenbehartigingsorganisaties en organisaties voor vrijwilligerswerk. Afhankelijk van de plaatselijke situatie, zoals bekend geworden uit de gesprekken, zijn in aanvulling daarop nog gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van instellingen of organisaties die ter plekke een belangrijke rol in het vermaatschappelijkingsproces werd toegedacht. Waar uit de eerste gesprekken bleek dat één of meer van de hiervoor genoemde 'typen' actoren geen of een marginale rol speelden in het vermaatschappelijkingsproces in de onderzoeksgemeente is van een

gesprek met een vertegenwoordiger afgezien. Welke instellingen en organisaties uiteindelijk in het onderzoek zijn opgenomen is dus voor een belangrijk deel bepaald door de lokale situatie. Hierdoor kon een goed beeld worden verkregen van het 'lokaalspecifieke' van het aanbod ter plaatse, juist zoals dat in de redeneerketen van het vermaatschappelijkingsproces van belang wordt geacht.

In de periode april 2003 tot juni 2004 zijn per onderzoeksgemeente elf tot dertien vraaggesprekken gevoerd, wat resulteert in een totaal van 58 interviews (tabel 3.1).

Tabel 3.1  
Aantal en typen geïnterviewde instellingen en organisaties per onderzoekslocatie

	Schagen	Heerenveen	Bergen op Zoom	Enschede	Utrecht
lokale overheid	1	1	1	1	1
belangenbehartigingsorganisatie	1	2	1	1	1
instelling voor geestelijke-gezondheidszorg	1	1	1	1	1
instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg	1	2	1	1	2
stichting welzijn ouderen	1	1	1	1	1
verzorgingshuis/zorgcentrum	1	1	1		
thuiszorg	1	1	1	1	1
algemeen maatschappelijk werk	1	1	1	1	
GGD			1		1
instelling voor maatschappelijke opvang			1		
woningcorporatie	1	1	1	1	1
instelling voor arbeidsvoorziening	1		1	1	1
vrijwilligersorganisatie	2		1	1	
overig <sup>a</sup>					1
<b>totaal</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

a Het betreft hier een samenwerkingsorganisatie van een tiental algemene en categorale aanbieders van zorgverlening en behandeling.

Bij het maken van de afspraken voor de interviews is gevraagd naar de eerst verantwoordelijke(n) voor het beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met (langdurige) beperkingen. Dit heeft erin geresulteerd dat de gesprekken meestal zijn gevoerd met één of meer (leidinggevende) beleidsambtenaren, staffunctionarissen, uitmanagers of coördinatoren. De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een lijst van aandachtspunten (zie bijlage A). Ze hadden een zo open mogelijk karakter, zodat de respondenten de ruimte kregen om onderwerpen die zij (ook) van belang achtten in konden brengen.

De interviews namen gemiddeld vijf kwartier in beslag. De verslagen van de gesprekken zijn, nadat zij door de betrokken respondent waren geaccordeerd, geanalyseerd met behulp van het programma *Kwalitan*.

Voorafgaand aan het interview is de respondenten een kort lijstje met vragen toegestuurd over de instelling of organisatie die zij vertegenwoordigden. Deze vragen hadden onder meer betrekking op het karakter van het voorzieningaanbod van de instelling, het bereik in aantallen cliënten of gebruikers van deze voorzieningen, de grootte van de formatieruimte en budgetten voor onder meer personeel, gebouwen en te leveren voorzieningen. De gegevens die dit vragenlijstje opleverde is gebruikt als achtergrondinformatie bij de uitkomsten van de vraaggesprekken.<sup>3</sup>

## Noten

- 1 Zoals ook in hoofdstuk 1 is opgemerkt, heeft het onderzoek nadrukkelijk niet de pretentie uitspraken te kunnen doen over de mate waarin het vermaatschappelijkingsproces al dan niet 'geslaagd' zou zijn, dat wil zeggen bijgedragen zou hebben aan een grotere maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen (veld B uit figuur 2.1). Om die vraag te kunnen beantwoorden zou immers ook onderzoek onder de doelgroep van het vermaatschappelijkingsbeleid – i.e. mensen met langdurige beperkingen – uitgevoerd moeten worden. Dergelijk onderzoek wordt momenteel overigens wel door onder andere het SCP voorbereid.
- 2 Bij de keuze van de kleinste onderzoeksgemeenten is daarbij ook gelet op aanwezigheid van voorzieningen en instellingen. Er moest immers wel wat te onderzoeken zijn.
- 3 De kwaliteit van de op deze manier verkregen informatie is overigens erg wisselend: waar sommige respondenten alle gevraagde gegevens konden verstrekken, moesten anderen, ondanks hun leidinggevende functie binnen de betrokken organisatie, het antwoord op enkele of alle vragen schuldig blijven.

## 4 Uitkomsten van de casus

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op casusniveau een korte beschrijving gegeven van de uitkomsten van het onderzoek. Deze beschrijving is gebaseerd op een uitgebreide weergave van de onderzoeksresultaten, zoals deze terug is te vinden op de website van het SCP ([www.scp.nl](http://www.scp.nl)).

In zowel dit hoofdstuk als in de uitgebreide casusbeschrijvingen worden de gegevens volgens een vast stramien gepresenteerd. Na een algemene introductie wordt voor een aantal veronderstellingen in de redeneerketen achter het vermaatschappelijkingsbeleid (zie hoofdstuk 2) nagegaan of en in hoeverre de voorwaarden daarvoor in de betrokken onderzoeksgemeenten zijn vervuld. Daartoe wordt verslag gedaan van de bevindingen betreffende het voorgenomen en gerealiseerde beleid en voorzieningenaanbod, de ter plekke voorkomende samenwerkingsrelaties en netwerkontwikkeling, de betrokkenheid van (vertegenwoordigers van) de zorgvragers bij de totstandkoming van beleid en voorzieningen, de aard en de betekenis van de (lokale) informele steunstructuur en de rol van de lokale overheid. Met deze beschrijving wordt een antwoord gegeven op de eerste onderzoeksvraag (hoofdstuk 3).

Vervolgens wordt beschreven welke knelpunten de respondenten (hebben) ervaren bij (onderdelen van) de realisatie van het vermaatschappelijkingsproces en wat zij als succesfactoren zien. Daaropvolgend wordt ingegaan op de toekomstverwachtingen. Hiermee wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord. Het antwoord op de derde onderzoeksvraag wordt na een korte samenvatting van de onderzoeksresultaten gegeven in hoofdstuk 5.

### 4.2 Casus 1 – de gemeente Schagen

In Schagen, met 17.500 inwoners de kleinste van de onderzoeksgemeenten, zijn in totaal twaalf gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de lokale overheid (1), aanbieders van zorg-, dienstverlening-, huisvesting- en arbeidsvoorzieningen (7), zorggebruikers (1) en vrijwilligersorganisaties (2).

#### Beleid

In het *Collegeprogramma 2002–2006* wordt in twee hoofdstukken verwezen naar beleid voor of rond mensen met beperkingen. In het hoofdstuk ‘Sociale Voorzieningen’ wordt melding gemaakt van het voornemen om een persoonsgebonden budget voor vervoersvoorzieningen voor gehandicapten in te voeren, van de continuering van delen van het projectplan rond de stimulering van vrijwilligerswerk en van de voortzetting van het huidige ouderenbeleid. In het hoofdstuk ‘Verkeer, Vervoer en Waterstaat’ staat dat er verdere maatregelen zullen worden genomen om de toegankelijkheid van de openbare ruimte te verbeteren.

### *Voorzieningenaanbod*

Schagen is de vestigingsplaats van diverse gezondheidszorgvoorzieningen zoals twee zorgcentra, woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap, een regionale instelling voor geestelijke-gezondheidszorg en de lokale Stichting Welzijn Ouderen. Twee regionale thuiszorgorganisaties hebben er een lokaal kantoor, net als de regionaal werkende stichting voor Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening. Ook de in Schagen gevestigde arbeidsvoorziening heeft een regionaal werkgebied, net als de in de regio belangrijkste woningcorporatie.

De instellingen bieden samen een breed scala aan extramurale voorzieningen voor mensen met beperkingen. In het algemeen richten de categorale zorgaanbieders zich eerst en vooral op hun 'eigen' doelgroep; intercategoriale activiteiten beperken zich veelal tot consultatie en mensen met een meervoudige beperking, zoals ouderen met psychiatrische problematiek. Van de algemene instellingen is alleen de woningcorporatie actief in het ontwikkelen van aanbod voor mensen met beperkingen. De instelling voor Algemeen maatschappelijk werk is zich hierop aan het bezinnen.

### *Samenwerkingsrelaties en netwerkontwikkeling*

Bij de totstandkoming van het voorzieningenaanbod wordt regelmatig met andere instellingen samengewerkt. Veelal gaat het dan om de samenwerking tussen een algemene en een categorale instelling die een gezamenlijk aanbod voor de doelgroep van de laatste ontwikkelen, zoals de corporatie die samen met de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg een huisvestingsaanbod voor psychiatrische patiënten realiseert. Als categorale instellingen onderling met elkaar samenwerken, gaat het veelal om aanbod voor de 'overlap' tussen beide groepen. De ontwikkeling van een gezamenlijk intercategoriaal aanbod wordt niet genoemd.

De genoemde samenwerkingsrelaties zijn in de meeste gevallen bilateraal; projecten waarbij meer dan twee instellingen zijn betrokken worden zelden genoemd. Bij het belangrijkste gezamenlijke project in Schagen, de vrijwilligersorganisatie Service-plus, zijn naast de woningcorporatie (de initiatiefnemer) ook Stichting Welzijn Ouderen, de twee thuiszorgorganisaties, de zorgcentra, de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg en de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg betrokken. De corporatie maakt samen met de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en voor het AMW ook deel uit van het (regionale) Meldpunt woonhygiënische probleemgevallen. De corporatie is samen met de Stichting Welzijn Ouderen, de thuiszorgorganisaties en het AMW een van de drijvende krachten van het (nog op te richten) gezamenlijke zorgloket.

Van de in het onderzoek opgenomen instellingen wordt de sociale werkvoorziening het minst als samenwerkingspartner genoemd. Ook de lokale overheid lijkt niet of nauwelijks bij gezamenlijke projecten betrokken te worden.



### *Betrokkenheid van zorgvragers*

De (potentiële) afnemers van de voorzieningen worden door de in het onderzoek opgenomen instellingen en organisaties op diverse manieren bij de ontwikkeling van het aanbod betrokken. Ten eerste is daar de formele, en voor een belangrijk deel van de aanbieders ook wettelijk verplichte, inspraakprocedure via advies- of gebruikersraden. In de ogen van de aanbieders zelf blijft de inbreng van de gebruikers via deze weg echter onder de maat. De welzijnsinstellingen hebben geen verplichting tot het instellen van een gebruikersraad. Om toch de mening van de gebruikers te peilen, worden inspraakbijeenkomsten georganiseerd en tevredenheidsonderzoeken gehouden. De uitkomsten van dergelijke onderzoeken zijn echter niet altijd even bruikbaar.

Behalve de gebruikers zelf worden ook hun familieleden en vrienden nadrukkelijk in staat gesteld om mee te denken over het te ontwikkelen aanbod. Ook voor deze betrokkenheid zijn uiteenlopende vormen ontwikkeld, variërend van een formele familie- of verwantenraad tot individuele consultatie bij opname.

Niet alleen de aanbieders zijn niet altijd even tevreden over de betrokkenheid van de gebruikers bij het te ontwikkelen beleid en voorzieningenaanbod. Ook de in het onderzoek opgenomen belangenbehartigingsorganisatie laat merken de mogelijkheden om invloed uit te oefenen onvoldoende te vinden. Dit zou voor een deel terug te voeren zijn op onvoldoende financiële middelen en (dus) mankracht en voor een ander deel op een te grote vrijblijvendheid van de inspraak op het beleid. Overheden en instellingen hoeven zich immers niets van de opvattingen van gebruikers aan te trekken.

### *Aard en betekenis van de informele steunstructuur*

Bij de totstandkoming van het voorzieningenaanbod in Schagen spelen vrijwilligers een zeer belangrijke rol. De Stichting Welzijn Ouderen, de zorgcentra, de instellingen voor thuiszorg, voor geestelijke-gezondheidszorg en voor verstandelijk-gehandicaptenzorg doen alle een beroep op vrijwilligers. De eerste drie hebben ook geen enkel probleem bij het werven en vasthouden van vrijwilligers, maar voor de laatste twee is dat niet het geval. Voor de belangenbehartigingsorganisatie die voor het uitvoeren van de activiteiten voor een belangrijk deel een beroep moet doen op vrijwilligers is het werven geen probleem. Het uitbetalen van onkostenvergoedingen levert wel problemen op.

Van de instellingen die voor hun werk geen beroep doen op vrijwilligers, (de instelling voor AMW, de arbeidsvoorziening en de woningcorporatie) heeft de woningcorporatie een belangrijke rol gespeeld bij de oprichting van de vrijwilligersorganisatie Service-plus, die zich inmiddels ontwikkeld heeft tot een volwaardige partner in het totale aanbod aan zorg- en dienstverlening aan mensen met beperkingen. Het vrijwilligersbestand van de organisatie zelf bestaat voor het grootste deel uit ouderen. Ook mensen met psychiatrische problemen en mensen met verstandelijke beperkingen maken deel uit van het corps van vrijwilligers, maar zij zijn (nog)

zeer in de minderheid. De ervaring leert dat de abonnees van Service-plus er huiverig tegenover staan om door hen geholpen te worden. Dit is voor de organisatie aanleiding terughoudend te zijn met het werven van vrijwilligers onder deze groepen mensen. Ook stelt de organisatie strikte voorwaarden bij hun indiensttreding. Zij kan zich dit permitteren omdat zij geen tekort aan vrijwilligers heeft.

Mensen die als vrijwilliger aan de slag willen, kunnen zich ook wenden tot de (algemene) Vrijwilligerscentrale, die bemiddelt tussen vragers en aanbieders van vrijwilligerswerk. De Centrale heeft wel moeite met het werven van voldoende vrijwilligers. Mensen zouden de voorkeur geven aan kortdurende, eenmalige activiteiten boven langdurige verbintenissen, de zogenoemde Free-flex projecten. Een groot succes was een door de Centrale georganiseerd Free-flex project waarbij verstandelijk gehandicapten als vrijwilligers werden ingezet bij het organiseren van een tijdelijke ijsbaan.

Alle ondervraagde instellingen erkennen dat de mantelzorg een belangrijke, niet te missen rol speelt in de zorg voor mensen met langdurige beperkingen. Men is ook van mening dat de inzet van de mantelzorgers in het relatief landelijke Schagen groter is dan in de meer verstedelijkte buurgemeente Den Helder. In Den Helder is ook het regionale Steunpunt Mantelzorg gevestigd. Een subsidieverzoek van het lokale Service-plus voor opvang en begeleiding van mantelzorgers is door de provincie Noord-Holland afgewezen.

#### *Rol van de lokale overheid*

Het beleid voor mensen met beperkingen staat niet hoog op de agenda van de gemeente Schagen. De AWBZ-gefinancierde instellingen hebben ook weinig contact met het gemeentelijke apparaat en volgens de lokale welzijnsinstellingen bestaat de aansturing door de lokale overheid enkel uit het verhogen of verlagen van hun subsidies. Doordat het werkgebied van de meeste instellingen groter is dan alleen de gemeente Schagen geven zij er ook de voorkeur aan om op regionaal niveau te overleggen over het te ontwikkelen beleid en voorzieningenaanbod.

#### *Knelpunten en succesfactoren*

Dat de meeste instellingen te maken hebben met meerdere lokale overheden vormt in Schagen een belangrijk knelpunt. De instellingen voelen zich gehinderd in het ontwikkelen van een binnen de instelling samenhangend beleid.

Daarnaast klagen de instellingen die zich voornamelijk met de zorg- en dienstverlening aan ouderen bezighouden over de gevolgen van de modernisering van de AWBZ. De veranderingen zijn bedoeld om de onderlinge concurrentie te bevorderen en daarmee de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen, maar pakken in hun ogen averechts uit. De concurrentie leidt tot verslechtering van de onderlinge verhoudingen en tot onduidelijkheid voor de zorgvrager. Bovendien hebben de diverse fusies in de zorgsector ertoe geleid dat de 'concurrentiestrijd' wordt overheerst door enkele molochs die kleinere organisaties letterlijk uit de markt prijzen. De categorale instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg en voor geestelijke-gezond-

heidszorg merken op dat de zo gewenste decategoralisering (in de gemoderniseerde AWBZ) voorbij gaat aan de wensen van de gebruikers zelf en dat de introductie van het PGB bij een te groot succes zal leiden tot verhoging van de kosten.

Alle respondenten zijn van mening dat veranderingen in het aanbod niet tot stand kunnen komen, omdat er te weinig geld voor beschikbaar is. Dit draagt ertoe bij dat het ‘vermaatschappelijkingsideaal’ niet gerealiseerd kan worden. Een andere door alle respondenten genoemde hinderpaal hiervoor is de geringe maatschappelijke acceptatie van mensen met beperkingen. Men heeft geen hoge verwachtingen van de bereidheid om mensen met beperkingen in de buurt op te vangen en te helpen integreren. In het verlengde daarvan maakt men zich zorgen over de draagkracht van de mantelzorg en de mogelijkheid om vrijwilligers te werven.

Ondanks de negatieve gevolgen wordt de modernisering van de AWBZ door een aantal instellingen ook wel als een succesfactor gezien voor het realiseren van het vermaatschappelijkingsproces. De veranderingen maken het voor hen wel mogelijk om hun voorzieningenaanbod uit te breiden. Daarnaast heeft de introductie van het PGB ertoe bijgedragen dat het kwaliteitsbewustzijn van de instellingen is gegroeid. Verder zijn de meeste instellingen van mening dat het juist hun eigen voorzieningenaanbod is dat de vermaatschappelijking in de zorg dichterbij kan brengen. Ook van de samenwerkingsrelaties die door de instellingen zijn aangegaan wordt een positief effect op de vermaatschappelijking verwacht.

### *Toekomstverwachtingen*

De hiervoor genoemde knelpunten kleuren de verwachtingen van de respondenten over de toekomst van de vermaatschappelijking. Hoewel iedereen de uitgangspunten achter dit proces voluit steunt is men toch bang dat ‘decategoralisering’ van de zorg zou kunnen leiden tot een aanbod waarin niet voldoende tegemoet wordt gekomen aan de noden van de meest kwetsbare zorgvragers. Verder vreest een belangrijk deel van de ondervraagden dat de maatschappelijke integratie van mensen met beperkingen geen haalbare kaart zal blijken te zijn. Men verwacht dat in tijden waarin het economisch minder goed gaat en de individualisering van de samenleving groter wordt de bereidheid van de samenleving om mensen met een ‘afwijking’ als volwaardig te accepteren en mee te laten draaien alleen maar verder zal afnemen.

Daartegenover staat dat men ervan uitgaat dat door een betere samenwerking tussen de instellingen mensen met beperkingen beter zouden kunnen worden toegerust om zelfstandig te leven. Van initiatieven zoals de ontwikkeling van levensloopbestendige wijken, waarbij diverse instellingen met elkaar samenwerken, wordt daarom aangenomen dat zij het vermaatschappelijkingsproces zullen bevorderen.

### *4.3 Casus 2 – de gemeente Heerenveen*

De Friese gemeente Heerenveen omvat naast de stad vijftien dorpen, die gezamenlijk ruim 14.000 hectaren beslaan. Van de ruim 42.000 inwoners van de gemeente wonen er zo’n 30.000 in Heerenveen zelf. Voor het onderzoek zijn in totaal elf gesprekken

gevoerd met vertegenwoordigers van de lokale overheid (1), aanbieders van zorg , dienstverlening- en huisvestingsvoorzieningen (8) en belangenbehartigingsorganisaties (2).

### Beleid

Centraal in het collegeprogramma voor 2002–2006 staat het streven van het bestuur van de gemeente Heerenveen om alle inwoners de mogelijkheid te bieden deel te nemen aan de samenleving zoals zij dat zelf graag zouden willen. Voor mensen met beperkingen wordt dit vertaald in, onder andere, het bevorderen van een meer gevarieerde werkgelegenheid, zodat ook minder validen aan het werk kunnen. Daarnaast wordt er bij nieuwbouw en renovatie gestreefd naar een gedifferentieerd woningaanbod met specifieke aandacht voor ouderen en gehandicapten. In het welzijnsbeleid wordt ook afzonderlijk aandacht besteed aan mensen met beperkingen. In twee afzonderlijke nota's over het ouderenbeleid en het lokale gezondheidsbeleid en in een startnotitie over het lokale sociale beleid wordt nader invulling gegeven aan de diverse voornemens. Om de vermaatschappelijking in de zorg te bevorderen heeft de gemeente Heerenveen het initiatief genomen voor het zorgloket 't Stip. Bij dit loket kunnen burgers terecht met hun vragen over zorg, welzijn en wonen. Zij kunnen geholpen worden bij het invullen van een indicatieverzoek voor AWBZ-verstrekkingen of bij de aanvraag voor wvg-voorzieningen. Rond het zorgloket is een zogenoemde Klankbordgroep opgezet, met daarin vertegenwoordigers van diverse aanbieders van voorzieningen op de terreinen zorg, welzijn of wonen. Het voorzitterschap en het secretariaat van de Klankbordgroep liggen in handen van vertegenwoordigers van de lokale overheid.

### Voorzieningenaanbod

Heerenveen is de vestigingsplaats van onder meer een welzijnsinstelling, een stichting voor ouderenzorg, een districtsafdeling van de provinciale instelling voor geestelijke-gezondheidszorg en het bestuursbureau van een bovenregionaal werkende instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg. De regionaal werkende instelling voor thuiszorg heeft er een lokaal kantoor, net als de provinciale instelling voor Algemeen maatschappelijk werk en de twee belangrijkste woningcorporaties van de regio.

Samen bieden de instellingen een breed scala aan extramurale voorzieningen voor mensen met beperkingen. Het aanbod van de categorale instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg en voor geestelijke-gezondheidszorg richt zich vooral op de 'eigen' doelgroep en leden van het sociale netwerk. De stichting voor ouderenzorg, die drie zorgcentra en een verpleeghuis exploiteert, is bezig haar aanbod te verbreden naar de doelgroep verstandelijk gehandicapten. De doelgroep van de MEE-organisatie is in de afgelopen vier jaar uitgebreid van alleen mensen met een verstandelijke beperking tot alle mensen met beperkingen, ongeacht aard of oorzaak.

Van de algemene instellingen heeft alleen het AMW geen (specifiek) aanbod voor mensen met beperkingen. Zo bestaat het cliëntenbestand van de algemene instelling voor thuiszorg voor het grootste deel uit ouderen. De aandelen mensen met een

verstandelijke beperking en mensen met psychiatrische problematiek in het cliëntenbestand nemen langzaam maar zeker toe. De lokale instelling voor welzijnswerk richt zich in principe op alle mensen van alle leeftijden, maar heeft ook de groep 'ouderen' als prioriteit aangewezen. Tot slot ontwikkelt de in het onderzoek betrokken woningcorporatie een woningaanbod voor mensen met verstandelijke beperkingen. Zij heeft al diverse woonvoorzieningen voor ouderen gerealiseerd.

### *Samenwerkingsrelaties en netwerkvorming*

Ook in Heerenveen is een deel van het voorzieningenaanbod het resultaat van samenwerking. Rond een specifieke of nieuwe voorziening voor hun doelgroep werken de categorale instellingen veelal samen met de algemene instellingen. De categorale instellingen zoeken elkaar op voor een gezamenlijk voorzieningenaanbod voor de 'overlap' tussen hun doelgroepen.

Naast deze bilaterale samenwerkingsrelaties kent Heerenveen ook samenwerkingsverbanden waaraan meer dan twee partijen deelnemen. Bij het eerder genoemde zorgloket 't Stip zijn behalve de lokale overheid, als initiatiefnemer, ook de thuiszorginstelling, de ouderenzorg, de woningcorporaties, de welzijnsstichting, de instelling voor AMW, het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en de belangenbehartigingsorganisaties betrokken. Men streeft ernaar de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg en die voor geestelijke-gezondheidszorg eveneens bij het loket te betrekken.

De welzijnsstichting, het AMW, de twee woningcorporaties en de lokale overheid komen elkaar en de politie ook tegen in het zogenoemde Sociaal Team, dat tot doel heeft overlastsituaties te voorkomen dan wel vroegtijdig aan te pakken. Met de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en voor verslavingszorg, de MEE-organisatie en de GGD zijn afspraken gemaakt dat deze op afroep beschikbaar zijn.

Verder probeert de gemeente Heerenveen zelf op het wijk- of dorpsniveau vernieuwingsprojecten rond zorg, wonen en welzijn van de grond te tillen. Bij deze projecten worden veelal de zorgcentra, de welzijnsinstelling, de thuiszorginstelling en soms de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg betrokken.

De onderlinge samenwerking en het daarmee gerealiseerde voorzieningenaanbod in Heerenveen worden daarnaast in belangrijke mate beïnvloed door een provinciaal netwerk, Friesland Support. Daar doen naast een aantal provinciale zorginstellingen ook de regionale thuiszorginstelling, de woningcorporaties en de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg aan mee.

### *Betrokkenheid van zorgvragers*

Met uitzondering van de welzijnsinstelling en de instelling voor AMW kennen alle bij het onderzoek betrokken organisaties een formele structuur voor het betrekken van de (potentiële) zorgvragers bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod. De instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en voor thuiszorg, de zorgcentra en de MEE-organisatie hebben alle een cliëntenraad. De woningcorporatie overlegt met de bewonersraad en de huurdersbelangenvereniging. De instelling voor verstan-

delijk-gehandicaptenzorg betreft naast de lokale en de regionale cliëntenraden ook de verwantenraad bij haar beleid. De gemeente laat zich adviseren door zowel een ouderenadviesraad als een cliëntenraad voor het wvG/gehandicaptenebeleid. De welzijnsinstelling probeert via overleg met de ouderenbonden, een jaarlijks onderzoek onder 80-plussers en inspraak van ouderen bij activiteiten, in te spelen op de behoeften en vragen van de ouderen. Ook MEE en de instelling voor thuiszorg zoeken, in aanvulling op de formele adviesprocedure, contact met de belangenbehartigingsorganisaties en patiëntenverenigingen, terwijl de geestelijke-gezondheidszorg in voorkomende gevallen overleg voert met de patiëntvertrouwenspersoon. De zorgcentra kennen naast de cliëntenraad ook een klachtencommissie, die namens de bewoners op kan treden. Van de bij het onderzoek betrokken instellingen zijn alleen de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en voor thuiszorg uitgesproken tevreden over de wijze waarop de cliënten bij hun beleid worden betrokken. De welzijnsinstelling is uitgesproken ontevreden en vindt dat er meer gedaan zou moeten worden aan structurele belangenbehartiging.

De (gemeentelijke) ouderenadviesraad vindt zelf dat hij nog te kort in functie is om te kunnen beoordelen of hij het gemeentelijk ouderenbeleid daadwerkelijk heeft beïnvloed. De cliëntenraad wvG/Gehandicaptenebeleid geeft te kennen in ieder geval betrokken te zijn bij het opstellen van de nota over het lokale gezondheidsbeleid.

#### *Aard en betekenis van de informele steunstructuur*

Zowel de welzijnsinstelling, als de (categorale) instellingen voor respectievelijk de geestelijke-gezondheidszorg, de verstandelijk-gehandicaptenzorg, als de ouderenzorg doen voor hun activiteiten beroep op vrijwilligers. De welzijnsinstelling heeft daarnaast een klussendienst die bij mensen met een laag inkomen hand- en spandiensten komt verrichten. Ook de thuiszorginstelling heeft een klussendienst; voor de diensten hiervan wordt geen inkomenstoets gehanteerd. De vrijwilligers van deze klussendiensten zijn niet zelden mensen met een arbeidshandicap en/of een WZW-indicatie. De instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en verstandelijk-gehandicaptenzorg maken niet alleen gebruik van vrijwilligers, zij bemiddelen zelf ook actief bij het inzetten van cliënten als vrijwilligers. Hiervoor wordt onder meer gebruikgemaakt van de vrijwilligerscentrale die in 2003 door de welzijnsinstelling in opdracht van de gemeente Heerenveen is opgericht.

Voor de instelling voor thuiszorg komt veel in aanraking met mantelzorgers, die in feite het leeuwendeel van de thuiszorg op zich nemen. Om hen te ondersteunen heeft de instelling voor thuiszorg een aanbod van cursussen en projecten en een lotgenotencontact ontwikkeld. Daarnaast worden mantelzorgers verwezen naar Cozorg, het provinciaal coördinatiepunt van mantelzorg en vrijwillige huishulp. Cozorg maakt, samen met andere vrijwilligersorganisaties en de lokale welzijnsinstelling, deel uit van het 'vrijwilligersnetwerk' in Heerenveen. Hierdoor heeft ook de welzijnsinstelling een beeld van de mantelzorg die in de gemeente wordt verleend. Cozorg zou ook overwegen zich aan te sluiten bij het netwerk rond het gezamenlijke zorgloket 't Stip.

### *Rol van de lokale overheid*

De gemeente Heerenveen heeft, ook in de ogen van de andere partijen, zeer nadrukkelijk een regierol vervuld bij het opzetten van bijvoorbeeld het zorgloket 't Stip en een aantal wijkprojecten. De gemeente heeft dit onder meer vormgegeven door een goede organisatiestructuur van de projecten op te zetten en de diverse partijen aan elkaar te committeren.

De manier waarop de gemeente de regierol invult in het beleid rond zorg, wonen en welzijn wordt door een belangrijk deel van de aanbieders gewaardeerd. Wel heeft men soms moeite met het lage tempo van de lokale overheid. Dit heeft ertoe geleid dat een aantal instellingen zelf een visie hebben gevormd op de ontwikkeling van een wijk in de gemeente Heerenveen.

Een ander kritiekpunt is dat de gemeente soms teveel haar eigen stempel op de nieuwe projecten wil drukken. Zo is een aantal instellingen er niet mee ingenomen dat 't Stip, dat een algemeen en gezamenlijk zorgloket zou moeten zijn, toch eerst en vooral als een wvg-loket lijkt te functioneren. Deze kritiek weerhoudt de aanbieders er echter niet van om de lokale overheid als een belangrijke overleg- en samenwerkingspartner te zien.

### *Knelpunten en succesfactoren*

Het rijksbeleid vormt een belangrijke belemmering voor veel van de bij het onderzoek betrokken partijen in het realiseren van het vermaatschappelijkingsproces. De nadruk op enerzijds concurrentie en op anderzijds meer onderlinge samenwerking wordt als paradoxaal en contraproductief ervaren. Los daarvan blijkt het ontstaan van grote samenwerkingsverbanden, zoals Friesland Support, door de niet-deelnemende instellingen als een bedreiging te worden ervaren.

Een meerderheid van de instellingen wijzen er verder op dat het domeindenken de onderlinge samenwerking verhindert. Dit wordt nog verergerd door de veelheid aan financieringsbronnen met de daaraan verbonden regelgeving. Vrijwel alle ondervraagden zijn van mening dat een tekort aan financiële middelen het ontwikkelen verhindert van vernieuwingen door middel van projecten en experimenten. De belangenbehartigingsorganisaties, de welzijnsinstelling, de instellingen voor AMW en geestelijke-gezondheidszorg hebben er ook moeite mee dat in het vermaatschappelijkingsproces zo'n cruciale rol lijkt te zijn toebedeeld aan de lokale overheid. Deze vervult de haar toegewezen regierol immers niet naar ieders tevredenheid. Zij betreft de belanghebbende partijen nog te weinig bij haar beleidsvoornemens en lijkt niet erg veel aandacht te hebben voor de in haar werkgebied wonende mensen met beperkingen.

De lokale overheid zelf, alsmede de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en MEE hebben verder twijfels bij de haalbaarheid van het uiteindelijke doel van het vermaatschappelijkingsproces: maatschappelijke integratie van mensen met beperkingen. De samenleving is in hun ogen, zeker op dit moment, niet voldoende toegerust om deze mensen op te kunnen vangen.



Waar de daadwerkelijk gerealiseerde samenwerking als een knelpunt voor de vermaatschappelijking in de zorg wordt ervaren, wijst een ruime meerderheid van de respondenten de wil tot samenwerking aan als een succesfactor. Organisaties weten elkaar te vinden als het nodig is en men is er zich van bewust dat samenwerking noodzakelijk is om het uiteindelijke doel te verwezenlijken. Overige succesfactoren die door (twee tot drie) respondenten worden genoemd zijn het opheffen van het denken in doelgroepen, het vrijwilligersservicepunt (het 'uitzendbureau' voor vrijwilligers met beperkingen) en initiatieven van de eigen instelling.

#### *Verwachtingen voor de toekomst*

De in het onderzoek opgenomen instellingen voor zorg- en dienstverlening zijn gevraagd naar hun verwachtingen voor de toekomst van de vermaatschappelijking. Zij geven aan dat zij ervan uitgaan dat hun eigen aanbod en hulpverleningsmethode ingrijpend zullen (moeten) wijzigen. De instellingen voor thuiszorg, geestelijke-gezondheidszorg en verstandelijk-gehandicaptenzorg, en de woningcorporatie verwachten dat instellingen meer en vaker met elkaar zullen gaan samenwerken. Verder wordt erop gewezen dat het denken over het beste aanbod voor mensen met beperkingen zich nog verder zal ontwikkelen. Vermoedelijk wordt daarbij ook weer gedacht aan woon- en leefmogelijkheden in een meer beschermde omgeving.

#### 4.4 Casus 3 – de gemeente Bergen op Zoom

In Bergen op Zoom, de qua bevolkingsomvang (ruim 66.000 inwoners) derde onderzoeksgemeente, zijn dertien gesprekken gevoerd, met vertegenwoordigers van de lokale overheid (1), de regionale GGD (1), aanbieders van zorg-, welzijn-, huisvestings- of arbeidsvoorzieningen (9), een vrijwilligersorganisatie (1) en zorggebruikers (1).

##### *Beleid*

In het *Collegeprogramma 2004–2008* wordt door het gemeentebestuur van Bergen op Zoom aangekondigd dat de gemeente in deze raadsperiode een regierol zal gaan vervullen bij het actualiseren van de regiovisie Preventie, Wonen, Welzijn en Zorg. Daarnaast wil de gemeente een eigen woon-zorgbeleid formuleren, de huidige een-loketfunctie verder uitbouwen en specifieke nota's over het ouderenbeleid, het gehandicaptenbeleid en het gezondheidsbeleid uitbrengen.

De nadere uitwerking van deze en andere voornemens uit het *Collegeprogramma* is terug te vinden in de raadsprogramma's voor Zorg en voor Welzijn. Voor de realisatie van de beleidsplannen voor mensen met beperkingen is ongeveer vijftien miljoen euro op jaarbasis uitgetrokken. Omdat de scheidslijnen tussen de beleidsterreinen en de maatschappelijke sectoren steeds vager worden, wordt gestreefd het onderscheid tussen zorg en welzijn op te heffen. Het beleid op deze terreinen kan dan onderdeel uitmaken van het lokale sociale beleid in brede zin.



### Voorzieningenaanbod

Ook Bergen op Zoom kent een rijk en gevarieerd aanbod van extramurale voorzieningen voor mensen met beperkingen.

Van de bij het onderzoek betrokken instellingen heeft alleen de (algemene) instelling voor AMW en agogisch werk geen specifiek aanbod voor mensen met beperkingen. Als eerstelijnsvoorziening op het snijvlak van zorg- en welzijn bereikt het deze mensen echter wel. De AMW-poot is zich aan het ontwikkelen tot eerstelijnsvoorziening in de ggz. De afdeling voor agogisch werk is betrokken bij de organisatie van vrijetijdsactiviteiten voor licht verstandelijk gehandicapten in de reguliere buurt- en clubhuizen.

Opvallend in Bergen op Zoom is het ruime aanbod aan thuiszorg. Er zijn twee grote regionale thuiszorginstellingen, waarvan een ook thuisverpleging tot het niveau van verzorgings- en verpleeghuiszorg in het pakket heeft opgenomen. Het cliëntenbestand van deze instelling bestaat voor 85% uit ouderen.

De stichting die in Bergen op Zoom drie zorgcentra exploiteert is van plan om een aparte thuiszorgdivisie op te richten. Zij biedt namelijk al extramurale zorg aan de bewoners van de serviceflats en aanleunwoningen die ook tot de stichting behoren en verwacht dat de vraag naar thuiszorg zal groeien. Ook de inwoners van de zorgcentra zijn voor het merendeel de 65 (ruim) gepasseerd. De enkele verstandelijk gehandicapte die er woont is als het ware 'meegekomen' toen de ouders werden opgenomen. De ervaring leert dat het aanbod van de zorgcentra niet aansluit bij de behoefte van deze mensen met een verstandelijke beperking. Ook het personeel weet niet goed raad met deze situatie. De categorale Stichting Welzijn Ouderen richt zich in eerste instantie op de eigen doelgroep, maar hanteert het leeftijdscriterium niet al te strikt, zodat ook jongere mensen met beperkingen in principe gebruik kunnen maken van hun aanbod. Toch blijkt in de praktijk 99% van de cliëntèle 55 jaar of ouder te zijn.

Het cliëntenbestand van de MEE-organisatie, die adviseert en ondersteunt bij het zoeken naar werk of dagbesteding en bij het zelfstandig wonen, bestaat nog grotendeels uit mensen met een matige of lichte verstandelijke beperking. Het aanbod van MEE is sinds enkele jaren ook toegankelijk voor mensen met een lichamelijke beperking of psychiatrische problematiek, maar zij vormen momenteel nog een minderheid.

De categorale instelling voor geestelijke-gezondheidszorg richt zich eerst en vooral op het behandelen en begeleiden van mensen met psychische problemen. De behandeling en/of begeleiding kan ambulante, in een beschermde woonvorm of na opname worden gegeven. De instelling is daarnaast momenteel actief bezig met het ontwikkelen van wijksteunpunten, die zowel kunnen dienen als uitvalsbasis voor het ambulante personeel als voor opvangvoorziening voor cliënten uit de wijk.

Psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking maken tezamen zo langzamerhand de helft uit van de plaatselijke instelling voor maatschappelijke opvang. De instelling biedt naast nacht- en crisisopvang, ook mogelijkheden voor begeleide opvang en begeleid wonen.

De corporatie ziet het aandeel mensen met beperkingen in haar huurdersbestand langzaam maar zeker groeien. Momenteel wordt zo'n 14% van het woningbezit gehuurd door ouderen. De speciaal ontwikkelde huisvestingsvoorzieningen voor mensen met psychiatrische problemen en voor mensen met verstandelijke beperkingen worden verhuurd aan de betrokken zorginstellingen. Deze verhuren de al dan niet volledig zelfstandige woonruimten dan weer door aan hun cliënten.

### *Samenwerkingsrelaties en netwerkvorming*

De diverse instellingen en organisaties in Bergen op Zoom komen elkaar regelmatig tegen en werken ook zeer vaak samen bij de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen. Om de samenhang in het gemeentelijk beleid te bevorderen zoeken de sector Maatschappelijke dienstverlening en Ruimtelijke ontwikkeling en beheer elkaar steeds vaker op. Daarnaast probeert de gemeente te stimuleren dat de voor haar relevante gesprekspartners – in het beleid voor mensen met beperkingen zijn dat in feite alle Bergense instellingen voor zorg- en dienstverlening – met elkaar gaan samenwerken om zo een integraal voorzieningenaanbod tot stand te brengen.

Gezien de frequentie waarmee de in het onderzoek betrokken instellingen de samenwerking met minstens een andere Bergense instelling noemen, lijkt de gemeente in zijn bedoelingen te slagen. Vooral de categorale instellingen voor zorg- en dienstverlening zijn vaak samen betrokken bij de ontwikkeling van nieuw aanbod. Waar algemene instellingen samenwerken met categorale is het resultaat vaak een voorziening voor de doelgroep van de categorale aanbieder. De categorale instellingen willen wel voorbij de grenzen van hun 'eigen' doelgroep aanbieden, maar vooralsnog resulteert dit nog niet daadwerkelijk in een aanbod waarvan iedereen gebruik kan maken. De verklaring hiervoor is dat de leden van de oorspronkelijke doelgroepen helemaal geen algemeen aanbod willen en liever onder elkaar blijven.

De veelvuldige onderlinge contacten tussen de instellingen lijken er echter wel toe te leiden dat de onderlinge samenwerking zich verder uitbreidt en ook een breder domein bestrijkt. Bergen op Zoom kent minstens vier samenwerkingsprojecten waaraan meerdere instellingen en organisaties zijn betrokken. Deze zijn intercategoriaal of intersectoraal georiënteerd.

Een voorbeeld van het eerste is het Afstemmingsoverleg zorg, waarin de directeuren van vrijwel alle instellingen op de terreinen zorg en welzijn elkaar maandelijks treffen. De contacten die via dit overlegplatform worden gelegd vormen vaak aanleiding voor projecten met een beperkte reikwijdte. Zo ontwikkelen bijvoorbeeld zorgcentra en de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg samen een aanbod voor dementerende ouderen.

Een voorbeeld van intersectorale oriëntatie in samenwerkingsprojecten is het door de provincie Noord-Brabant georganiseerde Regio-visieoverleg. Daaraan nemen naast de aanbieders van zorg- en welzijnsvoorzieningen ook de woningcorporaties en de vertegenwoordigers van de zorgvragers deel. Dit overleg blijkt een vruchtbare voedingsbodem te zijn voor nieuwe samenwerkingsovereenkomsten, die niet zelden de gehele regio West-Brabant beslaan.

Ook het Platform OGGZ is regionaal georiënteerd. Daarin zijn naast de lokale overheden en de regionale GGD, de diverse instellingen voor maatschappelijke opvang, AMW en geestelijke-gezondheidszorg betrokken.

Wel specifiek Bergens en zowel intersectoraal als intercategoriaal is de Zorgwijzer, het lokale zorgloket voor alle mensen met beperkingen. Bij deze Zorgwijzer zijn vrijwel alle zorg- en dienstverlenende instellingen en woningcorporaties in Bergen op Zoom betrokken.

#### *Betrokkenheid van zorgvragers*

Ook in Bergen op Zoom voldoen de betreffende instellingen en organisaties aan hun wettelijke plicht de belanghebbenden bij hun beleid te betrekken, via het instellen van advies-, gebruikers- of bewonersraden. In aanvulling hierop wordt ook via andere wegen, bijvoorbeeld via een tevredenheidsonderzoek of huisbezoeken, geprobeerd de mening van de cliënten te peilen.

Uit de gesprekken blijkt dat de invloed van de formele raden niet verschrikkelijk groot is. Vooral het regionale Zorgvragersoverleg (zvo) wordt bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod betrokken. In dit Zorgvragersoverleg, dat wordt ondersteund door het Regionale Patiënten- en Consumenten Platform, zijn zowel de ouderen, de lichamelijk en verstandelijk gehandicapten, als de psychiatrische patiënten vertegenwoordigd. Het zvo neemt namens de zorggebruikers deel aan het Regiovisieoverleg. Daarnaast is het betrokken bij de samenwerkingsovereenkomst tussen lokale overheden, corporaties, zorginstellingen en welzijnsinstellingen over het opzetten van een infrastructuur voor Preventie, Wonen, Welzijn en Zorg. Sinds het verschijnen van de eerste Regiovisie is er een lijst van voorstellen voor projecten en experimenten opgesteld. Het zvo is gevraagd om deze te screenen en er prioriteiten in aan te geven. Het zvo was indertijd ook betrokken bij het opzetten van de Zorgwijzer in Bergen op Zoom.

#### *Aard en betekenis van de informele steunstructuur*

Bergen op Zoom heeft, evenals ruim 300 andere gemeenten in Nederland, een beroep gedaan op de Subsidieregeling Vrijwilligerswerk. Naar aanleiding hiervan heeft het plannen voor een eigen vrijwilligersbeleid ontwikkeld. Het is van plan een Lokaal Steunpunt Vrijwilligers op te zetten, dat onder meer verantwoordelijk zou worden voor de deskundigheidsbevordering van vrijwilligers en de ondersteuning van vrijwilligersorganisaties.

Dit Lokaal Steunpunt staat los van het Meldpunt Vrijwilligershulp, dat al enige jaren functioneert. Het Meldpunt is opgezet door de diverse vrijwilligersorganisaties in de zorg en wordt gefinancierd in het kader van de subsidieregeling Coördinatie Vrijwillige Thuishulp en Mantelzorg. Het moet de aanvragen voor vrijwillige hulpverlening coördineren en bezien welke van de vrijwilligersorganisaties de vraag het beste kan beantwoorden. Aanvragen voor hand- en spandiensten van individuele burgers worden door de aan het Meldpunt verbonden klussendienst beantwoord. Het vrijwilligersbestand voor de klussendienst is eigenlijk te klein en dat zal het,

gezien de moeite bij het werven van vrijwilligers, ook wel blijven, terwijl de vraag om deze vorm van hulpverlening erg groot is. Het Meldpunt Vrijwilligershulp deelt de kantoorruimte met het Steunpunt Mantelzorg en zit 'achter de klapdeuren' van de Zorgwijzer. Deze geografische nabijheid maakt een soepele afstemming tussen de formele en de informele steunstructuur mogelijk.

De ervaring leert ook dat de formele steunstructuur voor een zeer belangrijk deel 'leunt' op haar informele evenknie. Met name de categorale instellingen voor zorg- en dienstverlening voor ouderen maken volop gebruik van de diensten van vrijwilligers, waarover zij ook in ruimte mate lijken te kunnen beschikken. Dit geldt ook voor de MEE-organisatie, die vooral voor de activiteiten voor vrijetijdsbesteding een beroep kan doen op een uitgebreid en zeer trouw vrijwilligerskorps. De Stichting Welzijn Ouderen merkt echter wel dat moeilijker wordt om vrijwilligers te werven. Met dit probleem kampen de instellingen voor maatschappelijke opvang en voor geestelijke-gezondheidszorg al langere tijd.

Naast de georganiseerde vrijwilliger is het echter vooral het sociale netwerk van een gehandicapt, ziek of oud geworden persoon dat de zorg op zich neemt. Vrijwel alle instellingen zijn het erover eens dat de mantelzorg een substantieel en onmisbaar aandeel heeft in de totale zorgverlening. Aandacht voor en ondersteuning van de mantelzorgers is meer dan noodzakelijk. Daarom probeert bijvoorbeeld de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg een eigen ondersteuningsstructuur voor de familieleden van haar cliënten op te zetten. Ook de thuiszorginstelling heeft het initiatief genomen zo'n structuur tot ontwikkeling te brengen. De MEE-organisatie biedt in haar standaardpakket al ondersteuning voor het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke beperking.

### *Rol van de lokale overheid*

De gemeente Bergen op Zoom kondigt in het Collegeakkoord wel aan een regierol te willen vervullen, maar heeft in de praktijk ervoor gekozen deze rol 'terughoudend' in te vullen. Zij is er zich van bewust niet over voldoende deskundigheid te beschikken om de instellingen, die veel kundiger zijn, aan te kunnen sturen.

Een deel van lokaal opererende instellingen wil graag dat de gemeente zich wat actiever opstelt en meer betrokkenheid toont. Dit geldt vooral voor de instelling voor AMW, de MEE-organisatie, de instelling voor thuiszorg, de woningcorporatie en de GGD. Zij zijn dan ook ingenomen met signalen dat de lokale overheid zich inderdaad wat intensiever gaat bezighouden met het beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen. Ook het Zorgvrageroverleg put hoop uit de signalen voor een grotere betrokkenheid; het is ontevreden over de manier waarop de gemeente nu invulling geeft aan haar taken ten aanzien van mensen met beperkingen. De instelling voor geestelijke-gezondheidszorg en het Reïntegratiebedrijf vinden ook dat de gemeente Bergen op Zoom zich tot nu toe vrij passief heeft opgesteld, maar hebben daar geen moeite mee. Zij vinden het niet voor de hand liggen dat de lokale overheid een regierol vervult in de realisatie van de vermaatschappelijking.

### *Knelpunten en succesfactoren*

Uit de interviews blijkt dat de respondenten behoorlijk wat knelpunten ervaren bij het realiseren van het vermaatschappelijkingsproces. Een deel van deze knelpunten is organisatorisch/bestuurlijk van aard, een ander deel zou als ‘maatschappelijk’ kunnen worden gekarakteriseerd. Van de bestuurlijk/organisatorische problemen springen de onderlinge samenwerking en afstemming in het oog: zij werden in negen van de dertien gesprekken aan de orde gesteld. Daarnaast gaven vijf respondenten, waaronder de lokale overheid zelf, expliciet aan de (beoogde) regierol van de gemeenten als knelpunt te ervaren. Van de meer maatschappelijke knelpunten werd de ontoereikende acceptatie van mensen met afwijkend gedrag in zeven gesprekken als knelpunt aan de orde gesteld. Acht respondenten, van wie de meerderheid uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders bestond, noemden het risico van sociaal isolement. Vijf respondenten wezen erop dat de diverse doelgroepen niet zo gemakkelijk ‘mengen’ als wordt verondersteld in de redeneerketen achter het vermaatschappelijkingsproces. Zes respondenten, waaronder de lokale overheid, het Zorgvragersoverleg en het Meldpunt Vrijwilligershulp, noemden daarnaast de beschikbaarheid van vrijwilligers en mantelzorgers als een knelpunt. Zij meldden dat dit zich nu al voordoet en in de toekomst zeker niet zal verdwijnen.

Waar een meerderheid de samenwerking en afstemming als een knelpunt aanwees, noemde een belangrijk deel van hen de samenwerking die wel of desondanks bereikt was ook als succesfactor bij het realiseren van de vermaatschappelijking. Veel vaker (in twaalf van de dertien gesprekken) worden echter activiteiten of initiatieven die door de instelling zelf zijn ondernomen als succesfactor genoemd. Daarnaast was de introductie van het pGB in de ogen van zowel het Zorgvragersoverleg, als de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg, een succes. Dat vonden de Stichting Welzijn Ouderen en de zorgcentra van de oprichting van het Zorgloket.

### *Verwachtingen voor de toekomst*

De verwachtingen over de vermaatschappelijking in Bergen op Zoom zijn ronduit somber. Een ruime meerderheid uit twijfels over de haalbaarheid van het ideaal, ook al staat men achter de uitgangspunten. Om de hiervoor geconstateerde knelpunten weg te nemen en dus, ondanks de twijfel, de vermaatschappelijking dichterbij te brengen, pleiten met name de lokale overheid en de aanbieders van zorg- en dienstverlening voor een verbeterde onderlinge samenwerking. Ook het Zorgvragersoverleg ziet heil hierin. Daarnaast verwijst het naar het in een naburige gemeente ontwikkelde initiatief rond zogenoemde Levensloopbestendige wijken. Dit zou ook voor verbetering kunnen zorgen volgens het Zorgvragersoverleg, en volgens de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg, voor de thuiszorg en het Reïntegratiebedrijf. De infrastructuur in deze wijken moet het mensen met beperkingen mogelijk maken zelfstandig te wonen en zich te ‘mengen’ met mensen zonder beperkingen, zonder enig probleem en zonder overdadig beroep op anderen te hoeven doen. Door mogelijk dagelijks geconfronteerd te worden met ‘afwijkingen’ raken mensen zonder

beperkingen er hopelijk mee vertrouwd en roepen ze geen weerstand meer op. In het de samenleving vertrouwd te maken met mensen met beperkingen wordt door de instellingen voor maatschappelijke dienstverlening (SWO en AMW) en door de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg een rol toegedacht aan het welzijnswerk.

#### 4.5 Casus 4 – de gemeente Enschede

Enschede is met 150.000 inwoners de grootste stad in Oost-Nederland en de in grootte vierde van de vijf onderzoeksgemeenten. In Enschede en omgeving zijn in totaal elf interviews gehouden met vertegenwoordigers van de lokale overheid (1), aanbieders van zorg, welzijns-, huisvestings- en arbeidsvoorzieningen (7), van het Steunpunt informele zorg (1) en van belangenbehartigingsorganisaties (2).

##### Beleid

In het *Collegeprogramma voor de periode 2002–2006* heeft het bestuur van de gemeente Enschede vastgelegd dat het een aantrekkelijke gemeente wil zijn voor ouderen. Er moet daarom in het ouderenbeleid financiële ruimte komen om een visie op wonen en zorg te ontwikkelen. Daarbij wordt onder meer gedacht aan het creëren van woon-zorgzones en levensloopbestendige woningen. Verder wil het college, in samenwerking met andere partijen, zorgloketten opzetten op het niveau van de stadsdelen.

Gezien haar financiële positie heeft de gemeente Enschede er echter een speerpunt van gemaakt de stad vooral aantrekkelijk te maken als vestigingsplaats voor de midden- en hoge inkomens. In de praktijk betekent dit dat er te weinig geld overblijft voor voorzieningen voor mensen met beperkingen. Zij behoren immers vaak niet tot de hogere inkomensgroepen. Van de voornemens in het Collegeprogramma is daarom, zo blijkt uit de gesprekken, zo'n twee jaar later nog niet veel terechtgekomen. De min of meer aangekondigde woon-zorgzone is nog niet gerealiseerd, al is in 2002 hier wel een 'visiedocument' over opgesteld door zorgaanbieders, corporaties en de gemeente. Het plan voor de oorspronkelijke vijf zorgloketten op stadsdeelniveau is inmiddels gewijzigd in een plan voor één loket in het centrum van de stad. Dit loket is in 2004 van start gegaan. Vooral nog zijn alleen de Stichting Welzijn Ouderen Enschede en MEE Twente bij de exploitatie van het loket betrokken, met als gevolg dat het zich vrijwel uitsluitend richt op ouderen en mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen.

##### Voorzieningenaanbod

Het zorgloket is een van de weinige voorzieningen in het totale aanbod voor mensen met beperkingen in Enschede dat zich op meerdere doelgroepen richt. De Stichting Welzijn Ouderen beperkt haar aanbod vrijwel exclusief tot zelfstandig wonende 55-plussers, die waar nodig ondersteund worden in hun deelname aan de samenleving. De MEE-organisatie biedt formeel advies, informatie en ondersteuning aan alle mensen met beperkingen, maar bereikt in feite vooral mensen met een verstandelijke of dubbele handicap. De instelling voor geestelijke-gezondheidszorg richt zich eerst

en vooral op mensen met kort- of langdurende psychiatrische problematiek.

Het cliëntenbestand van de, in beginsel algemene, thuiszorginstelling bestaat, mede als gevolg van de concernvorming met een instelling voor woon- en zorgcentra voor ouderen, voor 90% uit ouderen met een zorgvraag. Van de overige algemene instellingen heeft de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening, en dan in het bijzonder de afdeling voor Algemeen maatschappelijk werk, geen specifiek aanbod voor mensen met beperkingen. De corporatie heeft tot nu toe alleen specifieke woonvoorzieningen voor ouderen ontwikkeld. De sociale werkvoorziening van de gemeente biedt wel aangepast werk of werk in een beschutte omgeving aan alle mensen met een arbeidshandicap.

### *Samenwerkingsrelaties en netwerkontwikkeling*

De concernvorming van de instelling voor thuiszorg met een instelling voor woon- en zorgcentra voor ouderen is een van de weinige voorbeelden van structurele samenwerking in Enschede. De instelling voor thuiszorg werkt daarnaast ook intensief en structureel samen met de woningcorporatie, op zowel het niveau van de individuele cliënt als dat van de instelling. Bij dit laatste gaat het om het gezamenlijk ontwikkelen van een model voor het vaststellen van de behoefte aan woningaanpassingen. Op cliëntniveau werkt de instelling voor thuiszorg ook samen met de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg, zodat het aanbod van gespecialiseerde zorg en psychiatrische intensieve thuiszorg op elkaar wordt afgestemd.

De instelling voor geestelijke-gezondheidszorg biedt, eveneens op cliëntniveau, aan de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg consultatiediensten aan. Deze samenwerking heeft echter een sterk incidenteel karakter, net als de overige samenwerkingscontacten die werden genoemd.

De thuiszorginstelling en de woningcorporatie treffen elkaar opnieuw in het al eerder genoemde visieoverleg rond de woon-zorgzones, samen met de overige zorgaanbieders, de Stichting Welzijn Ouderen en de gemeente Enschede. De partners hebben hun voornemens vastgelegd in een convenant, wat dit samenwerkingsoverleg meteen tot het meest structurele in Enschede maakt. Een vergelijkbaar netwerk is dat rond het OGGZ-beleid in de regio. Daarin participeren naast de gemeente Enschede en de regionale GGD, ook de woningcorporaties, de instellingen voor AMW voor geestelijke-gezondheidszorg, voor maatschappelijke opvang, voor verslavingszorg, en de regionale politiedienst. Een belangrijke deel van de hierbij betrokken instellingen werkt ook samen in de opvang en begeleiding van zogenoemde multi-probleemgezinnen. De gemeente Enschede vormt verder de Klankbordgroep rond het Steunpunt informele zorg samen met onder meer de Stichting Welzijn Ouderen, de instelling voor thuiszorg en de plaatselijke zorgcentra. Ook is zij samen met de Stichting Welzijn Ouderen en de MEE-organisatie verantwoordelijk voor het stedelijk zorgloket.



### *Betrokkenheid van de zorgvragers*

De gemeente Enschede laat zich bij de ontwikkeling van haar ouderen- en gehandicaptenbeleid adviseren door de Seniorenraad en de wVG-raad. De beide raden krijgen ambtelijke en secretariële ondersteuning. Zowel de raden als de gemeente zelf zijn tevreden over de mate van samenwerking en de invloed van de belangenhartigingsorganisaties op het beleid. De instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg, voor thuiszorg en de MEE-organisaties hebben elk een cliëntenraad. De woningcorporatie heeft een huurdersbelangenvereniging en de Sociale Werkvoorziening kent zowel een ondernemingsraad als een bedrijfsraad. In aanvulling op deze meer formele inspraakmogelijkheden proberen zowel de corporatie als de sociale werkvoorziening en de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg, via aanvullend (tevredenheids)onderzoek, de mening te peilen van de gebruikers van hun aanbod. De Stichting Welzijn Ouderen en de instelling voor maatschappelijke dienstverlening zijn niet wettelijk verplicht een cliëntenraad in te stellen, maar houden wel met enige regelmaat een tevredenheidsonderzoek onder hun afnemers. De instelling voor maatschappelijke dienstverlening is overigens nogal ontevreden over het informatiegehalte van dit instrument.

### *Aard en betekenis van de informele steunstructuur*

Ook de gemeente Enschede heeft gebruikgemaakt van de stimuleringsmaatregel voor het vrijwilligersbeleid. Ter bevordering van het verrichten van vrijwilligerswerk door de Enschedese bevolking heeft de gemeente een vrijwilligerscentrale opgericht. Deze heeft een permanent aanbod van circa 400 vacatures. Naast deze centrale kent Enschede ook een Steunpunt informele zorg (SIZ), dat financieel ondersteund wordt door de gemeente Enschede, de provincie Overijssel en het regionale zorgkantoor. Het is de bedoeling dat het SIZ zich ontwikkelt tot een lokale koepel van de plaatselijke vrijwilligersorganisaties op het terrein van de zorg en dat het daarnaast functioneert als informatie- en ondersteuningspunt voor mantelzorgers. Momenteel kan het SIZ beschikken over zo'n 80 vrijwilligers en heeft het ongeveer 130 hulpvragers en ongeveer 100 mantelzorgers in zijn bestand. De laatste twee groepen overlappen elkaar. De hulp die door de SIZ-vrijwilligers wordt geboden is nadrukkelijk een aanvulling op het aanbod van de professionele zorg.

Een belangrijk deel van de activiteiten van de Stichting Welzijn Ouderen wordt uitgevoerd door vrijwilligers. De Stichting stimuleert ook dat de gebruikers zelf vrijwilligerswerk verrichten, omdat zij het een prima manier vindt voor hen om maatschappelijk actief te blijven.

Om dezelfde reden probeert ook de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg haar cliënten te stimuleren om vrijwilligerswerk te doen. Daarnaast ondersteunt de instelling actief het vrijwilligerswerk dat ten behoeve van de cliënten wordt verricht, zoals het maatjesproject of culturele activiteiten op het instellingsterrein. Hoewel de vrijwilligers zich meestal voor langere tijd binden, blijft het wel noodzakelijk om via actief beleid de bestaande contacten te onderhouden en nieuwe vrijwilligers te werven. Ook de MEE-organisatie doet een beroep op vrijwilligers om bepaalde acti-



viteiten te kunnen organiseren, zoals vakanties voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. De woningcorporatie onderzoekt of het mogelijk is om via het toewijzingsbeleid de verlening van mantelzorg te vergemakkelijken. Daarnaast probeert de corporatie de informele steunstructuur te versterken door in appartementcomplexen gezamenlijke ruimten te creëren, zodat bewoners elkaar gemakkelijker kunnen leren kennen.

### *Rol van de lokale overheid*

De gemeente stelt zich nogal terughoudend op in het beleid en het voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen. Dat vinden zowel de vertegenwoordigers van de gemeente Enschede zelf als de instellingen die in het onderzoek zijn betrokken. Deze terughoudendheid heeft tot gevolg dat de corporaties en de zorgaanbieders zelf initiatieven ontplooiën om nieuwe voorzieningen te creëren. Daarentegen zijn de andere betrokken partijen er ook niet altijd mee ingenomen als de gemeente wel actief stuurt (bijvoorbeeld rond de opzet van het centrale zorgloket). Daar staat tegenover dat het (gemeentelijk) initiatief rond de heropbouw van Roombeek – de wijk waar in 2000 de vuurwerkramp plaatsvond – wel brede weerklank heeft gevonden.

### *Knelpunten en succesfactoren*

Een meerderheid van de respondenten is van mening dat de realisatie van het vermaatschappelijkingsproces wordt verhinderd door het gevoerde beleid van het Rijk rond kwetsbare mensen (het verminderen van de gesubsidieerde werkgelegenheid, de invoering van de WMO en de modernisering van de AWBZ). De veranderingen zullen er in hun ogen toe leiden dat het voorzieningenaanbod voor degenen die dat het meest nodig hebben ontoereikend zal gaan worden en dat daardoor hun deelname aan de samenleving zal verminderen. Eveneens een meerderheid van de respondenten voegt daar nog aan toe dat de verharding in de samenleving tot gevolg heeft dat mensen met 'afwijkend' gedrag minder gemakkelijk worden geaccepteerd. Het risico van uitsluiting, en daarmee sociaal isolement, zal daardoor alleen maar groter worden. Gemeentevertegenwoordigers stellen zelf vast dat de prioriteiten die de lokale overheid stelt in haar beleid, een knelpunt vormen voor de realisatie van het vermaatschappelijkingsideaal. Zij worden daarin bijgevallen door vertegenwoordigers van (door dezelfde overheid gesubsidieerde) welzijnsinstellingen en adviesraden en vertegenwoordigers van de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg.

Er worden in Enschede maar weinig successen geteld. De enige succesfactor waarover een meerderheid van de respondenten het eens is, is de onderlinge samenwerking tussen de diverse instellingen. Deze samenwerking lijkt een rechtstreeks voortvloeiend te zijn van de vuurwerkramp. De opvang van de slachtoffers noodzaakte de lokale partijen tot een gezamenlijke aanpak, die zich vervolgens tot andere terreinen lijkt uit te strekken. De instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en thuiszorg, alsmede de woningcorporatie en de Stichting Welzijn Ouderen, zijn verder nog van mening dat de initiatieven die zij zelf hebben ontplooid, een bijdrage leveren aan de voltooiing van het vermaatschappelijkingsideaal.

### *Verwachtingen voor de toekomst*

In het algemeen blijkt men in Enschede niet bijster positief over de toekomst van de vermaatschappelijking in de zorg. Zowel de onzekerheid over het rijksbeleid als over de maatschappelijke acceptatie overheersen. Deze zijn beide al bij de knelpunten genoemd. Daarnaast vreest men dat de groeiende nadruk op de informele zorgverlening zal leiden tot overbelasting van zowel vrijwilligers als mantelzorgers, met alle nadelige gevolgen van dien.

Hoewel de samenwerking tussen de diverse instellingen en organisaties als succesfactor zijn genoemd, zijn de verwachtingen bescheiden. Dit geldt ook voor de verwachtingen rond de bijdrage die de introductie van woon-zorgzones zou kunnen leveren aan het vermaatschappelijkingsproces.

## 4.6 Casus 5 – de gemeente Utrecht

In 2003 telde de gemeente Utrecht ruim 265.000 inwoners. In grootte is Utrecht de vierde stad van Nederland. Utrecht is ook de grootste en meest dichtbevolkte gemeente uit het onderzoek. In de gemeente Utrecht is zo'n groot aantal organisaties op de terreinen zorg, wonen en welzijn actief dat het ondoenlijk zou zijn om deze alle of in meerderheid in het onderzoek te betrekken. Door per sector en per doelgroep minstens een actor bevragen en door actoren te kiezen die in verschillende wijken of op verschillende geografische niveaus actief zijn is geprobeerd om in ieder geval een glimp op te vangen van alle aspecten van het totale voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen in de gemeente Utrecht. Er zijn in totaal elf gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de lokale overheid (2), aanbieders van voorzieningen voor zorg, wonen, werk en welzijn (8, waarvan één samenwerkingsverband) en zorggebruikers (1).

### *Beleid*

In het *Collegeprogramma voor de periode 2001–2006* voor de stad Utrecht wordt niet specifiek aandacht besteed aan beleid voor mensen met beperkingen. Het College van B&W heeft bij zijn aantreden wel tien beloften gedaan aan de Utrechtse bevolking en in deze beloften wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan wat 'sociaal kwetsbaren' wordt genoemd. Voor deze sociaal kwetsbaren, i.c. daklozen en verslaafden, moeten meer opvangvoorzieningen worden gerealiseerd.

De gemeentelijke Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) heeft het actieplan 'Mensen met een lichamelijke beperking' opgesteld. Hierin wordt het uitgangspunt gehanteerd dat voor deze sociaal kwetsbare mensen een inclusief beleid moet worden gevoerd. Om dit te realiseren zijn circa 53 actiepunten vastgesteld. Een coördinatiegroep, bestaande uit vertegenwoordigers van diverse gemeentelijke diensten en van belangenbehartigingsorganisaties, zal erop toezien dat deze actiepunten ook daadwerkelijk gerealiseerd gaan worden.

Verder gaat de gemeente Utrecht er vanuit dat mensen in hun eigen wijk de regie over hun eigen leven moeten kunnen houden, ook als ze beperkingen hebben of

krijgen. Om dit mogelijk te maken streeft de gemeente naar het creëren van levensloopbestendige woningen in zogenoemde woonservicezones. Op een aantal plaatsen in de stad, zowel in bestaande wijken als in het ontwikkelingsgebied Leidsche Rijn, wordt ook daadwerkelijk gewerkt aan het realiseren van dergelijke zones.

Daarnaast wordt in veel Utrechtse wijken gewerkt aan het schrijven van wijkouderensperspectieven, door de gemeente, maatschappelijke organisaties en zorgaanbieders. In de perspectieven beschrijven zij waar ze met het ouderensbeleid naartoe willen in een bepaalde wijk. Deze wijkgerichte aanpak past in het algemene streven van de gemeente om beleid meer op het niveau van wijk en buurt te ontwikkelen.

### *Voorzieningenaanbod*

De categorale en regionale instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en voor verstandelijk-gehandicaptenzorg richten zich in hun aanbod vrijwel uitsluitend op hun 'eigen' doelgroep. Waar de categorale grenzen overschreden worden, gaat het om aanbod aan bijvoorbeeld ouderen of verstandelijke gehandicapten die (ook) te kampen hebben met psychiatrische problemen of om meervoudig gehandicapten. De door deze instellingen geboden voorzieningen bestrijken wel vrijwel volledig het spectrum van zorg, wonen, welzijn en werk.

De in het onderzoek opgenomen instelling voor thuiszorg is onlangs een concern geworden met een van de diverse instellingen voor ouderenzorg die Utrecht rijk is. Met deze concernvorming bevestigt de thuiszorginstelling in feite de tendens dat vooral ouderen een beroep doen op haar aanbod van verpleging en verzorging aan huis.

De provinciale MEE-organisatie biedt in principe informatie, advies en begeleiding aan alle mensen met beperkingen, maar bereikt in de praktijk toch vooral mensen met een verstandelijke of, in mindere mate, een lichamelijke beperking. De algemene welzijnsinstelling organiseert haar activiteiten weliswaar in gebouwen die toegankelijk zijn voor mensen met een lichamelijke beperking, maar heeft weinig tot geen specifiek aanbod voor deze groep, noch voor mensen met een verstandelijke beperking. De activiteiten die voor deze groepen worden opgezet zijn het product van samenwerking met categorale instellingen. De woningcorporatie die in het onderzoek is betrokken is net als de andere corporaties in Utrecht bezig een specifiek aanbod voor ouderen en mensen met psychische problemen te realiseren. De vraag naar woningen voor andere groepen mensen met beperkingen wordt momenteel in kaart gebracht. Daarnaast is de corporatie met de andere partijen druk bezig om de gewenste woonservicezones van de grond te tillen.

### *Samenwerkingsrelaties en netwerkvorming*

In een stad als Utrecht, waar zoveel instellingen en organisaties actief zijn, zijn de bilaterale contacten welhaast legio. Om te beginnen kent het gemeentelijk apparaat verschillende diensten die alle betrokken zijn bij de ontwikkeling van de woonservicezones. Deze diensten werken onderling met elkaar samen en hebben daarnaast elk hun eigen netwerk, waarmee ook contacten onderhouden worden. De wijkgebonden aanpak brengt met zich mee dat er ook op wijkniveau diverse samenwerkingsre-

laties worden aangegaan. Zo is er bijvoorbeeld een tussen de wijkwelzijnsinstelling en de instellingen voor ouderenzorg.

De samenwerkingsrelaties tussen de categorale zorgaanbieders en de woningcorporaties lijken meestal op te houden met bestaan als de laatste de woonvoorzieningen voor de doelgroep van de eerste hebben opgeleverd. De betreffende zorgaanbieder koopt dan namelijk het complex of de woningen op, om ze vervolgens zelf te gaan verhuren.

De diverse bilaterale samenwerkingsrelaties in Utrecht groeien niet zelden uit tot multilaterale relaties of netwerken. Zo kent Utrecht op het terrein van de ouderenzorg meerdere netwerken. Een deel daarvan heeft vooral een sterk wijkgebonden karakter, zoals Netwerk 55+ en Bijeenkomst Ouderen Problematiek (BOP). Bij beide netwerken zijn, naast de wijkwelzijnsorganisatie, ook de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en thuiszorg betrokken. Aan Netwerk 55+ doen daarnaast nog de kerken en de vrijwilligersorganisaties in de wijk mee, evenals de instellingen voor ouderen en hun bewonerscommissies en cliëntenraden. Bij BOP zijn naast de eerdergenoemde organisaties ook het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), de huisartsen en de instelling voor verslavingszorg betrokken.

Op stedelijk niveau bindt het gemeentelijk convenant rond het OGGZ-beleid, naast de gemeente, de instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en verslavingszorg, het zorgkantoor, de MEE-organisatie en de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) aan een gezamenlijke ontwikkeling van een voorzieningenaanbod voor dak- en thuislozen en andere risicogroepen. Ook op stedelijk niveau is onlangs de Stuurgroep Wonen, Welzijn en Zorg van start gegaan. In dit bestuurlijk netwerk zijn zowel ambtenaren uit de relevante gemeentelijke diensten, als hun wethouders betrokken, evenals vertegenwoordigers van de zorgvragers, de woningcorporaties, de welzijnsinstellingen, de instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg en voor geestelijke-gezondheidszorg, een instelling voor thuiszorg en ouderenzorg en de huisartsen. De Stichting Rhijnhuysen maakt ook deel uit van de Stuurgroep. Deze stichting heeft als taak om alle stedelijke projecten rond wonen, welzijn en zorg te inventariseren. Vervolgens gaat ze na hoe partijen elkaar kunnen ondersteunen bij de realisatie van die projecten. De Stichting Rhijnhuysen zelf is een samenwerkingsverband van twee ziekenhuizen, twee thuiszorgorganisaties, een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen, twee ouderenorganisaties en de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg. De deelnemende instellingen stellen een deel van hun eigen budget ter beschikking aan de Stichting, die hierdoor ook over een eigen budget beschikt. De Stichting houdt zich actief bezig met het ontwikkelen van zorgprogramma's en de uitbouw van woonservicezones. Het gehanteerde uitgangspunt is dat de scheiding in doelgroepen zoveel mogelijk opgeheven moet worden, omdat de dienstverlening voor verschillende doelgroepen er hetzelfde uit kan zien. Onderlinge samenwerking kan dus lonend zijn. Het projectbureau Rhijnhuysen, dat onderdeel uitmaakt van de Stichting, is belast met de coördinatie van de activiteiten rond wonen, welzijn en zorg in het ontwikkelingsgebied Leidsche Rijn. Hierdoor heeft het in feite de regie in dit gebied in handen.

### *Betrokkenheid van zorgvragers*

De instellingen voor thuiszorg, voor geestelijke-gezondheidszorg en voor verstandelijk-gehandicaptenzorg hebben elk een of meer cliëntenraden die er op toe zouden moeten zien dat in het beleid van de instelling rekening wordt gehouden met de vragen en behoeften van het cliëntèle. De vertegenwoordigers van de instellingen geven te kennen niet onverdeeld positief te zijn over het functioneren van deze raden. Voor de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg is dit in ieder geval reden om in de toekomst gerichter afdelingen en woongroepen te gaan bezoeken en om nu alvast een behoefteonderzoek onder de cliënten uit te laten voeren. Ook de welzijnsinstelling, die overigens geen cliëntenraad heeft, laat een behoefteonderzoek uitvoeren. Daarnaast organiseert de instelling panelbijeenkomsten. Ook probeert zij de specifieke vragen van ouderen op het spoor te komen via de ouderenadviseur en door een onderzoek onder 75-plussers op te zetten. De lokale overheid laat zich in haar beleid adviseren door de wijkraden. In aanvulling hierop organiseert zij referenda rond voorgenomen maatregelen die de dagelijkse gang van zaken in de wijken sterk kunnen beïnvloeden

De bij de Stichting Rhijnhuysen betrokken instellingen en organisaties hebben elk hun eigen cliënten- of bewonersraad, maar het samenwerkingsverband kent geen formeel inspraakorgaan voor de gebruikers van het (gezamenlijke) aanbod. Het aan de Stichting verbonden projectbureau probeert bij de ontwikkeling van de plannen voor de Leidsche Rijn rekening te houden met de wensen van de gebruikers door een vertegenwoordiger van het Provinciale Patiënten en Consumenten Platform (PP/CP) te vragen de plannen te beoordelen. Ook worden er regelmatig werkconferenties georganiseerd, zodat belanghebbende organisaties de gelegenheid hebben hun mening over de inrichting van Leidsche Rijn kenbaar te maken.

De meest invloedrijke belangenbehartigingsorganisaties zijn niet gebonden aan instellingen, maar aan doelgroepen. Deze organisaties, vooral die de belangen van ouderen behartigen, zijn in de regel belangrijke gesprekspartners in zowel bilaterale contacten, als in samenwerkingsprojecten. Het PP/CP, de koepel van de lokale en provinciale belangenbehartigingsorganisaties, wordt niet alleen betrokken bij de stedelijke samenwerkingsverbanden, maar maakt ook steeds vaker deel uit van wijk-overleggen. Van daadwerkelijke beïnvloeding via deze wijkplatforms zegt het PP/CP niet veel te merken, maar de deelname is wel goed voor de netwerkontwikkeling en het leggen van contacten met de diverse partijen.

De belangenbehartigingsorganisaties zijn het overigens niet eens met het opheffen van de verdeling van zorgvragers in diverse categorieën. Hoewel het PP/CP inter-categoriaal is, wil het nadrukkelijk vasthouden aan de huidige doelgroepbenadering.

### *Aard en betekenis van de informele steunstructuur*

De gemeente Utrecht heeft in 2003 een nota Vrijwilligerswerkbeleid naar buiten gebracht. In de nota wordt aangetekend dat de gemeente er alles aan wil doen het vrijwilligerswerk te laten voortbestaan en waar mogelijk te versterken. Zij wil dit

bereiken door organisaties die met vrijwilligers werken te ondersteunen en faciliteiten te bieden.

In Utrecht is in de jaren tachtig van de vorige eeuw een vrijwilligerscentrale opgericht, met subsidie van de lokale overheid. Deze centrale beheert een digitale vacaturebank en verzorgt sociale activeringstrajecten voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Zij was tevens mede-initiatiefnemer van de oprichting van een vrijwilligersadviesraad in 2002.

De instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg en geestelijke-gezondheidszorg en de wijkwelzijnsinstelling die in dit onderzoek is opgenomen maken veel gebruik van de diensten van de vrijwilligerscentrale. Daarnaast beschikken zij over een eigen vrijwilligerskorps, waarvoor zij ook een eigen beleid voeren. Het verrichten van vrijwilligerswerk wordt, zeker door de welzijnsinstelling en de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg, gezien als een mogelijkheid voor hun eigen cliënten om (weer) maatschappelijk actief te worden. Zij doen dan ook allebei mee aan het project 'Anders actief' van de Vrijwilligerscentrale. Dit is opgezet in het kader van de sociale activering en voorziet in individuele coaching van de deelnemers.

De instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg kan regelmatig gebruikmaken van de eenmalige diensten van commerciële organisaties, zoals een dag komen klussen. Ondanks de economische recessie vermindert de bereidheid tot dit soort Free-flex activiteiten niet, zo is de ervaring.

Een belangenbehartigingsorganisatie als het PP/CP draait vrijwel volledig op de vrijwillige inzet van de medewerkers van bijvoorbeeld het Informatie en Klachtenbureau en het Cliëntenpanel. Ook de 'achterban' van het PP/CP, de diverse 'categorale' belangenbehartigingsorganisaties, bestaat nagenoeg uitsluitend uit vrijwilligers.

Alle in het onderzoek betrokken instellingen zijn van mening dat mantelzorg een belangrijk aandeel van het totale voorzieningenaanbod vormt. Toch is er nog nauwelijks beleid rond dit aanbod ontwikkeld. Alleen de welzijnsinstelling voorziet in een steunpunt waar mantelzorgers terecht kunnen voor praktische en psychosociale hulp. De MEE-organisatie houdt in haar ondersteuningsaanbod rekening met de mogelijkheid van de mantelzorgers. De instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg gaat zich erop voorbereiden mantelzorgers vaker in te schakelen bij de dagelijkse zorg voor de cliënten. De instelling voor geestelijke-gezondheidszorg doet dat ook, maar dan niet omdat zij zelf taken wil afstoten. Zij realiseert zich dat de leden van het sociale netwerk een belangrijke bijdrage – een die te lang onderschat is – kunnen leveren aan het welbevinden van de cliënt.

Het PP/CP zet zich in voor de oprichting van een Provinciaal Platform Mantelzorg, dat de belangen van mantelzorgers in de regio zou moeten gaan behartigen.

### *Rol van de lokale overheid*

Vrijwel alle respondenten in de gemeente Utrecht zijn het erover eens dat de lokale overheid geen duidelijke regierol in het vermaatschappelijkingsproces vervult. Dit wordt voor een deel veroorzaakt door de grootte van het ambtelijk apparaat. Er ont-

staan dan verschillen in opvatting over het te voeren beleid. Daarnaast ontbreekt het de lokale overheid veelal aan voldoende kennis en kunde om daadwerkelijk een regierol te kunnen vervullen. Voor een aantal instellingen is dat overigens geen probleem: zij zijn autonoom ten opzichte van de lokale overheid. Zij geven er toch de voorkeur aan om zelf hun beleid uit te stippelen en nieuwe mogelijkheden te exploreren. Andere instellingen, zoals de welzijnsinstelling, zien liever dat de lokale overheid wel een duidelijke rol speelt, dat zij partijen bij elkaar brengt en hun activiteiten coördineert.

De gemeente zelf ambieert geen andere invulling dan die van de faciliterende overheid die partijen bij elkaar brengt, maar hen vervolgens zelf aan het werk wil zien gaan. Vanuit deze overtuiging financiert de gemeente bijvoorbeeld de wijkbureaus, waar de partijen met elkaar kunnen overleggen over het vormgeven van de woonservicezones. Het initiatief om daadwerkelijk aan de slag te gaan moet echter van de instellingen zelf komen.

### *Knelpunten en succesfactoren*

De financiën blijken in Utrecht een belangrijk knelpunt te vormen voor de realisatie van het vermaatschappelijkingsproces. Vrijwel alle respondenten klagen over onvoldoende financiële ruimte om te experimenteren met nieuw voorzieningenaanbod.

Daarnaast geven de meeste aanbieders te kennen dat de onderlinge samenwerking ook voor de nodige problemen zorgt. Het beleid van de rijksoverheid is in de ogen van de gemeentelijke diensten eveneens een knelpunt. De toekomst van de WAO is onzeker geworden en de druk op de informele steunstructuur groter. Hun mening in dezen wordt gedeeld door de welzijnsinstelling, de instelling voor geestelijke-gezondheidszorg, de woningcorporatie, de MEE-organisatie en het PP/CP. Alle respondenten, behalve de vertegenwoordigers van de lokale overheid, noemen het beleid van de gemeente voor mensen met beperkingen als knelpunt, als ook de wijze waarop de gemeente haar regierol in dezen vervult. De instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg en geestelijke-gezondheidszorg, samen met de vertegenwoordigers van de lokale overheid en van het PP/CP, wijzen er daarnaast op dat ook mensen met een ernstige zorgvraag gestimuleerd worden om zelfstandig te gaan wonen. Voor deze mensen is dit vaak een te zware opgave. Hierdoor wordt er een te groot beroep gedaan op de professionele en vrijwillige zorgverlening. De instellingen voor geestelijke-gezondheidszorg en thuiszorg, en de woningcorporatie, ervaren ook knelpunten binnen hun eigen organisaties.

Het rijtje succesfactoren is heel wat korter dan knelpunten en bevat vooral initiatieven die de instellingen zelf hebben genomen. Volgens sommige respondenten blijkt het beleid van rijks- en lokale overheid ook veranderingen te bevorderen en niet alleen belemmerend te werken. De modernisering van de AWBZ, bijvoorbeeld, heeft de instellingen gedwongen hun werkwijze te veranderen. Ook het wijkgericht werken dat de gemeente Utrecht voorstaat, heeft wel degelijk een positief effect op het vermaatschappelijkingsproces. De samenwerking mag dan voor een meerder-



heid problematisch zijn, ze draagt volgens de betrokken partijen inderdaad bij aan de gewenste veranderingen, daar waar ze is gerealiseerd. De voortdurende discussie over de vermaatschappelijking in de zorg heeft ook een mentaliteitsverandering tot gevolg gehad. Instellingen zijn eerder geneigd elkaar op te zoeken, met elkaar te overleggen en samen te werken, waar nodig.

#### *Verwachtingen voor de toekomst*

De vraag naar verwachtingen voor de toekomst werd in de gesprekken vaak opgevat als een vraag naar wensen. Het antwoord luidde dat er meer maatschappelijke steunsystemen moeten worden ontwikkeld en dat er meer geld moet komen om te kunnen experimenteren.

Naast wensen werden er ook vaak concrete toekomstplannen genoemd, zoals het plan om meer te gaan samenwerken met andere instellingen of om een aanbod voor andere doelgroepen te gaan ontwikkelen.

Op een wat hoger abstractieniveau blijken de meeste respondenten het erover eens te zijn dat men in de toekomst tegen de grenzen van de vermaatschappelijking aan zal lopen. Het uitgangspunt dat mensen met beperkingen deel moeten kunnen nemen aan de samenleving mag dan door iedereen gedeeld worden, de werkelijkheid zal leren dat dit niet voor iedereen is weggelegd. Ook zal niet iedereen dit daadwerkelijk willen en zal er dus altijd een intramuraal voorzieningenaanbod gehandhaafd moeten blijven.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van de uitkomsten van de casestudy naar de vermaatschappelijking in de zorg in Nederland. Het onderzoek moest een antwoord geven op de driedelige vraagstelling die in hoofdstuk 3 als volgt was geformuleerd:

- In hoeverre worden op lokaal niveau de veronderstellingen achter het proces van vermaatschappelijking in de zorg bevestigd?
- Welke knelpunten en successen worden ervaren bij de realisatie van dit proces en wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?
- Wat betekenen de uitkomsten van het onderzoek voor de toekomst van het vermaatschappelijkingsproces?

Daartoe zijn (zoals ook beschreven in hoofdstuk 3) in vijf gemeenten gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de diverse instellingen en organisaties die, idealiter, bij de vermaatschappelijking in de zorg betrokken zijn. In hoofdstuk 4 is, per casus, een korte beschrijving gegeven van de uitkomsten van de vraaggesprekken. Bovendien is er op het niveau van elke afzonderlijke casus een antwoord gegeven op de eerste twee onderzoeksvragen.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen bij elkaar gebracht. In de volgende paragraaf zullen de eerste twee vragen uit de centrale vraagstelling op een wat hoger abstractieniveau worden beantwoord. Vervolgens zullen in de derde paragraaf de consequenties van dit antwoord, en dus de uitkomsten van het onderzoek, voor het te voeren vermaatschappelijkingsbeleid uiteen worden gezet (vraag 3). Daarbij zal ook aandacht worden gegeven aan de betekenis van de onderzoeksresultaten voor de invoering van de wmo.

### 5.2 De stand van zaken en de vooruitzichten

#### *De veronderstellingen uit de redeneerketen*

Om het eerste deel van de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden is in elk van de gesprekken gevraagd naar het huidige aanbod van extramuraal voorzieningen voor zorg, wonen, werk en welzijn voor mensen met beperkingen (1), de samenwerking tussen algemene en categorale instellingen op met name het lokale niveau (2), de mate waarin gebruikers of hun belangenbehartigingsorganisaties betrokken worden bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod (3), de bijdrage van de informele steunstructuur aan de opvang en begeleiding (4) en de rol van de lokale overheid in het bevorderen van de samenhang en afstemming (5).

### *Ad 1 Aanbod extramurale voorzieningen*

In elk van de vijf onderzochte gemeenten is sprake van een ruim aanbod aan extramurale arrangementen op met name de terreinen wonen, welzijn en zorg.

De meeste van de arrangementen zijn bedoeld voor ouderen. Van een echt integraal, samenhangend aanbod voor deze groep is overigens nog maar zelden sprake. Niet zelden gaat het om voorzieningen op slechts een of hoogstens twee van de genoemde levensterreinen. De combinatie wonen en zorg komt het meest voor, gevolgd door zorg en welzijn; in dat geval gaat het echter nog om incidentele projecten.

Het aanbod voor mensen met verstandelijke beperkingen en voor mensen met chronische problematiek is (nog) klein. Het is zelfs kleiner dan op basis van hun lagere aantallen verwacht zou mogen worden. Ook voor deze groepen is het aanbod vaker niet dan wel geïntegreerd en ook hier gaat het dan vooral om de combinatie van wonen en zorg, met soms aandacht voor welzijnsvoorzieningen.

Arrangementen voor werk (incl. vrijwilligerswerk) worden in alle vijf casus los van voorzieningen op andere levensterreinen georganiseerd.

Een breed aanbod waarvan iedereen, ongeacht aard of oorzaak van de beperking, gebruik kan maken werd nergens gevonden. Wel werden er initiatieven genomen om voorzieningen te integreren dan wel van de grond te tillen voor mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met chronisch psychiatrische problematiek (Schagen, Bergen op Zoom). Daarnaast wordt in vier gemeenten nagedacht over de ontwikkeling van zogenoemde woon-zorgzones. Dit zijn wijken of buurten die door hun infrastructuur en ruimtelijke inrichting (ook) geschikt zijn voor inwoners met beperkingen. De initiatieven daarvoor komen van zowel de lokale overheden, als de aanbieders (i.c. de zorginstellingen en woningcorporaties), als de belangenbehartigingsorganisaties. In de twee grotere gemeenten zijn de plannen van dergelijke woon-zorgzones al concreet. Niet toevallig zouden de zones ontwikkeld moeten worden in wijken die weer (Enschede) of nog (Utrecht) volledig moeten worden opgebouwd.

### *Ad 2 Samenwerking en netwerkvorming*

De mate waarin de diverse instellingen en organisaties met elkaar samenwerken loopt in de onderzoeksgemeenten nogal uiteen. Waar in de ene gemeente de aanbieders van de diverse voorzieningen elkaar regelmatig weten te vinden (Heerenveen, Bergen op Zoom), lijken zij in de andere hoofdzakelijk los van elkaar te opereren (Schagen) of elkaar alleen op het niveau van de individuele cliënt te treffen (Enschede).

Samenwerking komt het meest voor tussen instellingen die voor dezelfde doelgroep (i.c. de ouderen) actief zijn of tussen een (categorale) zorgaanbieder en een woningcorporatie. Als categorale aanbieders voor verschillende doelgroepen met elkaar samenwerken, gaat het in de meeste gevallen om (wederzijdse) consultatie.

Ook in de gemeenten waar wel regelmatig wordt samengewerkt, zijn maar weinig projecten gevonden die voor meerdere groepen zorgvragers bedoeld zijn, laat staan dat er projecten zijn die zich richten op alle mensen met beperkingen. Intercatego-

rale voorzieningen worden dus nauwelijks ontwikkeld en intersectorale projecten blijven meestal beperkt tot het ontwikkelen van woonvoorzieningen voor zorgvragers. Voor welke groep(en) zorgvragers die voorzieningen dan bedoeld zijn lijkt sterk afhankelijk van de aanwezigheid van een categorale zorgaanbieder in de gemeente. De samenwerking is in de meeste gevallen ook tijdelijk van aard en gebonden aan de duur of de ontwikkelperiode van een project.

In elk van de onderzoeksgemeenten zijn wel multilaterale samenwerkingsverbanden gevonden, maar de samenstelling en de omvang ervan liepen erg uiteen. Van de vorming van integrale netwerken was feitelijk nergens sprake. Het netwerk in Bergen op Zoom rond het zorgloket en dat in Utrecht rond Leidsche Rijn kunnen wel als aanzet daartoe beschouwd worden.

Opvallende afwezigheid in deze – als ook in de andere samenwerkingsprojecten – is echter de instelling voor arbeidsvoorziening als vertegenwoordiger van het levensterrein ‘werk’. Waar de woningcorporaties veel actiever betrokken lijken te zijn dan nog geen vijf jaar geleden (Kwekkeboom 2001) en soms zelfs de spil van de nieuwe ontwikkelingen zijn geworden, maken de arbeidsvoorzieningen nog altijd geen deel uit van de samenwerkingsrelaties of netwerken. Ook de algemene welzijnsinstellingen lijken vaker niet dan wel betrokken te zijn bij de samenwerking. Ten dele is dit het gevolg van hun geringe kennis van of betrokkenheid bij mensen met beperkingen.

### *Ad 3 Betrokkenheid van zorgvragers*

De mate waarin zorggebruikers of hun belangenbehartigingsorganisaties betrokken zijn bij de ontwikkeling van voor hen relevante voorzieningen varieert nogal. De instellingen betrokken in het onderzoek hebben wel alle verplichte cliënten-, bewoners of ondernemingsraden ingesteld, maar daarmee is nog niet gezegd dat deze raden ook daadwerkelijk invloed uitoefenen op het te voeren beleid. Daarvoor zou, volgens de instellingen, het niveau van de inspraak (nog) niet goed genoeg zijn. Vooral de cliënten van de geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg moeten nog leren hun inspraakmogelijkheden optimaal te benutten. Om op de vraag van de gebruikers in te kunnen spelen worden door een meerderheid van de instellingen ook behoeften- en tevredenheidsonderzoeken gehouden of inspraakavonden georganiseerd. Over de opbrengsten hiervan is men ook niet altijd even tevreden.

Ook de belangenbehartigingsorganisaties zelf vinden dat hun invloed op het beleid van zowel de instellingen als de lokale overheden nog gering is en zich te vaak beperkt tot praktische zaken. Bovendien zitten de (categorale) organisaties onderling niet altijd op een lijn. Het zijn vooral de ouderenorganisaties die bij de ontwikkeling van nieuwe projecten en voorzieningen betrokken worden.

Er zijn echter wel duidelijke verschillen tussen de onderzoeksgemeenten. Zo maakt het Zorgvragersoverleg in Bergen op Zoom, waarin alle groepen mensen met beperkingen zijn vertegenwoordigd, volop deel uit van het lokale en regionale overlegcircuit. Zo is er ook het PP/CP in Utrecht dat op zowel stedelijk als wijkniveau regelmatig meepraat over ideeën en plannen rond zorg, wonen en welzijn voor

mensen met beperkingen. In de overige gemeenten worden de formele adviesraden voor het ouderen- en gehandicaptenbeleid wel geconsulteerd. Dit leidt echter nauwelijks tot een beïnvloeding van het beleid, mede doordat de consultatie soms te laat plaatsvindt.

#### *Ad 4 Aard en betekenis van de informele steunstructuur*

In elk van de onderzochte gemeenten blijkt de bijdrage van de informele steunstructuur aan het totale voorzieningenaanbod aanzienlijk te zijn. Om te beginnen wordt algemeen erkend dat de inzet van het sociale netwerk van de zorgbehoevenden, de mantelzorg, die van de professionele hulpverlening in de meeste gevallen overstijgt. In de kleinere gemeenten in het onderzoek (zoals Schagen en Heerenveen) heerst de overtuiging dat de inzet van de mantelzorg verklaard kan worden door het plattelandskarakter van de gemeenten. In de gemeente Enschede wordt als verklaring juist gewezen op het 'naoberschap' dat typisch zou zijn voor de regio Twente.

Voor een deel van de zorgaanbieders heeft de erkenning van de inzet van de mantelzorg geleid tot de ontwikkeling van activiteiten om de mantelzorgers te ondersteunen en waar nodig (tijdelijk) af te lossen.

Daarnaast doen vrijwel alle zorgaanbieders die in het onderzoek betrokken zijn (incl. de Stichting Welzijn Ouderen) een beroep op vrijwilligers voor de uitvoering van hun werkzaamheden. Daarbij moet worden aangetekend dat het aanzienlijk meer moeite kost voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg om vrijwilligers te werven en te behouden, dan instellingen voor ouderenzorg. De bereidheid om vrijwilligerswerk te doen ten behoeve van mensen met verstandelijke beperkingen is niet altijd overal even groot.

Psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking willen vaak zelf als vrijwilliger aan de slag. Voor hen kan vrijwilligerswerk namelijk als alternatief voor, of opstap naar betaald werk dienen, wat voor de instellingen een reden is om deze vorm van maatschappelijke participatie actief te stimuleren.

De maatregelen die de rijksoverheid heeft genomen om de informele steunstructuur te versterken werpen hun vruchten af. Zowel de Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk als de subsidieregeling Coördinatie Vrijwillige Thuishulp en Mantelzorg hebben ertoe geleid dat er op lokaal niveau initiatieven zijn genomen om het vrijwilligerswerk en de mantelzorg te ondersteunen.

Dit neemt bij de meeste respondenten de zorg voor de toekomst van de informele zorgverlening niet weg. Men vreest dat het (nog) moeilijker zal worden om vrijwilligers te werven. Ook is men bang dat diverse maatschappelijke ontwikkelingen het onmogelijk zullen maken de verleende mantelzorg op het huidige niveau te handhaven. Daarom wordt ook voor de invoering van de WMO gevreesd: men is bang dat deze de druk op met name de mantelzorg zal vergroten, terwijl daar geen rek meer in zit.

#### *Ad 5 De rol van de lokale overheid*

De twijfel die in eerdere onderzoeken is gevonden over een regierol door de lokale overheid blijkt ook in vier van de vijf nu onderzochte gemeenten te bestaan. In drie

gemeenten (Bergen op Zoom, Enschede en Utrecht) geeft de overheid zelf aan een op zijn best ‘bescheiden’ rol in het regisseren van het lokale zorgbeleid en -aanbod voor zichzelf te zien. In de overige twee gemeenten zijn de opvattingen daarover niet erg duidelijk. Deze terughoudende invulling van de regierol wordt door de overige actoren in de betrokken gemeenten niet erg gewaardeerd. Zij zouden graag een wat krachtadiger optreden willen.

Wat ‘regie’ dan precies in zou moeten houden is overigens niet duidelijk. De instellingen verwachten in ieder geval wel iets van de lokale overheid (activiteit, leiding, geld, kennis/kunde, enz.) en zijn ontevreden als niet aan die verwachting wordt voldaan. Ook in Schagen zou een actievere betrokkenheid van de lokale overheid op prijs worden gesteld. Daarbij wordt dan wel onmiddellijk aangetekend dat in Schagen de regionale besluitvormingsstructuur zoveel belangrijker is dan de lokale dat het er in feite niet toe doet of de gemeente zich wel of niet nadrukkelijk met het beleid bezighoudt.

In Heerenveen heeft de lokale overheid wel actief de regie over het beleid en het voorzieningenaanbod op zich genomen. Daar is de meerderheid van de relevante instellingen ook mee ingenomen. Maar wanneer in een bepaalde wijk de gewenste actie van de lokale overheid lang uitbleef was dit voor de overige actoren aanleiding om zelf het initiatief tot meer samenwerking en afstemming te nemen. Ook in de andere onderzoeksgemeenten blijkt dat, bij uitblijven van een actieve regie door de overheid, de diverse instellingen elkaar opzoeken en een samenwerkingsstructuur ontwikkelen. Daarin kan de lokale overheid worden opgenomen (zoals in Bergen op Zoom of Utrecht), maar zij kan er ook vrijwel volledig buiten blijven (Schagen), of alleen gevraagd worden de partijen bij elkaar te brengen (Heerenveen, Enschede).

### *Knelpunten, successen en de toekomst*

Met het tweede deel van de vraagstelling is de respondenten in feite gevraagd de ontwikkelingen in het vermaatschappelijkingsproces te evalueren en, mede op basis van de ervaringen tot nu toe, uitspraken te doen over de toekomst van dit proces.

Uit een vergelijking van de resultaten in de onderzoeksgemeenten komt naar voren dat de voorwaarden voor minstens twee veronderstellingen uit de hiervoor onderzochte redeneerketen als knelpunt worden ervaren. Dit zijn de decategoralisering van het voorzieningenaanbod, en de daarvoor benodigde samenwerking tussen de diverse instellingen, en de rol van de lokale overheid.

Een groot deel van de respondenten (voornamelijk vertegenwoordigers van categorale aanbieders) wijst erop dat de diverse doelgroepen niet zo gemakkelijk mengen en dat het daarom al niet voor de hand ligt om voor alle mensen met beperkingen toegankelijke voorzieningen te willen creëren. Bovendien zou, doordat zorgvragen teveel uiteenlopen, een gezamenlijk aanbod zich moeten beperken tot de meest eenvoudige vormen van hulpverlening: toezicht en eerste opvang. De noodzaak tot specialisatie brengt met zich mee dat samenwerking tussen de instellingen niet altijd voor de hand ligt. De verschillende domeinen en belangen versterken dit alleen nog maar. De marktwerking, gestimuleerd door de rijksoverheid, en de daaruit voortko-

mende concurrentie maken de onderlinge verhoudingen er ook niet beter op. In elk van de vijf onderzoeksgemeenten wordt geklaagd dat de lokale overheid te weinig of helemaal niets doet om het vermaatschappelijkingsproces te regisseren of te bevorderen.

Ook klagen de meeste respondenten over de onduidelijkheid van het rijksbeleid. Vooral de geringe financiële ruimte, dat volgens hen hieruit voortkomt, om te kunnen experimenteren met nieuwe voorzieningen en zorgvormen irriteert.

Een vijfde gemeenschappelijk ervaren knelpunt is de waargenomen verharding van de samenleving, waardoor mensen met beperkingen worden buitengesloten en geïsoleerd. Respondenten geven aan te vrezen voor wat zij een 'tweedeling in de samenleving' noemen. Hierdoor zouden juist de meest kwetsbaren, zoals mensen met een verstandelijke beperking en chronisch psychiatrische patiënten, niet meer de zorg en opvang krijgen die zij nodig hebben.

Waar de lijst van knelpunten bestaat uit factoren, waar de lokale beleidsactoren zelf nauwelijks invloed op kunnen uitoefenen bevat die van successen vooral de initiatieven die door de betrokken instelling of organisatie zelf zijn genomen: het nieuwe voorzieningenaanbod, het eigen experiment, de vasthoudendheid als belangenbehartiger enz. Daarnaast wordt, opvallend genoeg, ook de samenwerking tussen de diverse (lokale) actoren als succesfactor aangemerkt.

Gezien het verschil in lengte tussen de lijst met knelpunten en die met succesfactoren is het niet verrassend dat in elk van de vijf onderzoeksgemeenten de toekomst van de vermaatschappelijking tamelijk somber tegemoet wordt gezien. Deze somberheid wordt overigens vooral ingegeven door de negatieve verwachtingen over de tolerantie van de samenleving. Deze tolerantie zou in de toekomst nog wel eens kleiner kunnen worden dan ze nu al is. Daarnaast bestaan er twijfels over de haalbaarheid van het vermaatschappelijkingsideaal, dat wil zeggen zelfstandig wonen en maatschappelijke integratie voor alle mensen met beperkingen. Dit ideaal zou niet alleen de grenzen van de acceptatie door de samenleving overschrijden, maar ook de mogelijkheden van de betrokken mensen zelf te boven gaan.

Van de andere gemeenschappelijk ervaren knelpunten lijkt men toch wel te verwachten dat zij opgelost kunnen worden. Vooral in de gemeenten waar plannen bestaan voor het ontwikkelen van woon-zorgzones of levensloopbestendige wijken wordt optimistisch tegen het wegnemen van voornamelijk organisatorische knelpunten aangekeken.

### 5.3 De toekomst van de vermaatschappelijking in de zorg

#### *Moeizaam veranderingsproces*

De vijf onderzoeksgemeenten voldoen op dit moment niet volledig aan de voorwaarden van de redeneerketen in het vermaatschappelijkingsbeleid. Nergens werd een integraal voorzieningenaanbod gevonden dat voor alle mensen met beperkingen

openstaat. De samenwerking beperkt zich veelal tot bilaterale contacten of tijdelijke projecten. De invloed van de zorgvragers is in de ogen van zowel de belangenbehartigingsorganisaties als de aanbieders en lokale overheden beperkt en de lokale overheid speelt slechts een zeer bescheiden rol in de totstandkoming van het lokale voorzieningenaanbod. Wel blijkt dat de informele steunstructuur een zeer substantiële bijdrage levert in de zorg voor en ondersteuning aan kwetsbare mensen.

De respondenten ervaren knelpunten bij het realiseren van het vermaatschappelijkingsbeleid. Deze geven aanleiding te geloven dat het niet gemakkelijk zal zijn om de voorwaarden van de redeneerketen te vervullen. Een deel van de knelpunten kwam al eerder naar voren in onderzoek naar de totstandkoming van integraal beleid voor mensen met beperkingen (zie § 2.2). De veranderingsprocessen in de zorg voor mensen met langdurige beperkingen blijken dus moeizaam te verlopen. Dit wil echter niet zeggen dat er geen ontwikkelingen in de gewenste richting zijn geweest. Hiervoor is al gewezen op de grotere betrokkenheid van de woningcorporaties bij de ontwikkeling van het voorzieningenaanbod. Ook zijn er in dit onderzoek meer voorbeelden van samenwerking of aanzet tot netwerkvorming gevonden dan in vergelijkbare onderzoeken van enkele jaren geleden (Kwekkeboom 1997, Kwekkeboom 2001). De lokale overheden bemoeien zich nu naar verhouding actiever bij de vormgeving van een beleid voor mensen met beperkingen dan voorheen. De belangstelling die in alle gemeenten is gevonden voor de ontwikkeling van levensloopbestendige wijken of woon-zorgzones wijst er ook op dat de meeste partijen in principe bereid zijn tot meer onderlinge samenwerking en afstemming. Het tempo waarin de veranderingen worden gerealiseerd is echter nogal laag.

### *Introductie marktwerking*

Het lage tempo kan vermoedelijk voor een deel geweten worden aan de behoudzucht die instellingen en organisaties veelal eigen is. Een belangrijk deel van de respondenten schrijft hun traagheid of zelfs weerstand echter ook op het conto van de rijksoverheid. Zij wijzen er onder meer op dat de invoering van de marktwerking in onder meer de AWBZ-gefinancierde zorg haaks staat op het streven naar de totstandkoming van een lokaal of regionaal netwerk met een gezamenlijk, integraal voorzieningenaanbod. Ook elders komen signalen binnen dat de zorgaanbieders zich terugtrekken uit samenwerkingsprojecten rond bijvoorbeeld gezamenlijke zorg- of informatieloketten. De zorgaanbieders willen zich immers profileren en vooral zelf cliënten trekken. Zij zetten daarom zelf informatiewinkels of -lijnen op. Dat heeft weer tot gevolg dat de lokale overheden aarzelen over samenwerking met de zorgaanbieders en een eigen, onafhankelijk loket opzetten (IGLO+ 2005).

De introductie van de marktwerking heeft, zo komt uit het onderzoek ook naar voren, wel tot gevolg gehad dat zorgaanbieders over de grenzen van hun 'eigen' doelgroep zijn gaan kijken. Een deel van hen 'werft' niet alleen cliënten met andere zorgvragen, maar gaat ook een fusie of concernvorming aan met andere, al dan niet



categorale, zorgaanbieders. Dit zou kunnen resulteren in een algemeen aanbod. Daar staat tegenover dat de potentiële gebruikers zo'n algemeen aanbod niet altijd op prijs stellen en zeker niet altijd met andere groepen zorgvragers willen mengen. De 'decategoralisatie' wordt in het vermaatschappelijkingsbeleid noodzakelijk geacht en door de marktwerking in de AWBZ-zorg bevorderd, maar ze lijkt niet altijd aan te sluiten bij de vragen en behoeften van de betrokkenen zelf.

De druk van marktwerking en concurrentie heeft voor de lokale overheid gevolgen voor het kunnen vervullen van een sturende rol in de totstandkoming van een voorzieningenaanbod. De noodzaak tot versterking van de eigen positie brengt nogal wat instellingen en organisaties ertoe fusies aan te gaan. De werkgebieden van de concerns die hierdoor ontstaan overschrijden vaak de grenzen van de regio. Dit proces doet zich niet alleen in de zorgwereld voor. Ook een groot deel van de (in dit onderzoek betrokken) instellingen op de terreinen wonen, werk en welzijn maakte immers deel uit van een grotere eenheid. De mogelijkheid van lokale overheden om deze regionaal of zelfs bovenregionaal werkende instellingen te beïnvloeden zijn klein. De instellingen geven er ook zelf de voorkeur aan om op regionaal in plaats van lokaal niveau te overleggen over het te creëren voorzieningenaanbod. Voor de lokale overheden blijkt dat vervolgens aanleiding te zijn om zich terughoudend in de hun toegewezen regierol op te stellen.

De reactie van het merendeel van de aanbieders hierop is wat tweeslachtig. Aan de ene kant zeggen zij graag te zien dat de lokale overheid haar regierol een actievere invulling geeft. Aan de andere kant zoeken zij zelf de samenwerking met andere partijen zonder de lokale overheid daarbij te betrekken. Daarmee geven ze aan betrokkenheid van de lokale overheid helemaal niet nodig te vinden.

### *Zorg in de samenleving*

In de redeneerketen achter het vermaatschappelijkingsbeleid wordt een belangrijke rol toegekend aan zowel de leden van het sociale netwerk van mensen met beperkingen, als aan de samenleving in haar geheel. Elk dient, naar vermogen, bij te dragen aan de opvang en ondersteuning van deze mensen en daarmee aan het behoud van hun zelfstandige leefsituatie. Daarmee zou niet alleen het beroep op professionele arrangementen worden teruggedrongen, maar ook de maatschappelijke participatie en integratie van mensen beperkingen worden bevorderd. De bestaande regelingen om de mantelzorgers en het vrijwilligerswerk te ondersteunen hebben, zo blijkt, tot gevolg gehad dat er op lokaal of regionaal niveau meer aandacht is gekomen voor de informele steunstructuur. Of hierdoor de informele zorgverlening daadwerkelijk is toegenomen is nog maar de vraag, want ze kende al een behoorlijke omvang en intensiteit. Duidelijk is wel dat de regelingen de bezorgdheid niet hebben weggenomen over de toekomst van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk. In elk van de vijf onderzoeksgemeenten wordt de angst geuit dat niet zozeer de bereidheid, maar vooral de mogelijkheid om informele zorg te verlenen, zal verminderen. De vermindering zou enerzijds het gevolg zijn van de 'vergrijzing' van de bevolking en daarmee



van het vrijwilligersbestand. Anderzijds zou de toegenomen druk op mannen en vrouwen om langer en meer te gaan werken een belemmering vormen voor het verlenen van mantelzorg of het verrichten van vrijwilligerswerk.

### *Deelname aan de samenleving*

In hoofdstuk 2 is uiteengezet dat het vermaatschappelijkingsbeleid uiteindelijk tot doel heeft de maatschappelijke integratie en participatie van mensen met beperkingen te vergroten. Maar juist bij dit doel worden het vaakst knelpunten gesignaleerd.

Om te beginnen werd in de meeste gesprekken door de respondenten nadrukkelijk aandacht gevraagd voor degenen waarvoor een zelfstandige leefwijze niet is weggelegd. De beperkingen of problemen van deze mensen zijn daarvoor te ernstig. Voor deze groep mensen is deelname aan de samenleving een onbereikbaar en daarom onwenselijk ideaal. Voor hen zal altijd een beschermde, misschien ook wel gestructureerde, leefomgeving noodzakelijk blijven.

Daarnaast twijfelde een ruime meerderheid van de respondenten aan de onvoorwaardelijke acceptatie van mensen met beperkingen door de samenleving, ook als deze mensen, ondanks hun beperkingen, zelfstandig wonen. De ervaringen van hulpverleners leren bijvoorbeeld dat de komst van een woonvoorziening voor chronisch psychiatrische patiënten in de buurt op weerstand stuit of dat verstandelijk gehandicapte buurtbewoners nauwelijks contact hebben met hun burens. Gebruikers van een vrijwilligersdienst worden liever niet geholpen door een psychiatrische patiënt en mensen met een lichamelijke beperking ervaren dat hun letterlijk en figuurlijk de toegang tot een popconcert wordt ontzegd.

In de gesprekken werd ook vaak de zorg geuit dat de samenleving verhardt, waardoor de bereidheid mensen met een afwijking te accepteren (nog) verder afneemt. Een gevolg daarvan kan zijn dat mensen met beperkingen terecht komen in een sociaal isolement en hierdoor vereenzamen. Nog ongeacht de mogelijkheid dat hun problemen hierdoor intensiveren, wordt de kwaliteit van leven van deze mensen er niet beter op. Deze geluiden worden ook gehoord in onderzoeksgemeenten waar de vermaatschappelijking naar verhouding het verst is 'gevoerd'.

De letterlijke en figuurlijke ontoegankelijkheid van de samenleving voor mensen met beperkingen wordt als een dusdanig knelpunt ervaren dat zij voor een belangrijk deel de reden vormt om de toekomst van de vermaatschappelijking somber in te zien. Een deel van de respondenten wijst nog wel op de oplossing die de zogenoemde woon-zorgwijken of woon-servicezones zouden kunnen gaan bieden. Door de dagelijkse omgang met mensen met beperkingen zouden immers vooroordelen en angsten weggenomen kunnen worden. Er zijn ook onderzoeken bekend die deze verwachtingen bevestigen. In wijken waarvan de bewoners relatief vaak in aanraking komen met mensen met psychiatrische problematiek is de bereidheid tot acceptatie aantoonbaar groter (zie bv. Boon, Nugter en Rijker 2004). Maar deze positieve ervaringen nemen niet weg dat de verwachtingen in het algemeen over de daadwerkelijke integratie van mensen met beperkingen niet hooggespannen zijn. Hiervoor zou

meer moeten gebeuren, of iets anders dan het realiseren van een reeks voorname-lijk bestuurlijke of institutionele veranderingen. De acceptatie blijkt immers sterk samen te hangen met de mate van 'beschikbaarheid' van 24-uurs hulpverlening en toezicht op de leefbaarheid en veiligheid in de buurt (Beenackers, Swildens en Van Rooijen 2001; Zeegers 2003; Eugster, Van den Boogaard en Bongers 2004; Giesen en Van Rooijen 2004). Uit de evaluatie van een succesvol en bekroond initiatief om mensen met psychiatrische problematiek in de wijk op te vangen blijkt ook dat het maatschappelijk draagvlak kwetsbaar is: een incident is voldoende om de oude vooroordelen en weerstand weer tot leven te wekken (Verschure et al. 2004).

### *Betrokkenheid zorgvragers*

Vermaatschappelijking in de zorg houdt, idealiter, ook in dat de mensen met beperkingen of hun vertegenwoordigers nadrukkelijk betrokken worden bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod. De resultaten van de vraaggesprekken geven echter aan dat er nog heel wat moet veranderen willen (de vertegenwoordigers van) de zorgvragers inderdaad als volwaardige gesprekpartners aan de diverse besluitvormingsprocessen kunnen deelnemen. Zeker op lokaal en instellingsniveau blijft de daadwerkelijke beïnvloeding achter bij de verwachtingen van zowel aanbieders als gebruikers. Opvallend genoeg wordt dit door respondenten in het onderzoek vrijwel nooit als een van de knelpunten genoemd.

### *Een mooie toekomst?*

Op het eerste gezicht geven de uitkomsten van de casestudy geen aanleiding tot groot optimisme over de toekomst van de vermaatschappelijking in de zorg. De voor dit doel noodzakelijke veranderingen blijken slechts moeizaam te kunnen worden gerealiseerd en dan nog is het de vraag of zij voldoende zijn om mensen met beperkingen volwaardig aan de samenleving deel te kunnen laten nemen.

Gezien deze uitkomsten lijkt het raadzaam om in het beleid rond mensen met beperkingen niet te veel te kapitaliseren op de opvang in en door de samenleving. De risico's dat daardoor gaten vallen in het voorzieningenaanbod, waardoor kwetsbare mensen te weinig ondersteuning krijgen, zijn hiervoor te groot.

In plaats daarvan zou meer aandacht besteed moeten worden aan de organisatie en instandhouding van een voldoende professioneel voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen. Voor hen die tijdelijk of structureel niet in staat zijn zelfstandig te wonen moeten er mogelijkheden blijven voor een vorm van residentieel verblijf. Dit betekent geen pleidooi voor de terugkeer van grootschalige instituten aan de rand van de samenleving. Beschermd en gestructureerd wonen kan ook op kleine schaal, in het midden van de gemeenschap. Daarnaast zal er voor een samenhangend aanbod op wijk- of buurtniveau moeten worden gezorgd voor mensen die, zonodig met enige steun, wel zelfstandig kunnen wonen. Dit aanbod zal minstens in de essentiële behoeften moeten voorzien, door arrangementen op de terreinen zorg, wonen en welzijn. De beschikbaarheid van een dergelijk aanbod is immers noodzakelijk om het maatschappelijk draagvlak voor de vermaatschappelijking in de zorg

in stand te houden. Het aanbod kan, vergeleken met de huidige situatie, nog aanzienlijk verbeterd worden, als de onderlinge samenhang wordt vergroot. Daarvoor dienen de huidige bestuurlijke en financiële hinderpalen weggenomen te worden.

#### *De mogelijkheden van de wmo*

Vanuit die optiek is het in één wettelijk kader opnemen van de verantwoordelijkheid van de lokale overheid voor het voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen, zoals de wmo die voorstaat, een aanzienlijke stap vooruit. Hetzelfde geldt voor het in één hand leggen van de verantwoordelijkheid voor zowel de ondersteuning van de mantelzorg, als die voor het vrijwilligerswerkbeleid. Verwacht mag worden dat meer samenhang in het beleid van de lokale overheid leidt tot meer samenhang in het aanbod van zowel professionele als informele arrangementen.

De onderzoeksresultaten geven echter geen reden om te geloven dat met de introductie van de wmo alle knelpunten zullen worden weggenomen. Uit het onderzoek is bovendien naar voren gekomen dat van de komst van de wmo ook verslechteringen worden verwacht. Zo werd door de respondenten gevreesd dat de marktwerking, die in de wmo wordt nagestreefd, de onderlinge verhoudingen en al overeengekomen samenwerkingsafspraken onder druk zou kunnen zetten. Om de relevante partijen er dan toch toe aan te zetten een gezamenlijk aanbod te ontwikkelen moet de lokale overheid over voldoende krachtige sturingsinstrumenten kunnen beschikken. Niet alle respondenten – waaronder vertegenwoordigers van de lokale overheden zelf – waren ervan overtuigd dat de wmo hier in voldoende mate in voorziet. Er bleken twijfels te bestaan vooral over de deskundigheid en slagkracht van het ambtelijk apparaat en de financiële mogelijkheden van de lokale overheden. In het verlengde hiervan gaf een belangrijk deel van de respondenten aan bang te zijn dat de komst van de wmo zou kunnen leiden tot een verschraving van het zorgaanbod voor juist de meest kwetsbaren. Tegelijkertijd met de introductie van de wmo werden immers ook veranderingen in de AWBZ aangekondigd. Deze samenloop heeft de indruk gewekt dat met de wijzigingen ook een bezuiniging zal worden doorgevoerd op de beschikbare middelen voor de voorzieningen.

Er wordt gevreesd dat de nadruk die de wmo legt op de informele opvang in en door de samenleving kan leiden tot een overbelasting van de nu al actieve mantelzorgers en vrijwilligers. Er wordt immers niet veel verwacht van een groei in betrokkenheid en activiteit door de samenleving in brede zin.

Nu is het de vraag of de weerstand tegen de wmo, die bij velen in dit onderzoek is aangetroffen, wel terecht is. Zij kan immers ook voortkomen uit de ook hiervoor al genoemde behoudzucht van instellingen en organisaties. Het is echter wel raadzaam om rekening te houden met de hier beschreven bedenkingen om veranderingen in het beleid voor mensen met beperkingen daadwerkelijk te kunnen realiseren. Uit het onderzoek is immers ook naar voren gekomen dat zich wel degelijk ontwikkelingen richting meer samenhang, afstemming en integraal voorzieningenaanbod hebben voorgedaan en nog steeds voordoen. De hiervoor benodigde omslag in denken heeft

blijkbaar tijd nodig, meer tijd dan misschien was voorzien en wenselijk wordt geacht. De aankondiging van de wmo heeft er ongetwijfeld aan bijgedragen dat het tempo verhoogd is. Zij heeft immers voor veel commotie en discussie gezorgd. Daarmee is nog niet gezegd dat er voldoende draagvlak is ontstaan voor het geheel aan veranderingen dat omvat is in zowel de wmo als in de vermaatschappelijking in de zorg. De twijfels aan met name de opvang in en door de samenleving lijken daarvoor te fundamenteel. Voor de invoering van de wmo lijkt het dus raadzaam daar niet al te zwaar op in te zetten. In plaats daarvan zou men meer aandacht moeten geven aan het structureel oplossen van de bestuurlijke en financiële hinderpalen.

## Summary

For several decades the policy aimed at people with long-term limitations has been dominated by efforts to retain and where possible restore independent functioning and participation in society. In the Netherlands, the Dutch term *vermaatschappelijking* ('socialisation') is gaining currency as a means of describing the whole series of changes needed to make realisation of these aims possible.

Many parties are involved in this process of 'socialisation', including providers in the fields of care, housing, work and welfare. Ideally these parties would work together to create an integrated provision which is suitable for and accessible to all groups of persons with limitations. Only in the highly specific cases would it be necessary to maintain special provisions tailored to the specific nature of the limitations.

The provisions offered ought to match the wishes and needs of the users as closely as possible. To achieve this, the users themselves or their representatives must be actively involved in creating the provision. 'Socialisation' also means that society itself is actively involved in caring for and supporting people with limitations. Finally, to ensure that the various provisions are coordinated at local level, local authorities have the task of encouraging all those involved to cooperate as fully as possible and to coordinate their activities.

Earlier research carried out among others by the Social and Cultural Planning Office of the Netherlands (SCP) has shown that in practice 'socialisation' is a laborious process. All parties involved endorse the principles underlying the 'socialisation' process, but nonetheless the desired cohesion and coordination are not achieved. The participation in society by people with limitations is also below expectations.

In spite of these difficulties, 'socialisation' remains one of the core elements of government policy. In the light of this, SCP began a small-scale study in 2003 to assess the progress of the 'socialisation' process. Open interviews were held in five Dutch municipalities with representatives of the main parties involved locally in the 'socialisation' process ('actors'). This means that cooperation was requested *inter alia* from representatives of local authorities, providers of general and specialist care, welfare organisations, housing associations, employment placement services, voluntary organisations and interest groups. They were asked about the efforts they had made in relation to 'socialisation' and about their cooperation with other parties in this regard. During the interviews they were also asked about any problems they had encountered, factors which fostered 'socialisation' and their expectations for the future.

The first thing to emerge from the survey was that there is a wide range of provisions at local level which are designed primarily to enable people with disabilities to live independently. The majority of these provisions are aimed at older persons; provisions for people with learning disabilities or long-term psychiatric problems are less common. In most cases the provisions are 'specialised', i.e. directed mainly or exclusively at a specific target group. Four out of the five municipalities studied are now considering the development of combined housing and care neighbourhoods, offering an integrated range of services for people with and without disabilities. Two of these municipalities have actually taken initiatives in this regard.

Nonetheless, in most cases the cooperation in the offering of provisions takes place within the 'specialised' segments. Providers of the various specialised services are however more inclined to work together in their provision for shared clients, for example people with learning disabilities combined with behavioural problems or older persons suffering from dementia. Among the general organisations, housing associations are the most frequently involved in the development of new provisions. They also regularly take the initiative for these developments themselves. Here, too, however these provisions are usually developed for a specific target group. And although some attempts at intersectoral cooperation and coordination were found, integrated network formation does not occur in any of the five municipalities studied.

It emerged from the interviews that neither the providers nor the users of the provisions are entirely happy with the contribution by users to the development of the provisions. Yet there are differences between the different municipalities studied. Thus in two municipalities the client organisations play an active part in the consultation and negotiation circuit, whereas in the other three municipalities they are merely consulted – sometimes too late – on the various proposals.

Most of the care and support provided in and by the community is currently provided informally by those most closely associated with the persons with limitations. In addition, the proportion of volunteers in the total (care) provision is reasonably high in each of the five municipalities; in fact some professional organisations would actually be unable to function without the use of volunteers. The measures taken at central government level to support or strengthen the informal support structure (informal care and voluntary work) have had an effect. Nonetheless, a high proportion of the respondents have concerns about the future, expressing fears that the provisions offered will no longer be sufficient to meet the steadily growing demand.

The role of the local authority as a 'director' of the 'socialisation' process proves to be not uncontroversial, even among representatives of the local authorities themselves. In three of the municipalities studied the local authority reports that it intends to adopt a restrained approach to its controlling role. This is not particularly well

received by the other parties, but this does not necessarily mean that a more active role would be better appreciated. In the smallest of the five municipalities studied the influence of the regional cooperative structures appears to be so much greater that control at local government level is not regarded as useful. In the municipality studied where the local authority did show itself to be actively involved in the policy, this was regarded as a good thing by the other parties. However, they still took the initiative themselves when the local authority initially failed to do so. In the other municipalities, too, collaborative projects have been set up outside the auspices of the local authority.

The question about problems encountered in achieving the ‘socialisation’ process produced a longer list of answers than the question as to the success factors. In each of the five municipalities the respondents pointed out that pursuing a general policy and creating general provisions for all people with disabilities is not necessarily the most logical option. The different groups of care recipients do not mix easily and often have needs that are too divergent to be covered by a general provision. Organisations therefore have to specialise, something which does not foster intensive cooperation. The introduction of market forces, forcing organisations to compete with each other, also creates barriers to cooperation. Most respondents also have other complaints about central government policy, stating that it is too unclear and offers too little financial scope for experiments with new provisions. In addition, in each of the five municipalities studied there are complaints that the local authority does too little to steer or even facilitate the ‘socialisation’ process.

The respondents are also almost all in agreement that attitudes in society are hardening and that people with disabilities are becoming increasingly excluded and isolated. Precisely the most vulnerable among them, i.e. people with learning disabilities or chronic psychiatric problems, are therefore felt to be no longer receiving the care and support they need.

The list of success factors consists mainly of initiatives taken by the institutions or organisations themselves, such as new provisions, individual experiments, et cetera. The cooperation that is achieved between the various actors is also regarded as a success factor by those concerned.

Most respondents have concerns about the future of the ‘socialisation’ process in the care sector. Many of them cast doubt on the achievability of the ‘socialisation’ ideal. There are fears that society’s tolerance of people with limitations is more likely to decline than increase, and respondents also point out that independence and participation in society is not an option for some of those affected, as their limitations are too severe. The majority of respondents are optimistic as regards a solution for the organisational or administrative problems; a great deal is expected in particular from the introduction of ‘housing for life’ schemes.

At first sight the findings of the study do not give cause for great optimism regarding the achievement of 'socialisation' in the care sector. It would therefore seem sensible not to base the policy too much on hopes of greater care and support within and by society; the chance that this will lead to gaps in the care provision is too great for this. It would be better to focus more on the organisation of professional care services, to increase their mutual coherence and coordination. To achieve this it will be necessary to remove the existing administrative and financial obstacles. The proposed introduction of the new Social Support Act (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) offers a good starting point for this, by ensuring that a large number of responsibilities for care provision are placed under a single authority, namely local authorities. This can only increase the opportunities for greater coordination within and between the formal and informal care sectors. However, the new Act will not remove all the problems. There are reasons for believing that the introduction of market competition could put pressure on local and regional cooperation. In order to encourage the parties nonetheless to work towards cohesion and coordination, local authorities must be given powerful control instruments. A substantial proportion of the respondents – including representatives of local authorities themselves – expressed doubts as to whether the new Act will be able to achieve this. The expertise and striking power of the civil service apparatus was felt to be inadequate and the financial scope of local authorities was also felt to be too limited. The introduction of the Act in a period when the scope of another important act for people with limitations – the General Exceptional Medical Expenses Act – is being reduced, is feeding concerns that the provisions for the most vulnerable people in society will become more meagre in the future. In addition, the emphasis placed in the Social Support Act on informal care could lead to informal carers and volunteers who are already active becoming overloaded.

Whether and to what extent these fears are justified is not certain. They do however make clear that the level of support for the changes set out both in the Social Support Act and in the 'socialisation' ideal is not particularly strong. In particular, the doubts about the level of care provided in and by society, and consequently the fears of an insufficient care provision for the most vulnerable members of society, are too great for this.



## Bijlage A Lijst met vraagpunten<sup>1</sup>

- Kunt u iets vertellen over uzelf en over de organisatie waar u werkzaam bent?
- Wat is het aanbod aan (extramurale) voorzieningen voor mensen met beperkingen van uw instelling?
- Op welke doelgroepen zijn deze voorzieningen gericht? Op alle mensen met beperkingen ongeacht aard of oorzaak? Zo nee, voor welke groepen wel en voor welke groepen niet? Waarom wel/niet intercategoriaal?
- Welke terreinen (met name zorg, welzijn, wonen en werk) worden er door deze voorzieningen bestreken? En welke niet? Is er sprake van een integraal aanbod en zo nee, waarom niet?
- Wordt er voor dit aanbod samengewerkt? Met welke partijen en in welke vorm of structuur (frequentie van overleg, wel/niet vastgelegd in nota's o.i.d., budgetten)? Hoe verloopt de samenwerking?
- Zijn bij de ontwikkeling en realisatie van dit voorzieningenaanbod ook de gebruikers en/of gebruikersorganisaties betrokken? Zo ja, hoe? Wat is hun invloed?
- Zijn bij de ontwikkeling en realisatie van het voorzieningenaanbod van uw instelling ook de informele netwerken, de vrijwilligersorganisaties, de individuele vrijwilligers en leden van het sociale netwerk van mensen met beperkingen (mantelzorgers) betrokken? Wat is de bijdrage van de informele netwerken aan het totale voorzieningenaanbod?
- Voert uw instelling een actief beleid om meer vrijwilligers en/of mantelzorgers bij het aanbod te betrekken, dan wel om hen te ondersteunen? Zo ja, op welke manier?
- Voert de lokale overheid een (eigen) beleid voor mensen met beperkingen en zo ja, welke prioriteiten zijn daarin vastgesteld? Is dit beleid, of zijn deze prioriteiten vastgelegd in nota's of iets dergelijks? Wat is de rol van de lokale overheid in de ontwikkeling van het plaatselijke voorzieningenaanbod (formeel en informeel)? Hoe wordt de rol van de lokale overheid (i.e. de regierol) door u of uw instelling gewaardeerd?

---

<sup>1</sup> Het betreft hier een groslijst. De vraagstelling is aangepast aan het type 'actor' dat de respondent(en) vertegenwoordigde(n).

- Waren er factoren die de ontwikkeling van de voorzieningen, de samenwerking, en/of de vermaatschappelijking bij uw instelling bevorderden en zo ja, welke waren dat?  
Wat gaat er volgens u goed in de uitvoering het vermaatschappelijkingsbeleid van de gemeente/regio waar u werkt?
  
- Waren er knelpunten die de ontwikkeling van de voorzieningen, de samenwerking, en/of de vermaatschappelijking bij uw instelling bemoeilijkten en zo ja, waar waren deze aan toe te schrijven? Op welke manier is geprobeerd om deze knelpunten op te lossen? Wat is daarvan het resultaat?  
Welke knelpunten ervaart u in de realisatie van de vermaatschappelijking in de zorg in de gemeente/regio waar u werkt?
  
- Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van de vermaatschappelijking in de zorg in de toekomst (de haalbaarheid, de wenselijkheid)?

## Bijlage B Lijst van afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DAC	Dagactiviteiten centrum (ggz)
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	geestelijke-gezondheidszorg
LOT	Vereniging van mantelzorgers
MFC	Multifunctioneel centrum
OGGZ	Openbare geestelijke-gezondheidszorg
PP/CP	Provinciaal patiënten/consumentenplatform
PGB	Persoonsgebonden budget
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RPCP	Regionaal patiënten/consumentenplatform
SUWI-wetgeving	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
SWO	Stichting Welzijn Ouderen
TSV	Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk
VAC	Vrouwen adviescommissie
VGZ	Verstandelijk-gehandicaptenzorg
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSW	Wet op de sociale werkvoorziening
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WWB	Wet werk en bijstand

## Bijlage C

Bijlagen C1-C5 zijn te vinden op internet:  
[www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702147.shtml](http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702147.shtml)

## Literatuur

- Balkenende, J.P. (1987). 'De zorgzame samenleving: een internationaal vraagstuk'. In: Bestuursforum, 4, p. 107-108.
- Becker, J.W. et al. (1996). *Publieke opinie en milieu – een verkenning van het sociale draagvlak voor het milieubeleid op grond van survey-gegevens*, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Beek, H. van de, en J.W. van Zuthem (2002). *Thuis in de samenleving – samenwerken aan maatschappelijke ondersteuning vanuit beschermd en begeleid wonen in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.
- Beenackers, M., W. Swilders en S. van Rooijen (2001). *Naar een maatschappelijk steunsysteem in Utrecht. Vijf speerpunten in het beleid voor mensen met langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- CTVGG (2002). *Erbij horen – advies*, Amsterdam: Commissie Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg.
- Dercksen, A. en S. van 't Hoff (1996). *Erkenning gevraagd – organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NFGV.
- Duyvendak, J.W. en P. van der Graaf (red.) (1999). *De dynamiek van de sociale infrastructuur*. Utrecht: VJI (achtergrondstudie bij RMO(2002)).
- Engbersen, R. en R. Gabriëls (1997). 'Grenzen van vermaatschappelijking'. In: *Tijdschrift voor de sociale sector*, 9, p. 12-17.
- Eugster, A., J van den Boogaard en I. Bongers (2004). *Een basis voor maatschappelijke steunsystemen in Noord-Brabant, speerpunten vanuit de praktijk*. Tilburg: Tranzo.
- Haaster, H. van, M. Vink en A.M. Witvoet (1997). *Uit en thuis. ervaringen van cliënten met wonen binnen en buiten de psychiatrie*. Amsterdam: Amsterdams Patiënten- en Consumentenplatform.
- Giesen, F. en S. van Rooijen (2004). *Naar een maatschappelijk steunsysteem in de subregio Nieuwegein/Houten – Ondersteuning van mensen met psychische problemen in de samenleving*. Utrecht: Trimbos.
- Glissenaar, I. en I. Reijn (red.) (1999). *Vriendschap op maat. Georganiseerde support door maatjes en buddy's*. Utrecht: SWAP.
- Hoof, F. van, et al. (2004). *Meedoen, maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps (Monitoring vermaatschappelijking)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kal, D. (2002). *Kwartiermaken – werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom.
- Kickert, W.J.M., E.H. Klijn en J.F.M. Koppenjan (red.) (1997). *Managing Complex Networks, Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications.
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002 – Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2004). *Rapportage gehandicapten 2004 – Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kodden, F. en J. Meijer (1995). *Zorgen voor samenhang – een verkennende studie naar samenwerkingsmogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars in het ouderenbeleid*. Utrecht: FSW.
- Kooger, E. en M. Swinkels (2003). *Boter bij de vis – kansen voor een woonzorgzone in De Baarzen in Vught*. Tilburg: PON.
- Kwekkeboom, M.H. (1997). *De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten (Welzijnsbeleid in de lokale samenleving 6)*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-cahier 138).

- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk – onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, R. (2004). *De Waarde van Vermaatschappelijking (openbare les gegeven ter gelegenheid van de feestelijke opening van het lectoraat 'Vermaatschappelijking in de zorg' aan Avans Hogeschool op 23 jan. 2004 in Breda)*. Breda: Avans Hogeschool.
- Kwekkeboom, R., Th. Roes en V. Veldheer (2002). *De werkelijkheid van de Welzijnswet, een verkenning van de werking van de Welzijnswet op lokaal, provinciaal en landelijk niveau*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- LVIO (2003). *Gebruikelijke zorg – werkdocument*. Den Haag: Landelijke Vereniging van Indicatieorganen.
- Muntendam, M. (2000). *Nood breekt wet. Vernieuwende samenwerkingsvormen geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang*. Utrecht: GGZ Nederland/Federatie Opvang.
- Pennens, A.W. van der, et al. (1995). *Welzijnsbeleid in de lokale samenleving – een verkennende studie in drie gemeenten. Rapportage Welzijnswet 5*. Rijswijk : Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plempers, E. en K. van Vliet (2002). *Community care: de uitdaging voor Nederland*. Utrecht: VJI (achtergrondstudie bij RMO (2003)).
- PON/PRVMZ (2001). *Vermaatschappelijking, een zaak van wonen, zorg en welzijn*. Tilburg: PON-instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant/Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg in Noord-Brabant.
- RMO (2001). *Kwetsbaar in het kwadraat – Krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (advies 16).
- RMO (2003). *De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (advies 25).
- Roovers, M. (2004). *Mensbeelden en moreel handelen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten – een empirisch-ethisch onderzoek*. Nijmegen: Valkhof Pers.
- Rostgaard, T. and T. Fridberg (1998). *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices*. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research (Social Security in Europe 6).
- RVZ (2002). *Samenleven in de samenleving: community care en community living*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2003). *Gemeente en zorg, achtergrondstudie bij het advies*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Schnabel, P., R. Bijl en G. Hutschemaekers (1992). *Geestelijke volksgezondheid in de jaren '90, van ideaal tot concrete opgave*. Utrecht: NcGv.
- Schoemakers-Salkinoja, I. (2002). 'Arbeid'. In : M.M.Y. de Klerk (red), *Rapportage gehandicapten 2002 – Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen en verstandelijke handicaps* (p. 55-91). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Siebesma, P. (2005). *De droom van Grunewald, de ontwikkeling van zorg en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking in Zweden van 1985 tot 2005*. Assen: De Zijlen.
- Sim, J. (1998). 'Collecting and Analyzing Qualitative Data; Issues Raised by the Focus Group'. In: *Journal of Advanced Nursing* 28, p. 345-352.
- Staatsblad (1997a). 'Wet van 11 september 1997, houdende nieuwe regeling inzake de sociale werkvoorziening (Wet Sociale Werkvoorziening)'. In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* 465, Den Haag: Sdu.
- Staatsblad (1997b). 'Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkerrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen (Zorgindicatiebesluit)'. In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* 447, Den Haag: Sdu.

- Staatsblad (2001). 'Besluit van 23 mei 2001 tot wijziging van het Zorgindicatiebesluit in verband met de uitbreiding van de vormen van zorg waarop het besluit van toepassing is'. In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* 265, Den Haag: Sdu.
- Staatsblad (2002). 'Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ)'. In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* 527, Den Haag: Sdu.
- Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg, over de hulp van en voor mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. en I.B. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. et al. (2001). *Vrij om te helpen – verkenning langdurig betaald zorgverlof*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (1983/1984a). *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18463, nrs. 1-2.
- TK (1992/1993b). *Onder Anderen – geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 23067, nr. 1.
- TK (1994/1995a). *Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319, nrs. 1-2.
- TK (1994/1995b). *De perken te buiten. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid, 1995-1998*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24170, nrs. 1-2.
- TK (1998/1999a). *Welzijnsnota 1999-2002*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26477, nrs. 1-2.
- TK (1998/1999b). *Modernisering AWBZ (Zicht op zorg)*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26631, nr. 1.
- TK (1999/2000). *Welzijnsnota 1999-2002*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 26477, nr. 5.
- TK (2000/2001a). *Nota Mensen, wensen, wonen*. Brief van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27559, nrs. 1-2.
- TK (2000/2001b). *Gehandicaptenbeleid, Zorgnota 2001*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 24170 en 27401, nr. 65.
- TK (2000/2001c). *Zorgnota 2001*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27401, nr. 65.
- TK (2001/2002a). *Wijziging van de Wet voorzieningen gehandicapten (...), voorstel van wet en memorie van toelichting*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 28348, nrs. 1-3.
- TK (2001/2002b). *Modernisering AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 26631, nr. 15.
- TK (2001/2002c). *Modernisering AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 26631, nr. 18.
- TK (2001/2002d). *Modernisering AWBZ*. Brief van de staatssecretarissen van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 26631, nr. 21.
- TK (2001/2002e). *Geestelijke gezondheidszorg*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 25424, nr. 41.
- TK (2002/2003a). *Modernisering AWBZ*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002/2003, 26631, nr. 56.

- TK (2002/2003b). *Wonen, zorg en welzijn van ouderen*. Rapport van de Algemene Rekenkamer, juni 2003, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002/2003, 28951, nrs. 1-2.
- TK (2003/2004a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29538, nr. 1.
- TK (2003/2004b). *Modernisering AWBZ; Wonen, welzijn en zorg van ouderen*. Brief van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 26631/28951, nr. 99.
- TK (2004/2005a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Verslag van een schriftelijk overleg, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 29538, nr. 4.
- TK (2004/2005b). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Voorstel voor een wet en een Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 30131, nrs. 2-3.
- Verschure, K. et al. (2004). *Onze burens – vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Vliet, K. van, en E. Plempers (2002). 'Vermaatschappelijking'. In: L. Verplanke et al. (red.), *Open deuren – sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*, Utrecht: NIZW/VJI.
- VNG (2002). *IGLO+-bulletin*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Vulto, M.E. (2002). *Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers. Op weg naar 2020*. Zoetermeer: STG.
- Vulto, M.E., E. Boelens en R.F. Schreuder (2000). *Gezondheidszorg en lokaal bestuur – resultaten besprekingen van de projectgroep 'Optimalisering lokale en regionale samenwerking'*. Zoetermeer: HMF
- vws (2002) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). *Zorgnota 2003*. Den Haag: Sdu.
- Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.
- wvc (1986). *Nota 2000*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research – Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Zeegers, A. (2003). *Maatschappelijk Steunsysteem Waterland*. Zaandam: Riagg Zaanstreek/Waterland, PIDO.



# Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

## Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2004-2005) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl). Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0165-5

## SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel (prijswijzigingen voorbehouden). Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

## Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. ISBN 90-377-0159-0

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062-4 (English edition 2001)

Social and Cultural Report 2002. The Quality of the Public Sector (Summary). ISBN 90-377-0118-3

## Nederlandse populaire versie van het SCR 1998

Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland; de kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport. Carlo van Praag en Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-662-8

## Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 Years of Social Change in the Netherlands; Key Data from the Social and Cultural Report 1998. Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x

## Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

## SCP-publicaties 2004

2004/4 Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004 (2004). ISBN 90-377-0156-6

2004/6 The Poor Side of the Netherlands. Results from the Dutch 'Poverty Monitor', 1997-2003 (2004). ISBN 90-377-0183-3

2004/7 Achter de schermen. Een kwart eeuw lezen, luisteren, kijken en internetten (2004). ISBN 90-377-0129-9

2004/8 Public Sector Performance. An International Comparison (2004). ISBN 90-377-0184-1

2004/11 Verpleging en verzorging verklaard (2004). ISBN 90-377-0189-2

2004/12 Trends in Time. The Use and Organisation of Time in the Netherlands (2004). ISBN 90-377-0196-5

- 2004/14 Performances du secteur public. Comparaison internationale (2004). ISBN 90-377-0193-0
- 2004/15 Prestaties van de publieke sector. Samenvatting in zeven talen (2004).  
ISBN 90-377-0194-9
- 2004/16 Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen (2004). ISBN 90-377-0191-4
- 2004/17 Sociale uitsluiting in Nederland (2004). ISBN 90-377-0160-4
- 2004/18 Prestaties van de publieke sector. Een internationale vergelijking (2004).  
ISBN 90-377-0195-7
- 2004/19 Emancipatiemonitor 2004 (2004). ISBN 90-377-0190-6
- 2004/20 Ouders over opvoeding en onderwijs (2004). ISBN 90-377-0158-2

### SCP-publicaties 2005

- 2005/1 Landelijk verenigd. Civil society en vrijwilligerswerk IV (2005). ISBN 90-377-0126-4
- 2005/2 Aandacht voor welzijn. Inhoud, omvang en betekenis van de welzijnssector (2005).  
ISBN 90-377-0204-X
- 2005/3 De steun voor de verzorgingsstaat in de publieke opinie, 1970-2002 (2005). ISBN 90-377-0157-4
- 2005/4 Kinderen in Nederland (2005). ISBN 90-377-0209-0
- 2005/5 Vermaatschappelijking in de zorg (2005). ISBN 90-377-0214-7
- 2005/6 Culture-lovers and Culture-leavers. Trends in interest in the arts and cultural heritage in the Netherlands (2005). ISBN 90-377-0217-1
- 2005/7 Cultuurminnaars en cultuurmijders. Trends in de belangstelling voor kunsten en cultureel erfgoed. Het culturele draagvlak 6 (2005). ISBN 90-377-0228-7
- 2005/8 The Hunt for the Last Respondent (2005). ISBN 90-377-0215-5
- 2005/9 Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag (2005). ISBN 90-377-0235-X
- 2005/11 Maten voor gemeenten 2005 (2005). ISBN 90-377-0224-4
- 2005/12 Arbeidsmobiliteit in goede banen (2005). ISBN 90-377-0203-1
- 2005/13 Uit elkaars buurt. De invloed van etnische concentratie op integratie en beeldvorming (2005). ISBN 90-377-0225-2

### Onderzoeksrapporten 2004

- 2004/1 Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden (2004).  
ISBN 90-377-0162-0
- 2004/2 De moraal in de publieke opinie. Een verkenning van normen en waarden in bevolkingsenquêtes (2004). ISBN 90-377-0163-9
- 2004/3 Werkt verlof? Het gebruik van regelingen voor verlof en aanpassing van de arbeidsduur (2004). ISBN 90-377-0144-2
- 2004/5 Maten voor gemeenten 2004 (2004). ISBN 90-377-0179-5
- 2004/9 Moslim in Nederland. Een onderzoek naar de religieuze betrokkenheid van Turken en Marokkanen. Samenvatting (2004). ISBN 90-377-0176-0
- 2004/10 Unequal Welfare States (2004). ISBN 90-377-0185-X

### Werkdocumenten

- 95 Voorstel voor de toekomstige ontwikkeling van de landelijke jeugdmonitor (2004).  
ISBN 90-377-0167-1
- 96 Nieuwe baan of nieuwe functie? Een studie naar de beloning van externe en interne mobiliteit (2004). ISBN 90-377-0172-8
- 98 Landelijk ramingsmodel kinderopvang (2003). ISBN 90-377-0148-5
- 99 Sociale uitsluiting (2003). ISBN 90-377-0154-X

- 100 Het Nationale scholierenonderzoek (NSO) en het Health Behaviour in School-aged Children-onderzoek (HBSC) vergeleken (2004). ISBN 90-377-0150-7
- 101 Schalen van fysieke en psychosociale beperkingen. Het meten van hulpbehoefte bij de indicatiestelling verpleging en verzorging (2004). ISBN 90-377-0151-1
- 102 Vertrouwen in de rechtspraak; theoretische en empirische verkenningen voor een monitor (2004). ISBN 90-377-0164-7
- 103 Bindingsloos of bandenloos. Normen, waarden en individualisering (2004). ISBN 90-377-0169-8
- 104 De veeleisende samenleving. De sociaal-culturele context van psychische vermoeidheid (2004). ISBN 90-377-0170-1
- 105 Cijferrapport Allochtone ouderen (2004). ISBN 90-377-0171-x
- 106 Moslim in Nederland. Een onderzoek naar de religieuze betrokkenheid van Turken en Marokkanen (2004). ISBN 90-377-0178-7 (set, 6 delen)
- 107 The Social State of the Netherlands. Summary (2004). ISBN 90-377-0168-x
- 108 Naar een stelsel van sociale indicatoren voor het Integraal toezicht jeugdzaken. Advies in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie van het Onderwijs (2004). ISBN 90-377-0186-8
- 109 Kosten en baten van extramuralisering (2004). ISBN 90-377-0187-6
- 110 Verklaringsmodel verpleging en verzorging. Onderzoeksverantwoording (2005). ISBN 90-377-0199-x
- 112 Wijkkwaliteiten (2005). ISBN 90-377-0216-3
- 113 Ouderen van nu en van de toekomst (2005). ISBN 90-377-0219-8
- 114 Verzonken technologie. ICT en de arbeidsmarkt (2005). ISBN 90-377-0205-8
- 115 Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel (2005). ISBN 90-377-0221-x
- 116 Vrijwilligersorganisaties onderzocht. Over het tekort aan vrijwilligers en de wijze van werving en ondersteuning (2005). ISBN 90-377-0233-3
- 117 Het Actieplan Cultuurbereik en cultuurdeelname, 1999-2003. Een empirische evaluatie op landelijk niveau (2005). ISBN 90-377-0236-8

## Overige publicaties

Hollandse taferelen (2004). Nieuwjaarsuitgave 2004. ISBN 90-377-0155-8

Social Europe. European Outlook 1. Annex tot the 'State of the Union 2004' (2004). ISBN 90-377-0145-0

Does Leave Work? Summary (2004). ISBN 90-377-0182-5

Destination Europe. Immigration and Integration in the European Union (2004). ISBN 90-377-0198-1

Hier en daar opklaringen (2005). Nieuwjaarsuitgave 2005. ISBN 90-377-0212-0

De jacht op laatste respondent. Samenvatting (2005). ISBN 90-377-0223-6

De grens als spiegel. Een vergelijking van het cultuurbestel in Nederland en Vlaanderen (2005). ISBN 90-377-0222-8